



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Insomnio

Dr. Reyes Haro Valencia. Clínica de Trastornos de Sueño,
Facultad de Medicina, UNAM. Dentro del Hospital General
de México.

Tels. 56232685 al 90

e-mail: rharo@ifc.unam.mx

...s los grupos de edad, pero se hace más evidente a medida que avanza la edad. Las estimaciones sobre la prevalencia de insomnio publicadas varían considerablemente en función de las distintas definiciones utilizadas y la variedad de tipos de insomnio. Se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas entre el este trastorno de sueño y una gran cantidad de enfermedades somáticas y mentales, y existe controversia con respecto a la relación causal entre el insomnio y la depresión. Los costos indirectos del insomnio superan por mucho a los costos médicos directos, pero al igual que ocurre con la prevalencia, las estimaciones también adolecen de problemas metodológicos que las hacen controversiales. El impacto del insomnio en el ámbito laboral es importante, mientras que las opciones terapéuticas más efectivas pueden combinarse para obtener mejores resultados. En el presente capítulo se analizan los conceptos actuales en relación al insomnio como problema de salud pública, desde la perspectiva de la medicina del sueño. El objetivo es sintetizar las estimaciones de la prevalencia del insomnio, sus distintas formas de expresión y explorar su impacto en la salud, la productividad laboral y el consumo de recursos del sector salud, así como revisar las opciones terapéuticas que han demostrado ser efectivas para el manejo del insomnio.

Introducción

El ciclo sueño-vigilia es regulado por diferentes mecanismos neurofisiológicos que pueden presentarse alterados en diferentes momentos del día, de modo que un sujeto puede encontrarse sano durante la vigilia y enfermo sólo cuando duerme o intenta hacerlo. Recientemente este tipo de conocimiento ha dado lugar a una nueva área biomédica, la somnología, misma que se refiere al estudio, diagnóstico y tratamiento de los trastornos del dormir, grupo de padecimientos que en la actualidad comprende un gran número de síndromes y entidades clínicas.

En 2005 se publicó la tercera versión de la clasificación de los trastornos del sueño, misma que continúa vigente. En ella se agruparon cerca de 100 alteraciones, considerando el tipo de sintomatología que presenta el paciente, entre las que destaca el insomnio como uno de los trastornos de sueño más frecuentes en la población general¹.

Todo ser viviente está comandado por un reloj biológico que controla los ritmos circadianos, como las variaciones cíclicas de sueño/vigilia en un período de 24 horas. Los cambios en la expresión de este ritmo llevan al desarrollo del insomnio.

Definición

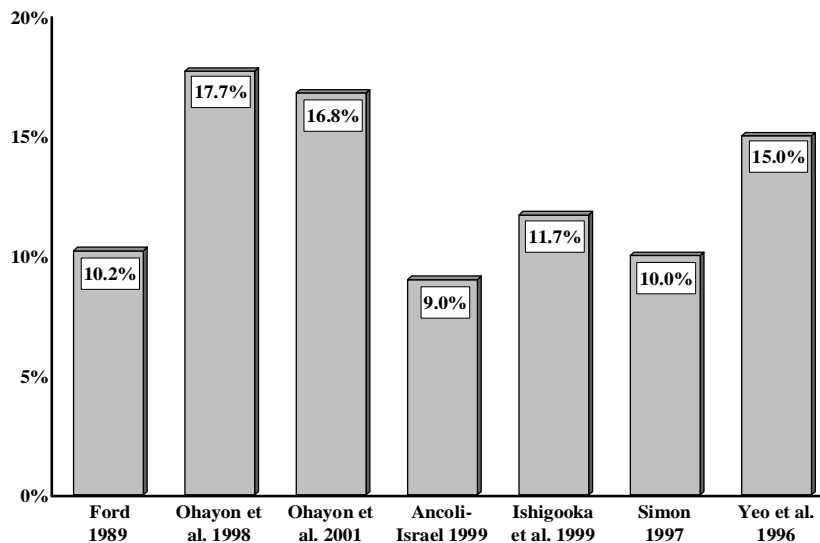
Insomnio significa carencia total de sueño, sin embargo, el término es utilizado para referirse al sueño insuficiente o interrumpido. De acuerdo a la ASDA se considera que un paciente es insomne cuando presenta uno o varios de los siguientes síntomas: dificultad para conciliar el sueño, para mantenerse dormido una vez que lo ha logrado, despertar prematuro y queja de sueño no restaurador. Por lo general el paciente también presenta problemas para realizar sus actividades diurnas. Los episodios pueden ser pasajeros, de corto plazo (entre 2 y 3 semanas) y en la mayoría de los casos suelen evolucionar y mantenerse de forma crónica. Aunque se ha tenido la idea generalizada de que el

la población de adultos mayores, algunas estimaciones de la prevalencia de insomnio crónicamente activa también está afectada en igual o mayor

Prevalencia

El insomnio se presenta prácticamente en todos los grupos de edad, sin embargo, las estimaciones que se han hecho de su prevalencia, varían principalmente en función de los criterios diagnósticos utilizados, es decir, distintas definiciones del insomnio. En la población infantil, el insomnio por hábitos incorrectos puede afectar hasta un 30% de los niños entre los 6 meses y 5 años de edad.^{2,3} Entre los adolescentes de 12 a 18 años, se presenta en un 11% a 13%, mientras que en la población general adulta la prevalencia de este trastorno tiene un espectro como el que se muestra en la figura 1.¹⁻¹²²³⁴⁵⁶⁷

Figura1. Prevalencia de insomnio en la población general adulta.



Las cifras del gráfico anterior se incrementan de manera importante en grupos poblacionales específicos, delimitados por la edad y el sexo, la ocupación, el tipo de servicios de salud utilizados y hasta las condiciones de la vivienda, por ejemplo, en países escandinavos se encontró una mayor prevalencia de insomnio en las personas cuyas viviendas tenían problemas de humedad.¹⁰ Con relación a la edad, a medida que ésta avanza las personas empiezan a tener dificultad para permanecer dormidos, lo que puede redundar en interrupciones del sueño durante la noche; así, en los ancianos la prevalencia del insomnio se ha situado entre un 32% y un 45%,^{9,10} con una marcada diferencia por sexos, ya que es 1.3 a 2 veces más frecuente en mujeres, especialmente en la población menopáusica y posmenopáusica.¹⁰⁻¹⁸⁸⁹¹⁰

El insomnio es una queja común o alteración en todo el mundo. Cerca de un tercio de la población en los países industrializados reportan dificultad para iniciar o mantener el sueño, resultando en un sueño no restaurador¹. La mayoría de los insomnes sufren crónicamente de sus molestias. Ohayon et al. reportó que en un 85% de los casos, el insomnio dura más de seis meses y que el 50% de los sujetos con insomnio crónico han tenido o tienen alguna alteración mental⁷.

eración psiquiátrica es dos o tres veces mayor en
ño. Las quejas de insomnio pueden ser marcadores
de alteraciones psiquiátricas como la depresión,
ansiedad y abuso del alcohol⁷, mismas que son asociadas con un mayor riesgo de
suicidio. Esto aumenta la posibilidad de que el tratamiento del insomnio pueda
reducir el riesgo de las condiciones psicológicas⁸.

El tipo de ocupación de los individuos también se ve acompañada de una
prevalencia de insomnio que puede ser mayor que en la población general, tal es el caso
de los médicos y los estudiantes de medicina en quienes se han encontrado proporciones
de 45% y 47% respectivamente; cabe resaltar que la edad promedio en el caso de los
médicos fue de 48 años, mientras que en el caso de los estudiantes de medicina fue de
22.^{12,13} En una planta de producción de bebidas gaseosas se reportó que el 60% de los
trabajadores padecían insomnio al momento del estudio.¹¹ Partinen *et al.*,¹⁴ encontraron
en una encuesta aplicada a 6,268 personas de 40 diferentes grupos ocupacionales, que
los problemas para conciliar el sueño fueron mas frecuentes en conductores de
autobuses (18.9%), trabajadoras de la limpieza (18.8%) y profesores (18%).

Entre los pacientes ambulatorios de medicina interna de un hospital peruano, se
encontró una prevalencia de insomnio de 48%,¹⁴ mientras que el 76.8% de los pacientes
internados en un hospital general refirieron padecer algún tipo de insomnio durante su
internamiento.¹² Estos porcentajes altos, hasta cierto punto, serían de esperarse en la
población que padece alguna enfermedad de base, pero en una encuesta aplicada a
personas aparentemente sanas, que acudieron a un establecimiento de atención primaria
en calidad de acompañantes, se evidenció insomnio de conciliación en 60.5%, insomnio
de mantenimiento en 43%, el 57% refirieron despertarse más temprano de lo deseado¹⁵

En México se han realizado tres estudios sobre la frecuencia del insomnio, uno
en la población general de la ciudad de Monterrey, y dos en el Distrito Federal (DF): en
pacientes de consulta externa de un hospital general y en la población general. En
Monterrey se detectó un 36% de insomnio y en el DF la prevalencia fue del 34%.¹⁵

Impacto sobre la salud

El insomnio está asociado con mayor demanda de servicios de salud, ya que
algunos datos recientes nos permiten afirmar que el insomnio es una condición médica
costosa tanto para el paciente como para las autoridades sanitarias. Se le ha relacionado
con diversas alteraciones del estado físico y mental. Se han encontrado un buen número
de asociaciones estadísticamente significativas entre el insomnio y varias condiciones
médicas y en la atención profesional de los pacientes insomnes siempre son evidentes
las repercusiones en el estado físico general de los pacientes.¹⁵ Aunado a lo anterior, el
insomnio también afecta en la productividad y el desempeño laboral y académico, ya
que se han encontrado asociaciones significativas entre el insomnio y un mayor
ausentismo e incremento de accidentes laborales y domésticos.

Algunos estudios de seguimiento han podido demostrar que el insomnio
persistente incrementa el riesgo de desarrollar depresión severa y posiblemente ansiedad
y adicciones.^{6,15-39} A pesar de ello, existe cierto debate acerca de la relación causal entre
insomnio y depresión, ya que el mecanismo responsable de este vínculo no es del todo
claro, pues hay quienes consideran que los trastornos del sueño son manifestaciones

ansiedad, y el insomnio que se observa previo a la s que un pródromo de la enfermedad,⁴⁰ o bien, un esión subclínica, o el resultado de otros factores involucrados en la etiología de la depresión.⁴¹

Impacto Socioeconómico

Los costos del insomnio pueden clasificarse como económicos y no económicos. Los costos económicos son todos aquellos susceptibles de cuantificarse en términos monetarios, y se dividen en costos directos (médicos y no médicos) e indirectos, mientras que los no económicos son todos aquellos costos intangibles que pueden quedar circunscritos al ámbito social del paciente (ver cuadro 1).

Cuadro 1. Categorías de costos relacionados con el insomnio.

Costos directos	Costos indirectos	Costos intangibles
<i>Médicos</i>	Pérdida o reducción de la productividad	Disminución de la calidad de vida
Medicamentos (prescritos y autorecetados, incluyendo alcohol)	Reducción en los ingresos de los pacientes	Bajo rendimiento escolar e intelectual
Terapia no farmacológica	Accidentes de trabajo	Dificultad para las actividades cotidianas
Consultas médicas y psicológicas	Ausentismo laboral	Deterioro de las relaciones personales y profesionales
Pruebas de laboratorio y gabinete	Tratamiento de comorbilidades (incluyendo alcoholismo)	
Hospitalizaciones	Accidentes de tráfico	
<i>No médicos</i>		
Transportación		
Cuidadores		

La estimación de los costos del insomnio ha significado un verdadero reto metodológico para los investigadores por varias razones. En primer lugar, la medicina del sueño es una disciplina joven y por lo tanto, las implicaciones de las alteraciones del sueño y la magnitud de los problemas relacionados con ellas no están bien delineadas. En segundo lugar, algunos autores^{20,25} consideran que el insomnio ha recibido poco reconocimiento por parte de los médicos y por lo tanto no se brinda tratamiento a todos los afectados, dando como resultado subestimaciones en los costos; esto se ha atribuido a que el paciente no se percibe a si mismo afectado por el insomnio y no le reporta a su médico los síntomas, o bien usa tratamientos alternativos, tales como antihistamínicos o alcohol, cuyos costos son difíciles de medir; también existe la posibilidad de que los profesionales de la salud no busquen intencionadamente problemas de insomnio en sus pacientes.²⁰

Finalmente, la misma dificultad que existe para demostrar causalidad en los estudios epidemiológicos, es la que han enfrentado los expertos al estimar los costos atribuibles al insomnio, pues ha sido muy complicado separar los efectos de éste, de los

comitantes;²⁰ a esto hay que agregar, como ya se
la prevalencia varían primordialmente, por el uso de
nio. A pesar de estas dificultades, se han hecho
intentos importantes para evaluar las consecuencias económicas de ésta alteración. En el
cuadro 2 se resumen algunas de las estimaciones disponibles en la literatura
internacional.

Cuadro 2. Impacto económico del insomnio.

Autores / año / país	Costo directo	Costo indirecto	Costo total
Chilcott <i>et al.</i> / 1994 / USA ⁴³	1.8 billones dls.		
Walsh <i>et al.</i> / 1995 / USA ⁴⁶	13.9 billones dls.		
Leger <i>et al.</i> / 1995 / Francia ⁴⁷	10.2 billones franc		
Chilcott <i>et al.</i> / 1994 / USA ⁴³		30 ó 35 billones dls	
Stoller / 1990 / USA ²⁰		77 ó 92 billones dls	
Stoller / 1994 / USA ⁴⁸			100 billones dls

Como puede verse, los costos indirectos producen el mayor impacto económico, pero también son más difíciles de cuantificar, por lo tanto, las estimaciones deben tomarse con cautela, ya que están basadas en datos que no demuestran con claridad en qué medida el insomnio es causa, efecto, o esta correlacionado con un pobre estado de salud general. Lo que sí se ha evidenciado, es que el insomnio tiene repercusiones de carácter laboral que afectan directamente al sector productivo de un país. Se ha documentado mayor somnolencia diurna y fatiga en trabajadores insomnes, lo que trae consigo pérdidas de productividad, incluso se ha observado menor satisfacción laboral y menos ascensos en los puestos de trabajo en la población afectada, es decir, la asociación entre el insomnio y la baja eficiencia es muy significativa²⁰

El ausentismo laboral es 1.4 a 2 veces más frecuente en los trabajadores con insomnio que en los que no reportan el problema, lo que de acuerdo con algunas estimaciones, se traduce para el empleador en un costo anual de 4,800 dólares por trabajador. También son más frecuentes los accidentes de trabajo entre los insomnes; en un estudio de seguimiento a 20 años, se estimó un riesgo 1.89 de sufrir un accidente de trabajo fatal para los trabajadores con insomnio. Los empleados que deben suplir a los que se ausentan por causas relacionadas con el insomnio, de igual manera ocasionan mayores accidentes de trabajo, debido al incremento de la carga laboral y a la falta de familiaridad con las tareas que realiza el trabajador ausente.²⁰

Existen sin embargo, algunos puntos debatibles acerca de las relaciones entre el insomnio y el desempeño laboral; se ha hipotetizado que cierto tipo de empleos pueden dar lugar al insomnio vía el stress y algunos otros factores del ambiente de trabajo, tales como el turno, la rotación de turnos y la rotación de cargas laborales.^{20,21,22} Sin embargo, Sivertsen *et al.*,⁵⁸ en un estudio de cohorte histórica, encontraron que el

discapacidad laboral permanente (OR = 3.9, [IC95% de ajustar por morbilidad psiquiátrica y física, y por ésta asociación continuó siendo significativa (OR =

1.75, [IC95% = 1.4 ó 2.2)).

Dentro de los costos intangibles del insomnio podemos mencionar un importante efecto negativo sobre la calidad de vida; los pacientes con este trastorno, han reportado en varios estudios, disminuciones significativas en el funcionamiento diurno en diversos aspectos, incluyendo el emocional, social y físico.²⁰ Aun controlando el efecto de las enfermedades concomitantes, los individuos con insomnio refieren un deterioro significativo en el desempeño de sus actividades y una reducción general en su calidad de vida.²¹ El insomnio crónico dificulta la concentración, afecta la memoria y la habilidad para realizar tareas con grado de dificultad de mínimo a moderado.

Factores de riesgo

El insomnio es un trastorno que engloba problemas físicos, mentales, ambientales y conductuales, de éstos³⁰, la conducta y los problemas fisiológicos son los mayores transgresores de los procesos biológicos primarios⁷³, por ejemplo el uso social o terapéutico de ciertas drogas y los trastornos del ritmo circadiano son condiciones que ocasionan o agravan el problema.

A continuación se exponen algunos ejemplos de los factores que ponen a una persona en riesgo de presentar síntomas de insomnio³⁰:

Factores internos	Factores externos
<p>Cambios de tipo hormonal que ocurren durante el embarazo.</p> <p>Trastornos psiquiátricos.</p> <p>Condiciones médicas (artritis, asma, insuficiencia cardiaca, hipertiroidismo, colitis, hipertensión o anemia).</p> <p>Otros trastornos de sueño como los trastornos respiratorios inducidos por el sueño o los trastornos de movimientos anormales durante el dormir</p>	<p>Consumo de medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas, como hipertensión o enfermedad de Parkinson; descongestionantes, corticoesteroides y antidepresivos tricíclicos.</p> <p>Consumo de agentes depresores del sistema nervioso central (benzodiazepinas).</p> <p>Consumo de alcohol, cafeína, nicotina o heroína.</p> <p>Factores ambientales, como ruido o exceso de luz en la habitación.</p>

Morbilidad

Se ha observado que la privación total de sueño en personas sanas produce en asociación a ésta, pérdida de la motivación, actitud defensiva, juicios deficientes, irritabilidad y en algunos sujetos parece modificar ciertos rasgos de su personalidad, sin embargo en humanos hay poca evidencia de que la pérdida de sueño, aunque sea por varios días, pueda causar una disfunción física permanente⁶⁵

estado de ánimo⁷³

ducido ante la privación crónica de sueño tiene un
funciones neuroendocrinas, incluyendo el sistema
dolor, funciones metabólicas, funciones cognitivas y

La morbilidad aumenta con la activación crónica de los sistemas fisiológicos, de tal manera que el insomnio es un factor de riesgo para desarrollar o exacerbar ciertas condiciones médicas, como trastornos metabólicos, alteraciones coronarias, insuficiencia renal, condiciones artríticas, hipertiroidismo o enfermedad de Parkinson³⁶.

Este trastorno de sueño puede tener consecuencias serias y afectar la calidad de vida, pues produce dificultades en el funcionamiento social o laboral, en casos más severos incrementa el riesgo de sufrir accidentes, trastornos psiquiátricos, trastornos de ansiedad o depresión¹.

En estudios recientes se encontró que el insomnio puede tener asociaciones direccionales independientes; es más probable que un trastorno de ansiedad tenga como consecuencia el insomnio o que el insomnio conduzca a una depresión mayor, pero resulta poco significativa la asociación inversa⁴¹

Curso y pronóstico

El trastorno de inicio y continuidad del sueño constituye un problema *transitorio* que se presenta en muchas personas cuando enfrentan momentos de tensión, pesar o esfuerzo, en estos casos las dificultades para dormir pueden resolverse por sí solas una vez que el evento desencadenante desaparece⁴⁴

El primer episodio de insomnio puede aparecer en cualquier momento, sin embargo su tipo (situacional, recurrente o persistente) puede variar con el tiempo y si el trastorno de sueño permanece a pesar de que su causa ya no esté presente, puede volverse crónico por las asociaciones de los estímulos que condicionan el dormir⁵⁶

El sueño puede normalizarse por algunas semanas, meses o incluso años, pero eventualmente los problemas de insomnio se repiten por periodos más largos, por ejemplo al principio las dificultades para empezar a dormir son más comunes y posteriormente se hacen más frecuentes las dificultades para mantener el sueño⁵⁸.

Si el individuo ha pasado varias noches sin conciliar el sueño, el estar acostado en una cama puede producir más frustración y activación condicionada, por el contrario puede dormirse más fácilmente cuando no lo intenta, pues aún en el insomnio persistente existe una variabilidad del sueño, en donde puede intercalarse una noche de buen dormir con varias de sueño interrumpido⁵⁹.

Clasificación

Las clasificaciones nosológicas más utilizadas para fines diagnósticos y de investigación son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o DSM IV-TR y la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10, éstas proponen criterios diagnósticos prácticamente iguales para insomnio primario o no orgánico:



PDF Complete
Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

mantener el sueño, o la sensación de un sueño no

Malestar clínicamente significativo o un deterioro social o laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Esta alteración no ocurre exclusivamente en el contexto de otro trastorno de sueño.

Esta alteración no ocurre exclusivamente en el contexto de otro trastorno mental.

No es la reacción fisiológica directa producida por el efecto de una sustancia o condición médica.

La diferencia es que la CIE-10 exige que estos problemas aparezcan por lo menos tres veces por semana durante por lo menos un mes.

Solamente la última Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño (American Academy of Sleep Medicine) propone un criterio general para el diagnóstico de insomnio, distingue tres clasificaciones de insomnio primario y ocho variantes de insomnio secundario como a continuación se describe, se hace énfasis en la descripción de las formas de insomnio de mayor prevalencia¹:

Insomnio Primario	Insomnio Secundario
Psicofisiológico Insomnio Paradójico Insomnio Idiopático	Situacional o de ajuste A un trastorno mental Inadecuada higiene de sueño Abuso de sustancias (drogas o hipnóticos) Condiciones médicas Insomnio conductual de la infancia Inespecífico Fisiológico

Para el presente trabajo se utilizarán los criterios diagnósticos de la CITS, los cuales se describen a continuación.

Insomnio primario

Los individuos con insomnio primario pueden presentar síntomas de ansiedad o depresión, pero estas manifestaciones clínicas no se consideran un trastorno por ansiedad o trastorno afectivo. En este tipo de insomnio los pacientes usualmente reportan preocupaciones excesivas relacionadas con el sueño.

Para el diagnóstico de insomnio, en cualquiera de sus modalidades, se debe cumplir con cualquiera de los siguientes criterios generales:

La dificultad para dormir, mantener el sueño, despertar demasiado o despertar de manera crónica. En los niños la dificultad para dormir puede ser causada por la persona que los cuida y puede consistir en la resistencia para ir a dormir o la resistencia a dormir independientemente.

La dificultad para dormir descrita en el punto A, ocurre a pesar de que existan oportunidades o circunstancias propicias para dormir.

El paciente reporta la dificultad para dormir durante la noche relacionada con, al menos, una de las siguientes formas de impedimento diurno:

Fatiga o malestar
Disminución de la atención, concentración o memoria.
Disfunción social, laboral o pobre desempeño escolar.
Trastorno del estado de ánimo o irritabilidad.
Somnolencia diurna.
Disminución de la motivación, energía o iniciativa.
Ser propenso a errores o accidentes de trabajo o mientras maneja.
Tensión, cefalalgia, o síntomas gastrointestinales en respuesta a la pérdida de sueño.
Preocupación acerca del sueño.

En el insomnio primario, el trastorno de sueño no se explica por otro trastorno de sueño, trastorno médico o neurológico, trastorno mental, uso de medicamentos o abuso de estupefacientes.

Para los siguientes casos se cumplen los criterios A y B, además se tienen datos de malestar o deterioro significativo.

Insomnio situacional o de ajuste

La característica esencial del insomnio de ajuste es la presencia del trastorno en asociación con un agente estresante identificable. Es de corta duración, típicamente unos días o semanas. El insomnio de ajuste se resuelve al controlarse o desaparecer el agente estresante o cuando el individuo se adapta a éste.

Criterios diagnósticos

A. Se cumplen los criterios generales de insomnio

El trastorno de sueño está asociado temporalmente con un agente estresante identificable, éste es psicológico, psicosocial, interpersonal, ambiental o de naturaleza física.

Se espera que el trastorno de sueño se resuelva al desaparecer el estímulo estresante o cuando el individuo se adapte a la situación.

El trastorno de sueño dura menos de tres meses.

El trastorno de sueño no se explica por otro trastorno de sueño, trastorno médico o neurológico, trastorno mental, uso de medicamentos o abuso de estupefacientes.



PDF Complete

Your complimentary use period has ended. Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

El insomnio psicofisiológico se acompaña de manifestaciones psicosomáticas de ansiedad, lo que incluye una fuerte activación fisiológica, pensamientos disfuncionales sobre el dormir y estrategias ineficaces para conseguirlo. Con el tiempo estas personas puedan llegar a desarrollar 'miedo' cuando es el momento de ir a dormir.

El 30% de los pacientes con insomnio presentan esta forma del padecimiento. Existe dificultad aprendida para conciliar el sueño y múltiples despertares nocturnos. Es el resultado de una auto estimulación continua que provoca el paciente cuando intenta dormir y se desespera por no lograrlo, manteniéndose despierto. Es común que el paciente se quede dormido fuera de su habitación, viendo televisión o leyendo, sin embargo, esta somnolencia desaparece cuando decide acostarse. En la mayoría de casos este aprendizaje se relaciona con factores ambientales como luces, muebles, reloj, ropa de cama, colchón o conductas previas al dormir; de tal manera que el paciente duerme mejor cuando no está rodeado de estos factores, por ejemplo en hoteles o en casa de algún familiar.

Este tipo de insomnio puede ser transitorio o persistente. Las formas de insomnio transitorio y agudo se encuentran relacionadas con un evento estresante. La duración del estrés es una causa relevante en el desarrollo del trastorno. Algunas situaciones transitorias como la víspera de un examen comúnmente causan insomnio agudo. El estrés y la ansiedad que pueden experimentarse en asociación con una pérdida importante pueden producir un periodo de insomnio de mayor duración. Cabe señalar que el estrés también puede ser de naturaleza positiva. Las emociones relacionadas con una expectativa placentera también pueden producir insomnio. En algunas circunstancias como las descritas arriba, la relación entre el insomnio y el evento es obvia y a menudo comprensible por el paciente. El mecanismo que opera en esta situación es resultado de un incremento en la actividad fisiológica incrementada generada por la ansiedad. Dicha activación es incompatible con el inicio del sueño, así que una vez que el evento estresante termina, el sueño normal regresa en la mayoría de los casos. Sin embargo, los individuos con insomnio psicofisiológico sostienen el problema de sueño, favoreciendo la cronicidad del mismo.

Una vez que el temor a no dormir llega a ser lo suficientemente pronunciado para causar cambios conductuales, tales como adelantar o retrasar la hora de ir a la cama, la dificultad con el sueño tiende a incrementarse y perpetúa el insomnio. Los factores que determinan el desarrollo del insomnio a largo plazo no se han identificado hasta la fecha, sin embargo, algunos individuos pueden ser propensos fisiológicamente a desarrollar el insomnio, en particular cuando se enfrentan al estrés. Esta predisposición puede estar relacionada con los mecanismos fisiológicos del ciclo sueño-vigilia. Por ejemplo, es posible que algunos individuos cuyo sueño es fácilmente interrumpido, sean más vulnerables a los efectos del estrés y por lo tanto más susceptibles a desarrollar el insomnio.

Los factores psicológicos juegan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de esta forma de insomnio. De manera similar a la predisposición fisiológica al insomnio, algunos individuos probablemente se encuentren en un alto

debido a las características de su personalidad, tales como la ansiedad y a alteraciones en el estado de ánimo.

En estos casos resulta de gran importancia la información subjetiva que se pueda obtener del paciente durante la entrevista; por ejemplo si duerme mejor y el sueño es más restaurador fuera de casa. Este tipo de pacientes reportan dormir poco tiempo en casa, no obstante en el laboratorio presentan duración normal del tiempo total de sueño, sintiéndose descansados al día siguiente.

Criterios Diagnósticos

- A. Se cumplen los criterios generales de insomnio
- B. El insomnio se establece al menos durante un mes

Se tiene evidencia de que el paciente tiene una dificultad condicionada para dormir y/o activación elevada, la cual está indicada por una o más de las siguientes características:

Atención excesiva o ansiedad acerca del dormir.

Dificultad para quedarse dormido en la cama, a la hora deseada para ir a dormir o para tomar una siesta, pero no hay dificultad para quedarse dormido en otras actividades monótonas, cuando no hay intención de dormir.

La capacidad para dormir mejora fuera de la propia casa.

La activación mental en la cama está caracterizada por pensamientos intrusivos o incapacidad para controlar la actividad mental.

La elevada tensión somática en la cama se refleja por la percepción de ser incapaz de relajar el cuerpo, para quedarse dormido.

El trastorno de sueño no se explica a partir de otro trastorno de sueño, médico, psiquiátrico o neurológico, uso de medicamentos o abuso de sustancias.

Insomnio Paradójico

Se caracteriza por una queja de insomnio severo que se presenta sin evidencia de alteración objetiva de sueño y sin correlación entre la severidad del insomnio y el grado de afectación diurna.

Criterios Diagnósticos

- A. Se cumplen los criterios generales de insomnio
- B. El insomnio se establece al menos durante un mes
- C. Se aplican uno o más de los siguientes criterios:

El paciente reporta poco sueño o no dormir de manera crónica, con excepción de algunas noches en donde obtiene una cantidad de relativamente normal de sueño.

Los datos de sueño obtenidos a partir de un registro durante una o dos semanas muestran que los valores normativos se ajustan a la edad del paciente. Usualmente, después de que el paciente reporta no haber dormido varias noches durante la semana, generalmente no reportan tomar siestas.



PDF Complete
Your complimentary use period has ended.
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

cia entre los registros objetivos de la polisomnografía
va de sueño derivada de los registros de los diarios de

D. Se observa por lo menos una de las siguientes características:

El paciente reporta, prestar atención constante a los estímulos ambientales durante la noche.

El paciente reporta un patrón de pensamientos rumiativos la mayoría de las noches, mientras se encuentra recostado.

E. El impedimento diurno reportado es consistente con lo se reporta en otros subtipos de insomnio, pero de acuerdo con el reporte de privación de sueño es menos severo de lo esperado; durante el día no se reportan episodios de somnolencia excesiva, desorientación o contratiempos serios debido a la pérdida del estado de alerta o de la vigilancia; aunque se reporten noches de vigilia.

F. El trastorno de sueño no se explica a partir de otro trastorno de sueño, médico, psiquiátrico o neurológico, uso de medicamentos o abuso de sustancias.

Insomnio Idiopático o de la infancia.

Es una enfermedad crónica que se caracteriza con una queja de insomnio de larga duración con inicio en la infancia y que se prolonga a lo largo de la vida de quien la padece. El insomnio se caracteriza tanto por la dificultad para iniciar el sueño como para mantenerlo y, en grado variable ódependiendo de la severidad del trastornoó, afecta la actividad diurna del insomne. La calidad de vida se afecta con frecuencia desde la infancia, cuando suele asociarse la presencia de trastornos de atención y aprendizaje, y se prolonga durante la vida del adolescente y adulto, alterando sus relaciones interpersonales. Es un trastorno que afecta directamente los mecanismos cerebrales intrínsecos encargados de promover el sueño y de mantener el equilibrio adecuado entre éste y la vigilia. Afortunadamente se trata de un tipo raro de insomnio, que explica menos del 5% de todos los casos.

Criteria Diagnósticos

A. Se cumplen los criterios generales de insomnio

B. El curso del trastorno es crónico y está indicado por cada uno de los siguientes factores:

El primer episodio comienza durante la infancia

No se identifican causas que lo precipiten.

El curso es persistente, sin periodos de remisión sustanciales.

C. El trastorno de sueño no se explica a partir de otro trastorno de sueño, médico, psiquiátrico o neurológico, uso de medicamentos o abuso de sustancias.

asociado a otras condiciones médicas, psiquiátricas, neurológicas, o bien, asociado a otros trastornos de sueño como los trastornos respiratorios inducidos por el sueño, trastornos de movimientos atípicos previos al dormir o durante el mismo, a parasomnias, o a trastornos del ritmo circadiano.

En los siguientes casos los síntomas del paciente son compatibles con el criterio general de insomnio y éste se encuentra asociado a otras enfermedades, trastornos de sueño, o bien, a factores ambientales.

Insomnio secundario a un desorden mental

La característica esencial es la presencia de insomnio causado por una alteración mental subyacente. El insomnio se considera un síntoma del desorden mental y comparte su curso con dicho desorden. Sin embargo el insomnio constituye una queja distinta u objetivo de tratamiento.

La asociación de insomnio con una enfermedad psiquiátrica es frecuente. Hasta 40% de los enfermos con insomnio evaluados en centros dedicados a los trastornos del dormir padecen algún desorden psiquiátrico. Entre los más comunes se encuentran los trastornos del afecto ó particularmente la depresión, los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias. Por ello es necesario realizar un examen mental adecuado en los enfermos aquejados de insomnio, así como una evaluación psicológica exhaustiva en algunos centros especializados, como parte obligatoria del estudio integral del sujeto insomne.

En todo caso, la presencia de un trastorno psiquiátrico etiológicamente relacionado con el insomnio implica que el tratamiento del padecimiento mental tiene necesariamente un impacto sobre el patrón de sueño. Hay que considerar la presencia del insomnio como un factor importante al elegir el tratamiento farmacológico del padecimiento psiquiátrico de fondo.

A continuación se mencionarán algunos aspectos importantes referentes al insomnio en relación con la depresión y los trastornos de ansiedad, por ser estos los padecimientos psiquiátricos que se asocian con mayor frecuencia al mal dormir.

Insomnio en el paciente con depresión

Existe evidencia en la literatura para apoyar la noción de que pacientes que sufren de insomnio, en ausencia de depresión previa o concurrente, se encuentran en mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo a lo largo de su vida respecto a la población que no sufre de insomnio.

Por otro lado, en estudios clínicos de pacientes portadores de insomnio se ha reportado que más del 75% tiene antecedentes de padecimientos psiquiátricos, siendo la depresión el más frecuente.

En cuanto a la presencia concomitante de depresión y alteraciones del sueño, las muestras epidemiológicas han encontrado que más de 60% de los pacientes con

presentan alteraciones al dormir. Como se ha observado en los pacientes portadores de insomnio crónico resalta que en estos pacientes no existe ninguna enfermedad psiquiátrica, siendo la más típica un trastorno del afecto.

Las mediciones subjetivas de la calidad del sueño, como el índice de calidad del sueño de Pittsburgh, han encontrado que la severidad del insomnio es más grave en los pacientes deprimidos que en los enfermos con otros trastornos del sueño o que presentan otras causas de insomnio.

Las mediciones objetivas del sueño, como la polisomnografía, también han sido motivo de estudio en los sujetos con depresión. En dichas mediciones aparecen alteraciones en la continuidad y arquitectura del sueño así como cambios específicos sobre el sueño MOR. En concreto, existe un incremento de la latencia y disminución en el tiempo total del sueño, así como aumento en el número de despertares y presencia de despertar precoz. En cuanto a las alteraciones de la arquitectura del sueño, se presenta disminución del sueño de ondas lentas y de la latencia a sueño MOR, así como incremento en la duración del primer periodo sueño MOR y en la duración total de esta fase de sueño a lo largo de la noche.

La evaluación clínica del paciente deprimido con insomnio es semejante a la de otros casos de insomnio, pero haciendo un énfasis particular en la historia psiquiátrica y, en ocasiones, suplementándola con escalas para valorar la severidad del cuadro depresivo.

Es importante tener clara la causa del insomnio antes de establecer el diagnóstico de depresión, pues existe la posibilidad de que éste provoque depresión. Para establecer la diferencia entre estas dos situaciones, deberá ser suficiente el buen juicio del clínico. No hay que dejar pasar la oportunidad de establecer el diagnóstico de algún trastorno primario del dormir concomitante, sobre todo en aquellos sujetos con insomnio y somnolencia excesiva diurna. Como se sabe, la depresión suele asociarse a la fatiga, pero difícilmente explica por sí misma cuadros de sueño excesivo, especialmente si ocurren de manera abrupta. Igual que en el caso de pacientes con insomnio por causa diferente a la depresión, debe investigarse al insomne deprimido respecto a sus hábitos de higiene del dormir, así como al consumo previo y actual de sustancias y fármacos de distinta índole (cafeína, té, drogas ilícitas).

Insomnio en el paciente con ansiedad

La ansiedad es una respuesta de adaptación y, por ende, fisiológica. Sirve como una señal de alarma cuando se percibe algún tipo de amenaza o peligro. Cuando esta aprehensión se torna excesiva o irracional se convierte en un auténtico trastorno, acompañado usualmente de varios síntomas somáticos (taquicardia, palpitaciones, cefalea, disnea, dolor abdominal, diarrea, entre otros).

Los trastornos de ansiedad han sido clasificados en diferentes tipos por la Asociación Americana de Psiquiatría. Las características individuales de cada uno de ellos se describen ampliamente en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* en su cuarta edición, versión Texto Revisado (DSM IV-TR) y se detallarán en otro capítulo de este diplomado.

Los trastornos de ansiedad suelen producir insomnio por un sueño no restaurador. Sin embargo, los distintos tipos de trastornos de ansiedad tienen ciertas peculiaridades respecto a la severidad y la presentación de la alteración del dormir que condicionan.

Criterios Diagnósticos

- A. Se cumplen los criterios generales de insomnio
- B. El insomnio se establece al menos durante un mes
- C. El trastorno mental ha sido diagnosticado de acuerdo a un criterio estandarizado, por ejemplo siguiendo los criterios del DSM- IV.
- D. El insomnio se asocia temporalmente al trastorno mental; sin embargo, en algunos casos puede aparecer entre dos o tres días o semanas antes de éste.
- E. El insomnio es más prominente de lo que típicamente se asocia a los trastornos psiquiátricos, es causa de un angustia o constituye un foco independiente de tratamiento.
- F. El trastorno de sueño no se explica por otro trastorno de sueño, situación médica o trastorno neurológico, uso de medicamentos o trastorno por abuso de estupefacientes.

Higiene Inadecuada de Sueño

Se caracteriza por insomnio asociado con actividades de la vida diaria que son inconsistentes con el mantenimiento o buena calidad del dormir y con un estado de alerta diurno óptimo. Las conductas específicas se clasifican en 2 grandes categorías, aquellas que aumentan el estado de alerta y las que son inconsistentes con los principios de la organización del sueño.

En general cualquier forma de insomnio va acompañada por malos hábitos de sueño, sin embargo, existen pacientes en quienes ésta es la única causa de su padecimiento. Estos pacientes regularmente realizan conductas que van en contra del inicio o mantenimiento del sueño disminuyendo con ello la eficiencia del dormir. Entre las actividades más frecuentes que van en detrimento del sueño destacan: ingerir abundantemente alimentos o líquidos y realizar ejercicio físico antes de acostarse, produciendo un retraso en la latencia del sueño e interrupciones constantes del mismo. Otras conductas que retardan el inicio del sueño son fumar, ver televisión, escuchar la radio o realizar algún trabajo en la cama. El hecho de ver el reloj constantemente durante la noche, es otra situación que se presenta frecuentemente en estos pacientes, lo cual fragmenta el sueño y refuerza la sensación de que el paciente no ha logrado conciliar el sueño o que éste se ha visto muy interrumpido. Finalmente, pasar mucho tiempo en cama, dormir siestas, modificar frecuentemente los horarios de sueño, acostarse y levantarse tarde los fines de semana, son medidas que generalmente realizan los pacientes insomnes con la intención de recuperar el tiempo que no lograron dormir y paradójicamente, estas conductas producen alteraciones importantes en la organización del sueño por un desfase en la expresión del ciclo sueño-vigilia, es decir, al pasar demasiado tiempo en cama, el paciente insomne duerme sin percatarse de ello y esto le ocasiona dificultad nocturna para conciliar el sueño.

...ales de insomnio

B) El insomnio se presenta por lo menos durante un mes.

Las prácticas de inadecuada higiene de sueño son evidentes y se presentan al menos una de las siguientes características:

Horario inadecuado para dormir, consistente con siestas durante el día y una marcada variabilidad para acostarse o levantarse, o pasar demasiado tiempo en cama.

Uso frecuente de productos que contengan alcohol, nicotina o cafeína, especialmente en el periodo que precede a la hora de dormir.

Mantener estimulación mental, activación física o actividades que causen molestias emocionales, cerca de la hora de dormir.

Usar la cama para actividades diferentes a las de dormir, por ejemplo ver televisión, leer, estudiar o comer.

Fracaso en mantener un ambiente propicio para dormir.

El trastorno de sueño no se explica por otro trastorno de sueño, trastorno médico o neurológico, trastorno mental, uso de medicamentos o abuso de estupefacientes.

Insomnio conductual de la infancia

El insomnio infantil se caracteriza por dificultades en iniciar el sueño o volver a dormir en ausencia de condiciones ambientales específicas. En estos casos, el principal problema lo experimentan los padres, ya que el bebé demanda su presencia para dormir (ej.: que los alimenten por la noche después del primer año de vida, les carguen en brazos, les canten, les den la mano, los duerman en la cama de los papás y después lo cambien de recámara, etc.).

Los síntomas del niño son compatibles con el criterio de insomnio, basado en el reporte de los padres o de la persona que esté a cargo.

El niño muestra un patrón consistente con la asociación de un estímulo para dormir o falta de imposición de límites.

La asociación de un estímulo para dormir incluye:

Para quedarse dormido es necesario un proceso largo que requiere condiciones especiales.

Las asociaciones que se hacen con el dormir son sumamente problemáticas o demandantes.

Cuando no se presentan tales condiciones el sueño se retrasa significativamente o se interrumpe.

Los despertares nocturnos requieren de la intervención de los padres para que el niño vuelva a dormir.

En el contexto del establecimiento de límites se presenta lo siguiente:

El individuo tiene una dificultad para iniciar o mantener el sueño.

El individuo se niega a dormir a la hora apropiada o se niega a regresar a la cama después de un despertar nocturno.

La persona a cargo del niño demuestra insuficiente o inapropiado manejo de límites para establecer una conducta de sueño adecuada.

causada por otro trastorno de sueño, trastorno médico o de medicamentos o abuso de estupefacientes.

Insomnio por abuso de sustancias (estupefacientes o hipnóticos)

Se caracteriza por una supresión o fragmentación del sueño causadas por el consumo de un medicamento prescrito, drogas recreativas, cafeína, alcohol o por exposición a una toxina ambiental. El trastorno de sueño puede ocurrir durante el período de consumo, exposición o interrupción abrupta después del consumo habitual.

Los pacientes generalmente se quejan de dificultad en conciliar el sueño y de varios despertares nocturnos a pesar del constante uso de hipnóticos particularmente de tipo benzodiazepínico. También pueden referir insomnio después de la suspensión de estas sustancias (insomnio de rebote), acompañando la presencia de sueños de contenido ansioso. Otra posible etiología de insomnio es el uso de estimulantes del SNC.

La cafeína y la nicotina aumentan la excitabilidad del sistema nervioso central (SNC) y promueven la vigilia. Aunque habitualmente complican el insomnio de quien ya lo padece, no es raro que al desaparecer el desencadenante del insomnio inicial sean sustancias de esta naturaleza las que se encuentren perpetuando el mismo. Por otro lado el alcohol, generalmente se considera un buen inductor del sueño, sin embargo, suele fragmentar el mismo en el curso de la noche. Respecto a los hipnóticos, es necesario considerar su buen uso, juiciosa prescripción y suspensión oportuna, para que no se conviertan en sí mismos en el factor que perpetúe el insomnio, provocando la fragmentación del sueño y la génesis de tolerancia farmacológica y dependencia. El uso de hipnóticos frecuentemente es un factor en el desarrollo del insomnio crónico. La suspensión abrupta de estas sustancias puede estar asociada con síntomas de rebote que incluyen ansiedad y disminución en la capacidad para dormir. En algunos casos se presentan ensoñaciones de contenido ansioso que producen despertares constantes. También se puede presentar el síndrome de abstinencia si la droga administrada tiende a suprimir la fase MOR, incrementando su duración al suspender el medicamento. En el caso de las benzodiazepinas que son los fármacos utilizados con mayor frecuencia, los síntomas de rebote pueden ocurrir después de una semana de uso. Estos síntomas a menudo los interpreta el paciente como un indicador de que la droga todavía es necesaria, reforzando la dependencia al fármaco e incrementando la probabilidad de desarrollar insomnio crónico.

Debido a sus propiedades farmacocinéticas, estos fármacos están indicados por períodos cortos de tiempo, sin embargo, rara vez se toma esto en cuenta y no se presentan claramente las indicaciones terapéuticas. Ante esto los pacientes se habitúan rápidamente al fármaco, desarrollando los fenómenos de tolerancia y dependencia. Esta situación representa un serio problema de salud ya que es muy frecuente en la práctica clínica encontrar pacientes dependientes de estos compuestos, que llevan varios años consumiéndolos sin que se haya resuelto su problema de insomnio.

Aunado a lo anterior, el consumo prolongado de hipnóticos benzodiazepínicos produce efectos adversos sobre la organización del sueño, entre ellos un aumento de las

aquellas etapas de sueño que el paciente insomne (sueño ligero), disminución de la fase 3 (que son las más profundas), así como pseudo husos de sueño e intrusiones de ritmo alfa durante las distintas etapas de sueño. Lo anterior exacerba los síntomas del insomnio. El dormir generalmente mejora con la reducción paulatina del fármaco y la sustitución por hipnóticos no benzodiazepínicos.

Debido a esta problemática, en la actualidad han surgido diferentes compuestos no benzodiazepínicos que se han convertido en la primera opción de tratamiento puesto que poseen propiedades distintas y están desprovistos de los efectos adversos mencionados. Hace unos años se introdujeron en el mercado las ciclopironas (*zopiclona*) y las imidazopiridinas (*zolpidem*), que son hipnóticos no benzodiazepínicos, la dependencia y la tolerancia es menor que con las benzodiazepinas y promueven un sueño de mejor calidad⁶⁵⁻⁷⁰

Criterios Diagnósticos

- A. Se cumplen los criterios generales de insomnio
- B. El insomnio se presenta por lo menos durante un mes.
- C. Se cumple al menos una de las siguientes características:

Existe dependencia o abuso de alguna droga o sustancia que se sabe afecta el sueño durante los periodos de uso, intoxicación o abstinencia.

El paciente usa o está expuesto a medicamentos, comida o toxinas, que se sabe alteran el sueño.

El insomnio está temporalmente asociado al uso o abuso de una sustancia o en un periodo de abstinencia.

El trastorno de sueño no se explica por otro trastorno de sueño, médico o neurológico o por un desorden mental.

Insomnio secundario a condiciones médicas

Es el tipo de insomnio que se ocurre como consecuencia de un trastorno médico coexistente. El insomnio puede incluir dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes, o bien por queja frecuente de sueño insuficiente o no restaurador.

Son numerosas las causas potenciales de afección en los mecanismos cerebrales necesarios para el buen dormir. Así, una gran cantidad de padecimientos neurológicos, urológicos, gastroenterológicos, cardiológicos, algológicos, entre otros, pueden desencadenar insomnio.

Dentro de las condiciones médicas que se han asociado con el insomnio están la artritis, reflujo gastroesofágico, enfermedad de las arterias coronarias, falla cardiaca congestiva, insuficiencia renal terminal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y diabetes.²⁰ También se han encontrado comorbilidades del insomnio con alteraciones músculo-esqueléticas y con problemas de la próstata,²¹ de la misma forma, con hipertensión arterial, migraña²⁰ y con un pobre estado de salud percibida.²¹ La enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Alzheimer están asociadas con una alta prevalencia de insomnio y otros trastornos del sueño.

ninguno de los medicamentos utilizados para tratar tales alteraciones para el inicio y mantenimiento del sueño.

Criterios Diagnósticos

- A. Se cumplen los criterios generales de insomnio
- B. El insomnio se presenta por lo menos durante un mes.
- C. El paciente se encuentra en una condición médica o fisiológica que se sabe producen alteraciones de sueño.
- D. El insomnio está claramente asociado a una condición médica o fisiológica y tiene un avance significativo que va a la par de dicha condición.
- E. El trastorno de sueño no se explica por otro trastorno de sueño, desorden mental, uso de medicamentos o abuso de estupefacientes.

Manejo del Insomnio

De acuerdo con las recomendaciones publicadas para el manejo del insomnio, primero debe realizarse un completo examen clínico para hacer el diagnóstico diferencial y descartar insomnio secundario.^{20,21} En todo el mundo se han administrado para tratar de controlar el insomnio, medicamentos que actúan principalmente en el sitio del receptor GABA-A benzodiazepínico. Durante 2 décadas previas, el descubrimiento de los efectos colaterales de las benzodiazepinas tales como la disminución del sueño de ondas lentas y del sueño MOR, así como el aumento del sueño ligero, la tolerancia, dependencia, adicción, fenómenos de abstinencia y rebote, han llevado a una disminución paulatina en la prescripción de estos fármacos para el manejo del insomnio. Consecuentemente, la farmacoterapia ha ido cambiando gradualmente de las benzodiazepinas clásicas a los nuevos hipnóticos no-benzodiazepínicos, como el zolpidem, zaleplon o zopiclona. Con respecto a las mediciones de eficacia, estos medicamentos se centran principalmente en la reducción de la latencia del sueño, incrementando de esa manera el tiempo total de sueño, sin modificar la duración de las distintas etapas de sueño, ni producir el resto de los efectos colaterales conocidos de las benzodiazepinas. La medicación para dormir es prescrita para el insomnio primario que no responde a la terapia conductual (higiene de sueño) y para las formas secundarias del insomnio cuando fracasa el tratamiento para las condiciones médicas subyacentes. El estado actual del manejo farmacoterapéutico del insomnio es que, es común tomar medicamentos sedantes por mas de un año⁶⁵⁻⁷⁰.

El manejo farmacológico inicial del insomnio primario aun suele hacerse con benzodiazepinas, debido a que producen mejoría en múltiples parámetros del sueño, incluyendo latencia de conciliación, interrupciones del sueño y duración total del sueño. Aunque el uso de benzodiazepinas por un breve lapso es útil para el insomnio agudo, su utilización prolongada está contraindicada debido a una disminución moderada en su eficacia y a los efectos colaterales indeseables que producen, tales como hábito, dependencia, alteración del desempeño psicomotor y cognitivo diurno, somnolencia diurna, otras alteraciones del sueño, insomnio de rebote, y sueño REM de rebote.⁶⁵

Los hipnóticos no benzodiazepínicos fueron introducidos a finales de los 1980s y 1990s como alternativa para el tratamiento del insomnio, sin los efectos adversos

ns. Por ejemplo, zolpidem ofrece múltiples ventajas farmacológicas, incluyendo eficacia probada, vida media sin efectos de acción y mínimos efectos residuales; además, zolpidem no se acumula durante la administración repetida, causa mínima disrupción de la arquitectura del sueño y tiene un bajo potencial para el abuso debido a sus propiedades selectivas de unión con los receptores del ácido gama aminobutírico.²⁰

También ha habido un creciente interés en el desarrollo de terapias no farmacológicas para el insomnio. Un meta-análisis sugiere que la terapia cognitivo-conductual (TCC) es más efectiva que el placebo en el tratamiento del insomnio y produce efectos comparables a la farmacoterapia.²³ La TCC es un tratamiento de duración limitada, enfocado en el sueño, que modifica la cognición del sueño distorsionado, las malas conductas adaptativas, y la psico-fisiología de la vigilia que mantienen y refuerzan el insomnio.²² Esta alternativa terapéutica produce mejoras significativas en la latencia de conciliación, interrupciones después de la conciliación, la eficiencia del sueño y el tiempo total de sueño.²³

En un ensayo clínico controlado publicado en el JAMA por Morin y sus colegas²³ se comparó la farmacoterapia con la TCC para tratar el insomnio, y encontraron que una intervención farmacológica combinada con TCC es más efectiva que cualquier terapia sola. Esto sugiere que el tratamiento más eficaz para el insomnio puede ser la combinación de ambos, al tener la mejoría más rápida de la farmacoterapia y los efectos más durables de la TCC.

Conclusión

La medición de los impactos que el insomnio ejerce sobre distintas esferas del individuo y de la sociedad, implica retos metodológicos para los investigadores pero es, por sobre todo, información vital para los planificadores y tomadores de decisiones en el área de la salud pública, la economía de las empresas y el sector laboral. Aun cuando no todos los diseños utilizados en los trabajos publicados, permiten demostrar relaciones de causalidad entre el insomnio y ciertas variables nosológicas, económicas y sociales, podemos tener una clara imagen de las asociaciones significativas que existen entre esta alteración del sueño y una gran variedad de padecimientos e indicadores de desempeño y bienestar, personal y colectivo.

Sin el afán de restarle la importancia que merece el diseño de un estudio para poder determinar los costos atribuibles al insomnio, las estimaciones disponibles nos permiten aproximarnos a dimensionar el enorme peso económico que le impone a la sociedad un problema de salud que ha recibido poca atención por parte de los profesionales de éste sector, pero sobre todo, por parte del propio individuo afectado, que muchas veces no se reconoce así mismo como insomne y no busca la atención necesaria, lo que puede limitar las oportunidades para detectar otros problemas asociados o incluso predisponer al individuo a males mayores, con las repercusiones ya citadas en el ámbito socioeconómico y en la calidad de vida.

Es preocupante que en países de América Latina no se hayan hecho estudios para evaluar el impacto del insomnio, ya que resulta un poco riesgoso extrapolar los resultados de otros países, por las enormes diferencias que existen en los sistemas de salud, los sistemas de pensiones, los esquemas laborales y el tamaño de la economía.

internacionales de la región, han mostrado su interés en la salud de adultos mayores, al incluir ciertas preguntas sobre el uso de medicamentos para dormir, en las encuestas de salud aplicadas en varios países. Pero se requieren mayores esfuerzos de las autoridades sanitarias y laborales de los países, para investigar con mayor profundidad diversos aspectos del problema, y despertar el interés de los profesionales de diversas áreas por la medicina del sueño, que todavía se encuentra en una etapa de crecimiento muy incipiente.

Mientras tanto, los profesionales de la salud estamos obligados a conocer a detalle las distintas manifestaciones del insomnio para poderlo diagnosticar y tratar en forma adecuada.

Referencias

- ¹ American Sleep Disorders Association. The International Classification of Sleep Disorders, 2nd ed: Diagnostic Coding Manual. Wetchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2005.
- ² Haro, R., Hernández, A., Montoya, A. *Insomnio infantil*. Arch Neurosciences. 2, 2:128-133, 1997.
- ³ Suarez-Rodriguez A, Robles-Garcia B. Hábitos de sueño en la revisión del niño sano. *Bol Pediatr* 2005; 45:17-22.
- ⁴ Levy D, Gray-Donald K, Leech J, et al. Sleep patterns and problems in adolescents. *J Adolesc Health Care* 1986; 7:386-389.
- ⁵ Kirmil-Gray K, Eaglestone JR, Gibson E, et al. Sleep disturbance in adolescents: sleep quality, sleep habits, beliefs about sleep, and daytime functioning. *J Youth Adolesc* 1984; 13:375-384.
- ⁶ Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA*. 1989; 262:1479-1484.
- ⁷ Ohayon MM, Caulet M, Lemoine P. Comorbidity of mental and insomnia disorders in the general population. *Compr Psychiatry*. 1998; 39:185-197.
- ⁸ Ohayon MM, Roth T. What are the contributing factors for insomnia in the general population? *J Psychosom Res*. 2001; 51:745-755.
- ⁹ Ancoli-Israel S, Roth T. Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. I. *Sleep*. 1999; 22(suppl 2):S347-S353.
- ¹⁰ Ishigooka J, Suzuki M, Isawa S, Muraoka H, Murasaki M, Okawa M. Epidemiological study of sleep habits and insomnia of new outpatients visiting general hospitals in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1999; 53:515-522.
- ¹¹ Simon GE, VonKorff M. Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. *Am J Psychiatry*. 1997;154:1417-1423.
- ¹² Yeo BK, Perera IS, Kok LP, et al. Insomnia in the community. *Singapore Med J* 1996; 37:282-284.
- ¹³ Janson C, Norbäck D, Omenaas E, Gislason T, Nyström E, Jögi R, Lindberg E, Gunnbjörnsdottir M, Norman E, Wentzel-Larsen T, Svanes C, Jensen EJ, Torén K. Insomnia is more common among subjects living in damp buildings. *Occup Environ Med* 2005; 62:1136-118.
- ¹⁴ Trujillo de los Santos, Z. Insomnio en el paciente geriátrico. *Arch Neurocién (Mex)* 1997; 2:122-127

- ¹⁶ Husby R, Lingjaerde O. Prevalence of reported sleeplessness in northern Norway in relation to sex, age and season. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81:542-547.
- ¹⁷ Morgan K, Clarke D. Risk factors for late-life insomnia in a representative general practice sample. *Br J Gen Pract* 1997; 47:166-169.
- ¹⁸ Li RHY, Wing YK, Ho SC, et al. Gender differences in insomnia óa study in the Hong Kong Chinese population. *J Psychosom Res* 2002; 53:601-609.
- ¹⁹ Reyner LA, Horne JA, Reyner A. Gender and age-related differences in sleep determined by home recorded sleep logs and actimetry from 400 adults. *Sleep* 1995; 18:127-134.
- ²⁰ Rey de Castro J, Vizcarra D. Frecuencia de síntomas del síndrome apnea hipopnea del sueño e insomnio en médicos de una clínica privada peruana. *Rev Med Hered* 2003; 14:53-58
- ²¹ Francisco-Baez G, Flores-Correa N, González-Sandoval T, Horrisberger H. Calidad del sueño en estudiantes de medicina. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina* 2005; 141:14-17.
- ²² Durand G, Rey de Castro J. Hábitos y trastornos del sueño en rotadores de turnos de trabajo en una fábrica de bebidas. *An Fac Med Univ Nac S Marcos* 2004; 65:97-102.
- ²³ Geroldi C, Frisoni GB, Rozzini R, De Leo D, Trabucchi M. Principal lifetime occupation and sleep quality in the elderly. *Gerontology* 1996; 42:16369.
- ²⁴ Pacheco-Quesada GM, Rey-De-Castro MJ. Insomnio en pacientes adultos ambulatorios de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Med Hered* 2003; 14:63-68.
- ²⁵ Arias-Congrains J. Omisión en el registro de insomnio en pacientes internados en un hospital general. *Rev Med Hered* 2003; 14:59-62.
- ²⁶ Rey-De-Castro MJ, Álvarez-Mayorga J, Gaffo A. Síntomas relacionados a trastornos del sueño en supuestos sanos que asisten a un centro de Atención Primaria de Salud. *Rev Med Hered* 2005; 16:31-38.
- ²⁷ Alvarado R. Frecuencia del insomnio en México. *Arch Neurocién (Mex)* 1997; 2:114-121.
- ²⁸ Benca RM. Consequences of insomnia and its therapies. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(suppl 10):33-38.
- ²⁹ Neubauer DN. Chronic insomnia: current issues. *Clin Cornerstone* 2004; 6(Suppl 1C):S17-S22.
- ³⁰ Ancoli-Israel S. The impact and prevalence of chronic insomnia and other sleep disturbances associated with chronic illness. *Am J Manag Care* 2006; 12:S221-S229.
- ³¹ Katz DA, McHornery CA. Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. *Arch Intern Med* 1998; 158:1099-1107.
- ³² Gislason T, Reynisdottir H, Kristbjarnarson H, et al. Sleep habits and sleep disturbances among the elderlyô an epidemiological survey. *J Int Med* 1993; 234(1):31-9.
- ³³ Leppavuori A, Pohjasvaara T, Vataja R et al. Insomnia in ischemic stroke patients. *Cerebrovasc Dis* 2002; 14(2):90-7.
- ³⁴ Foley DJ, Monjan A, Simonsick EM, et al. Incidence and remission of insomnia among elderly adults: an epidemiologic study of 6,800 persons over three years. *Sleep* 1999; 22(Suppl 2):S366-72.

- ³⁶ Thorpy MJ. Sleep disorders in Parkinson's disease. *Clin Cornerstone*. 2004; 6(suppl 1A):S7-S15.
- ³⁷ Benca RM, Obermeyer WH, Thisted RA, Guillein JC. Sleep and psychiatric disorders: A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:651-668.
- ³⁸ Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P. Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry* 1996; 39:411-418.
- ³⁹ Chang PP, Ford DE, Mead LA, et al. Insomnia in young men and subsequent depression. The Johns Hopkins Precursors Study. *Am J Epidemiol* 1997; 146:105-114.
- ⁴⁰ Morawetz D. Insomnia and depression: Which comes first? *Sleep Research Online* 2003; 5(2):77-81.
- ⁴¹ Gillin JC. Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders? *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1998; 98:39-43.
- ⁴² Riemann D, Voderholzer U. Primary insomnia: a risk factor to develop depression? *J Affect Disord* 2003; 76:255-259.
- ⁴³ Chilcott LA, Shapiro CM. The socioeconomic impact of insomnia - an overview. *Pharmacoeconomics* 1996; 10:1-14.
- ⁴⁴ Dement WC, Mitler MM. It's time to wake up to the importance of sleep disorders. *JAMA* 1993; 269:1548-1549.
- ⁴⁵ National Institutes of Health. State-of-the-Science Conference Statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults; June 13-15, 2005. *Sleep* 2005; 28:1049-1057.
- ⁴⁶ Walsh J, Engelhardt C. The direct economic costs of insomnia in the United States for 1995. *Sleep* 1999; 22(Suppl 2): S386 ó S393.
- ⁴⁷ Leger D, Levy E, Paillard M. The direct costs of insomnia in France. *Sleep* 1999; 22(Suppl 2): S394 ó S401.
- ⁴⁸ Stoller MK. Economic effects of insomnia. *Clin Ther* 1994; 16(5): 873 ó 897.
- ⁴⁹ Martin SA, Aiken JE, Chervin RD. Toward cost-effectiveness analysis in the diagnosis and treatment of insomnia. *Sleep Medicine Reviews* 2004; 8:63672.
- ⁵⁰ González-Silva M. Enfermedades del sueño y su impacto laboral. *Ciencia & Trab* 2004; 6(12):48-52.
- ⁵¹ Metlaine A, Leger D, Choudat D. Socioeconomic impact of insomnia in working populations. *Industr Health* 2005; 43:11619.
- ⁵² Leigh JP. Employee and job attributes as predictors of absenteeism in a national sample of workers: the importance of health and dangerous conditions. *Soc Sci Med* 1991; 33: 127637.
- ⁵³ Åkerstedt T, Fredlund P, Gillberg M, Jansson B. A prospective study of fatal occupational accidents - relationship to sleeping difficulties and occupational factors. *J Sleep Res* 2002; 11:69671.
- ⁵⁴ Léger D, Guilleminault C, Bader G, Levy E, Paillard M. Medical and socioprofessional impact of insomnia. *Sleep* 2002; 25:62569.
- ⁵⁵ Fullerton P. The economic impact of insomnia in managed care: A clearer picture emerges. *Am J Manag Care* 2006; 12:S246-S252.

- ⁵⁷ Contreras G, Córdova V. Controversias sobre sueño y trabajo. *Ciencia & Trab* 2004; 6(12):70-72.
- ⁵⁸ Sivertsen B, Overland S, Neckelmann D, Glozier N, Krokstad S, Pallesen S, Nordhus IH, Bjorvatn B, Mykletun A. The Long-term Effect of Insomnia on Work Disability. The HUNT-2 Historical Cohort Study. *Am J Epidemiol* 2006; 163:101861024.
- ⁵⁹ Zammit GK, Weiner J, Damato N, Sillup GP, McMillan CA. Quality of life in people with insomnia. *Sleep* 1999; 22:S3796S385.
- ⁶⁰ Leger D, Scheuermaier K, Philip P, Paillard M, Guilleminault C. SF-36: Evaluation of quality of life in severe and mild insomniacs compared with good sleepers. *Psychosom Med* 2001; 63:49655.
- ⁶¹ Katz DA, McHorney CA. The relationship between insomnia and health-related quality of life in patients with chronic illness. *J Fam Pract* 2002; 51:2296235.
- ⁶² Roth T, Ancoli-Israel S. Daytime consequences and correlates of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. II. *Sleep* 1999; 22(Suppl 2):S35468.
- ⁶³ Jiménez-Genchi A, Díaz-Ceballos MA. El insomnio en la práctica médica. *Rev Fac Med UNAM* 2000; 43(2):46-48.
- ⁶⁴ Organización Panamericana de la Salud. Insomnio. Guía de diagnóstico y manejo. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia23.pdf>
- ⁶⁵ Drake CL, Roehrs T, Roth T. Insomnia causes, consequences, and therapeutics: an overview. *Depres Anxiety* 2003; 18:1636176.
- ⁶⁶ Hoehns JD, Perry PJ. Zolpidem: a nonbenzodiazepine hypnotic for treatment of insomnia. *Clin Pharm* 1993; 12:814-28.