



Iatreia

ISSN: 0121-0793

revistaiatreia@udea.edu.co

Universidad de Antioquia

Colombia

Cano Romero, Juan Fernando; Diago García, Johanna

Insomnio: enfoque diagnóstico y terapéutico

Iatreia, vol. 18, núm. 1, marzo, 2005, pp. 60-70

Universidad de Antioquia

Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180513852005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Insomnio: enfoque diagnóstico y terapéutico

JUAN FERNANDO CANO ROMERO M.D.¹ , JOHANNA DIAGO GARCÍA M.D.²

RESUMEN

EL SUEÑO EXCESIVO, insuficiente o desbalanceado disminuye la calidad de vida y afecta el funcionamiento biopsicosocial de la persona. Entre 20 y 50% de los adultos refieren una alteración en su dormir, y esta frecuencia aumenta con la edad.

El insomnio es la queja más común en la población general y en los pacientes psiquiátricos; de ahí la importancia de enfocar adecuadamente, desde los puntos de vista diagnóstico y terapéutico, este problema de salud.

El insomnio es un síntoma y se deben corregir primero sus causas; el estudio debe incluir el diario del sueño y la información de un testigo del dormir del paciente. El tratamiento varía según el tipo de insomnio y su etiología; las medidas generales pueden o no ser de tipo farmacológico e incluyen: higiene del sueño, intervenciones cognitivo-conductuales, restricción del sueño, técnicas de relajación y administración de medicamentos. En general se acepta que cuando el insomnio lleva menos de tres semanas de evolución no requiere ninguna intervención excepto las medidas sobre higiene del sueño; si esto no es suficiente, se perpetúa en el tiempo o se identifican otras causas, se deberá hacer un manejo de tipo específico.

¹ Médico psiquiatra, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín

² Médica Residente de Psiquiatría, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín.

jfdocano@epm.net.co

jpdiaogo@hotmail.com

Recibido: 8 de septiembre de 2004

Aceptado: 19 de octubre de 2004

PALABRAS CLAVE

ANTIDEPRESIVOS
BENZODIAZEPINAS
INSOMNIO
TRASTORNOS DEL SUEÑO

INTRODUCCIÓN

DESDE EL PUNTO DE VISTA EVOLUTIVO, hay evidencia de que el dormir se desarrolló cuando aparecieron los animales de sangre caliente. El sueño de animales como los reptiles carece de la etapa con movimientos oculares rápidos.

El ser humano duerme una tercera parte de su vida y de la calidad del sueño depende su desempeño en la vida cotidiana; pero el sueño no es un proceso constante ni pasivo sino que en él se da una progresión a lo largo de la vida; así, en recién nacidos dura hasta 20 horas diarias; aproximadamente a los 3 años alcanza un patrón más estable en el que la mayor parte de las horas de sueño son nocturnas, en la pubertad se adquiere el ritmo de sueño que se mantendrá la mayor parte de la vida y al final de ésta, durará solamente 4 ó 5 horas diarias.¹⁻⁵

El sueño es un estado reversible de desconexión sensorial y falta de respuesta al entorno; es un proceso activo que requiere las interrelaciones adecuadas de diferentes estructuras encefálicas; sus funciones reparadoras son numerosas y variadas.

Un 20-50% de los adultos entre 25 y 91 años refieren una alteración en su dormir (refiriéndose a la calidad de sueño o al número de horas dormidas); las quejas de sueño aumentan con la edad: el 90% de los adultos de 25 años reportan un sueño

adecuado, mientras que casi el total de las personas de 95 años informan que el sueño es irregular e interrumpido (Tabla N° 1).⁶

Tabla N° 1
PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO

Trastorno/Síntoma	Prevalencia (%)
Insomnio transitorio	18-27
Insomnio crónico	9
Hipersomnio	2-5
Ronquido	3-24
Síndrome de apnea obstructiva del sueño	2-8
Movimiento periódico de las piernas	15-34
Síndrome de las piernas inquietas	5-15

Reproducida de: Osuna S. Principios de la Medicina del Sueño. Bogotá: 2000

ARQUITECTURA DEL SUEÑO

EL SUEÑO se caracteriza por etapas superficiales y profundas que se suceden cíclicamente durante toda la noche; el perfil de aparición de estas etapas es variable; a la progresión cíclica de los estados de sueño y a su distribución proporcional se las denomina "arquitectura del sueño". En el estudio de las diversas fases del dormir se utilizan tres elementos básicos de registro electrofisiológico que pueden complementarse con los parámetros fisiológicos (ver diario del sueño en la Tabla N° 2): las ondas eléctricas cerebrales, el registro del tono muscular y el registro de los movimientos oculares.^{2,4,5}

Desde el punto de vista estructural, el sueño consta de dos estados completamente diferentes llamados sueño no-REM y sueño REM (por la sigla

en inglés de Rapid Eye Movements), cuya diferencia principal estriba en la presencia de movimientos oculares rápidos.

El sueño no-REM se compone de 4 fases de profundidad creciente, caracterizadas por la disminución del tono muscular, el reposo físico, la ausencia de tumescencia peneana, la actividad cerebral más lenta y de mayor voltaje, la carencia de ensoñaciones y la presencia de control autonómico y térmico. De acuerdo con el electroencefalograma, se registran las fases de sueño superficial I y II y de sueño profundo III y IV. Las fases profundas del sueño no-REM se relacionan con la cualidad reparadora del sueño.^{1,4,5,7}

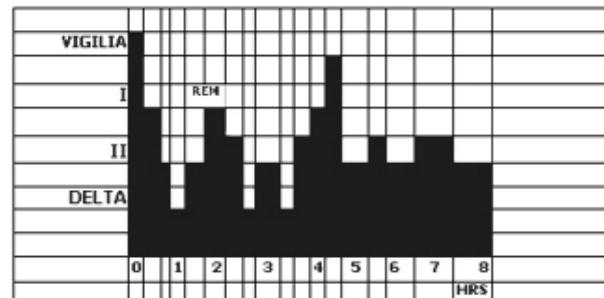
El sueño REM o paradójico se caracteriza por una actividad eléctrica cerebral fuerte que contrasta con la atonía que afecta a todos los músculos estriados con excepción del diafragma; aparecen también características funcionales como limpieza de memoria, disautonomía, tumescencia peneana, poiquilotermia y movimientos oculares rápidos. El sueño REM a su vez se divide en dos etapas: fásica, durante la cual hay contracciones cortas de los músculos esqueléticos y tónica, en la que se dan pocos movimientos oculares rápidos.

En un sueño típico de 8 horas, el primer tercio de la noche tiene fases más profundas que los dos restantes; el primer episodio de sueño REM ocurre aproximadamente a los 90 minutos y de nuevo a las 4, 5 y 6 horas. Los ciclos del sueño se van acortando a lo largo de la noche de modo que el primero siempre es más largo que el último. Para el correcto desarrollo de estos ciclos se requiere la liberación sincrónica de neurotransmisores, serotonina para el no-REM y acetilcolina para el REM (Figura N° 1).^{3,5,6}

La actividad onírica se asocia por lo general con el estado REM, del cual se rescata información vívida de fácil evocación; en el sueño no-REM tam-

bién hay actividad onírica pero esta es de difícil evocación mnésica, generalmente imágenes fragmentadas y desdibujadas.

Figura N° 1
ARQUITECTURA DEL SUEÑO



Reproducida de: www.biopsicología.net

I: fase uno del sueño

II: fase dos del sueño

Delta: fases tres y cuatro del sueño

Se ha demostrado que las ratas no pueden vivir después de una privación prolongada de sueño o del estadio REM. Esto ocurre por dis regulación térmica. La privación de sueño no tiene grandes efectos en el desempeño de los seres humanos, salvo en el ánimo y el estado de alerta. Luego de varios días de privación, se requieren dos a tres noches para recuperar los patrones normales de sueño. Si se priva al paciente de una fase específica, la recuperación se efectúa en esa misma fase.^{1,5}

ENFOQUE DIAGNÓSTICO

HAY VARIOS ASPECTOS que le pueden ayudar al clínico a enfocar adecuadamente un paciente con insomnio; siempre se deben tener en cuenta los siguientes:^{1-5,7,8}

1. Intentar definir la causa del insomnio sin olvidar que puede haber más de una y que generalmente se encuentran superpuestas.

2. Definir si el síntoma principal del paciente es el insomnio, la somnolencia diurna o el comportamiento perturbado durante el sueño.

3. Hacer un diario del sueño: es de gran ayuda registrar durante 1-2 semanas las conductas y patrones del sueño del paciente (Tabla N° 2).

4. Obtener información de un testigo del sueño: algunos trastornos del sueño se acompañan de un comportamiento perturbado; en la mayoría de los casos el paciente no lo nota por lo que su compañero de habitación es de gran ayuda en la elaboración de la historia clínica.

Tabla N° 2
DIARIO DEL SUEÑO⁴

Diario del sueño						
1.	¿Cuánto tardó en dormirse?					
2.	¿Cuántas veces se despertó en la noche?					
3.	¿Cuánto tiempo estuvo despierto las veces que se despertó?					
4.	Tiempo total de sueño					
5.	¿Le resultó difícil quedarse dormido?	0	1	2	3	4
		No muy difícil				Extremadamente difícil
6.	¿Se sintió descansado esta mañana?	0	1	2	3	4
		Muy descansado				Muy poco descansado
7.	Indique la calidad de sueño de la última noche	0	1	2	3	4
		Excelente				Muy mala
8.	¿Qué nivel de tensión física padecía cuando se acostó?	0	1	2	3	4
		Extremadamente tenso				Relajado
9.	Clasifique su actividad mental cuando se acostó la noche pasada	0	1	2	3	4
		Muy tranquila				Muy activa
10.	¿Qué nivel de funcionamiento tuvo durante el día?	0	1	2	3	4
		Muy bueno				Muy malo

Reproducida de: Osuna S. Principios de la Medicina del Sueño. Bogotá: 2000

ETIOLOGÍA

MUCHAS ENFERMEDADES pueden producir alteraciones del sueño; se las clasifica de acuerdo con el tipo de sintomatología que producen. Según la clasificación internacional, estas alteraciones se dividen en las siguientes categorías: disomnias, parasomnias, trastornos del sueño asociados a enfermedades médicas o psiquiátricas y los trastornos del ciclo sueño vigilia.

DISOMNIAS

LAS DOS DISOMNIAS más comunes son el insomnio y el hipersomnio, que son ^{3,5,8} síntomas y no constituyen un diagnóstico específico.

Insomnio

ES LA QUEJA SUBJETIVA de un sueño inadecuado o insuficiente; se debe ubicar el tipo de insomnio en una de tres categorías: 1) de conciliación, que es la dificultad para quedarse dormido; 2) de alteración en la continuidad o insomnio de mantenimiento; 3) insomnio de fase tardía o por despertar prematuro. Puede haber una mezcla de estas categorías, lo que constituye el insomnio global.

Las causas del insomnio se pueden dividir en intrínsecas y extrínsecas.

Causas intrínsecas:

- a. Insomnio primario psicofisiológico.
- b. Insomnio idiopático.
- c. Insomnio primario sin hallazgos específicos.
- d. Insomnio asociado a alteraciones respiratorias.
- e. Movimientos periódicos de las piernas (MPP) y síndrome de piernas inquietas.

Causas extrínsecas:

- a. Higiene inadecuada del sueño.
- b. Alcohol, cafeína, té, colas, estimulantes del sistema nervioso central, inhibidores de la recaptación de serotonina, amantadina, xantinas, bloqueadores de los canales del calcio, esteroides, anorexígenos, quinolonas, L-Dopa, broncodilatadores, etc.
- c. Trastornos de los ritmos circadianos.
- d. Secundario a alteraciones psiquiátricas (psicosis, enfermedades afectivas, etc.).
- e. Secundario a alteraciones médicas (asma, enfermedad coronaria, demencia, enfermedad de Parkinson, enfermedades degenerativas cerebrales, etc.).
- f. Otras.

Hipersomnio

LA SOMNOLENCIA que no mejora con el aumento del sueño nocturno es un trastorno del sueño; el hipersomnio de corta duración no tiene importancia médica, pero el crónico (mayor de 3 semanas) amerita hacer estudios conducentes al diagnóstico. ^{1,3,5,8}

Causas del hipersomnio

- a. Respiratorias: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).
- b. Metabólicas: diabetes mellitus, hipotiroidismo, insuficiencia renal y falla hepática.
- c. Abuso de sustancias: neurolépticos, benzodiazepinas.
- d. Abstinencia de sustancias: cafeína, estimulantes.
- e. Enfermedades neurodegenerativas.
- f. Narcolepsia.

PARASOMNIAS

SON FENÓMENOS que se presentan o exacerban durante el sueño y que pueden ser normales o anormales; los más mencionados son el sonambulismo, los terrores nocturnos, la enuresis, el bruxismo (rechinamiento dental) y la somniloquia (hablar dormido). ^{1,3,5}

TRASTORNOS DEL CICLO SUEÑO-VIGILIA

CUANDO OCURRE UNA ALTERACIÓN del ciclo circadiano aparecen síntomas de diferentes sistemas, pero los más frecuentes son el insomnio, el hipersomnio y los trastornos digestivos. Como consecuencia de esto hay disminución en la calidad de vida y dificultades para el desempeño laboral y las relaciones interpersonales.

Los trastornos del ciclo sueño-vigilia se han agrupado en seis entidades principales, a saber:

- a. Trastorno del sueño por viaje transmeridiano (JET-LAG).
- b. Trastorno del sueño por trabajo por turnos (horario rotatorio).
- c. Patrón de sueño irregular.
- d. Fase adelantada del sueño.
- e. Fase atrasada del sueño.
- f. Ritmo de sueño-vigilia sin patrón de 24 horas.

ENFERMEDADES ASOCIADAS A TRASTORNOS DEL SUEÑO

- a. Médicas: asma ligada al sueño, isquemia cardíaca nocturna, reflujo gastroesofágico ligado al sueño, fibromialgia, demencia, enfermedad de

Parkinson, enfermedades degenerativas cerebrales, trastornos endocrinos, dolor, cáncer.

- b. Psiquiátricas: esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar, ansiedad.

TRATAMIENTO DEL INSOMNIO

EL INSOMNIO es principalmente un síntoma y como tal se deben corregir primero sus causas. En general se acepta que cuando el insomnio ha durado menos de tres semanas no se debe hacer ninguna intervención, salvo las medidas de higiene del sueño; sin embargo, en algunos casos específicos es de gran ayuda el uso supervisado de medicamentos por tiempo corto. ^{1,3,5,7-9} El tratamiento del insomnio abarca tanto medidas farmacológicas como no farmacológicas.

Tratamiento farmacológico

LOS ENSAYOS CLÍNICOS han demostrado la eficacia y seguridad del tratamiento farmacológico a corto plazo, en especial con las benzodiazepinas y los agonistas de receptores benzodiacepínicos (BDZ) no benzodiazepínicos; sin embargo, su efectividad a largo plazo ha sido puesta en duda. ⁸⁻¹⁰ Seguidamente se consideran las benzodiazepinas, los agonistas de receptores BDZ no benzodiazepínicos, los antihistamínicos, los antidepresivos, la melatonina y los antipsicóticos.

Benzodiazepinas

Su acción comienza rápidamente y tienen buena seguridad y tolerabilidad; disminuyen efectivamente la latencia del sueño, aumentan el tiempo total de sueño y se ha reportado que a largo plazo acortan el sueño REM (Tabla N° 3). ¹⁰⁻¹² Sus principales efectos adversos son: somnolencia diurna, disminución del desempeño psicomotor y cognitivo, amnesia anterógrada e insomnio de rebote.

Tabla N° 3
BENZODIAZEPINAS INDICADAS COMO HIPNÓTICOS

Nombre genérico	Nombre comercial	Dosis (mg/día)	Inicio de acción (min.)	Vida media (horas)
Triazolam	Somese®	0.125-0.25	15-30	1.5-5
Midazolam	Dormicum®	3.75-7.5	15-30	1.5-5
Lorazepam	Ativán®	1.0-4	30-60	7.5-24
Clonazepam	Rivotril®	0.5-2	20-60	19-60

Reproducida de: Osuna S. Principios de la Medicina del Sueño. Bogotá: 2000

Se han documentado varios problemas graves relacionados con el uso de las benzodiazepinas; son ellos:

1. Rápido desarrollo de tolerancia al medicamento.
2. Sedación diurna y retardo motor y cognitivo.
3. Alteraciones de la arquitectura del sueño relacionadas con el uso a largo plazo.
4. La suspensión brusca de estos medicamentos puede causar un síndrome de supresión con insomnio prominente.

Con respecto al potencial de adicción de las benzodiazepinas, varios estudios clínicos destacan el papel del paciente más que del medicamento y definen a las personas, de acuerdo con su historia personal, como abusadoras potenciales de estos medicamentos, para las cuales está contraindicada dicha prescripción.^{10,12}

Los protocolos recomiendan que el uso de benzodiazepinas debe estar limitado a circunstancias específicas de insomnio transitorio y enfatizan en que no deben prescribirse dichos medicamentos por más de 4 semanas.⁸⁻¹²

Agonistas de receptores BDZ no benzodiazepínicos

Son medicamentos no relacionados químicamente con las benzodiazepinas pero que ejercen su acción sobre los receptores BDZ-1 (Tabla N° 4). Al

compararlos con las benzodiazepinas no se hallan diferencias con respecto a la efectividad; a pesar de que se les atribuye mayor seguridad para el tratamiento a largo plazo, también se han reportado con ellos abuso, dependencia y síndrome de abstinencia.¹¹

Antihistamínicos

No se han reportado ventajas de los antihistamínicos en el tratamiento del insomnio con respecto a placebos debido a la latencia para el inicio de la acción, a la vida media prolongada y a los efectos adversos.⁹

Antidepresivos

En pacientes deprimidos y con insomnio se pueden administrar antidepresivos sedantes (doxepina, mirtazapina o trazodona). Los antidepresivos tricíclicos pueden provocar o empeorar trastornos motores relacionados con el sueño y precipitar o agravar el insomnio en algunos pacientes; al igual que los antihistamínicos, no tienen ventajas sobre los placebos por sus efectos adversos y residuales.¹³ Así mismo, algunos antidepresivos como la fluoxetina, la imipramina y los inhibidores de la amino oxidasa pueden ser estimulantes y producir insomnio. Muchos psiquiatras utilizan dosis bajas o moderadas de trazodona, en combinación con inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) administrados por la mañana para el tratamiento inicial del insomnio.^{8,9,13}

Tabla Nº 4
AGONISTAS DE RECEPTORES BDZ NO BENZODIAZEPÍNICOS

Nombre genérico	Nombre comercial	Dosis (mg/día)	Inicio de acción (min.)	Vida media (horas)
Zopiclona	Sedorm®	7.5	30-60	3.5-5
Zolpidem	Stilnox®	5.0-10	15-30	2.0-3.0
Zaleplom	Sonata®	10	15-30	1.0-1.5

Reproducida de: Osuna S. Principios de la Medicina del Sueño. Bogotá: 2000

Melatonina

A pesar de que se ha demostrado que los individuos insomnes tienen déficit de melatonina, no se ha podido comprobar que su administración exógena sea benéfica en pacientes con insomnio crónico, pero sí se ha evidenciado su efectividad en el trastorno del sueño por cambio de huso horario, por su efecto regulador del ciclo vigilia-sueño.^{9,13}

Antipsicóticos

Se recomienda el uso de estos medicamentos en pacientes hospitalizados para controlar el insomnio secundario a psicosis, la depresión psicótica y la manía aguda. Se ha demostrado su utilidad para controlar las alteraciones del sueño secundarias al delirium en individuos de edad avanzada y en pacientes en unidades de cuidados intensivos.⁵

Tratamiento no farmacológico

AUNQUE SU EFECTIVIDAD a corto plazo es menor que la del enfoque farmacológico, el tratamiento no farmacológico es el único que ha demostrado efectividad duradera; no se requiere una psicoterapia a largo plazo, y en caso de recaída el paciente estará en condiciones de recordar y utilizar de nuevo las técnicas aprendidas; de no ser así, en una cita de revisión se pueden reforzar éstas

fácilmente.^{2,14-19} El tratamiento no farmacológico comprende las siguientes técnicas: higiene del sueño y control de estímulos, técnicas cognitivas, restricción del sueño, relajación y biorretroalimentación; las dos primeras deben incluirse en el manejo de todos los pacientes con insomnio; las demás, en general, se reservan para el especialista.^{14,17-19} Se debe comprometer al paciente a la realización cabal de las técnicas y a asumir un papel activo en el tratamiento.

Higiene del sueño y control de estímulos

Generalmente lo que hacemos está influenciado por el momento y el lugar en que estamos. Los estímulos o características de una situación se relacionan con las conductas que tienen lugar en ella; entonces, las características de la situación se convierten en señales o claves para esas conductas. La terapia del control de estímulos busca eliminar los comportamientos incompatibles con la inducción del sueño, enseñar a reasociar la cama y la habitación con un comienzo rápido del sueño y regular el ciclo sueño-vigilia.^{14,17,19}

Las normas de higiene del sueño son las siguientes:

- Acuéstese sólo cuando esté somnoliento.
- Levántese a la misma hora todos los días, incluyendo los fines de semana.

- c. No duerma siestas.
- d. No beba alcohol en las dos horas previas a acostarse.
- e. No consuma cafeína en las seis 6 horas previas a acostarse. Aprenda cuáles alimentos, bebidas y medicamentos contienen cafeína.
- f. No fume antes de dormir.
- g. Haga ejercicio regularmente.
- h. Busque un entorno confortable (intensidad de luz, nivel de ruido, temperatura de la habitación, calidad de la almohada y el colchón).
- i. Ingiera una pequeña porción de carbohidratos antes de la hora de acostarse.

Discuta con su paciente la importancia de cada una de estas normas, su conducta actual y las estrategias concretas que utilizará para cumplirlas.

Las instrucciones sobre el control de estímulos son estas:

- a. Utilice la cama solamente para dormir.
- b. Establezca una rutina antes de acostarse.
- c. Si no puede dormirse en 15 minutos luego de acostarse, levántese y dedíquese a una actividad diferente hasta que esté somnoliento.
- d. En caso de no dormirse en 15 minutos al regresar a la cama, repita la secuencia anterior cuantas veces sea necesario.

Para asegurar el cumplimiento de las instrucciones ponga primero sobre aviso al paciente de lo difícil que es seguir las y de que el éxito de la terapia no se notará durante la primera semana.

Técnicas cognitivas

Son elementos educativos para hacer disminuir la ansiedad del paciente con respecto al sueño pues dicha ansiedad le dificulta en gran medida conci-

liarlo y se produce el círculo vicioso autoperpetuado de no dormir y preocuparse por ello.^{14,16,17,19}

Las técnicas cognitivas buscan varios objetivos:

- a. Reestructurar los pensamientos negativos acerca de la falta de sueño.
- b. Descatastrofizar el insomnio.
- c. Identificar los problemas que no son causados por el insomnio.
- d. Reemplazar los pensamientos maladaptativos con respecto al insomnio por otros que sean más funcionales.

Restricción del sueño

No todas las personas requieren el mismo período de tiempo en la cama, y si se recuerda que el tiempo total de sueño disminuye con la edad, se busca hacerle entender al paciente que lo importante no es dormir la mayor cantidad posible de tiempo sino asegurar una buena calidad de sueño para que este cumpla su papel reparador. La técnica de restricción del sueño, busca entonces optimizar el tiempo en cama para llegar a la meta de un sueño reparador.^{1,14,16,19} Implica la utilización de un diario del sueño, para determinar el tiempo total que duerme el paciente, y un seguimiento para ir haciendo los cambios pertinentes. Se le dan al paciente las siguientes instrucciones:

- a. Establezca el tiempo total de sueño.
- b. Restrinja el tiempo en cama al tiempo total de sueño, sin importar cuánto duerma.
- c. Aumente progresivamente el tiempo en cama; se recomiendan 15 minutos más por semana hasta llegar a un máximo de tiempo total de sueño igual al 85% del tiempo total en cama.

Técnicas de relajación y biorretroalimentación

Se utilizan varias técnicas para disminuir la tensión expresada al momento de acostarse; se sugiere

practicarlas inicialmente fuera de la cama y en un horario diurno, mientras se logra conocerlas y controlarlas mejor. Dichas técnicas son: ^{1,16,19}

- a. Relajación muscular progresiva.
- b. Autorrelajación.
- c. Entrenamiento en respiración.
- d. Autohipnosis.

SUMMARY

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC APPROACH TO INSOMNIA

Excessive, insufficient or unbalanced sleep reduces life quality and severely affects the biopsychosocial functioning of the person. Between 20 and 50% of adults suffer from sleep disturbances and their frequency increases with aging.

Insomnia is the most common complaint in the general population and in psychiatric patients; therefore, it is important to have an adequate diagnostic and therapeutic approach in order to be able to solve the problem.

Insomnia is just a symptom and its causes must be solved in the first place; the diagnostic study must include a sleep diary and the information provided by relatives. Treatment varies depending on the kind of insomnia and its etiology; general measures can be pharmacological or non-pharmacological; they include: sleep hygiene techniques, cognitive-behavioral interventions, sleep restriction, relaxation therapies and different medications. If insomnia has lasted less than three weeks no intervention but sleep hygiene measures is necessary; if this is not enough, persists for longer or another causes are identified, specific therapeutic measures must be included.

KEY WORDS

ANTIDEPRESSIVES
BEZODIAZEPINES
INSOMNIA
SLEEP DISORDERS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OSUNA S. Enfoque del paciente con trastornos del sueño. Bogotá: Asociación Colombiana de Medicina del Sueño, 2000.
2. PALLESEN S, NORDHUS I, HAVIK O, NIELSEN G. Clinical Assessment and Treatment of Insomnia. *Professional Psychology: Research and Practice* 2001; 32:115-124.
3. DULCEY A. Trastornos del sueño. En: Gómez-Restrepo C, Hernández G, Rojas A, Santacruz H, Uribe M, editores. *Fundamentos de Psiquiatría Clínica: Niños, Adolescentes y Adultos*. Bogotá: Centro Editorial Javeriano, 2002: 561-568.
4. OSUNA S, RUBIANO A. *Principios de la Medicina del Sueño*. Bogotá: ARS Médica, 1^a ed. 1994.
5. RUNDELL J. Trastornos del sueño. *Fundamentos de psiquiatría de enlace*, 1^a ed. Bogotá: ARS Médica; 2002.
6. CHESSON AL. Polysomnography Task Force: The indications for polysomnography. *Sleep* 1997; 20: 423-487.
7. McDOWELL W. Top Ten List in Sleep. *Chest* 2002; 122: 1.457-1.460.
8. KUPFER D, REYNOLDS C. Management of Insomnia. *New Engl J Med* 1997; 336: 341-346.
9. MACZAJ M. Pharmacological treatment of insomnia. *Drugs* 1993; 45: 44-55.
10. HOLBROOK AM, CROWTHER R, LOTTER A. The role of Benzodiazepines in the treatment of insomnia. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 824-826.
11. NOWELL PD, MAZUMDAR S, BUYSSE DJ, DEW MA, REYNOLDS C, KUPFER D. Benzodiazepines and zolpidem

for chronic insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *JAMA* 1997; 278: 2.170-2.177.

12. HOLBROOK AM, CROWTHER R, LOTTER A, CHENG C, KING D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *Can Med Ass J* 2000; 162: 225-233.

13. NIERENBERG A, PESELOW E, ADLER L. Trazodone for antidepressant associated insomnia. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1.069-1.072.

14. EDINGER JD, WOHLGEMUTH WK, RADTKE RA, QUILLIAN RE. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285: 1.856-1.864.

15. VERBEEK I, DECLERCK G. Evaluation of short-term nonpharmacological treatment of insomnia in a clinical setting. *J Psychosom Res* 1999; 47: 369-383.

16. LICHSTEIN K, WILSON N, JOHNSON C. Psychological treatment of secondary insomnia. *Psychol Aging* 2000; 15: 232-240.

17. HAJAK G, MULLER-POPKES K, RIENMANN D, MAYER G, LAUER C. Psychological, psychotherapeutic and other non-pharmacologic forms of therapy in treatment of insomnia. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 1997; 65: 133-144.

18. CHAMBERS J. Therapeutic issues in the behavioral treatment of insomnia. *Professional Psychology: Research and Practice* 1992; 23: 131-138.

19. LACKS P. *Tratamiento del Comportamiento Contra el Insomnio Persistente*, 1^a ed. Bilbao: Desclée de Brower; 1993.

