

Trastorno de insomnio. Consideraciones actuales

Insomnia disorder. Current considerations

Dra. Olivia Martínez Hernández^{1*}
Est. Olivia Montalván Martínez²
Est. Yandy Betancourt Izquierdo²

¹ Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.

*Autor de la correspondencia: oliviamartinez.mtz@infomed.sld.cu

RESUMEN

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente en la población, se acompaña de un nivel significativo de malestar o deterioro de áreas importantes del funcionamiento humano. Es importante realizar un diagnóstico correcto de este desorden con el objetivo de instaurar un tratamiento adecuado que permita mejorar la calidad de vida de los pacientes que lo padecen. El objetivo de este artículo es ofrecer una revisión actualizada que contribuya al incremento y actualización de la información sobre este tema. Se realizó una revisión en artículos, principalmente de los últimos cinco años y se sistematizan los resultados para de esta forma contribuir a la superación de los profesionales.

Palabras clave: insomnio; clasificación; tratamiento.

ABSTRACT

Insomnia is the most frequently sleep disorder in the population. It is linked to a significant discomfort and an impairment of important areas of the human

functioning. The correct diagnosis of this disorder is important with the objective of prescribing an adequate treatment for improving the life quality of the patients suffering it. The aim of this article is offering an up-dated review contributing to increase and update the information on this topic. The authors carried out a review of articles published mainly during the last five years, and the results were systematized for contributing to the professionals´ upgrading.

Key words: insomnia; classification; treatment.

Recibido: 04/03/2019.

Aceptado: 03/04/2019.

INTRODUCCIÓN

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente en la población general y uno de los motivos más habituales de solicitud de atención médica en las consultas de psiquiatría. Tanto el diagnóstico como el tratamiento de las molestias del sueño son todo un reto; el insomnio suele pasar desapercibido o no tratarse, lo cual contribuye al empeoramiento de las condiciones médicas y psiquiátricas de los que lo padecen.⁽¹⁾

Se estima que aproximadamente un tercio de la población sufre de insomnio cuando se consideran tan solo los síntomas nocturnos (dificultad para iniciar o mantener el sueño), pero esta cifra disminuye hasta el 10% cuando se consideran las consecuencias diurnas, de tal manera que podemos establecer que el síndrome clínico completo de insomnio crónico lo padece entre un 6% y un 10% de la población.^(2,3)

La incapacidad para iniciar y/o mantener el sueño, así como la presencia de despertar precoz o sueño no reparador, repercute en gran manera en la posterior vigilia del paciente, y puede ser causa de múltiples trastornos que afectan a la calidad de vida y la capacidad laboral, además los pacientes con este trastorno presentan alteraciones cognitivas leves, principalmente, en tareas de atención complejas, en el proceso de consolidación de la memoria durante el sueño y en algunos aspectos de las funciones ejecutivas.⁽⁴⁾

Leger D,⁽⁵⁾ comunica en el 2014, en un estudio internacional que incluyó a 10 países y utilizando un cuestionario, que los pacientes con insomnio definido por la clasificación internacional de los trastornos de sueño tienen un alto porcentaje de accidentes domésticos, accidentes de trabajo y accidentes de coche en relación con trastornos del sueño e independientemente de los efectos de los tratamientos con hipnóticos, de tal manera que un 10% presentó al menos un accidente de trabajo, un 9% se durmió al volante al menos una vez y al menos un 4% comunicó un accidente de tráfico.

Por estas razones, actualmente se reconoce el insomnio como un trastorno con entidad propia y merecedora de tratamiento por sí mismo, independientemente de las causas que participan en su aparición y/o cronificación.

El objetivo de este artículo es contribuir al incremento y actualización de la información sobre el insomnio, lo cual constituye un reto para los profesionales de la salud, que deben lograr instaurar un tratamiento oportuno para los pacientes, por la repercusión negativa que tiene en la calidad de vida de los que lo sufren.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica con los términos: revisión sistemática, insomnio, clasificación y tratamiento. Se hicieron búsquedas en las bases de datos electrónicas MEDLINE (PubMed) y Scielo. La búsqueda no quedó restringida por fecha, idioma o país de origen de las publicaciones.

Criterios de selección

Fueron considerados todos los estudios primarios o revisiones bibliográficas en los que el insomnio constituyó el centro de atención

Recopilación y análisis de datos

La información fue resumida utilizando el paquete de programas Microsoft Office, versión 2007.

DISCUSIÓN

La complejidad etiopatológica del insomnio hace difícil establecer, una definición concreta que englobe toda su naturaleza. Según la clasificación internacional de los trastornos de sueño, publicada en 2014, el insomnio se define como una dificultad persistente en el inicio del sueño, su duración, consolidación o calidad, que ocurre a pesar de la existencia de adecuadas circunstancias y oportunidad para el mismo y que se acompaña de un nivel significativo de malestar o deterioro de las áreas social, laboral, educativa, académica, conductual o en otras áreas importantes del funcionamiento humano.⁽⁶⁾

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5),⁽³⁾ coincidiendo con la clasificación internacional de los trastornos del sueño define los criterios para el diagnóstico planteando que debe existir una predominante insatisfacción por la cantidad o calidad del sueño, asociada a dificultad para iniciarlo y mantenerlo, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar o despertar pronto en la mañana. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento.

Añade el DSM 5 que se debe especificar:

- Con trastorno mental concurrente no relacionado con el sueño, incluidos los trastornos por consumo de sustancias
- Con otra afección médica concurrente
- Con otro trastorno del sueño

Especificar además si:

- Episódico: los síntomas duran como mínimo un mes, pero menos de tres meses.
- Persistente: los síntomas duran tres meses o más.
- Recurrente: Dos (o más) episodios en el plazo de un año.

Coincide la autora que el trastorno del sueño causa:

- Daño cognitivo (atención, concentración, memoria).
- Trastornos del humor (irritabilidad).
- Fatiga o disminución de la energía.
- Alteraciones de conducta (hiperactividad, impulsividad, agresión).
- Funcionamiento ocupacional o académico dañado.
- Funcionamiento interpersonal o social dañado.
- Tensión, cefalea, síntomas gastrointestinales.
- Preocupación por el sueño.
- Impacto negativo sobre el cuidador o el funcionamiento familiar (fatiga, somnolencia).

Ambos conceptos tienen en común el deterioro en el funcionamiento del individuo de ahí la importancia de tener presente este elemento al momento de realizar el diagnóstico. Finalmente, ambos criterios dejan claro que no se puede diagnosticar insomnio si no existe una clara afectación del funcionamiento diurno.

Se han descrito varios subtipos clínicos y fisiopatológicos de insomnio según las diferentes clasificaciones,^(3,6) que clasifica el insomnio en:

- Trastorno del tipo insomnio crónico.
- Trastorno del tipo de insomnio de corta duración.
- Otros tipos de insomnio.

En el insomnio crónico el paciente describe quejas en el inicio o en el mantenimiento del sueño, con síntomas asociados durante el día. Para realizar el diagnóstico se considera que esto debe ocurrir más de tres veces por semana y al menos durante tres meses. Puede ocurrir aisladamente o como una condición comórbida con un desorden mental, enfermedad médica o consumo de sustancias.

Hay que tener presente que todos estos elementos tienen en cuenta la subjetividad del paciente. Sin embargo, latencias al inicio del sueño y periodos de despertar después del inicio del sueño mayores de 20 minutos generalmente tienen significado clínico en niños y adultos jóvenes. En adultos de mediana edad o personas mayores, latencias de sueño y periodos de despertar después del inicio del sueño mayores de 30 minutos tienen significado clínico. Los síntomas de despertar pronto en la mañana están menos definidos, pero en general la terminación del sueño 30 minutos antes del tiempo deseado y la reducción en el tiempo total de sueño comparado con la situación previa es una cuestión a valorar.⁽⁷⁾

Por su parte el insomnio de corta duración se caracteriza por dificultad para iniciar el sueño o lograr su mantenimiento, que resulta en insatisfacción con el sueño y que aparece por un periodo de tiempo inferior a los tres meses. Como en el caso del insomnio crónico también este puede aparecer de forma aislada o con alguna comorbilidad como alteraciones mentales, enfermedades médicas o consumo de sustancias.

En algunos casos hay una causa identificable que puede actuar como desencadenante y en otros casos ocurre episódicamente coincidiendo con factores precipitantes.⁽⁸⁾

Cuando el insomnio de corta duración aparece relacionado con factores precipitantes como son acontecimientos vitales (divorcio, enfermedades graves, etc.) puede presentar, asociado al mismo, diferentes manifestaciones como la ansiedad y la depresión. Si el insomnio se relaciona con el consumo de alcohol o el abuso de otras drogas, pueden aparecer síntomas relacionados con el consumo de estas sustancias.

El diagnóstico de otros tipos de insomnio se sugiere para personas con síntomas de dificultad de inicio y mantenimiento del sueño que no cumplen los criterios de insomnio crónico o insomnio de corta duración y, por lo tanto, se aconseja su uso de forma provisional hasta que se tengan elementos e información para establecer el diagnóstico definitivo.

Numerosos estudios epidemiológicos se han realizado para establecer la prevalencia del insomnio, pero dependiendo de la definición utilizada los porcentajes varían enormemente desde un 5% hasta cifras del 50%.⁽⁹⁾

No obstante, se plantea que el insomnio crónico lo padece entre un 6% y un 10% de la población.^(2,3)

Afecta con mayor prevalencia a mujeres, pero aparece cada vez de forma más frecuente en varones y en edad infantil, posiblemente relacionado con los hábitos sociales. En el adolescente es frecuente acostarse a altas horas de la noche, ya que realizan diversas actividades sociales como asistir a actividades festivas, ver la televisión, jugar con dispositivos electrónicos, comunicarse con amigos, lo que trae consigo que duerman en el horario diurno provocando alteraciones de los hábitos del sueño, y por tanto perpetuándose el insomnio.

La mayoría de los modelos etiológicos del insomnio, incluyen factores que predisponen al insomnio, que lo precipitan y que lo mantienen. Los factores predisponentes pueden ser de tipo biológico o psicosocial. Un factor predisponente que desempeña un importante papel es la vulnerabilidad al insomnio, que se relaciona con un modo no adaptativo de afrontar el estrés (centrado en la emoción en vez de en el problema) y la internalización de las emociones negativas, lo cual favorece un estado de hiperactivación fisiológica, cognitiva y emocional que altera el sueño y puede desembocar en insomnio. Esta vulnerabilidad es en gran parte hereditaria. Se han descrito dos fenotipos, basados en la duración objetiva del sueño, que difieren en la gravedad del trastorno. Los insomnes con duración objetiva del sueño menor de seis horas presentan déficits cognitivos significativos. Éstos se manifiestan en tareas que requieren gran cantidad de recursos cognitivos, tareas de atención complejas, cambio de foco de atención, proceso de consolidación de la memoria durante el sueño y memoria operativa. Estos datos sugieren la existencia de una disfunción prefrontal. Se da una alta comorbilidad entre insomnio y ansiedad-depresión. La ansiedad-depresión provocada por la internalización de las emociones predispone al insomnio, y éste, a su vez, intensifica la depresión.⁽⁴⁾

Lamentablemente, el insomnio no puede ser atribuido a una sola causa, por lo que es necesario un abordaje multifactorial e individualizado para cada paciente. A pesar de que en los últimos años se ha avanzado mucho en el conocimiento y detección precoz del problema, queda mucho camino por recorrer y retos pendientes para conseguir una población con mejor calidad de sueño y, en consecuencia, mejor calidad de vida.

Por tanto, los objetivos del tratamiento estarían encaminados a:

- Mejorar la cantidad y calidad de sueño.
- Mejorar el daño diurno relacionado con el sueño.
- Promover buenos hábitos de sueño.
- Considerar la terapia cognitivo conductual para el insomnio.
- Tratar el insomnio y las condiciones comórbidas simultáneamente.

Considera la autora que el diagnóstico del insomnio es fundamentalmente clínico, basado en los síntomas descritos por el paciente. Para realizar un adecuado abordaje terapéutico, es fundamental que ante un paciente con queja de insomnio se lleve a cabo un diagnóstico correcto. El profesional de Atención Primaria juega un papel clave en la detección y manejo del insomnio.

Se requiere, por tanto, de un abordaje completo que abarcaría tanto el diagnóstico como el tratamiento del insomnio, tanto farmacológico como psicoterapéutico, considerando la terapia cognitivo conductual (TCC) como uno de los pilares beneficiosos en estos pacientes.

Debemos señalar que las psicoterapias, en general, no son intervenciones efectivas para tratar el insomnio,⁽¹⁰⁾ sino específicamente la TCC dirigida al insomnio. Esta es una combinación de técnicas psicoterapéuticas de duración limitada en el tiempo, focalizadas en el sueño, que incluyen intervenciones psicológicas de tipo cognitivo y técnicas educativas, informando al paciente acerca de la higiene del sueño, y técnicas de tipo conductual, como la restricción del tiempo en cama, el control de estímulos y las técnicas de relajación.

Un primer paso indispensable en el tratamiento del insomnio es proporcionar al paciente información certera y comprensible, tanto para que entienda el origen de su problema, como para que conozca las posibles medidas terapéuticas que se pueden llevar a cabo para resolverlo (tratamiento y prevención de recaídas).

Conviene implicarle en el proceso de toma de decisiones para que pueda contribuir a la selección de las medidas que serían más adecuadas en su caso. Esto también ayuda a corregir aquellas ideas erróneas que se tengan sobre el ciclo de sueño y sobre todo a trabajar las expectativas a veces poco realistas de los pacientes. Si el profesional considera las concepciones que el paciente tiene sobre su problema de sueño, puede utilizar mejor la información que así obtenga a la hora de poner en marcha las intervenciones terapéuticas.

En muchas ocasiones, el tratamiento del insomnio puede resolverse con relativa facilidad si en la anamnesis se puede identificar una causa. En estos casos el tratamiento es el de esta causa.

Según los criterios de las Pautas de Actuación y Seguimiento del Insomnio en España,⁽¹¹⁾ y otros autores,^(12,13) es imprescindible tener presente una serie de medidas de higiene del sueño antes de instaurar tratamiento farmacológico, aunque estas por sí sola no son efectivas:

1. Tener horarios regulares
2. Mantener condiciones ambientales adecuadas para dormir
3. Comer a horas regulares y evitar comidas copiosas cerca de la hora de acostarse.
4. Limitar la ingesta de sustancias con efecto estimulante, como café, té o cola, sobre todo a partir de las 17 horas. También es conveniente limitar el consumo de alcohol, sobre todo por la noche. Limitar o reducir el consumo de tabaco, ya que la nicotina que contiene es una sustancia estimulante.
5. Permanecer en la cama entre siete y ocho horas: Reducir el tiempo de permanencia en la cama mejora el sueño y, al contrario, permanecer en la cama durante mucho tiempo puede producir un sueño fragmentado y ligero.
6. Evitar siestas largas durante el día y las situaciones que las propicien. En casos concretos, se puede permitir una siesta después de comer, de duración no superior a 30 minutos.
7. Realizar ejercicio físico de manera regular durante el día. Se debe evitar realizar ejercicio por la noche por su efecto estimulante.
8. Evitar actividades excitantes en las horas previas a acostarse.⁽¹⁴⁾ No deben realizarse en la cama actividades tales como ver la televisión, jugar con tabletas u otros dispositivos móviles, hablar por teléfono, discutir, etc. El cerebro necesita asociar el dormitorio y la cama al dormir. Cuando en ese lugar se realizan otro tipo de actividades el cerebro recibe un doble mensaje y se confunde.
9. Repetir cada noche una rutina de acciones que nos ayuden a prepararnos mental y físicamente para ir a la cama. Lavarse los dientes, ponerse la ropa de dormir, preparar la ropa del día siguiente, etcétera.
10. Practicar rutinas de relajación antes de acostarse puede contribuir a que se duerma mejor.

En general estas guías españolas proponen por orden de evidencia científica las terapias psicológicas y conductuales para insomnio:⁽¹¹⁾

1. Control de estímulos. Técnica conductual basada en fortalecer la relación cama/dormitorio con relajación y sueño.
2. Restricción del sueño. Técnica en la que se restringe el tiempo que el paciente con insomnio puede pasar en la cama cada noche.
3. Ejercicios de relajación. Dirigidos a reducir el hiperarousal fisiológico que tienen los pacientes con insomnio.
4. Terapia cognitiva. Técnica psicoterapéutica basada en la reestructuración cognitiva de los pensamientos y creencias erróneas sobre el sueño que tienen los pacientes insomnes y que incrementan la ansiedad y la preocupación. Se recomienda sobre todo para aquellos pacientes que los medicamentos están contraindicados o tienen posibilidades de que estos les produzcan efectos secundarios.⁽¹⁵⁾
5. Educación en higiene del sueño. Esta intervención por sí sola es un tratamiento insuficiente que no ha demostrado su eficacia.

No obstante, es importante realizar campañas de educación de normas higiénicas de sueño a nivel de Atención Primaria y entorno socio-sanitario.

Se deben utilizar los recursos de forma eficiente en la prevención para evitar riesgos de cronificación en estos pacientes. Esta cronificación actualmente conlleva un inaceptable consumo de hipnóticos y ansiolíticos, no exentos de un riesgo asociado, y comporta un gasto farmacológico innecesario.

Coincide la autora que el tratamiento para cada paciente debe ser individualizado, valorando los beneficios del tratamiento, si éste está realmente indicado. En general, el tiempo de tratamiento es limitado, para evitar la aparición de efectos secundarios.

En este sentido es fundamental considerar siempre el beneficio/riesgo de los fármacos empleados considerando conjuntamente eficacia, tolerancia, síndrome de retirada y reacciones adversas y la idiosincrasia de cada paciente.⁽¹¹⁾

La terapia farmacológica para el tratamiento del insomnio incluye benzodiazepinas (triazolam, estazolam, temazepam, flurazepam, y quazepam); hipnóticos (zaleplon, zolpidem, y eszopiclone); y recientemente se ha incorporado un agonista del receptor de la melatonina: ramelteon.⁽¹⁶⁾ Este es un medicamento para promover el sueño que tiene un mecanismo de acción único en comparación con los fármacos que se habían lanzado en los últimos 30 años. De hecho fue el primero de su familia aprobado por la Food and Drug Administration (FDA). Como planteamos es un agonista del receptor de melatonina, pero es diferente de esta en su estructura, selectividad del subtipo de receptor, afinidad de unión, semivida de eliminación, metabolismo y eficacia. El Ramelteon se une con una alta afinidad a los receptores MT1 y MT2. Los beneficios sobre el sueño de este fármaco fueron comprobados en pacientes con insomnio primario y en voluntarios sanos con insomnio inducido. Este medicamento no presenta efectos residuales al día siguiente, ni tampoco efecto rebote de insomnio, potencial de riesgo de abuso o síndrome de abstinencia. Aun, así hay aspectos que mejorar, como la selectividad a un tipo de receptor en concreto, aspectos que se han tenido en cuenta en el desarrollo de nuevos agonistas sintéticos de la melatonina.⁽¹⁷⁾ La modulación farmacológica del funcionamiento de estos neurotransmisores son las herramientas que poseemos en la clínica para el tratamiento del insomnio.⁽¹⁸⁾

Es preciso tener presente que, diversos estudios con una muestra poblacional muy amplia, recogen que el uso prolongado de benzodiazepinas se ha relacionado con un mayor riesgo de padecer demencias o deterioro cognitivo.^(16,19,20) Esta relación podría deberse a que pueden ser prescritas para tratar cambios sutiles del comportamiento que podrían manifestarse años antes del reconocimiento de la demencia, como la ansiedad o el insomnio. Además, el uso prolongado de benzodiazepinas se ha relacionado con un incremento del riesgo de mortalidad general.

En cualquier caso, los conocidos efectos adversos de las benzodiazepinas y análogos sobre todo en el anciano, junto con su posible relación con la demencia y con el incremento de mortalidad, deben ser alarmas suficientes para que se frene su uso generalizado, especialmente en los adultos mayores,⁽²¹⁾ en los cuales por su mal coeficiente beneficios/riesgos, se consideran medicamentos inapropiados y con capacidad de producir dependencia, por lo que, siempre que sea posible, deben evitarse. Sin embargo, esta no parece ser la práctica habitual y en la última década el consumo de ansiolíticos e hipnóticos se ha incrementado en países como España, siendo el incremento superior incluso al reportado en otros países europeos.⁽²²⁾

Un aparte merece la melatonina de liberación prolongada (MLP 2 mg) que fue diseñada para imitar el modelo endógeno de secreción de melatonina fisiológica. Los estudios clínicos realizados con MLP 2 mg avalan su eficacia en pacientes mayores de 55 años.⁽²³⁾ Es la única melatonina aprobada en Europa y en España como la única de liberación prolongada con estas características.^(16,20) Es de destacar que la MLP 2 mg mantiene niveles similares a los fisiológicos durante toda la noche, imitando así los patrones de la secreción de melatonina endógena.⁽²³⁾

En pacientes con enfermedad de Alzheimer leve a moderada, la MLP 2 mg se asoció con un significativo menor deterioro cognitivo, especialmente en el subgrupo de pacientes con insomnio comórbido.⁽²⁴⁾

En un reciente estudio de farmacovigilancia en España el tratamiento con MLP 2 mg durante tres semanas en pacientes que recibían hipnóticos tradicionales, permitió al 77% de los mismos suspender la toma del hipnótico. Tras la suspensión de MLP 2 mg, el efecto persistió observándose una baja tasa de efecto rebote (3,2%).⁽²⁵⁾ Es de destacar que se ha incluido MLP 2 mg como primera elección de tratamiento del insomnio en personas mayores, en las Guías de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.⁽²⁶⁾

También se pueden usar otras drogas como los antidepresivos, en aquellos pacientes con insomnio relacionado con depresión y ansiedad, con historia de trastornos por uso de sustancias psicoactivas, con apnea del sueño sospechada y fibromialgia.⁽¹⁸⁾

Los antipsicóticos, especialmente quetiapina, olanzapina y risperidona, se prescriben como medicación "fuera de ficha técnica" para inducción y mantenimiento del sueño. No obstante, se debe tener en cuenta el potencial riesgo de muerte súbita en pacientes ancianos. En el caso de la quetiapina, incluso a dosis bajas, no se recomienda, ya que se han observado efectos adversos, como aumento de peso, elevación de triglicéridos o aumento de movimientos periódicos de las piernas durante el sueño.⁽²⁷⁾

De forma adicional y como terapia alternativa se considera la acupuntura y otras alternativas de la medicina natural y tradicional.⁽¹⁸⁾

Después de instaurar un tratamiento es importante realizar una evaluación clínica cada varias semana y/o mensualmente hasta que el insomnio haya resuelto. Después de la resolución reevaluar cada 6 meses debido a la alta tasa de recaída del insomnio. Los psicofármacos no se deben retirar bruscamente, por el contrario, debe ser de manera gradual.

Las consecuencias del insomnio crónico no tratado son múltiples, se considera que puede haber un incremento en el gasto de recursos del sistema de salud, ausentismo laboral y gastos secundarios. Además, de un incremento en el riesgo de accidentes en la vía pública (atropellamiento, choque, caídas, etcétera). Por otro lado, el gasto generado por la automedicación, el uso de alcohol, antihistamínicos, sedantes, y otros medicamentos utilizados para dormir pueden producir en ocasiones más riesgo que beneficios.⁽¹⁾ Los efectos medicamentosos propios de la droga de elección, sus interacciones con otros fármacos o la polifarmacia del paciente requiere de un amplio conocimiento de farmacología.⁽²⁸⁾

CONCLUSIONES

El insomnio se caracteriza por una dificultad persistente en el inicio del sueño, su duración, consolidación o calidad, que ocurre a pesar de la existencia de adecuadas circunstancias y oportunidad para el mismo y que se acompaña de un nivel significativo de malestar o deterioro del funcionamiento del individuo. Es necesario, realizar un diagnóstico correcto con el objetivo de instaurar un tratamiento que mejore la cantidad y calidad de sueño y el daño diurno que provoca. No existe un tratamiento ideal y único para el paciente que padece de un trastorno de insomnio y en cualquier caso siempre es tarea del profesional diseñar un plan de tratamiento personalizado para cada paciente apoyándose en los conocimientos teóricos y en la práctica diaria, así como en su experiencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medina-Chávez JH. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento del insomnio en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2014 [citado 23/04/2017];52(1): 108-19. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=47619>
2. Morin C, Leblanc M, Daley M, et al. Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. Sleep Med. 2006; 7(2):123-30. Citado en PubMed: PMID: 16459140
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Internet]. 5ª ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association [citado 23/12/2018]; 2013. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

4. Medrano-Martínez P, Ramos-Platón MJ. Alteraciones cognitivas y emocionales en el insomnio crónico. Rev de Neurología. 2016;62(4):170-78. Citado en PubMed: PMID: 26860722.
5. Leger B, Bayon V, Ohayon MM, et al. Insomnia and accidents: cross-sectional study (EQUINOX) on sleep-related home, work and car accidents in 5.293 subjects with insomnia from 10 countries. J J Sleep Res 2014;23(2):143-52. Citado en PubMed: PMID: 24237855
6. American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders—Third Edition (ICSD-3) [Internet]. American Academy of Sleep Medicine [citado 23/11/2018]; 2014. Disponible en: [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(15\)52407-0/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(15)52407-0/fulltext)
7. Ohayon MM, Riemman D, Morin C, et al. Hierachy of insomnia criteria based on daytime consequences. Sleep Med. 2012;13(1):52-7. Citado en PubMed: PMID: 22036602
8. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. J Affect Dis. 2011;135(1-3):9-10. Citado en PubMed: PMID: 21300408
9. Insomnia DynaMed Plus®: the next-generation clinical information resource designed to decrease time to answer [Internet]. España: Try DynaMed Plus today [citado 23/11/2018]; 1995. Disponible en: <https://dynamed.com/home/>
10. Siebern AT, Suh S, Nowakoski S. Non-pharmacological treatment of insomnia. Neurotherapeutics 2012;9:717-27. Citado en PubMed: PMID: 22935989.
11. González CA, Alonso Álvarez ML, Cañellas Dols F, et al. Pautas de actuación y seguimiento del insomnio Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial de España. España: Organización Médica Colegial de España; 2016.
12. Hartescu I, Morgan K, Stevinson CD. Increased physical activity improves sleep and mood outcomes in inactive people with insomnia: a randomized controlled trial. J Sleep Res. 2015;24(4):526. Citado en PubMed: PMID: 25903450.
13. Tan X, Alén M, Wiklund P, et al. Effects of aerobic exercise on home-based sleep among overweight and obese men with chronic insomnia symptoms: a randomized controlled trial. Sleep Med. 2016;25:113. Citado en PubMed: PMID: 27823703.
14. Hysing M, Pallesen S, Stormark KM, et al. Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. BMJ Open 2015; 5: e006748. Citado en PubMed: PMID : 25643702.
15. Beaulieu-Bonneau S, Ivers H, Guay B, et al. Long-Term Maintenance of Therapeutic Gains Associated With Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia Delivered Alone or Combined With Zolpidem. Sleep. 2017;40(3). Citado en PubMed: PMID : 28364426.
16. Álamo C, López-Muñoz F, García-García P. Exploring new frontiers for the pharmacological treatment of insomnia. Clin Exp Pharmacol [Internet]. 2014 [citado 23/11/2018]; 4(5):1.000e133. Disponible en: <https://www.omicsonline.org/open-access/exploring-new-frontiers-for-the-pharmacological-treatment-of-insomnia-2161-1459-e133.php?aid=32958>

17. Aguilar Gomez B, Ramelteón. Un fármaco para la lucha contra el insomnio [Internet]. MoleOla .revista de Ciencias Universidad Pablo de Olavide[citado 23/11/2018]. 2018(29):32-35. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6449717>
18. Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA, et al. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2016;165. Citado en PubMed:PMID: 27136449
19. Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ*. 2014; 349:g5205. Citado en PubMed:PMID: 25208536.
20. Álamo C, García- García P, López-Muñoz F. Estudios clínicos de melatonina en los trastornos del sueño. Papel diferencial de melatonina de liberación prolongada. *Kranion* [Internet]. 2014 [citado 23/12/2018]; 11(2):93-112. Disponible en: <http://www.kranion.es/resumen.asp?id=182&indice=2014112>
21. Weich S, Pearce HL, Croft P, et al. Effect of anxiolytic and hypnotic drug prescriptions on mortality hazards: retrospective cohort study. *BMJ* [Internet]. 2014 [citado 22/11/2018];348:g1996. Disponible en:
<https://www.bmj.com/content/348/bmj.g1996>
22. Álamo C. Polifarmacia y fragilidad. Interacciones, Reacciones Adversas Medicamentosas y seguridad de los fármacos. En: Guía de buena práctica clínica en Geriátria. Madrid: SEGG; 2015.
23. European Medicines Agency. Assessment report for Circadin [Internet]. Amsterdam: EMA [citado 22/11/2018];2007. Disponible en:
<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/circadin>
24. Wade AG, Farmer M, Harari G, et al. Add-on prolonged-release melatonin for cognitive function and sleep in mild to moderate Alzheimer's disease: A 6-month, randomized, placebo-controlled, multicenter trial. *Clin Interv Aging*. 2014;9:947-61. Citado en PubMed:PMID: 24971004
25. Hajak G, Lemme K, Zisapel N. Lasting treatment effects in a postmarketing surveillance study of prolonged-release melatonin. *Int Clin Psychopharmacol*. 2015;30(1):36-42. Citado en PubMed:PMID: 25054634
26. López Trigo JA, González P, Merino M, García P. En: Álamo C, Gil Gregorio P (eds.). Guía de Buena Práctica Clínica en Geriátria: Insomnio. Madrid: Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (SEGG); 2015.
27. Shah C, Sharma TR, Kablinger A. Controversies in the use of second generation antipsychotics as sleep agent. *Pharmacol Res*. 2014;79:1-8. Citado en PubMed:PMID: 24184858.
28. D'Hyver de las Deses C. Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. *Rev Fac Med Méx*[Internet]. 2018 [citado 22/11/2018]; (61): 1. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/un181e.pdf>

Conflicto de intereses:

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Martínez Hernández O, Montalván Martínez O, Betancourt Izquierdo Y. Trastorno de insomnio. Consideraciones actuales. Rev Méd Electrón [Internet]. 2019 Mar-Abr [citado: fecha de acceso];41(2). Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3190/4257>