

Franklin Escobar-Córdoba MD. MPF. PhD (c)
Jorge Echeverry-Chabur MD.

Implicaciones ocupacionales del insomnio

- Definición y prevalencia del insomnio
- Clasificación del insomnio
- Factores que influyen en el curso y evolución del insomnio
- Consecuencias del insomnio
- Consecuencias ocupacionales del insomnio
- El insomnio como problema de salud pública
- Tratamiento integral del insomnio
- Corolario

INTRODUCCIÓN

SI SE ANALIZAN los motivos de consulta al médico general se observa que las quejas por alteraciones del sueño representan un porcentaje muy bajo, cercano al 5%. El paciente casi siempre llega solicitando una “píldora milagrosa” que le quite el insomnio y lo haga dormir. Un porcentaje mayor consulta a las farmacias donde les venden drogas para dormir sin ningún control médico. La gran mayoría de pacientes se acerca al médico con otras quejas, además del insomnio, y con frecuencia no discuten con él este problema.

Se han descrito numerosas complicaciones del insomnio. Se conoce la relación entre accidentes de tránsito e insomnio: Los conductores insomnes sufren dos veces más accidentes que los que duermen bien. El insomnio afecta la calidad de vida del individuo, disminuye la inmunidad celular y aparecen enfermedades de tipo infeccioso. En Estados Unidos, la cifra de los días de incapacidad producidos por el insomnio es mayor que los días de incapacidad ocasionados por los episodios gripales. Sin embargo, las alteraciones del sueño con frecuencia son subdiagnosticadas.

En el presente capítulo se describen las diferentes formas del insomnio, su relación con entidades médicas y psiquiátricas y los altos costos que origina, situación que además de alarmante, ha hecho que varios investigadores consideren el insomnio como un problema de salud pública.

DEFINICIÓN Y PREVALENCIA DEL INSOMNIO

El insomnio se define como la incapacidad para iniciar el sueño, para mantenerlo, la mala calidad en el dormir o la poca cantidad de tiempo para dormir. La falta de sueño se refleja al día siguiente cuando se vive una jornada diurna de mala calidad, se está de mal genio e irritable, con dolor de cabeza y dificultad para concentrarse y recordar cosas sencillas.

La prevalencia del insomnio a lo largo de la vida es alta. El 40% de las mujeres y el 30% de los hombres se quejan de insomnio. El 50% de los mayores se queja de insomnio y una tercera parte de los adultos presenta insomnio crónico. Se calcula que el 10% de la población adulta presenta un insomnio de tipo grave que requiere ser valorado en un centro especializado en sueño. Las causas del insomnio son diversas y hasta la fecha se han identificado alrededor de 100 causas.

El insomnio se clasifica según la causa, duración, gravedad y naturaleza.

Según la duración, se denomina ocasional al insomnio de pocos días, de corta duración al que tiene una duración máxima de cuatro semanas, si la duración es mayor se denomina insomnio crónico.

El insomnio se divide a su vez en insomnio primario y secundario, según se conozca o no la etiología.

Según la gravedad, puede ser leve, moderado o severo.

De acuerdo con la naturaleza, si se presenta al inicio del dormir, se denomina insomnio de conciliación, si ocurren despertares durante la noche, se llama insomnio de despertares múltiples, si ocurre en horas de la madrugada, antes del despertar normal, se llama insomnio de despertar temprano.

Según la ocurrencia y duración puede ser global o parcial, frecuente o intermitente (TABLA 1).

TABLA 1

Clasificación del insomnio

Etiología:	Múltiple
Duración:	Ocasional, corta duración o crónico
Gravedad:	Leve, moderado o grave
Naturaleza:	Insomnio de conciliación, por despertares múltiples, de despertar temprano, global o parcial, intermitente o frecuente.

Insomnio ocasional

El insomnio transitorio u ocasional es el más frecuente en la consulta médica. Con frecuencia se encuentran factores desencadenantes como situaciones de estrés emocional agudo o ambientales como la presencia de ruido insoportable o excesivo calor. Las personas que habitan cerca de aeropuertos o discotecas duermen poco, sufren de insomnio de conciliación o de despertares múltiples. Cuando se viaja de climas fríos a climas cálidos o se llega a ciudades o lugares geográficos situados a gran altitud en los primeros días resulta difícil dormir. De igual forma, cuando se

viaja rápidamente y se cruzan varios husos horarios se produce el conocido síndrome del *Jet Lag*.

Insomnio de corta duración

El insomnio de corta duración dura alrededor de cuatro semanas. Con frecuencia los factores desencadenantes son el estrés emocional agudo y la presencia de enfermedad médica general, es frecuente en pacientes hospitalizados (80%). Aun cuando la mayoría de ingresados a hospitales se quejan de no poder dormir durante su estancia, molestia que es con frecuencia ignorada por sus médicos y no se indaga por el síntoma. Se ha observado que el insomnio puede alargar las estancias hospitalarias y evolucionar hacia un insomnio crónico condicionado.

Insomnio crónico

El insomnio de larga duración constituye un problema grave de salud. Los pacientes en general consultan a los centros de sueño luego de haber solicitado ayuda a otros servicios de salud. En Europa un 10-20% de los pacientes con insomnio presentan un cuadro severo que con relativa frecuencia es desencadenado por estrés emocional crónico, como una pérdida afectiva, situaciones laborales, etc.

La enfermedad mental es un factor etiológico importante. Se observa que cerca del 50% de los pacientes con insomnio presentan ansiedad, depresión o consumen sustancias psicoactivas, razón por la cual es preciso indagar por estas patologías en el paciente insomne crónico. El 50% restante corresponde a las personas con trastornos específicos del sueño como síndrome de movimientos periódicos de las extremidades, síndrome de las piernas inquietas, síndrome de apnea o hipoapnea obstructiva del sueño u otras alteraciones médicas (TABLA 2).

El insomnio crónico puede ser primario o secundario.

El insomnio primario o psicofisiológico se presenta hasta en un 12% de las consultas de sueño en centros especializados, ocurre en personas cuya única queja es que no puede dormir pero al examinarlos cuidadosamente sólo presentan síntomas ansiosos que no corresponden a una alteración neurológica ni psiquiátrica. Son individuos que duermen poco y de manera crónica solicitan ayuda médica, pasando por numerosos trata-

mientos no farmacológicos e hipnóticos sin encontrar solución a su queja.

Otra clase de insomnio primario es el conocido como pseudoinsomnio o mala percepción del dormir en el que no se observan alteraciones polisomnográficas en personas que se quejan crónicamente de falta de sueño.

En pacientes con insomnio secundario, una causa importante es la mala higiene del sueño. Los médicos que hacen turnos de 36 y 48 horas continuas durante años, a largo plazo, sufren un insomnio crónico por insuficiencia de sueño. Los pacientes con abstinencia al alcohol tardan hasta dos años en volver a sincronizar los mecanismos que controlan el ciclo de vigilia sueño. Las enfermedades médicas que producen dolor en las noches hacen que los pacientes tengan dificultad en mantener el sueño. En otros casos, como en la enfermedad de Parkinson, en un 25% de los casos el insomnio es el síntoma inicial.

TABLA 2

Diagnósticos asociados al insomnio (tomada de http://sonnonet.cineca.it/html_gb/lineegui.htm)

Diagnóstico clínico	Porcentaje
Insomnio relacionado con ansiedad	24.7
Insomnio relacionado con trastornos afectivos	20.5
Insomnio psicofisiológico	12.5
Insomnio relacionado con otros trastornos psiquiátricos	7.3
Insomnio relacionado con síndrome de piernas inquietas	6.2
Insomnio relacionado con enfermedades neurológicas	5.2
Insomnio relacionado con otras enfermedades médicas	4.6
Insomnio relacionado con consumo de hipnóticos	4.5
Insomnio relacionado con mala higiene del sueño	3.4
Insomnio relacionado con trastornos del ritmo circadiano	3.0
Insomnio relacionado con mala percepción del estado del sueño	1.5
Insomnio relacionado con estímulo físico ambiental	1.3
Insomnio relacionado con consumo de alcohol etílico	1.0
Insomnio idiopático	0.9

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CURSO Y EVOLUCIÓN DEL INSOMNIO

Para tratar adecuadamente el insomnio es necesario identificar los factores que afectan su curso:

- *Factores perpetuadores* que se observan en las personas que sufren de insomnio y permanecen en cama al creer que entre mayor tiempo estén en ella más posibilidades tienen de dormir. La cama se convierte en un factor condicionado para no dormir. Otros factores perpetuadores son: los horarios irregulares para acostarse y levantarse, la ansiedad sobre las consecuencias de la pérdida de sueño, el temor a pasar la noche en vela, el miedo a las consecuencias laborales el día siguiente, el consumo de sustancias estimulantes del sistema nervioso central (café, bebidas oscuras), el consumo de cigarrillos, el consumo de bebidas alcohólicas, etc.
- *Factores precipitantes* que desencadenan el insomnio y están relacionados con situaciones de tipo ambiental: habitar en lugares ruidosos, cerca de discotecas, del aeropuerto o en grandes avenidas o autopistas, condiciones habitacionales inadecuadas/mucha luz, temperaturas superiores a 22 grados C o menores de 18 grados C, presencia de dolor, ansiedad, depresión, consumo de fármacos (ritalina, anfetaminas, antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina), etc.
- *Factores predisponentes* que están relacionados con la susceptibilidad biológica del individuo. Existen personas con alteraciones del ritmo circadiano, que tienen tendencia a dormir tarde en la noche y despertar tarde en la mañana y lo contrario, con ciclos de vigilia sueño de mayor o menor duración que el promedio de la población general (24.9 horas), y en los ancianos.

CONSECUENCIAS DEL INSOMNIO

El insomnio produce consecuencias leves a graves para la salud física y mental de una persona, además de originar gran incomodidad a quien lo padece y la angustia de saber que se debe trabajar o estudiar al día siguiente, sabiendo que se encontrará fatigado y con dificultades en la concentración.

Las consecuencias dependen básicamente del factor etiológico. El insomnio transitorio es generalmente debido al estrés, mientras que alrededor del 50 al 60% de los casos de insomnio crónico corresponden a alteraciones psiquiátricas, donde el insomnio forma parte del complejo sintomático.

La privación crónica de sueño puede llevar incluso a la muerte. En los seres humanos privados de sueño en condiciones experimentales se presenta en la mayoría de los sujetos hacia el segundo día un estado similar al de la influenza, hacia el quinto día aparece un cuadro psicótico de características paranoides, con delirios y alucinaciones auditivas complejas y se supone que el ser humano es incapaz de sobrevivir al cabo de una semana de insomnio.

El insomnio afecta la vida diaria del individuo enfermo. Inicialmente, tras las primeras noches de insomnio se presentan algunos síntomas leves, como cefalea, irritabilidad, somnolencia diurna, malestar general, falta de concentración, cansancio y fatiga, quejas difusas, angustia por dormir y miedo a ir a la cama. Posteriormente, con la cronicidad del insomnio se pueden agregar elementos depresivos y ansiosos que agravan la situación al consumir alcohol y sustancias psicoactivas e incluso pueden aparecer ideas de suicidio.

CONSECUENCIAS OCUPACIONALES DEL INSOMNIO

Costos directos del insomnio

Los costos directos del insomnio incluyen: los costos de sustancias usadas para promover el sueño, las visitas ambulatorias a psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, las pruebas diagnósticas y tratamientos por especialistas del sueño, cuidados para el insomnio promovidos por organizaciones de salud mental, cuidados adjuntos del insomnio en pacientes hospitalizados y cuidados de enfermería en casas para pacientes de edad avanzada con insomnio.

- **Costos de los medicamentos y sustancias para el insomnio.** El costo total de sustancias para el insomnio en 1995 en los Estados Unidos fue de 1.626 billones de dólares, 62.9% por medicación (42.9% prescrita

y 20% no prescrita), donde el 37.7% corresponde al costo de alcohol étílico utilizado por las personas para promover el sueño.

- **Costos de la medicación prescrita.** Los costos estimados en medicación formulada están basados en datos obtenidos en 1990 del Índice Nacional de Enfermedades y Terapéutica de los Estados Unidos (NDTI), donde se hace el reporte de una muestra de 284.248 profesionales médicos de diversas especialidades.

En 1990 la medicación más comúnmente utilizada para el insomnio en Norteamérica fue el triazolam, seguida del temazepam y el flurazepam. El costo de estos medicamentos en pacientes ambulatorios fue de 293.1 millones de dólares, en tanto que el costo en los pacientes hospitalizados fue de 2.4 millones de dólares, para un total de 295.5 millones de dólares.

Es necesario aclarar que estos tres medicamentos sólo constituyen el 62.6% de los utilizados para “promover el sueño” o como “sedante nocturno”, por tanto, se calcula en 472 millones de dólares los costos de las medicaciones prescritas para el insomnio durante el año de 1990.

- **Costos de la medicación no prescrita.** En 1995 aproximadamente 99.9 millones de dólares, fueron gastados en medicación tradicional para ayudar a dormir, adicionalmente 175.2 millones de dólares fueron gastados en analgésicos no prescritos de toma nocturna y 506.9 millones de dólares fueron gastados en medicación de toma nocturna para la tos y el resfriado. Se calcula que el 10% de estas sumas correspondieron realmente a medicación para promover el sueño, lo que corresponde a un gasto de 167 millones de dólares.
- **Alcohol étílico.** El 6% de los adultos reportaron el uso del alcohol para promover el sueño por lo menos una vez por semana de acuerdo a un estudio de la Organización Gallup hecho en 1991. En 1995 otro estudio de la misma organización reportó el uso de alcohol en los norteamericanos con el fin de promover el sueño en el 7.9% de éstos, pero la frecuencia de uso no se estableció.

Si se calcula que 11.6 millones de adultos usan alcohol etílico para dormir una vez por semana o más frecuentemente, con un gasto de un dólar por semana se tendría un costo estimado en 603,2 millones de dólares en 1995.

Costos indirectos del insomnio

Los costos indirectos son el resultado del decremento económico atribuibles a la morbilidad y mortalidad asociados con esta condición, como disminución en la percepción subjetiva de la salud, mayor búsqueda de cuidados médicos mayor admisión a hospitales, menor productividad, mayor número de accidentes de trabajo (5% vs. 2%) y de tránsito en pacientes insomnes comparados con personas de buen dormir.

Insomnio y accidentes de tráfico

Los estudios epidemiológicos atribuyen el 0.4-41.3% de accidentes de tránsito a la somnolencia. Los datos más débiles son los proporcionados por la policía y las tasas más elevadas son las correspondientes a accidentes ligados a la fatiga que son más frecuentes en horas de la noche según encuestas epidemiológicas retrospectivas. De igual forma la deuda de sueño es la responsable de un bajo rendimiento y de un aumento en el número de errores en la realización de la tarea de conducir. La prevención de accidentes ligados a la somnolencia debe reposar sobre la evaluación y monitoreo continuo de la hipo vigilancia al conducir.

Las siguientes recomendaciones ayudan a prevenir accidentes de tráfico asociados con perturbaciones del sueño y a disminuir los riesgos en conductores somnolientos:

- Si se siente cansado, fatigado o con sueño no conduzca autos. El conductor por lo general lucha contra la somnolencia, pero estos esfuerzos son inútiles.
- Si el conductor presenta un trastorno del sueño debe estar seguro de seguir el consejo médico sobre el tratamiento de su problema de sueño, por ejemplo, si padece una apnea del sueño debe usar el CPAP toda la noche previa al viaje.

- Duerma bien la noche antes de conducir.
- No ingiera licor la noche antes del viaje y mucho menos durante el viaje.
- Tenga precaución con la ingesta de medicamentos sedantes, como benzodicepinas, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos antiguos, antihistamínicos sedantes contenidos en medicamentos para el resfriado y las alergias, etc. La noche antes de conducir no se deben ingerir estas drogas por primera vez porque pueden producir efectos farmacológicos el día siguiente, como somnolencia o alteraciones psicomotrices.
- Procure viajar siempre durante el día. Los accidentes producidos por la somnolencia son más frecuentes durante las horas de la noche, cuando el conductor debe luchar contra la tendencia normal a dormir para mantenerse atento al conducir.
- Si presenta sueño cuando conduce un vehículo, lo mejor es parar y descansar. Puede también cambiar de conductor si viaja acompañado. Ingiera café, camine un poco o si tiene sueño tome una siesta de al menos 30 minutos en el carro. Procure descansar durante 10 a 15 minutos cada 2 horas de viaje.
- Conduzca autos con compañía. Es mejor compartir la conducción con alguien. Relájese en la silla de atrás hasta que sea su turno de manejar de nuevo.

EL INSOMNIO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El insomnio se presenta de manera multidimensional como una queja, un síntoma, una enfermedad, un trastorno o una secuela de otra entidad y en las últimas tres décadas se ha abordado de más adecuadamente su estudio.

Algunos autores consideran que el insomnio constituye un problema de salud pública gracias a su alta prevalencia y los altos costos que origina en días de incapacidades y accidentes de tráfico y laborales.

El subdiagnóstico y tratamiento inadecuado del insomnio es debido, en gran parte, a la falta de preparación y de educación formal de los

profesionales de la salud en el área de los trastornos del sueño. En 1978, la ASDA encontró que el 46% de las escuelas de medicina no enseñaban sobre el sueño y 38% lo hacían ocasionalmente. En 1993, la NCSDR, en estudios realizados en pregrado de medicina informa que los estudiantes de medicina reciben en promedio 1.16 horas de clases en trastornos del sueño y muy pocos estudiantes habían presenciado la evaluación clínica de pacientes con insomnio.

La educación formal de los profesionales de la salud es escasa. En otros estudios se presenta que el 47% de los programas clínicos para psicólogos abordaba el tema de los trastornos del sueño, en cambio el 63% de las enfermeras de pregrado recibieron menos de 2 horas de educación en estos temas.

La internet se ha convertido en la fuente primaria de información, educación y comunicación para muchas personas en el mundo. En 1996 existían alrededor de 2000 páginas en diferentes idiomas sobre insomnio en la red con diversa calidad científica en el tratamiento del tema.

Los pacientes con trastornos psiquiátricos tienen 3 veces más insomnio que los controles sanos. Según algunos autores en la consulta del médico general el 53% presentan insomnio y síntomas de enfermedad mental, siendo frecuente los pacientes con depresión (24%).

El insomnio se asocia con trastornos cardiovasculares, respiratorios, renales y musculoesqueléticos principalmente. En el estudio de HYYPA y colaboradores con una muestra de 10.778 personas de 35-59 años de edad quienes presentaban insomnio tuvieron dos veces más probabilidades de sufrir infarto agudo del miocardio. Por otra parte, se ha descrito que pacientes con insomnio primario tienen reducida la actividad de las células *natural killer* lo que los hace vulnerables a presentar mayor morbilidad infectocontagiosa.

TRATAMIENTO INTEGRAL DEL INSOMNIO

El tratamiento del insomnio debe ser etiológico. El principio general es identificar la causa, realizar un abordaje comportamental y utilizar los hipnóticos cuando sea necesario.

El insomnio crónico asociado con trastornos mentales debe ser tratado con drogas indicadas para la entidad psiquiátrica de base. El insom-

nio secundario a trastorno médico se resuelve a menudo con el tratamiento de la enfermedad subyacente. Sin embargo, en cualquier tratamiento de la condición médica, neurológica o psiquiátrica subyacente se puede considerar el uso adjunto de hipnóticos.

Hipnóticos

Tradicionalmente los hipnóticos han sido usados para el insomnio transitorio y de corta duración. Sin embargo, este paradigma viene cambiando y autores recientes plantean su uso no sólo temporal sino de manera intermitente en el tratamiento del insomnio crónico.

Actualmente las benzodicepinas hipnóticas están siendo remplazadas por los nuevos hipnóticos, los de tercera generación como zolpidem, zaleplon, zopiclona, eszopiclona, indiplon y ramelteon.

Los hipnóticos producen sueño y actúan sobre el complejo GABA - A - Canal de Cloro y los más específicos a nivel de los receptores omega uno.

Las benzodicepinas de segunda generación se consideran actualmente como de medicación de segunda elección, por sus efectos colaterales y por el riesgo de producir dependencia física, abstinencia e insomnio de rebote.

El potencial de abuso, el insomnio de rebote, el escalamiento de la dosis, la depresión respiratoria, las caídas frecuentes y las alteraciones en la memoria, tan conocidos como efectos secundarios de las BZD, se presentan con menor frecuencia con los hipnóticos de tercera generación.

Los otros medicamentos hipnóticos como los antidepresivos sedantes con efectos hipnóticos (trazodone, doxepina, mianserina, mirtazapina) tienen indicaciones precisas, especialmente en pacientes depresivos o ansiosos con insomnio de difícil manejo.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Los especialistas en trastornos de sueño recomiendan no usar un hipnótico como terapia única, sino que debe estar acompañado de reglas de higiene del sueño y técnicas comportamentales (TABLA 3).

Las terapias de manejo no farmacológico del insomnio constituyen un conjunto de técnicas que mediante cambios en el ambiente, los hábi-

tos y el desarrollo de habilidades del paciente, procuran disminuir el problema de sueño. La terapia no farmacológica es una aplicación de la teoría y técnicas de la psicología cognoscitivo-conductual a los problemas de insomnio. Las técnicas conductuales han mostrado ser eficaces en el control del insomnio y para tal efecto se emplea el control de estímulos, la relajación muscular y el *biofeedback*.

TABLA 3

Recomendaciones para una buena higiene del sueño

- Consumo

Cene preferentemente alimentos ricos en triptófano (cereales, leche, etc.).

Siga una alimentación sana y equilibrada.

Consuma proteínas y grasas principalmente al desayuno y almuerzo.

No ingiera grandes cantidades de comida en la cena.

No ingiera chocolate y evite el exceso de líquidos antes de acostarse.

En caso de despertar en la noche no coma.

No consuma bebidas alcohólicas ni bebidas colas.

No fume dos horas antes de acostarse.

No consuma cafeína ni otras metilxantinas por lo menos seis horas antes de acostarse.

- Ambientales

Arregle el dormitorio de forma confortable, teniendo en cuenta disminuir la luz, el ruido y use un colchón confortable.

Mantenga una temperatura en la habitación entre 18 y 22 grados centígrados.

No utilice el despertador para levantarse.

Use la cama sólo para dormir y para la actividad sexual.

- Hábitos

Mantenga un horario regular para levantarse y acostarse.

Practique ejercicio físico durante el día (no antes de acostarse).

No duerma durante el día, a no ser que se sufra de narcolepsia o apnea del sueño.

El control de estímulos consiste en establecer con el paciente un horario fijo para levantarse y otro para acostarse. Los estímulos ambientales deben estar disminuidos, procurar poco ruido, retirar el televisor y el teléfono de la habitación, para lograr que el paciente empiece a asociar la cama con el hecho de dormir.

También se emplea la práctica del yoga, la sofrología, la autohipnosis, la acupuntura y otras técnicas cognitivas para modificar ideas erróneas o falsas respecto al dormir.

En pacientes cuya etiología es la apnea obstructiva de sueño se utilizan mascarillas de presión positiva continua tipo CPAP, en dos niveles de presión tipo BiPAP o autorregulable tipo autoCPAP y en pacientes con alteraciones del ritmo circadiano se puede utilizar la melatonina, la luminoterapia o la cronoterapia.

COROLARIO

El proyecto Salud y Sueño de la Organización Mundial de la Salud que inicialmente contó con la guía de la World Federation of Sleep Research Societies y en la actualidad está avalado por la International Foundation of Neurosciences and Mental Health se propone desarrollar un sistema diagnóstico, cuestionarios estandarizados de evaluación del sueño e implementar técnicas de higiene de sueño validadas transculturalmente. Dentro de las recomendaciones más importantes se tiene la implementación de estudios de prevalencia transculturales teniendo como prioridad la prevención. El desarrollo de estudios para determinar la seguridad y eficacia del uso crónico de hipnóticos y también dirigir estrategias educativas hacia el público general y a los profesionales de la salud acerca del sueño.

LECTURAS SELECCIONADAS

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: report and recommendations, *Clin Psychologist*, 1995; 48: 3-23.

AMERICAN SLEEP DISORDERS ASSOCIATION

International Classification of Sleep Disorders, Revised, Diagnostic and Coding Manual. Rochester. American Sleep Disorders Association; 1997.

ANCOLI-ISRAEL S, ROTH T.

Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991. National Sleep Foundation survey. *I. Sep*, 1999; 22 (Suppl 2): S347-S353.

BALTER M, UHLENHUTH E.

New epidemiologic findings about insomnia and its treatment. *J Clin Psychiatry*, 1992; 53 (suppl 12): 34-39.

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.

CABALLO V, BUELA-CASAL G.

Técnicas de modificación de la conducta en el tratamiento de los trastornos del sueño, en: *Avances en la investigación del sueño*, BUELA-CASAL G, NAVARRO F. Siglo XXI, 1990; 31: 403-423.

ESCOBAR-CÓRDOBA F, ECHEVERRY J, LORENZANA P.

Evaluación clínica del insomnio (1ª parte), *Rev Fac Med Univ Nac Colomb.*, 2001; 49 (2): 81-82.

ESCOBAR-CÓRDOBA F, ECHEVERRY J, LORENZANA P.

Tratamiento farmacológico del insomnio. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb.* 2001; 49 (3): 147-154.

ESCOBAR-CÓRDOBA F.

Trastornos del sueño asociadas a alteraciones psiquiátricas, en OSUNA E., *Enfoque del paciente con trastornos del sueño*, Asociación Colombiana de Medicina del Sueño, Bogotá – Colombia, 2000; 57-69.

ESCOBAR-CÓRDOBA F.

Accidentes de tránsito y sueño. Memorias X Congreso Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Bogotá, D.C., 2000; 38-40.

ESCOBAR-CÓRDOBA F.

Evaluación clínica de la privación de sueño y diagnóstico diferencial, *Hospital Practice*, 2001; 5 (5): 91-92.

FORD D, KAMEROW D.

Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention, *JAMA*, 1989; 262: 1479-1484.

GARZÓN A, ESCOBAR F, ECHEVERRY J, LORENZANA P.

Tratamiento no farmacológico del insomnio. Manejo psicológico del insomnio crónico. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb.*, 2001; 49(4): 199-206.

GAVIRIA-TRESPALACIOS J, ESCOBAR-CÓRDOBA F.

Multicenter observational study on the efficacy and safety of Zolpidem in the treatment of transient and short term insomnia in Colombia. *Hypnos Journal Of Clinical And Experimental Sleep Research*, 2001; 2: 17-23.

HYYPÄ M, KRONHOLM E.

Quality of sleep and chronic illnesses. *J Clin Epidemiology*, 1989; 42:633-638.

KERKHOF S, MENDLEWICZ J.

The effects of the antidepressant treatment on sleep disturbances in depression. *Eur Psychiatry*, 1995; 10: 391-396.

KUPPERMANN M, LUBECK D, MAZONSON P.

Sleep problems and their correlates in a working population. *J Gen Int Med* 1995; 10: 25-32.

MONTI JM, MONTI D, ESTEVEZ F, GIUSTI M.

Sleep in patients with chronic primary insomnia during long-term zolpidem administration and after its withdrawal. *Int Clin Psychopharmacol*, 1996; 11(4): 255-63.

MORIN CH, CULBERT J, SCHWARTZ S.

Nonpharmacological interventions for insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry*; 1994; 151: 1172-1180.

NATIONAL CENTER ON SLEEP DISORDERS RESEARCH AND OFFICE PREVENTION, EDUCATION AND CONTROL

Strategy Development Workshop on Sleep Education: Summary Report. National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland. (NIH publication #95-3800), 1995.

NATIONAL SLEEP FOUNDATION

Sleep in America: 1995, Princeton, NJ: The Gallup Organization, 1995.

NOWELL P, MAZUMDAR S, BUYSSE D, DEW M, REYNOLDS C, KUPFER D.

Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *JAMA*. 1997; 278: 2170-77.

OSUNA E, RUBIANO A.

El paciente con insomnio, en *Principios de la medicina del sueño*, Upjohn Company, Bogotá - Colombia, 1994; 91-136.

PERAITA R.

L'insomnie occasionnelle et a courte terme. L'insomnie d'altitude, en BILLIARD M., *Le sommeil normal et pathologique*, Masson, Paris, 1994: 150-153.

POLLACK C, PERLICK D, LINSNER J, WENSTON J, HSIEH F.

Sleep problems in the community elderly as predictors of death and nursing home placement. *J Community Health*, 1990; 15: 123-135.

RAJPUT V, BROMLEY S.

Chronic insomnia: a practical review. *Am Fam Physician*, 1999; 60: 1431-1442.

RAKEL R.

Insomnia: concerns of the family physician. *J Fam Pract*, 1993; 36: 551-558.

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): S354-S358.

ROTH T, ROEHRS T, COSTA E SILVA J, CHASE M.

Public health and insomnia: consensus statement regarding its status and needs for future actions. *Sleep (Supl 3)* 1999: S413-S452.

SHAVER J, GIBLIN E, PAULSEN V.

Sleep quality subtypes in midlife women. *Sleep*. 1991; 14:18.

SHOCHAT T, UMPHRESS J, ISRAEL A, ANCOLI-ISRAEL S.

Insomnia in primary care patients. *Sleep*. 1999; 22(suppl 2): S359-S365.

SIMON G, VONKORFF M.

Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. *Am J Psychiatry*, 1997; 154: 1417-1423.

SonnoNet (AIMS - Associazione Italiana Medicina del Sonno): http://sonnonet.cineca.it/html_gb/lineegui.htm

THE GALLUP ORGANIZATION

Sleep in America, 1991, Princeton, NJ: The Gallup Organization, 1991.

THE GALLUP ORGANIZATION

Sleep in America: 1995 Gallup Poll conducted for the National Sleep Foundation.

TIBERGE M.

Syndrome de désynchronisation lié au franchissement rapide des fuseaux horaires (jet lag), en BILLIARD M., *Le sommeil normal et pathologique*, Masson, Paris, 1994: 326-332.

WALSH J, ENGELHARDT C.

The direct economic costs of insomnia in the United States for 1995. *Sep*, 1999; 22 (suppl 2): S386-S393.

WALSH J, SCHWEITZER P.

Ten-year trends in the pharmacological treatment of insomnia. *Sleep* 1999; 22: 371-375.

WALSH J, USTUN T.

Prevalence and health consequences of insomnia. *Sleep (Supl 3)* 1999: S413-S452.

www.sleepfoundation.org: National Sleep Foundation

ZAMMIT G, WEINER J, DAMATO N, SILLUP G, MCMILLAN C.

Quality of life in people with insomnia. *Sleep*, 1999; 22(suppl 2): S379-S385.

