

VI Curso básico de sueño en la asistencia primaria y en salud laboral

HISTORIA CLÍNICA BÁSICA Y TIPOS DE INSOMNIO

A. Benetó Pascual y E. Gómez Siurana

Unidad de Sueño. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

RESUMEN

El objeto de la revisión es relatar los objetivos y los instrumentos clínicos para una correcta evaluación del insomnio. El primero y más importante aspecto de la evaluación es la entrevista clínica y la historia de sueño. La evaluación completa del insomnio requiere un abordaje multifactorial (psiquiátrico, físico, medicamentos, etc.), debido a que los aspectos de la alteración del sueño que son más perturbadores pueden variar de unos sujetos a otros. El médico necesita y debe tener un conocimiento claro de los tipos de insomnio para un correcto diagnóstico y tratamiento. Se describe los tipos de insomnio.

Palabras clave: Insomnio. Evaluación. Tipos.

INSOMNIA TYPES AND CLINICAL EVALUATION

ABSTRACT

The aim of revision is to describe the objectives and clinical instruments for a correct insomnia evaluation. The first and most important aspect of the evaluation is the clinical interview and sleep history. Full evaluation of the insomnia requires a multidimensional (psychiatric, physical, drugs...) approach because those aspects of the sleep disorder that are most distressing to the patient will vary among individuals. The clinician need and must have a clear understanding of insomnia types for a correct diagnosis and treatment. Insomnia types are described.

Key words: Insomnia. Evaluation. Types.

TIPOS DE INSÓNIA E HISTÓRIA CLÍNICA

RESUMO

A finalidade da revisão é descrever os objetivos e os instrumentos clínicos para avaliação correcta da insónia. O primeiro e mais importante aspecto da avaliação é a entrevista clínica e história do sono. Uma avaliação completa requer uma abordagem multidimensional (psiquiátrica, física, fármacos, etc.) pois os aspectos da alteração do sono que mais perturbam o doente podem variar de um indivíduo a outro. O médico deve ter um conhecimento preciso dos vários tipos de insónia para o diagnóstico e tratamento correctos. São descritos os tipos de insónia.

Palavras-chave: Insónia. Avaliação. Tipos.

EVALUACIÓN CLÍNICA DEL INSOMNIO

La evaluación clínica del insomnio se basa en su severidad, duración, frecuencia y secuelas diurnas. No obstante, hay 2 factores que deben considerarse de entrada. Por un lado, las diferencias individuales en la cantidad de sueño que se necesita para obtener una sensación de descanso y buen funcionamiento diurno y, por otro, la alta subjetividad del fenómeno.

La severidad del insomnio queda determinada por la frecuencia y la duración del problema. En general, se considera que las dificultades para dormir deben estar presentes al menos 3 veces/semana para concederles relevancia clínica. En cuanto a la duración, se considera el insomnio como subagudo cuando dura entre 1 y 6 meses, y crónico cuando su duración es superior a 6 meses. En la práctica clínica, la mayoría de los que sufren insomnio sólo buscan tratamiento especializado después de varios años de soportar el problema.

Aceptado tras revisión externa: 17-04-2006.

Correspondencia: Dr. A. Benetó Pascual. Unidad de Sueño. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario La Fe. Avda. de Campanar, 21. 46009 Valencia. España.
Correo electrónico: beneto_ant@gva.es

El parámetro fundamental, sin el cual no puede hablarse de insomnio, es la repercusión negativa en el funcionamiento diurno. Esta repercusión se expresa por una sensación de fatiga o por un funcionamiento deficiente, que causan un gran malestar e interfieren las actividades sociofamiliares y ocupacionales.

En resumen, los criterios definitorios del insomnio crónico son^{1,2}:

1. Queja subjetiva de sueño insuficiente.
2. Dificultad para conciliar o mantener el sueño, de manera que la latencia del sueño o el tiempo de vigilia después del inicio del sueño es superior a 30 min; la eficiencia del sueño es inferior al 85%.
3. Las dificultades para dormir se presentan al menos 3 veces a la semana.
4. El insomnio persiste más de 6 meses.
5. Percepción subjetiva de al menos una secuela diurna atribuida a dormir mal: fatiga, descenso del rendimiento o alteración del estado de ánimo.
6. La alteración del sueño es la causa de un deterioro significativo en el funcionamiento social u ocupacional, o bien provoca un notable malestar.

No debe tratarse el insomnio sin una evaluación de su naturaleza, severidad y curso evolutivo, así como de los factores que contribuyen a su cronificación³. Esta evaluación debe incluir como mínimo una historia detallada del sueño (incluida la historia médica) y un análisis funcional, 2 semanas de registro mediante un diario del sueño y una valoración psicológica general. Los pacientes cuya queja principal de sueño es claramente secundaria a una psicopatía mayor deben ser tratados en primer lugar por un psiquiatra. En los casos mixtos que presentan insomnio y alteraciones psicopatológicas, o en los que el insomnio y el dolor son igual de importantes, debe valorarse cuál es el foco inicial del tratamiento.

El cuestionario semiestructurado elaborado por Morin⁴ (Insomnia Interview Schedule) es un instrumento útil para obtener y agrupar una información que clínicamente es relevante⁴. Permite obtener una historia del sueño, cribar otras alteraciones del sueño y valorar la contribución relativa de los factores psicológicos, conductuales, del entorno y médicos. Asimismo permite realizar un análisis funcional que investigue los antecedentes, las consecuencias, los beneficios secundarios, los factores desencadenantes y los factores que perpetúan el insomnio.

Esta historia de sueño⁵ debe contener información sobre la naturaleza de las quejas, los horarios de sueño-vigilia, la severidad del trastorno y de las secuelas diurnas, el curso evolutivo, los factores ambientales y los hábitos, así como los fármacos, tanto los que puedan tener un impacto negativo en el sueño como los que esté tomando para tratar el insomnio. Debe descartarse la presencia de otros trastornos del sueño y valorar la presencia de una afección orgánica. Es muy importante hacer un cuidadoso análisis funcional del paciente, que incluye sus rutinas previas a la hora de acostarse, la calidad del sueño en ambientes diferentes del habitual y los “beneficios” secundarios que se obtienen en la vida del paciente al ser insomne.

El uso de autorregistros en diarios de sueño es un elemento clave en la evaluación del insomnio y en su tratamiento⁶. Se debe cumplimentar día a día y se da instrucciones al paciente para que no esté pendiente del reloj durante la noche, pues la cumplimentación del registro es un ejercicio de apreciación subjetiva y no una medición objetiva. Los diarios se deben hacer al menos durante 2 semanas antes de iniciar el tratamiento y durante todo el tiempo que dure éste. Ayudan a establecer el grado de severidad inicial del problema, a la vez que permiten valorar los cambios que se van produciendo durante el tratamiento, lo cual refuerza su eficacia al permitir al paciente constatar las mejorías. Asimismo es un instrumento que permite controlar el cumplimiento del tratamiento y sirve de soporte para la aplicación de alguna de las técnicas conductuales que se utilizan habitualmente. Aunque los datos que se obtienen a partir de estos registros subjetivos difieren de las medidas objetivas del sueño registradas mediante polisomnografía, representan una estimación válida y fiable, y el hecho de que sean cotidianas y por períodos prolongados les confiere en la práctica una utilidad mayor que la medida poligráfica objetiva y minuciosa de una o varias noches aisladas. En definitiva, a pesar de algunas limitaciones, el diario de sueño es el método más económico y práctico para evaluar el insomnio y su tratamiento.

La valoración psicológica es un elemento fundamental en la evaluación del insomnio, que debe tener en cuenta la posible presencia de síntomas psicopatológicos. Además de la entrevista clínica puede utilizarse la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), que es autoaplicada y cuyo objetivo es la detección de trastornos depresivos y ansiosos en el contexto clínico no psiquiátrico. Es recomendable la administración de cuestionarios de evaluación psico-

lógica referidos a la depresión, la ansiedad y el perfil psicológico del paciente, tales como la escala de Hamilton para la depresión (HDRS), el inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) y el cuestionario de cribado de ansiedad (ASQ-15)⁷.

Hay otros instrumentos auxiliares que pueden proporcionar información relevante para el tratamiento, concretamente la escala de actitudes y creencias sobre el sueño, que permite conocer las cogniciones del paciente relacionadas con el sueño y es muy útil para dirigir las sesiones de terapia cognitiva⁴. Engloba 5 factores cognitivos: conceptos erróneos sobre las causas del insomnio, amplificación de sus consecuencias, expectativas poco realistas, control y previsibilidad del sueño, y creencias incorrectas sobre las estrategias que inducen el sueño.

El Pittsburgh Sleep Quality Index⁸ tiene 19 ítems y valora la calidad del sueño en 1 mes. No es una medida específica de insomnio, pero puede dar una información útil sobre las alteraciones del sueño en general. La calidad del sueño es un fenómeno difícil de definir y medir objetivamente, pues no sólo engloba aspectos objetivos, como el número de despertares y su duración, sino también aspectos subjetivos, como la profundidad o la “eficacia reparadora” del sueño. La escala de Pittsburgh se desarrolló con el objetivo de ser una medida válida y estandarizada de la calidad del sueño, para discriminar entre buenos y malos dormidores, dar un índice fácil de interpretar para clínicos e investigadores, y obtener una valoración clínica de una variedad de alteraciones del sueño que podrían afectar a la calidad de éste. Esta escala se ha demostrado útil para discriminar entre buenos y malos dormidores y también para estudiar la progresión de las alteraciones del sueño y la valoración de los tratamientos.

En cuanto a instrumentos con medidas objetivas⁶, la polisomnografía es útil para la evaluación de otros trastornos del sueño concomitantes. La actigrafía de muñeca registra la actividad motriz y se utiliza para medir latencias de sueño, despertares y tiempo total de sueño, con una buena correlación con las mismas medidas en registros polisomnográficos cuando se trata de personas sin problemas de sueño. Pero en insomnes los resultados no son tan uniformes, sobre todo en personas con bajo grado de actividad motriz cuando están despiertas⁹⁻¹¹.

En la tabla 1 se relaciona los instrumentos que habitualmente se utiliza en nuestra unidad de sueño para la evaluación del insomnio crónico.

Tabla 1. Evaluación del insomnio crónico en la Unidad de Sueño del Hospital La Fe

Pauta de la entrevista para el insomnio (Morin)
Índice de deterioro del sueño (Morin)
Escala hospitalaria de ansiedad depresión (HAD)
Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI)
Escala de creencias y actitudes sobre el sueño (Morin)
Escala de aceptación del tratamiento para el insomnio (Morin)
Diario del sueño
Escalas de depresión (Hamilton/MDRS)
Escalas de ansiedad (ASQ-15/BSA)
Espectro bipolar (Cuest. Trastornos del Humor, MDQ)
Escalas de calidad de vida (SF-36/EUROQOL-5D)
Pruebas objetivas (si procede)

CLASIFICACIÓN Y TIPOS DE INSOMNIO

La necesidad que tenemos en el campo de la medicina de clasificar las diferentes enfermedades obedece, en gran parte, a la ayuda que nos ofrecen esas clasificaciones para determinar la causa, el curso y el tratamiento de éstas. La aproximación hacia la clasificación de los diferentes tipos de insomnio (tabla 2) se puede hacer desde diferentes ángulos:

1. En la propia definición ya hemos introducido uno de los factores que se utilizan para su clasificación, como es el tipo de síntoma, lo que nos permite distinguir 4 tipos de insomnio¹²:

- Retraso en el inicio del sueño.
- Alteración en la continuidad del sueño.
- Despertar temprano.
- Sueño no reparador.

Pero los pacientes con insomnio suelen describir uno o más de los tipos de problemas solapándose y modificándose en el tiempo, de forma que esta aproximación sobre el tipo de síntoma de insomnio no es útil desde el punto de vista práctico.

2. Otra aproximación sería según la duración del insomnio¹³, es decir, cuando el insomnio es de corta duración hablamos de:

- Transitorio, agudo: de unos pocos días de duración.

Tabla 2. Tipos de insomnio

Por el tipo de queja
Retraso en el inicio del sueño
Alteración en la continuidad del sueño
Despertar temprano
Sueño no reparador
Por la duración
Transitorio o agudo
De corta duración
Crónico
Por la causa
Secundario o asociado
Enfermedades o síntomas psiquiátricos
Enfermedades médicas (dolor, prurito, disnea, etc.)
Enfermedades neurológicas
Otras alteraciones del sueño
Medicamentos
Primario
Psicofisiológico
Idiopático
Paradójico (mala percepción de sueño)

– De corta duración: de hasta 3 semanas. Es importante esta diferenciación de tipo de insomnio por la posibilidad de intervenir en el primer grupo y evitar la transición de un insomnio de corta duración a un insomnio crónico. Aparece en personas que normalmente duermen bien y dura varios días (transitorio) o de 1 a 3 semanas (de corta duración) y lo podemos considerar en un principio como una respuesta normal al estrés; es una experiencia que la mayoría de las personas hemos sentido. El estrés es una reacción natural de arousal con una combinación de componentes afectivos, cognitivos y biológicos. Algunas personas con un umbral bajo de arousal al estrés o una mayor sensibilidad al estrés pueden ser más vulnerables que otras y sufrir con mayor frecuencia, y de forma más grave, este tipo de insomnio¹⁴. El insomnio transitorio y de corta duración está determinado con factores precipitantes en relación todos ellos con el estrés, bien social (divorcio, nacimiento de un hijo, pérdida, dificultad financiera), estrés médico (hospitalización, enfermedad, embarazo, efecto de medicaciones tanto su administración como su supresión), estrés en el ciclo vigilia-sueño (viajes transoceánicos con cambio de la zona horaria, cambio de horarios, traba-

jadores a turnos), estrés en el ambiente (nueva casa, trabajo, ruido, compañero de cama), que aumenta con la edad. La temperatura inadecuada suele ser causa de alteración en el mantenimiento del sueño. Respecto a la superficie para dormir hay pocos estudios serios y en cuanto a la posición corporal se ha demostrado que dormir sentado aumenta la vigilia. La altitud por encima de 4.000 m también es causa de insomnio transitorio (en 1 o 2 semanas se produce la habituación). Hay factores que pueden perpetuar y transformar el insomnio de agudo a crónico y persistente. Suelen ser comportamientos y respuestas erróneas que se desarrollan en relación con la dificultad para dormir.

– Crónico: cuando la duración del insomnio sobrepasa las 3 semanas y está generalmente asociado a una alteración médica o psiquiátrica. El insomnio crónico es el que determina la siguiente clasificación.

3. Por último, si está asociado a otras enfermedades o aparece sin relación aparente con ellas¹; en estos casos hablamos de: insomnio secundario o asociado a otras enfermedades o síntomas¹⁵⁻¹⁷, sobre todo a condiciones físicas y psiquiátricas: aunque poco se conoce acerca de la naturaleza de su asociación así como a la dirección de la causalidad, en este caso el insomnio secundario se comporta como un síntoma añadido. Pero es importante esta consideración debido a que nos permitirá tratar el síntoma o la enfermedad asociada al insomnio, además de realizar el tratamiento del propio insomnio. Hay que considerar determinados síntomas:

a. Dolor nocturno: el insomnio asociado a dolor nocturno y malestar, sobre todo en las personas de edad, como el ocasionado por la artritis u otras enfermedades reumáticas, el dolor en la neuropatía diabética y otras neuropatías se suele agravar durante la noche. El dolor epigástrico debido a una úlcera o reflujo gastroesofágico, también en los tumores primarios o metastáticos, suele ser frecuentes durante la noche.

b. Cefaleas, un tipo concreto de cefaleas se desarrolla durante la fase de sueño REM.

c. Otros síntomas relacionados con enfermedades médicas y sus tratamientos pueden asociarse con insomnio por su presentación o agravamiento durante la noche, como la nicturia, el fracaso cardíaco congestivo y los síntomas respiratorios, por ejemplo, el enfisema en relación con el decúbito supino.

d. Enfermedades neurológicas y sus síntomas, como por ejemplo las parestesias en el síndrome de las piernas inquietas y la anquilosis en la enfermedad de Parkinson y en la esclerosis múltiple.

e. Otras enfermedades del sueño: no hay que olvidarse de la gran comorbilidad de éstas, incluso el síndrome de apneas del sueño puede ocasionalmente asociarse con insomnio.

f. Enfermedades endocrinas como el hipertiroidismo y la enfermedad de Cushing.

g. Fármacos, como ciertos agonistas betaadrenérgicos usados para control de la presión arterial; en este sentido, no sólo la administración de determinados fármacos, sino también su supresión, puede asociarse con insomnio. Debemos referirnos también a la acción del alcohol, que aunque de forma inicial promueve el sueño, posteriormente ocasiona insomnio y vigilia cuando las concentraciones en sangre disminuyen. La cafeína en sus diferentes presentaciones (té, bebidas de cola e incluso en el café descafeinado) ocasionan dificultad en el inicio y el mantenimiento del sueño, con una vida media que varía de 3 a 5 h y en algunas personas llega incluso a las 10 h. La nicotina también contribuye a las dificultades del sueño.

h. Enfermedades o síntomas psiquiátricos: la asociación entre insomnio y condición psiquiátrica es el hecho más consistente en casi todos los estudios en los últimos 30 años, especialmente la depresión. Hay evidencia clínica de que la depresión o el estrés emocional preceden al insomnio y de que el insomnio es un factor de riesgo para la depresión. La ansiedad, manifestada al inicio del sueño o durante la noche en forma de pensamientos que no podemos controlar y que nos preocupan en exceso, ocasionando una incapacidad para relajarse, condiciona una hiperactividad mental.

El insomnio primario es cuando no encontramos una asociación con otro trastorno implicado al cien por ciento, lo que no quiere decir que no esté asociado a otras alteraciones. En estos casos el término primario implica que es la raíz del problema más que un síntoma.

Se ha visto en este grupo de pacientes una alteración del sistema inmunitario y que tienen más probabilidades (2 veces más que los buenos dormidores) de tener un ataque isquémico en los siguientes 6 años. Estos hechos están en relación con la teoría del *hiperarousal*: comparados con sujetos control, los pacien-

tes con insomnio muestran un incremento global del metabolismo de la glucosa cerebral cuando están dormidos y despiertos, un incremento de la actividad beta y la reducción de la theta en el electroencefalograma durante el sueño, un incremento de la tasa metabólica en las 24 h y una secreción de corticotropina y cortisol alta¹⁸.

Se incluyen dentro del insomnio primario 3 tipos de insomnio²: psicofisiológico, idiopático y paradójico o mala percepción del estado de sueño.

INSOMNIO PSICOFISIOLÓGICO

La prevalencia exacta del insomnio psicofisiológico puro está poco clara y no es muy elevada, pero se debe considerar el hecho de que la cronificación del insomnio de cualquier tipo suele llevar consigo la contaminación por el componente psicofisiológico. En una serie publicada por Morin y Stone¹⁹, el 56% de los pacientes cumplía criterios de insomnio psicofisiológico, ya fuera como diagnóstico primario o secundario; en nuestra serie de pacientes²⁰ cumplía ese criterio un 66%.

Es crónico o persistente en su duración y se denomina insomnio aprendido; corresponde al insomnio que todos tenemos en mente como tal. Este tipo de insomnio se produce como un comportamiento de mala adaptación al estrés; podemos considerar que intervienen 3 tipos de factores²¹: predisponentes, precipitantes y perpetuadores. Los factores predisponentes reducen el umbral necesario para desencadenar el insomnio y se expresan por una hiperactivación fisiológica, cognitiva y emocional²². El estrés de todo tipo es el factor precipitante del insomnio, y los hábitos incorrectos para dormir y las cogniciones disfuncionales sobre la falta de sueño y su impacto negativo son los factores perpetuadores²³. La secuencia de este proceso consta de varios fenómenos que terminan interactuando entre ellos y estableciendo una especie de círculo vicioso en el que cada factor influye en los demás de forma bidireccional. Así las consecuencias del insomnio se convierten en su causa en un juego recíproco permanente²⁴. A partir de un insomnio agudo, la valoración que el sujeto haga de ello será determinante para que el problema sea transitorio o no: si sigue su vida habitual sin preocuparse por no dormir es muy poco probable que desarrolle un insomnio prolongado, pero si se preocupa excesivamente por su dificultad para dormir y por las consecuencias negativas de no dormir en su funcionamiento diurno, tiene una

gran probabilidad de caer en ese círculo vicioso en el que al insomnio inicial sigue una hiperactivación emocional y cognitiva (*hiperarousal*), un condicionamiento negativo entre los rituales y el ambiente para dormir, un incremento de la preocupación y mayor dificultad para dormir, y así recomienza el ciclo. Este mecanismo puede perpetuarse durante años y debe considerarse al establecer el tratamiento, que obviamente no puede reducirse a la administración de fármacos hipnóticos sin tratar de corregir estos factores cognitivo-conductuales.

Los pacientes suelen quejarse en primer lugar de que su sueño nocturno es inadecuado en algún aspecto, refieren dificultad para dormirse con frecuentes despertares o bien despertarse de forma definitiva demasiado pronto, con incapacidad para volver a dormir, con unos rituales y comportamientos especiales en que las expectativas por lo poco que van a dormir contribuyen a la persistencia del problema. A esto se añade una excesiva preocupación por su sueño durante el día, con un aumento en la somatización de la tensión (aumento de la agitación, del tono muscular y de la vasoconstricción), se encuentran fatigados, con dolores musculares, con sensación de sueño y pérdida de concentración y alerta, se sienten ansiosos, tensos, nerviosos, irritables y, en muchos casos, deprimidos.

INSOMNIO IDIOPÁTICO

Es la incapacidad durante la vida para obtener un sueño adecuado²⁵; la característica es que se inicia en la edad infantil. Puede que estos pacientes estén simplemente “hiperdespiertos” sobre una base orgánica o por una anomalía en el control neurológico del sistema vigilia-sueño. Suelen ser pacientes con escaso sueño desde la infancia, aunque en esas edades tan tempranas esto puede deberse a fallos en los hábitos o al estrés por otros problemas, médicos o psicológicos. Suelen ser personas con dificultad para reconocer los problemas emocionales.

El inicio en la niñez suele no estar relacionado con un trauma emocional o físico y no suele mejorar a pesar de épocas de buena adaptación emocional. El estudio del sueño mediante la polisomnografía puede ser necesario para el diagnóstico, con el fin de demostrar el insomnio severo con aumento en la latencia al sueño, reducción en la eficiencia del sueño y un aumento de la vigilia intrasueño, pero también para descartar otras alteraciones del sueño. Es difícil encon-

trarlo en forma pura debido a la presencia de factores que interfieren, como una mala higiene del sueño, asociaciones inadecuadas o alteraciones psiquiátricas. La diferenciación con personas que precisan escasas horas de sueño se basa en que normalmente éstas no suelen aquejar mal funcionamiento durante el día, a pesar del sueño escaso.

MALA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SUEÑO O INSOMNIO PARADÓJICO

Constituye el 5-10% de todos los insomnios^{26,27}. El paciente refiere insomnio, pero por la historia clínica no cumple criterios de insomnio psicofisiológico ni idiopático. En estos casos, el polisomnograma es necesario para demostrar que la cantidad de sueño es normal coincidiendo con la percepción de escaso sueño durante la prueba (latencia de inicio del sueño menor de 20 min y tiempo total de sueño de más de 6 h, con una eficiencia del sueño de más del 85 o 90%). Es la queja de insomnio sin hallazgos objetivos²⁸. Representa una ausencia de afección del sueño a pesar de la queja de insomnio.

INSOMNIO SEGÚN LA EDAD

Realmente no existen tipos de insomnio diferentes según la edad, pero es interesante saber que según la edad puede manifestarse de forma diferente, lo que es importante para una pronta intervención. Cuando hemos hablado de la epidemiología hemos comentado que el insomnio no es patrimonio de la edad adulta. En el niño pequeño y el lactante el insomnio suele estar asociado a malos hábitos que pueden corregirse fácilmente si se reconoce el problema. En el adolescente con insomnio hay que pensar, además de las asociaciones médicas, en su asociación con otros trastornos del sueño como un síndrome de retraso de fase, también una psicopatía (ansiedad, tensión, obsesión, depresión, inhibición, abuso de sustancias). En las personas de edad, al aumentar las enfermedades crónicas aumenta el insomnio asociado; su tratamiento puede mejorar el trastorno asociado y viceversa. Tanto en las personas de edad como en el adolescente, el insomnio puede preceder al desarrollo de otras alteraciones; el síntoma de alarma y su pronto reconocimiento y tratamiento pueden ayudarnos a evitar la aparición de enfermedades comórbidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
2. American Sleep Disorders Association. The International Classification of Sleep Disorders, revised: Diagnostic and Coding Manual. Rochester: 1997.
3. Morin CH. Evaluación del paciente insomne. En: Morin C, editor. Insomnio. Barcelona: Ariel Psicología; 1998. p. 59-76.
4. Morin CH. Apéndices. En: Morin C, editor. Insomnio. Barcelona: Ariel Psicología; 1998. p. 187-202.
5. Aldrich MS, Naylor MW. Approach to the Patient With Disordered Sleep. En: Kryger M, Roth T, Dement W, editors. Principles and Practice of Sleep Medicine. Philadelphia: WB Saunders; 2000. p. 521-5.
6. Spielman AJ, Nunes J, Glovisny PB. Insomnia. *Neurol Clin.* 1986;14:513-43.
7. García-Portilla MP, Bascaran MT, Saiz PA, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 4.^a ed. Barcelona: Ars Médica; 2006.
8. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Bessler SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research.* 1989;28:193-213.
9. Lichtein K, Stone K, Donaldson J, Nau SD, Soeffing JP, Murray D, et al. Actigraphy Validation with insomnia. *Sleep.* 2006;29:232-9.
10. Buysse D, Ancoli-Israel S, Edinger J, Lichstein K, Morin CH. Recommendations for a Standard Research Assessment of Insomnia. *Sleep.* 2006;29:1155-73.
11. Sivertsen B, Omvik S, Havik OE, Pallesen S, Bjorvant B, Nielsen GH, et al. A comparison of Actigraphy and Polysomnography in Older Adults Treated for Chronic Primary Insomnia. *Sleep.* 2006;29: 1353-8.
12. Treating Insomnia in the Primary Care Setting. Washington: National Sleep Foundation. 2000.
13. National Institute of Mental Health, Consensus Development Conference. Drugs and Insomnia. *JAMA.* 1984;251:2410-4.
14. Gillin JC, Byerley WF. The diagnosis and management of insomnia. *N Engl J Med.* 1990;322:239-48.
15. Hauri PJ. Insomnia. *Clin Chest Med.* 1998;19: 157-68.
16. Gillin JC. Relief from situational insomnia: pharmacologic and other options. *Postgrad Med.* 1992;92: 157-60.
17. Morin CH, Hauri PJ, Espie CA, Spielman AJ, Buysse DJ, Bootzin RR. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia: an American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep.* 1999;22:1134-56.
18. Perlis ML, Smith MT, Pigeon WR. Etiology and pathophysiology of insomnia. En: Kryger MH, Roth TH, Dement W, editors. Principles and Practice of Sleep Medicine. 4th ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders; 2005. p. 714-25.
19. Morin CH, Stone J. Cognitive management of dysfunctional beliefs and attitudes about sleep. World Congress of Cognitive Therapy. Toronto, 1992.
20. Beneto A, Tarrega M, Parra S, Santa Cruz A, Gómez E, Soler S, et al. Tratamiento no farmacológico del insomnio crónico: resultados de una muestra de 100 pacientes. LVII Reunión Anual Sociedad española de Neurología. Barcelona, 2005.
21. Spielman A. Assessment of insomnia. *Clin Psicol Rev.* 1986;6:11-26.
22. Kales A, Kales JD. Evaluation and treatment of insomnia. New York: Oxford University Press; 1984.
23. Morin CH. Una conceptualización cognitivo-conductual del insomnio. En: Morin CH, editor. Insomnio. Asistencia y tratamiento psicológico. Barcelona: Ariel Psicología; 1998. p. 45-58.
24. Haynes SN, O'Brien WH. Functional analysis in behavior therapy. *Clin Psychol Rev.* 1990;10:649-68.
25. Hauri PJ, Olmstead EM. Childhood-onset insomnia. *Sleep.* 1980;3:59-65.
26. Coleman RM, Roffwarg HP, Kennedy SJ, Guilleminault C, Cinque J, Cohn MA, et al. Sleep-wake disorders based on a polysomnographic diagnosis: A national cooperative study. *JAMA.* 1982;247:997-1003.
27. Trinder J. Subjective insomnia without objective findings: A pseudo diagnostic classification? *Psychol Bull.* 1988;103:87-94.
28. Sugerma JL, Stern JA, Walsh JK. Daytime alertness in subjective and objective insomnia: Some preliminary findings. *Biol Psychiatry.* 1985;20:741-50.