

# Manifestaciones clínicas y diferenciación de los tipos de insomnio. Primera parte

Marcela Anzures<sup>1</sup>, Jasina Kassab<sup>2</sup>, Raúl Alvarado<sup>2,3</sup>

## RESUMEN

El insomnio es la alteración más frecuente del sueño. Provoca repercusiones en todas las esferas del individuo, sus causas son múltiples y de origen diverso. En los últimos años se reportó la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño en su segunda edición, la cual permite distinguir los diversos trastornos del sueño con base en la descripción de las características clínicas, datos demográficos, factores predisponentes, inicio, curso, complicaciones, criterios diagnósticos, diagnóstico diferencial, entre otros aspectos. En este trabajo se han seleccionado y revisado las principales manifestaciones clínicas del insomnio, así como las características esenciales para diferenciar clínicamente sus tipos. Con la finalidad de difundir de manera práctica aspectos fundamentales para realizar el diagnóstico acertado del tipo de insomnio. Se presenta esta revisión en dos secciones, en especial dirigida a los profesionales de la salud relacionados con el área clínica de las neurociencias y la salud mental.

**Palabras clave:** insomnio, sueño, trastornos del sueño, Clasificación Internacional.

.....

## Clinical manifestations and differentiation of insomnia types. Part one

## ABSTRACT

Insomnia is the most frequent alteration of sleep. It causes an impact on all spheres of the individual, its causes are multiple and have diverse origins. The International Classification of Sleep Disorders in its second edition is currently in existence. This classification allows us to distinguish the various sleep disorders based on the description of the essential characteristics, demographic data, predisposing factors, onset, course, complications, diagnostic criteria, differential diagnosis and others. Aiming to disseminate the diagnostic criteria for the different types of insomnia, this review is presented in two sections, specially targeted to health professionals related to the clinical area of neuroscience and mental health to make effective diagnostics in a practical way. Following is the first section of the review.

**Key words:** insomnia, sleep, sleep disorders, International Classification.

**E**xisten distintos tipos de insomnio que recién se recopilaron en la primer categoría de la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño en su segunda edición (CITS-2), que entró en vigor a finales del 2005<sup>1</sup>.

La primera categoría de la CITS-2 corresponde a trastornos de inicio y continuidad del sueño o insomnios. En la tabla 1, se muestran los diferentes tipos de insomnio que se incluyen en esta categoría.

Esta categoría incluye un grupo de trastornos del sueño

que presentan como síntoma común la queja de insomnio. Este se define como la dificultad repetida para iniciar,

Recibido: 29 septiembre 2009. Aceptado: 16 octubre 2009.

<sup>1</sup> Universidad Intercontinental, <sup>2</sup> Hospital Ángeles Pedregal y Lomas, <sup>3</sup> Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Correspondencia: Raúl Alvarado. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Unidad de Investigaciones Cerebrales. Insurgentes Sur 3877, Col. La Fama 14269 México, D.F. E-mail: dr\_raul\_alvarado@hotmail.com

mantener o consolidar el sueño, así como el deterioro de la calidad del sueño que ocurre a pesar del horario de sueño o la oportunidad adecuada para dormir y que resulta en consecuencias diurnas. Las tres condiciones: oportunidad adecuada de sueño, dificultad persistente para dormir y disfunción diurna asociada, están implicadas colectivamente para definir el insomnio. Típicamente en adultos, las quejas de insomnio incluyen dificultades para iniciar o mantener el sueño. La preocupación por los grandes periodos de vigilia nocturna o la escasa cantidad de sueño nocturno acompañan por lo general estas quejas. Con menor frecuencia, las quejas de insomnio se caracterizan por presentar mala calidad de sueño o sueño *no reparador*, incluso cuando la duración y consolidación del periodo típico de sueño se percibe como *normal* o *adecuado*<sup>1</sup>.

**Tabla 1.** Tipos de insomnio.

Insomnio por desajuste (insomnio agudo)
Insomnio psicofisiológico
Insomnio paradójico
Insomnio idiopático
Insomnio debido a desorden mental
Higiene de sueño inadecuada
Insomnio conductual de la infancia
Insomnio por drogas o sustancias
Insomnio por otra condición médica
Insomnio no debido a sustancias o condición fisiológica, sin especificar (insomnio no orgánico, otro no especificado (ONE))
Insomnio fisiológico (orgánico), no especificado

Sin importar la naturaleza de las preocupaciones del sueño, se reportan problemas diurnos causados quizás por la dificultad del sueño nocturno. En casos más leves, los síntomas diurnos pueden incluir fatiga, humor aplanado o irritabilidad, malestar general y problemas cognoscitivos. En adultos, el insomnio crónico puede deteriorar el funcionamiento social o laboral y reducir la calidad de vida, mientras que en niños puede conducir al bajo aprovechamiento escolar. Síntomas físicos tales como tensión muscular, trastorno gastrointestinal o cefalea también se pueden relacionar al insomnio. En formas más severas, el insomnio puede provocar somnolencia diurna, que aumenta el riesgo de accidentes automovilísticos o laborales, así como la aparición de desórdenes psiquiátricos.

El insomnio es un síntoma que se presenta a menudo en enfermedades médicas primarias, desórdenes mentales y otros trastornos del sueño. Puede también presentarse

por el uso, abuso o exposición a sustancias. Cuando el insomnio que se presenta en estas condiciones es promiamente, el reporte del trastorno requiere una designación diagnóstica separada. Se incluyen en esta sección los diagnósticos que se pueden utilizar en los casos de insomnio secundario, así como varias formas de insomnio independientes que persisten como trastornos del sueño primarios. Ninguna de estas últimas condiciones se puede atribuir a otro trastorno subyacente del sueño primario. Estas condiciones se caracterizan por presentarse por varias causas incluyendo la sospecha de patología intrínseca y factores extrínsecos. Las diferencias en las supuestas causas, factores mantenedores y síntomas presentados sirven para distinguir estas formas de insomnio primario del secundario. De estas características derivan los criterios diagnósticos que definen los diversos insomnios<sup>1</sup>.

La definición de la causa del insomnio es una tarea compleja, ya que a menudo es multifactorial. De hecho, la confluencia de múltiples factores que alteran el sueño se puede considerar en muchos pacientes con diagnóstico de insomnio. Aunque es preferible la elección de un sólo diagnóstico que sea el más apropiado, tal selección no debe implicar necesariamente la ausencia de un subconjunto de factores relevantes como diagnósticos alternos. Pero, cuando los criterios para el diagnóstico de múltiples insomnios se satisfacen, se deben asignar todos los diagnósticos relevantes.

#### Criterios estandarizados para definir el insomnio

La literatura clínica e investigación mundial han definido el insomnio en forma restringida como la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o para obtener la cantidad de sueño suficiente. Muchos individuos con síntomas relacionados al sueño reportan satisfacción general con su sueño o no experimentan síntomas diurnos que reflejan sueño deficiente. Otros individuos, que si presentan desajuste diurno a causa del déficit de sueño, muestran un patrón repetido de restricción voluntaria de sueño pero no manifiestan déficit del ciclo sueño-vigilia cuando se permiten tener condiciones adecuadas u oportunidades para dormir. Según lo utilizado en el material adjunto, un desorden de insomnio se define por los siguientes criterios:

#### Criterios generales para diagnosticar insomnio<sup>1</sup>

- Queja de dificultad para iniciar el sueño, dificultad para mantenerlo, despertar demasiado temprano o tener un sueño crónicamente no reparador o de pobre calidad. En niños, la dificultad del sueño es reportada por el cuidador, a menudo puede consistir en resistencia o incapacidad para dormir solo.

- B. Las dificultades anteriores ocurren a pesar de la existencia de oportunidad para dormir y en circunstancias adecuadas para el sueño.
- C. El paciente reporta por lo menos uno de los siguientes problemas diurnos relacionados a la dificultad para dormir.
- i. Fatiga o malestar diurno
  - ii. Problemas de atención, concentración o memoria
  - iii. Disfunción social, laboral o bajo desempeño en la escuela
  - iv. Alteración humoral o irritabilidad
  - v. Somnolencia diurna
  - vi. Reducción de la motivación, energía o iniciativa
  - vii. Propensión a errores, accidentes en el trabajo o mientras conduce automovil
  - viii. Tensión, cefalea o síntomas gastrointestinales en respuesta a la pérdida de sueño
  - ix. Preocupación relacionada al sueño

Todos los desórdenes descritos en la siguiente sección implican la dificultad del sueño que incluye estos criterios.

*Insomnio por desajuste (insomnio agudo)*

*Manifestaciones clínicas esenciales*

La característica esencial del insomnio por desajuste es la presencia de insomnio asociado con un estresor identificable<sup>1</sup>. El disturbio de sueño tiene duración relativamente corta, por lo general algunos días a semana. Se espera que remita cuando se resuelve el estresor específico o cuando el individuo se adapta a este<sup>2,4</sup>.

Una variedad de estresores pueden precipitar el insomnio por desajuste incluyendo circunstancias psicológicas, psicosociales, físicas o médicas y ambientales<sup>2,3</sup>. Los ejemplos específicos incluyen conflictos en las relaciones interpersonales, tensión laboral, pérdidas personales, aflicciones, diagnóstico de una nueva condición médica, la visita o cambio a una nueva localidad, cambios en el ambiente acostumbrado para conciliar el sueño<sup>3,4</sup>. Los cambios o tensiones con tono emocional positivo, también pueden dar lugar a insomnio por desajuste<sup>2,4</sup>. El disturbio del sueño resultante puede incluir latencia al sueño prolongada, aumento del número y duración de despertares, corta duración global del sueño de mala calidad<sup>5</sup>. Algunos individuos pueden presentar quejas de somnolencia diurna o fatiga como síntoma primario. En tales casos, el individuo se quejará de dificultad para permanecer despierto o de episodios repetidos de sueño durante el día.

*Manifestaciones clínicas asociadas*

El disturbio del sueño es la característica primaria del insomnio por desajuste, pero comúnmente se acompaña de síntomas durante la vigilia. Éstos pueden incluir ansiedad, preocupación, pensamientos repetitivos, tristeza o depresión relacionada al estresor específico. También se pueden percibir síntomas físicos de ansiedad aguda, tales como tensión muscular, trastornos gastrointestinales y cefalea<sup>2,4,5</sup>. Los síntomas diurnos adicionales de fatiga, concentración deteriorada e irritabilidad se pueden atribuir al estresor o al disturbio del sueño. Si el individuo utiliza alcohol, drogas ilícitas o autoconsumo de medicación, pueden observarse síntomas adicionales relacionados a estas sustancias.

La prevalencia del insomnio por desajuste en adultos, se encuentra en un rango aproximado de 15 a 20 %<sup>4,6</sup>. El insomnio por desajuste puede ocurrir en individuos de cualquier edad, aunque puede ser difícil en infantes establecer la relación entre el estresor y un disturbio de sueño. Es más común en mujeres que en hombres y es mayor en personas de edad avanzada que en adultos jóvenes y niños.

En los factores predisponentes y precipitantes es necesario tener en cuenta que los individuos con historia previa de insomnio y de insomnio por desajuste están predispuestos a desarrollar episodios posteriores. Los individuos afectados pueden mostrar tendencia a lo largo de la vida a tener sueño ligero o dificultad para dormir durante periodos de estrés<sup>2,4</sup>. La historia previa de ansiedad o depresión también pueden predisponer a un individuo a desarrollar insomnio por desajuste. Un estresor o acontecimiento agudo e identificable precipita el insomnio por desajuste<sup>2,3</sup>.

En el curso temporal, el insomnio por desajuste tiene un inicio agudo claramente definido y un curso corto de no más de tres meses<sup>2</sup>.

El insomnio por desajuste se resuelve en asociación al estresor identificado o en relación a la adaptación del individuo cuando el estresor se presenta crónicamente. Si el disturbio de sueño persiste por más de 3 meses, podrían considerarse una o mas formas crónicas de insomnio.

Los resultados polisomnográficos se basan en modelos experimentales más que en muestras clínicas. Se observa una constelación inespecífica de resultados consistentes con la queja de insomnio, incluyendo latencia al sueño prolongado, aumento en número y duración de despertares, periodo de sueño corto y eficiencia del sueño reducida<sup>1,7</sup>. La latencia al primer periodo de fase R (REM de acuerdo a la nueva nomenclatura)<sup>8</sup> puede ser prolongada, el porcentaje total de sueño R y la etapa N3 de sueño delta (N3, incluye fase III y IV de sueño NoREM)<sup>8</sup> pueden estar reducidos, y los porcentajes de las etapas N1 y N2 pueden estar aumentados. No se han reportado resultados

polisomnográficos en muestras clínicas con insomnio por desajuste.

#### Crterios diagnósticos del insomnio por desajuste<sup>1</sup>

- Los síntomas del paciente reúnen los criterios para el insomnio.
- El disturbio del sueño se asocia temporalmente con un estresor identificable que es psicológico, psicosocial, interpersonal, ambiental o físico.
- Se espera que el disturbio del sueño se revierta cuando el estresor agudo se resuelva o cuando el individuo se adapte a éste.
- El disturbio del sueño dura menos de tres meses.
- El disturbio de sueño no puede ser mejor explicado por otro trastorno del sueño, desorden médico o neurológico, desorden mental, medicación o desorden por uso de sustancias.

#### Diagnóstico diferencial

El insomnio por desajuste comparte muchos síntomas con el insomnio psicofisiológico, del cual se distingue en base a su corta duración, por la presencia de un factor precipitante identificable y ausencia de un componente clínico significativo de aprendizaje o asociación. El insomnio por desajuste debe distinguirse de trastornos del sueño por alteraciones del ritmo circadiano y de otros trastornos del sueño debido a condiciones médicas, uso de drogas o sustancias. En cada una de estas condiciones, los síntomas pueden haber comenzado de manera aguda y pueden tener duración relativamente corta. La distinción del insomnio por desajuste se basa sobre todo en la naturaleza del factor precipitante. En trastornos de sueño del ritmo circadiano con inicio agudo, el factor precipitante es un cambio obvio en el patrón circadiano del sueño como resultaría del *Jet Lag* o al inicio de trabajo por turnos. Los trastornos del sueño debido a condiciones médicas o al uso de drogas o sustancias deben ser diagnosticados cuando el clínico considere que el disturbio del sueño está principalmente relacionado con ese desorden o medicación<sup>1,4</sup>.

El insomnio por desajuste debe ser distinguido también de los desórdenes mentales con los cuales puede compartir muchos síntomas. El insomnio por desajuste se distingue de estos desórdenes por la severidad de los disturbios del sueño con relación a otros síntomas. El inicio agudo, el estresor identificable y la corta duración del insomnio por desajuste lo distinguen de la mayoría de los desórdenes mentales. El insomnio por desajuste puede ocurrir en individuos con desórdenes mentales, y en tales casos, el diagnóstico adicional del insomnio por desajuste se autoriza por la presencia del inicio agudo, por quejas de

sueño de corta duración más allá de los típicamente experimentados por el individuo<sup>1,5</sup>.

#### Insomnio psicofisiológico

##### Manifestaciones clínicas esenciales

La característica es el aumento de despertares y asociaciones aprendidas que evitan el sueño, mismas que dan lugar a la queja de insomnio y al deterioro del funcionamiento en la vigilia<sup>1</sup>. Los individuos que padecen insomnio psicofisiológico típicamente tienen despertares fisiológicos y asociaciones que evitan el sueño. El despertar fisiológico se puede asociar a reacciones emocionales que no reúnen criterios para otros desórdenes. El despertar también puede reflejar hipervigilancia cognoscitiva<sup>9-11</sup>. De hecho, la hipervigilancia en forma de *una mente que no para* es característica. Las asociaciones se pueden aprender por cogniciones internas o por estímulos externos.

Las asociaciones aprendidas son marcadas por alta inquietud con incapacidad para dormir. Se desarrolla un ciclo en el cual entre más se esfuerza por dormir, se llega a estar más agitado y menos capaz de quedarse dormido. Las señales ambientales condicionadas que causan insomnio se desarrollan a partir de la asociación continua del insomnio con las situaciones y comportamientos relacionados al sueño. El ambiente para conciliar el sueño al que se está acostumbrado, por lo tanto, ejerce un control debilitado del estímulo sobre la respuesta al sueño. Los pacientes con este despertar condicionado mencionan que pueden conciliar el sueño de mejor manera lejos de su propio dormitorio y lejos de sus rutinas acostumbradas<sup>12</sup>.

Las asociaciones que evitan el sueño se pueden aprender durante un periodo contra el insomnio causado por otros factores precipitantes tales como: depresión, dolor, perturbación del ambiente del sueño o trabajo en turnos. El insomnio psicofisiológico persiste mucho tiempo después que los factores precipitantes se han eliminado o hayan dejado de ser relevantes. En otros casos, la preocupación por conciliar el sueño crece progresivamente por meses o años, mientras que la calidad del sueño se deteriora gradualmente, hasta que el deseo de obtener una buena noche de sueño se convierte en la principal preocupación del individuo.

##### Manifestaciones clínicas asociadas

Como en todos los tipos de insomnio, los individuos con insomnio psicofisiológico persistente tienden a percibir la sensación de bienestar disminuida durante el día. La dificultad para conciliar el sueño conduce a menudo al deterioro del humor, motivación, atención, vigilancia, energía, concentración, aumento de fatiga y malestar. A pesar de

.....  
 estos síntomas, los individuos con insomnio psicofisiológico no muestran tendencia a dormir durante el día, y muchos reportan incapacidad de tomar siestas intencionales<sup>10-12</sup>.

Esta condición se encuentra en el 1 al 2 % de la población general y del 12 al 15% de los pacientes atendidos en centros de sueño<sup>10,13</sup>. Es más frecuente en mujeres que en hombres. Ocurre rara vez en niños pequeños, pero es más común en adolescentes y adultos.

En los factores predisponentes es necesario considerar que muchos pacientes reportan dormir de forma ligera habitualmente o de manera pobre episódicamente antes de desarrollar insomnio psicofisiológico. Los síntomas de tensión, factores ambientales y el cambio de vida se asocian a menudo como circunstancias precipitantes. El exceso de preocupación ansiosa sobre la salud, bienestar general, o funcionamiento diurno pueden ser factores predisponentes porque los individuos con insomnio muestran de forma característica, alta preocupación tanto por las consecuencias como por las soluciones potenciales para sus problemas del sueño.

En el curso temporal, se considera que el inicio puede ser insidioso o agudo. En el primero, los individuos reportan a menudo síntomas molestos del insomnio en su vida temprana o en la edad adulta joven; en el segundo, puede existir evidencia de que el insomnio por desajuste (insomnio agudo) no se pudo resolver. Cuando no es tratado, el insomnio psicofisiológico puede persistir por décadas y puede empeorar gradualmente como un ciclo vicioso de sueño intermitente, presencia de irritabilidad durante el día y disminución de la concentración<sup>10-12</sup>.

Los resultados polisomnográficos pueden mostrar aumento en la latencia al sueño o aumento del tiempo de vigilia después de iniciado el sueño, así como eficiencia de sueño reducida. La latencia para iniciar sueño o tiempo de despertar después de iniciado el sueño excede los 30 minutos, aunque no son inusuales periodos de una a dos horas de vigilia en cama<sup>1</sup>. Algunos pacientes muestran arquitectura del sueño alterada con aumento de sueño en la fase N1 y disminución de sueño N2 y N3. Los pacientes con importante dificultad de sueño condicionada en el ambiente cotidiano, pueden mostrar el efecto inverso de primera noche en el laboratorio del sueño. Aunque los pacientes con esta condición subestiman a menudo su tiempo real de sueño mostrado en la polisomnografía, no muestran el alto nivel de subestima que refieren aquellos con insomnio paradójico.

*Criterios diagnósticos del insomnio psicofisiológico<sup>4</sup>*

- A. Los síntomas del paciente reúnen los criterios del insomnio.
- B. El insomnio está presente por lo menos durante un mes.

C. El paciente muestra evidencias de dificultad condicionada del sueño y/o aumento de despertares según lo indicado por uno o más de los siguientes:

- i. Atención excesiva y ansiedad aumentada sobre el insomnio.
- ii. Dificultad para quedarse dormido en cama cuando lo desea o durante siestas previstas, pero sin presentar dificultad para quedarse dormido durante otras actividades monótonas en donde no intente dormir.
- iii. Mejor capacidad para dormir fuera de casa.
- iv. Activación mental en cama caracterizada por pensamientos intrusivos o percepción de incapacidad para frenar voluntariamente la actividad mental que retarda el sueño.
- v. Aumento en la tensión somática en cama reflejada por incapacidad de relajar el cuerpo suficientemente para permitir el inicio del sueño.

D. El disturbo del sueño no es mejor explicado por otro desorden del sueño, desorden médico o neurológico, desorden mental, por medicación o desorden por uso de sustancias.

*Diagnóstico diferencial*

El diagnóstico de insomnio psicofisiológico subyace a una serie continua de gran número de categorías diagnósticas. Diversas características lo distinguen de otras formas primarias de insomnio. Los pacientes con insomnio idiopático (de inicio en la infancia) tienen inicio insidioso de dificultades del sueño durante la niñez y presentan un patrón persistente de sueño pobre a través de la vida. A diferencia del insomnio paradójico, el psicofisiológico no se asocia con quejas de sueño extremas o con una diferencia marcada entre mediciones objetivas y subjetivas del sueño. El insomnio psicofisiológico tiene asociaciones que evitan el sueño más obvias y duración más larga que el insomnio por desajuste. Las semejanzas entre insomnio psicofisiológico e higiene inadecuada del sueño pueden hacer difícil la distinción entre estos diagnósticos. El diagnóstico de insomnio psicofisiológico se debe asignar a aquellos pacientes que muestran evidencia de despertares condicionados con sueño alterado como factor único perpetuante o primario de sus dificultades de sueño. El diagnóstico de higiene inadecuada del sueño se debe asignar a pacientes que reportan actividades contrarias a una buena calidad del sueño, pero que muestran poca o ninguna evidencia de despertares del sueño condicionados al medio ambiente acostumbrado para dormir. Cuando se observan despertares condicionados y numerosos problemas de higiene del sueño, pueden

aplicarse ambos diagnósticos<sup>1,10-12</sup>.

El insomnio psicofisiológico que se presenta como dificultad para iniciar el sueño se debe distinguir del trastorno del sueño por alteraciones del ritmo circadiano, tipo fase del sueño retrasada. En ésta última, el inicio del sueño es consistentemente más tardío que el deseado debido a que el ritmo circadiano del individuo está retrasado. También, las dificultades para iniciar el sueño persisten, y se reduce el tiempo de sueño siempre que el individuo elija un horario para acostarse o levantarse más temprano o fuera de fase con el ritmo circadiano endógeno. En comparación, aquellos con insomnio psicofisiológico típicamente se sienten somnolientos a la hora deseada de acostarse pero no pueden conciliar el sueño. Además, los problemas del inicio del sueño son más variables sobre una base de noche a noche<sup>1</sup>.

El insomnio psicofisiológico puede ser comórbido con otros trastornos del sueño o desórdenes médicos. Como tal, el insomnio psicofisiológico se puede considerar a menudo como codiagnóstico con otro trastorno del sueño primario o con un diagnóstico de otro insomnio debido a condición médica. Sin embargo, un diagnóstico de insomnio psicofisiológico puede o no ser apropiado como primario o como codiagnóstico para insomnios que ocurren en el contexto del abuso de sustancias psicoactivas o de un desorden mental conocido. El insomnio psicofisiológico se puede considerar como diagnóstico comórbido cuando el insomnio precede el inicio del abuso de sustancias o condición psiquiátrica, sigue un curso que sea independiente del abuso asociado de la sustancia o de la condición psiquiátrica, o parece ser perpetuado en parte por factores condicionantes.

El diagnóstico diferencial entre insomnio psicofisiológico ó insomnio debido a drogas, sustancias o al insomnio debido a desorden mental como diagnóstico único es difícil, en particular cuando los síntomas de ansiedad o disturbo del humor o afectivo son evidentes. El disturbo afectivo y ansiedad, son comunes en el insomnio psicofisiológico, pero por lo general son menos pronunciados que aquellos vistos en desórdenes mentales mayores.

### *Insomnio paradójico*

#### *Manifestaciones clínicas esenciales*

También conocido como percepción inadecuada del sueño, insomnio subjetivo, pseudoinsomnio, queja subjetiva de insomnio sin datos objetivos. La característica esencial del insomnio paradójico es la queja de insomnio severo que ocurre sin evidencia de disturbo objetivo del sueño y sin la repercusión durante el día de acuerdo al grado de déficit del sueño reportado<sup>1,14</sup>.

La queja de poco o nada de sueño es acompañada

por el reporte de atención excesiva hacia el ambiente o actividad mental relacionada con la vigilia. Esto sugiere hipervigilancia que ocurre en el paciente que intenta dormir durante la noche (ejem. acostándose con los ojos cerrados, manteniéndose quieto). Así como, en otros pacientes con insomnio, en el insomnio paradójico reportan durante el día síntomas relacionados con las quejas de sueño. Sin embargo, la severidad de las quejas nocturnas no concuerdan con la evidencia de somnolencia patológica, con decremento marcado del funcionamiento, y otros problemas funcionales severos durante el día que son típicos de la privación de sueño importante<sup>12,14,15</sup>.

La sobrestimación de latencia al sueño y subestimación del tiempo de sueño relacionados a los valores observados durante el registro de sueño objetivo son las características clave del insomnio paradójico<sup>1</sup>. Se distingue de otros insomnios por la magnitud de esta discrepancia. En muchos casos el grado extremo de pérdida de sueño reportada parece fisiológicamente improbable y contrario al nivel de funcionamiento diurno que tales pacientes pueden mantener<sup>16</sup>.

#### *Manifestaciones clínicas asociadas*

El paciente no exhibe características de psicopatología significativa o de sentirse enfermo. Por lo general, los datos de la agenda de sueño obtenidos prospectivamente apoyan la queja del paciente, pero puede existir evidencia del compañero de cama y registro objetivo del sueño, que no confirman el reporte de poco o nada de sueño. Muchos pacientes con insomnio paradójico, se preocupan por posibles efectos a largo plazo por su déficit percibido, en salud o longevidad en general. Estas preocupaciones no siempre se reducen aunque se les presente evidencia objetiva de que su percepción de sueño puede ser exagerada en comparación de su disturbo real<sup>15-17</sup>.

El insomnio paradójico comienza en la edad adulta joven o durante la edad media, no es común en niños ni adolescentes. Puede persistir por meses o años sin cambios significativos.

En estudios polisomnográficos los pacientes con insomnio paradójico no muestran déficit de sueño significativo, a pesar de informar que duermen poco o que no lo hacen en absoluto durante el registro. Los parámetros son similares entre los pacientes con insomnio paradójico e individuos sin quejas de sueño. La distribución de las fases del sueño parece normal para la mayoría de los pacientes con esta condición. La estimación del tiempo total de sueño es a menudo del 50 % o menos del tiempo real mostrado por el registro objetivo<sup>15-17</sup>.

La somnolencia diurna para estos pacientes, según lo registrado por la prueba de latencias múltiples al sueño, puede encontrarse en el rango normal o mostrar somnolencia

leve durante el día. La somnolencia severa, de menos de cinco minutos no es característica de estos pacientes. Los estudios han reportado diferencias en las mediciones de la densidad de potencia del electroencefalograma durante el sueño entre sujetos control y pacientes con insomnio paradójico<sup>15,17</sup>.

*Criterios diagnósticos del insomnio paradójico<sup>1</sup>*

- A. Los síntomas del paciente reúnen criterios para el insomnio.
- B. El insomnio está presente por lo menos durante un mes.
- C. Presenta uno o más de los siguientes criterios:
  - i. El paciente reporta un patrón crónico de poco o nada de sueño la mayoría de las noches, reporta raras noches durante las cuales obtiene la cantidad relativamente normal de sueño.
  - ii. Los datos del diario de sueño durante una o más semanas de monitoreo muestran un tiempo promedio de sueño debajo de los valores normativos publicados y ajustados para la edad, a menudo indicando insomnio de varias noches por semana; típicamente hay ausencia de siestas diurnas que sigan a tales noches.
  - iii. El paciente muestra marcada y constante discrepancia entre los resultados objetivos de polisomnografía y estimaciones subjetivas del sueño derivadas de autoreportes del diario de sueño.
- D. Se observa por lo menos uno de los siguientes criterios:
  - i. El paciente reporta atención constante o casi constante a estímulos ambientales durante la mayor parte de la noche.
  - ii. El paciente reporta un patrón de pensamientos repetitivos conscientes a través de la mayoría de las noches mientras se mantiene recostado.
- E. El problema diurno reportado coincide con aquel alcanzado por otros subtipos de insomnio, pero es mucho menos severo de lo esperado dado el nivel extremo de privación del sueño logrado por éstos; no hay reportes de episodios intrusivos de sueño durante el día, desorientación o accidentes serios debidos a la pérdida marcada de vigilancia o alerta, e incluso con noches consecutivas sin dormir.
- F. El disturbio reportado del sueño no es mejor explicado por otros trastornos del sueño como: desorden médico o neurológico, desorden mental, medicación o por uso de sustancias.

*Diagnóstico diferencial*

El insomnio paradójico puede ser difícil de distinguir clínicamente de otras condiciones, como insomnio psicofisiológico e idiopático. Aquellos con insomnio paradójico son más propensos a reportar amplios períodos de poco o nada de sueño que otros subtipos de insomnio. A diferencia de los individuos con insomnio psicofisiológico, aquellos con insomnio paradójico no muestran a menudo asociaciones de evitación del sueño que perpetúan el insomnio. El insomnio paradójico no es común en la niñez y no tiene la duración de por vida como el insomnio idiopático.

Otros trastornos que contribuyen a la fragmentación significativa del sueño pueden interrumpir el dormir tan severamente que algunos pacientes con tales condiciones pueden reportar poco o nada de sueño. Sin embargo, estos desórdenes tienen otros síntomas comunes que no se comparten con el insomnio paradójico. Asimismo, los desórdenes mentales pueden tener asociación importante con el disturbio de sueño que contribuyen a la percepción de poco o nada de sueño. Sin embargo, el insomnio paradójico no comparte la relación de humor ni los síntomas vegetativos comunes a estas condiciones<sup>12,14,16,17</sup>.

*Insomnio idiopático*

*Manifestaciones clínicas esenciales*

También se conoce como insomnio de inicio en la infancia. La característica esencial es la queja de muchos años de insomnio con evolución insidiosa que ocurre desde la infancia o niñez temprana<sup>18,19</sup>. El insomnio causa distrés o alteración funcional y no es mejor explicado por otros trastorno del sueño, condición médica o neurológica, desorden psiquiátrico, uso de medicamentos o sustancias.

Los pacientes con insomnio idiopático se quejan de dificultad de sueño de toda la vida que ha comenzado en la infancia. La naturaleza específica puede incluir dificultad para conciliar el sueño, despertares repetidos o períodos de sueño cortos. El insomnio es persistente con pocos períodos de remisión sostenida. Un dato específico del insomnio idiopático es la ausencia de cualquier factor asociado al inicio o a la persistencia de la condición incluyendo los estresores psicosociales, otros desórdenes de sueño o médicos y medicación. El problema básico del insomnio idiopático se puede exacerbar por factores que conducen típicamente a la interrupción del sueño, por condiciones médicas o psiquiátricas y medicación<sup>10,18,20</sup>.

Aunque la calidad y duración del sueño varían en la población, los pacientes con insomnio idiopático exhiben deterioro significativo o problemas funcionales como resultado de su insomnio. Esto puede manifestarse como intentos repetitivos en automedicación o tratamiento con

profesionales de la salud. El problema en pacientes con insomnio idiopático incluye fatiga o somnolencia diurna, cambios de humor o deterioro cognoscitivo en atención y concentración.

#### *Manifestaciones clínicas asociadas*

El disturbio del sueño es la característica primaria del insomnio idiopático, que comúnmente se acompaña de síntomas diurnos. Los síntomas psicológicos según lo determinado por escalas e inventarios, muestran sólo anomalías de poca importancia en la mayoría de pacientes. Una cantidad muy limitada de evidencia ha mostrado un patrón de negación y represión de conflictos en algunos de estos individuos<sup>19,21,22</sup>. Si los síntomas psicológicos o psiquiátricos son severos, otros diagnósticos son más apropiados. Evidencia limitada ha sugerido la asociación entre insomnio idiopático y desórdenes de la niñez, como el déficit de atención con hiperactividad y dislexia.

Aunque el insomnio idiopático en su forma pura no se asocia con factores precipitantes o predisponentes específicos, una variedad de factores contribuyentes pueden ser identificados en la práctica clínica. Por ejemplo, al procurar hacer frente al insomnio, el individuo puede desarrollar comportamientos que empeoran el problema, como el tiempo en cama excesivo, preocupaciones relacionadas al sueño u horario irregular para dormir. También pueden complicar la presentación clínica otros factores, como medicación u otros tratamientos dirigidos al insomnio o síntomas diurnos<sup>19</sup>.

Como datos demográficos importantes, se considera que la condición está presente en aproximadamente 0,7% de los adolescentes y 1,0% de adultos jóvenes. En la población de clínicas de sueño, menos del 10% que presentan quejas de insomnio se diagnostican como idiopático<sup>23,24</sup>.

En los factores predisponentes y precipitantes, se considera que muchos pacientes con esta condición tienen historia de fallas en el aprendizaje o desorden por déficit de atención con hiperactividad durante la niñez, aunque los defectos neurológicos que afectan directamente los mecanismos del dormir y despertar permanecen por ser identificados en tales individuos<sup>19</sup>. Es posible que los factores que predisponen otras formas de insomnio puedan también aumentar la vulnerabilidad para desarrollar el insomnio idiopático. Tales factores incluyen hipervigilancia, perfil de personalidad propenso a la ansiedad y antecedentes familiares de insomnio. Sin embargo, se tendrá que establecer en estudios futuros, si estos factores contribuyen significativamente o no al desarrollo del insomnio idiopático<sup>10,21,22</sup>.

En el patrón familiar, las evidencias sugieren la existencia de vulnerabilidad filial al insomnio, pero no en específico hacia el idiopático<sup>18,19</sup>. Los estudios de gemelos

sugieren mayor concordancia de dificultades de sueño en los gemelos monocigóticos que en los dicigóticos, aunque no se sabe si esto aplica en específico al insomnio idiopático<sup>18</sup>.

En el curso temporal, las dificultades del sueño en el insomnio idiopático son evidentes desde la niñez temprana, aunque pueden ser reconocidas y atendidas profesionalmente sólo años más tarde. Después de un inicio insidioso, el insomnio idiopático sigue un curso persistente a través de la vida del adulto y no presenta variabilidad entre noches o periodos de remisión observados en otras formas de insomnio<sup>18,19</sup>. El tipo de dificultades del sueño puede cambiar con el tiempo. Las complicaciones incluyen aumento de riesgo de depresión mayor, uso crónico de medicamentos, alcohol y de otros elementos para combatir el insomnio<sup>10,20</sup>.

La polisomnografía muestra problemas en la latencia prolongada para el inicio del sueño, y en la continuidad del sueño que implica aumento en frecuencia y duración de despertares después del inicio del sueño, tiempo total y eficiencia de sueño reducida. El porcentaje de sueño consumido en diferentes etapas también está alterado, con aumento en la etapa N1, N2 y disminución en la etapa N3. Estos resultados son similares a los observados en el insomnio psicofisiológico de inicio en la adultez, aunque los disturbios del sueño pueden ser más severos en el insomnio idiopático. Los pacientes con algún tipo de insomnio muestran despertares fisiológicos y tasas metabólicas elevadas antes y durante el sueño, también hay evidencia de alta actividad de ondas cerebrales de frecuencia rápida antes del inicio del sueño y durante el sueño en pacientes con insomnio en relación a los controles normales. No hay indicaciones que muestren que cualquiera de estos resultados sean específicos para el insomnio idiopático. Además, no hay anomalías bioquímicas u otras anomalías de laboratorio en el insomnio idiopático. Los pacientes también pueden mostrar movimientos corporales reducidos a través de la noche, a pesar de tener disturbios severos del sueño<sup>1,19</sup>.

#### *Criterios diagnósticos del insomnio idiopático<sup>4</sup>*

- A. Los síntomas del paciente reúnen los criterios para el insomnio.
- B. El curso del desorden es crónico, según lo indicado por cada uno de los siguientes:
  - i. Inicio durante la infancia o niñez
  - ii. Ningún precipitante o causa identificable
  - iii. Curso persistente sin períodos de remisión sostenida



C. El disturbio del sueño no es mejor explicado por otro trastorno del sueño, desorden médico o neurológico, desorden mental, medicación o desorden por uso de sustancias.

La etiología exacta del insomnio idiopático es pobremente entendida. Dado su inicio temprano, estabilidad en el tiempo y curso durante toda la vida, se cree que este desorden se presenta por errores genéticos o congénitos en los sistemas cerebrales que inducen el sueño, el despertar o ambos. No se ha identificado ningún marcador genético constante o patología neural entre los que sufren este tipo de insomnio<sup>18,19</sup>.

#### Diagnóstico diferencial

Debido a su inicio temprano, el insomnio idiopático puede ser diagnosticado en niños jóvenes. Sin embargo, durante los años de la niñez, el insomnio idiopático puede ser difícil de distinguir del insomnio conductual de la infancia ya que el curso a largo plazo del desorden todavía no se establece. A diferencia de este último, el insomnio idiopático no tiene ningún factor precipitante o perpetuante identificable. En adultos, el insomnio idiopático debe ser a menudo distinguido del insomnio psicofisiológico y del insomnio paradójico. Estas condiciones comparten síntomas diurnos y nocturnos similares. Los pacientes con insomnio psicofisiológico muestran más evidencias de asociación a situaciones específicas que evitan el sueño o despertares asociados con contingencias del sueño. Por otra parte, el insomnio psicofisiológico típicamente comienza durante la edad adulta, es más probable que tenga un inicio discreto, y es más probable que varíe en severidad. Aunque hay discrepancias entre los disturbios del sueño subjetivos y resultados de la polisomnografía (si está disponible), que se presentan en la mayoría de las formas de insomnio, tales discrepancias están con claridad fuera de proporción en el insomnio paradójico con relación a lo observado en el insomnio idiopático<sup>18,19</sup>. El insomnio debido a su condición médica también se puede presentar como insomnio crónico. Algunas de estas condiciones pueden iniciar en la niñez (fibrosis quística, desórdenes del desarrollo neuronal). Sin embargo, en la mayoría de los casos, la naturaleza de la condición médica y su asociación con problemas del sueño serán obvias. El distinguir entre el insomnio idiopático e insomnio debido a desorden mental puede ser más difícil. Los desórdenes mentales crónicos como depresión o ansiedad generalizada, pueden tener inicio temprano, quejas crónicas del sueño y un curso continuo. La presencia de otros síntomas prominentes del desorden mental ayuda a establecer el diagnóstico apropiado. Cuando otro desorden mental está presente, es importante determinar el grado en el cual el insomnio idiopático se asocia al desorden sobre impuesto<sup>1</sup>.

Por último, los individuos con insomnio idiopático deben ser distinguidos de los individuos normales que duermen poco. A diferencia de los individuos con insomnio idiopático, aquellos con sueño corto no se sienten en particular tensos, ni identifican consecuencias diurnas debidas a su patrón de sueño. Pueden compartir una corta duración del sueño con insomnio idiopático, pero lo cierto es que el durmiente corto no experimenta dificultades para quedarse dormido ni despertares repetidos o mala calidad del sueño.

#### Insomnio debido a desorden mental

##### Manifestaciones clínicas esenciales

La característica principal es la aparición del insomnio causado por un desorden mental subyacente. El insomnio se ve como síntoma del desorden mental identificado y comparte el curso temporal de este desorden. Sin embargo, el insomnio constituye una queja o foco distinto de tratamiento. El comienzo del insomnio típicamente coincide con el inicio del desorden mental que lo causa y aumenta o se desvanece paralelamente a otros síntomas de la condición<sup>1</sup>.

Según lo discutido en el manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales (DSM IV)<sup>25</sup>, una variedad de estas alteraciones tiene como síntoma el insomnio<sup>10,25-27</sup>. El insomnio debido al desorden mental se diagnostica sólo cuando es prominente, o por lo menos se presenta una queja bastante severa para garantizar la atención clínica independiente. En algunos casos, la condición mental subyacente puede llegar a ser evidente sólo después de un cuestionamiento específico y persistente. Con frecuencia, los pacientes atribuyen sus síntomas mentales al insomnio.

Los desórdenes del humor incluyendo el desorden depresivo mayor, distimia, trastorno bipolar y ciclotímico pueden ser la base de este tipo de insomnio. Asimismo, la mayoría de los desórdenes de ansiedad y somatomorfos pueden también dar lugar a esta condición<sup>10, 26,27</sup>.

##### Manifestaciones clínicas asociadas

La dificultad para quedarse dormido es típica en pacientes con desórdenes de ansiedad y es en especial característica en pacientes jóvenes cuyos síntomas reúnen los criterios para este diagnóstico. En la depresión, por lo general en pacientes de edad avanzada, son típicos los despertares frecuentes durante la noche y despertares tempranos en la mañana con dificultad para volver a conciliar el sueño. La higiene inadecuada del sueño y una historia de tratamientos múltiples de medicación para el insomnio, también son características asociadas<sup>26,28</sup>.

Con relación a los datos demográficos, el insomnio debido a desorden mental es el diagnóstico más frecuente

en aquellos individuos que se presentan en centros de trastornos del sueño donde se evalúa el insomnio crónico. Las revisiones sugieren que aproximadamente el 3% de la población tiene síntomas que reúnen los criterios para este diagnóstico<sup>27,29</sup>. En adolescentes y adultos jóvenes, la prevalencia de esta forma de insomnio es ligeramente más baja. Además, esta condición aparece menos a menudo entre los sujetos de la tercera edad que entre grupos de mediana edad. Esta condición parece ser más frecuente en mujeres que en hombres.

Los factores predisponentes y precipitantes son aquellos asociados al desorden mental primario. Las quejas de insomnio pueden estar entre los síntomas más tempranos que aparecen en los individuos que desarrollan después desórdenes mentales. Si se trata el insomnio, a menudo puede mejorar más rápidamente que otros síntomas del desorden mental subyacente. Por otra parte, algunos individuos muestran insomnio persistente mucho después de que otros síntomas del desorden mental remitan, sugiriendo hábitos residuales mal adaptativos y aprendidos de sueño<sup>10</sup>. En tales casos, un diagnóstico de insomnio alterno puede ser más apropiado<sup>1</sup>.

En la polisomnografía, no hay resultados específicos en este diagnóstico, ni datos diagnósticos polisomnográficos del desorden mental subyacente. Al igual que en otras formas de insomnio, aquellos con insomnio debido a desorden mental a menudo muestran disminución de la eficiencia de sueño acompañado de aumento de la latencia al sueño. También se observa aumento en activaciones y despertares durante la noche con aumento de las etapas N1 y N2 del sueño y decremento de las etapas N3 y R. Algunos desórdenes mentales, en especial episodios depresivos mayores, se pueden caracterizar por cambios del sueño R, con reducción de la latencia al R. La densidad del sueño R puede aumentar, especialmente en el primer episodio. La mayoría de estas anomalías polisomnográficas persisten después de la remisión clínica del desorden mental y pueden haber precedido al trastorno mental.

#### *Criterios diagnósticos del insomnio debido a desorden mental<sup>f</sup>*

- Los síntomas del paciente reúnen los criterios para el insomnio.
- El insomnio está presente por lo menos durante un mes.
- El desorden mental se ha diagnosticado según los criterios de estándares (es decir, criterios formales del manual de diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales).
- El insomnio se asocia temporalmente al desorden mental; sin embargo, en algunos casos, el insomnio puede aparecer varios días o semanas antes de la aparición del desorden mental subyacente.
- El insomnio es más prominente que aquel típicamente

asociado a los desórdenes mentales, causando distrés marcado o constituyendo un foco independiente de tratamiento.

- El disturbio del sueño no es mejor explicado por otro trastorno del sueño, causa médica o neurológica, uso de medicamentos o desorden por uso de sustancias.

El insomnio debido a desorden mental es un diagnóstico amplio que incluye muchas causas psiquiátricas distintivas del disturbio del sueño. Los subtipos clínicos y patológicos se deben distinguir en base al diagnóstico del desorden mental específico asignado conjuntamente con el diagnóstico global del insomnio.

El papel exacto del insomnio en causar o exacerbar los desórdenes mentales es actualmente desconocido. Algunos pacientes pueden tener síntomas depresivos o de ansiedad que son con rapidez revertidos con el tratamiento del disturbio de sueño. Este aspecto requiere investigación adicional.

#### *Diagnóstico diferencial*

El insomnio debido a desorden mental se debe distinguir de otras formas de insomnio. con base en la importancia del desorden mental subyacente. Este diagnóstico debe ser asignado cuando el insomnio covaría con el inicio y el curso del desorden mental que se presume como responsable de la queja de insomnio. En tales casos, se considera que el desorden mental subyacente desempeña un papel clave en el insomnio. En contraste, otro diagnóstico de insomnio puede ser más apropiado cuando el insomnio persiste después de la remisión de un desorden mental comórbido o si el insomnio muestra un curso independiente del mostrado por la condición mental co-ocurrente<sup>27,29</sup>. Un diagnóstico de insomnio psicofisiológico puede ser más apropiado cuando el insomnio es mantenido en gran parte por despertares condicionados o comportamientos aprendidos, mientras que la higiene inadecuada del sueño puede ser más descriptiva para aquellos casos en los que la mala higiene del sueño sea el mecanismo perpetuante más obvio<sup>1</sup>.

La ansiedad es un síntoma común del insomnio psicofisiológico y del insomnio que se presenta a partir de un desorden de ansiedad subyacente. Sin embargo, en el insomnio psicofisiológico, los síntomas de la ansiedad se manifiestan sobre todo como preocupación por la dificultad del sueño. En contraste, pacientes con insomnio debido a la ansiedad manifiestan síntomas de ansiedad más penetrantes, que no sólo se relacionan a las quejas de insomnio<sup>25,26,28</sup>. Similarmente en el insomnio psicofisiológico, puede haber humor disfórico, pérdida de apetito y otros síntomas que pueden sugerir un episodio depresivo mayor. Sin embargo, estos signos de depresión, por lo general

desaparecen si el paciente tiene una o dos buenas noches de sueño. En desórdenes del humor, los signos de depresión típicamente persisten incluso cuando el sueño muestra algunos signos de mejoría. Muchos pacientes con insomnio debido a desorden mental experimentan sueño interrumpido que puede alterar su percepción del sueño<sup>10,25,26,28</sup>. Tales pacientes pueden exhibir mala percepción del sueño similar a la que exhiben los pacientes con insomnio paradójico. Sin embargo, la última condición ocurre en ausencia de un desorden mental como causa subyacente.

Disponer de las manifestaciones primordiales del insomnio y de cada uno de sus tipos en forma concreta, permite al profesional de la salud acceso práctico para el manejo del tema. Por ello, nuestro interés es difundir esta información en el presente trabajo y en otro artículo acompañante<sup>29</sup>, donde se cubre la segunda parte de esta revisión.

### REFERENCIAS

1. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. 2<sup>nd</sup>. Ed. Westchester, IL. American Academy of Sleep Medicine, 2005.
2. Healey ES, Kales A, Monroe LJ, Bixler EO, Chamberlin K, Soldatos CR. Onset of insomnia: role of life-stress events. *Psychosom Med* 1981;43:439-51.
3. Morin CM, Rodrigue S, Ivers H. Role of stress, arousal and coping skills in primary insomnia. *Psychosom Med* 2003;65:259-67.
4. Roehrs T, Zorick F, Roth T. Transient and short-term insomnias. In: Principles and Practice of Sleep Medicine, 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000.
5. Angst J, Vollrath M, Koch R, Dobler-Mikola A. The Zurich Study. VII. Insomnia: symptoms, classification and prevalence. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1989;238:285-93.
6. Tachibana H, Izumi T, Honda S, Takemoto TI. The prevalence and pattern of insomnia in Japanese industrial workers: relationship between psychosocial stress and type of insomnia. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998;52:397-402.
7. Agnew HW Jr, Webb WB, Williams RL. The first night effect: an EEG study of sleep. *Psychophysiology* 1966;2:263-6.
8. Iber C, Ancoli-Israel S, Chesson A, Quan SF for the American Academy of Sleep Medicine. The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications, 1st ed.: Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2007.
9. Bonnet MH, Arand DL. 24-Hour metabolic rate in insomniacs and matched normal sleepers. *Sleep* 1995;18:581-8.
10. Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Kupfer DJ, Thorpy MJ, Bixler E, Manfredi R, et al. Clinical diagnoses in 216 insomnia patients using the International Classification of Sleep Disorders (ICSD), DSM-IV and ICD-10 categories: a report from the APA/NIMH DSM-IV field trial. *Sleep* 1994; 17:630-7.
11. Pavlova M, Berg O, Gleason R, Walker F, Roberts S, Regestein Q. Self-reported hyperarousal traits among insomnia patients. *J Psychosom Res* 2001;51:435-41.
12. Stepanski E, Zorick F, Roehrs T, Young D, Roth T. Daytime alertness in patients with chronic insomnia compared with asymptomatic control subjects. *Sleep* 1988;11:54-60.
13. Ohayon MM, Roberts RE. Comparability of sleep disorders diagnoses using DSM-IV, and ICSD classifications with adolescents. *Sleep* 2001;24:920-5.
14. Edinger JD, Fins AL. The distribution and clinical significance of sleep time misperceptions. *Sleep* 1995;18:232-9.
15. Krystal AD, Edinger JD, Wohlgegemuth WK, Marsh GR. Non-REM sleep EEG frequency spectral correlates of sleep complaints in primary insomnia subtypes. *Sleep* 2002;25:630-40.
16. Sugarman JL, Stern JA, Walsh JK. Daytime alertness in subjective and objective insomnia: some preliminary findings. *Biol Psychiatry* 1985;20:741-50.
17. Salin-Pascual RJ, Roehrs TA, Merlotti LA, Zorick F, Roth T. Long-term study of the sleep of insomnia patients with sleep state misperception and other insomnia patients. *Am J Psychiatry* 1992;149:904-8.
18. Bastien CH, Morin CM. Familial incidence of insomnia. *J Sleep Res* 2000;9:49-54.
19. Hauri P, Olmstead E. Childhood-onset insomnia. *Sleep* 1980;3:59-65.
20. Reynolds CF 3rd, Kupfer DJ, Buysse DJ, Coble PA, Yeager A. Subtyping DSM-III-R primary insomnia literature review by the DSM-IV work group on sleep disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148:432-8.
21. Edinger JD, Stout AL, Hoelscher TJ. Cluster analysis of insomniacs MMPI profiles: relation of subtypes to sleep history and treatment outcome. *Psychosom Med* 1988;50:77-87.
22. Hauri PJ. A cluster analysis of insomnia. *Sleep* 1983;6:326-38.
23. Ohayon M. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Res* 2002;6:97-111.
24. Ohayon M, Roberts RE. Comparability of sleep disorders diagnoses using DSM-IV and ICSD classification with adolescents. *Sleep* 2001;24:920-5.
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Arlington. American Psychiatric Publishing Inc. 1994.
26. Nofzinger E, Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Kupfer DJ. Sleep disorders related to another mental disorder (nonsubstance/primary): a DSM-IV literature review. *J Clin Psychiatry* 1993;54:244-55.
27. Ohayon MM. Prevalence of DSM-IV diagnostic criteria of insomnia: distinguishing insomnia related to mental disorders from sleep disorders. *J Psychiatr Res* 1997;31:333-46.
28. Vgontzas A, Kales A, Bixler E, Vela-Bueno A. Commentary-sleep disorders related to another mental disorder (nonsubstance/primary): a DSM-IV literature review. *J Clin Psychiatry* 1993;54:256-9.
29. Anzures M, Kassab J, Alvarado R. Manifestaciones clínicas y diferenciación de los tipos de insomnio, segunda parte. En prensa.