



Doctor, no puedo dormir

Pablo Pascual Pascual

Médico de familia.

EAP Rochapea. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Pamplona (Navarra).

María Ruiz Gomes

Médica de familia.

EAP Buenos Aires. Área 1. Vallecas. Servicio Madrileño de Salud.

PUNTOS CLAVE

- Ante una queja por no poder dormir es fundamental diferenciar si nos encontramos ante un insomnio o ante otros problemas relacionados con el sueño.
- En el caso de que se trate de un insomnio hay que confirmar que tenga consecuencias al día siguiente.
- El insomnio crónico es un problema complejo que no tiene una fácil solución y su abordaje no es ninguna urgencia, pudiendo esperar a hacer una evaluación detallada.
- En el manejo del insomnio crónico, el tratamiento con más evidencia es el no farmacológico, aunque en casos de mucha incapacidad hay que recurrir al tratamiento farmacológico.
- Los hipnóticos son eficaces a corto plazo, no han demostrado su eficacia a largo plazo y tienen efectos secundarios.
- En el caso de que se utilicen hipnóticos para el tratamiento del insomnio se recomiendan a corto plazo, no más de 4 semanas, y con la dosis más baja posible.
- Con los estudios disponibles hasta ahora, las drogas Z (zolpidem y zopiclona) no han resultado ser coste-efectivas frente a las benzodiazepinas (BDZ).
- En el caso de utilizar hipnóticos a largo plazo hay que informar al paciente de los efectos secundarios, controlar la necesidad de tratamiento e intentar el tratamiento de forma intermitente.

CONCEPTO

Un 30% de las personas refieren que no duermen bien. Si además les preguntamos por la repercusión sobre el funcionamiento al día siguiente, la prevalencia es de un 15% y solamente un 6% cumple los criterios diagnósticos de insomnio¹.

Las personas mayores tienen mayor riesgo de padecer alteraciones del sueño, por los cambios de estilo de vida relacionados con la jubilación, la mayor incidencia de problemas de salud y el mayor uso de medicación¹.

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente y el que motiva la mayoría de consultas por no poder dormir^{1,2}. Lo podemos definir como una dificultad en el inicio o el mantenimiento del sueño, asociada a un deterioro en el funcionamiento durante el día. Esta repercusión al día siguiente es fundamental, ya que si no, hablaríamos sólo de quejas y no de un auténtico insomnio.

Las características clínicas del insomnio son¹:

- Durante la noche:
 - Dificultad para conciliar el sueño (+++).
 - Dificultad para mantener el sueño (+++).
 - Despertar final adelantado (+++).
 - Sueño no reparador (+++).
- Durante el día:
 - Fatiga (+++).
 - Síntomas de ansiedad y depresión (+++).
 - Disforia (+++).
 - Déficits leves de atención/concentración (++)
 - Déficits de memoria (+).
 - Déficits en funciones ejecutivas (+).
 - Excesiva somnolencia (+).

Presentes casi siempre (+++), algunas veces (++) y rara vez (+).

CLASIFICACIÓN DE LAS POSIBLES CAUSAS

Hay diferentes clasificaciones de los trastornos del sueño, aunque la clasificación más exhaustiva es la de la International Classification of Sleep Disorders (ICSD-2)³⁻⁵ que las agrupa en ocho categorías principales (tabla 1). No obstante, a efectos prácticos podemos hablar del insomnio y de otros trastornos del sueño.

Las causas de los trastornos del sueño son múltiples en dependencia del trastorno del que estemos hablando³.

Si nos referimos al insomnio, éste puede ser primario, también conocido como psicofisiológico, que no está asociado a

Tabla 1

Clasificación de las alteraciones del sueño de la ICSD-2	
Insomnio	Incluye las alteraciones del sueño caracterizadas por dificultad en el inicio, mantenimiento o por una pobre calidad del sueño. Incluye el insomnio agudo y el crónico que puede ser primario o secundario
Alteraciones del sueño relacionadas con la respiración	Caracterizadas por respiración anormal durante el sueño. Incluye: apnea central primaria, síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), hipoventilación alveolar central (hipoventilación del obeso)
Hipersomnias	Caracterizadas por somnolencia diurna no debida a problemas durante el sueño nocturno ni a alteraciones del ritmo circadiano. Incluye: narcolepsia, hipersomnias idiopáticas (con sueño prolongado o sin él) y las consecuencias de no descansar lo suficiente, por ejemplo cuidado de niños por la noche
Alteraciones del ritmo circadiano del sueño	Debidas a un desajuste entre el ciclo vigilia-sueño del individuo y los requerimientos del ambiente. Incluye: trabajo a turnos, síndrome de la fase de sueño retardado y sueño adelantado
Parasomnias	Son sucesos anormales que aparecen durante el sueño, es decir despertares súbitos, pesadillas, sonambulismo
Movimientos anormales relacionados con el sueño	Caracterizados por movimientos simples o estereotipados que alteran el sueño. Deben existir quejas de fatiga y somnolencia para poder ser incluidos. Incluye el síndrome de piernas inquietas, movimientos periódicos de las piernas y bruxismo
Síntomas aislados y variantes de la normalidad	Incluye los sujetos con baja o elevada necesidad de sueño, personas con ronquidos no asociados al SAOS, somniloquios, mioclonías del sueño
Otras alteraciones del sueño	Incluye las alteraciones del sueño que no pueden ser incluidas en ninguna de las categorías anteriores, por ejemplo las alteraciones debidas a factores ambientales: ruido, temperatura

otros trastornos, o secundario, que se encuentra en relación con un proceso médico (tabla 2), psiquiátrico o algún estresante emocional^{1,2,5,6}. No está clara la causa del insomnio primario, aunque se postula que es una mezcla de factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores¹. Entre los *predisponentes* destaca la tendencia a inhibir la expresión emocional y la internalización de la emoción ante situaciones estresantes. Entre los *precipitantes* está demostrado que el comienzo del insomnio crónico está precedido de un aumento de acontecimientos estresantes, es decir, la aparición del insomnio suele asociarse a la existencia de algún factor estresante. Entre los *mantenedores* destaca, sobre todo, el miedo a no dormir y, en consecuencia, creencias y comportamientos no adaptativos en relación con el sueño.

Todo lo anterior da lugar a un estado de excesiva activación emocional, la cual provoca una excesiva activación fisiológica antes y durante el sueño que impide dormir, es decir, que produce insomnio. Posteriormente aparece el miedo a volver a dormir mal y a sus consecuencias y, por tanto, una aprensión al insomnio; a partir de ahí la atención se centra excesivamente en el insomnio. El miedo al insomnio produce entonces por sí mismo una activación emocional y fisiológica que agrava la activación fisiológica preexistente, creándose un círculo vicioso que agrava el problema.

Según la duración del insomnio hablamos de insomnio agudo, con una duración de 4 semanas o menos, y crónico si su duración es mayor de 4 semanas⁶.

Tabla 2

Procesos médicos asociados frecuentemente al insomnio	
Sistema	Procesos frecuentes
Neurológico	Enfermedad de Alzheimer, Parkinson, ictus, cefaleas, neuropatía periférica, enfermedades neuromusculares
Cardiovascular	Angina, insuficiencia cardíaca, arritmias
Respiratorio	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, laringoespasmo
Digestivo	Reflujo gastroesofágico, síndrome del intestino irritable
Genitourinario	Incontinencia, hipertrofia benigna de próstata, nicturia, enuresis
Musculoesquelético	Artrosis, fibromialgia, dolores osteomusculares
Reproductor	Sofocos causados por la menopausia
Endocrinológico	Hipertiroidismo, hipotiroidismo, diabetes
Trastornos del sueño	Síndrome de apnea obstructiva del sueño Síndrome de piernas inquietas, movimiento periódico de las piernas, alteraciones del ritmo circadiano, parasomnias
Otros	Alergias, rinitis, sinusitis, abuso o dependencia de sustancias

PISTAS

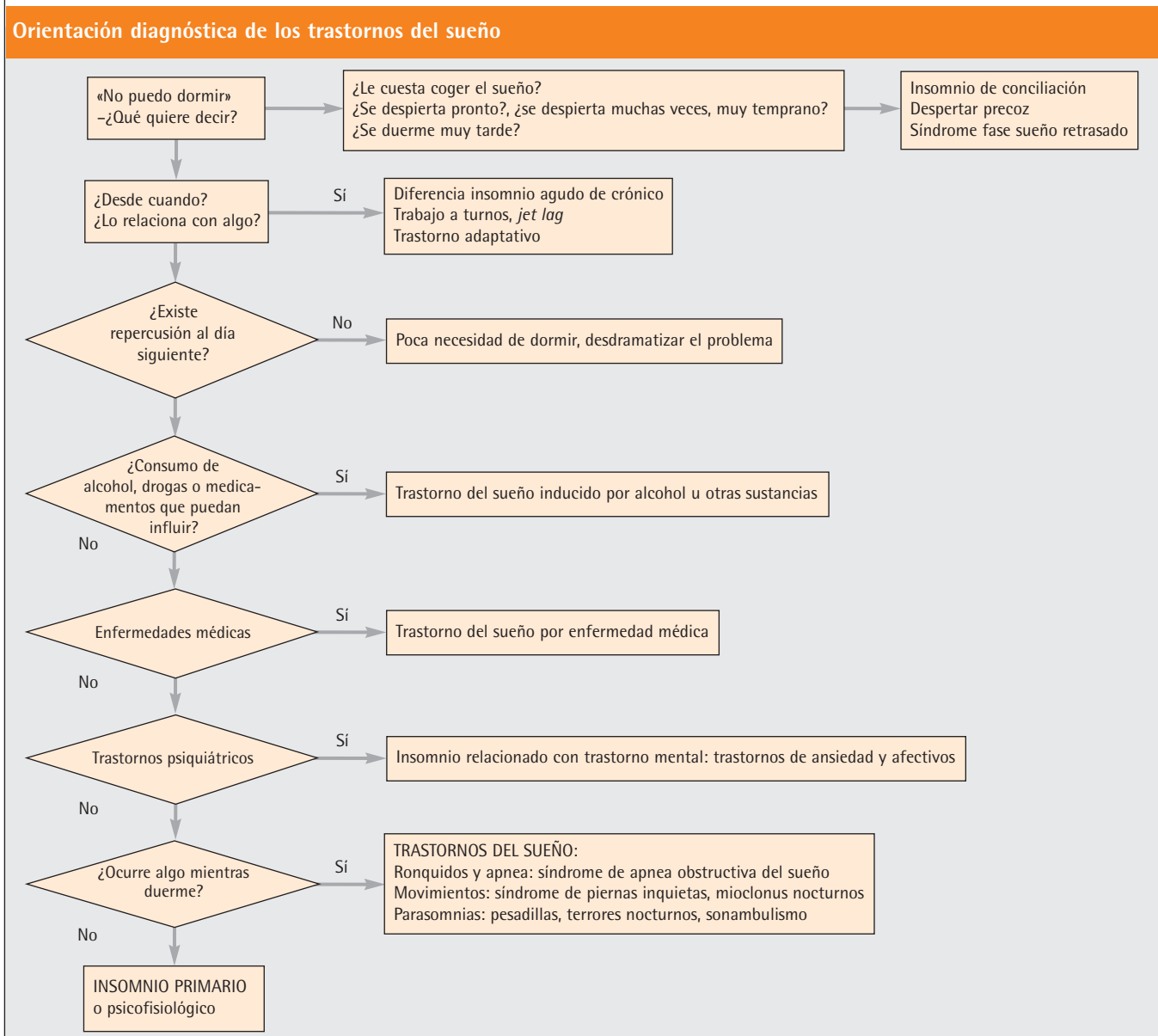
Ante la queja de no poder dormir es fundamental realizar al paciente una pregunta abierta y que exprese lo que quiere decir exactamente con que no puede dormir. A continuación le preguntaremos desde cuándo le pasa, lo que nos permitirá diferenciar el insomnio agudo del crónico, y si lo relaciona con algo, lo que nos permitirá diagnosticar un trastorno adaptativo o circunstancias que puedan influir en su problema.

ANAMNESIS Y ORIENTACIÓN

Podemos resumir la orientación del trastorno del sueño en los siguientes pasos^{1,2} (figura 1):

- **Paso 1:** ante una queja de no poder dormir es fundamental explorar la repercusión al día siguiente, ya que como hemos visto deben existir consecuencias diurnas y un deterioro clínicamente significativo. Este paso es fundamental para diferenciar el insomnio de lo que constituyen únicamente quejas de no poder dormir.

Figura 1



- **Paso 2:** preguntar por la influencia de cambios de turno de trabajo o viajes frecuentes, así como situaciones en las que existe un retraso o adelanto del sueño en relación con las demandas de la sociedad. Lo anterior nos permitirá diagnosticar el trabajo a turnos, el *jet lag* en personas que viajan a menudo y el síndrome de la fase de sueño retardado o adelantado.
- **Paso 3:** preguntar por el consumo de sustancias, incluido el alcohol. En este punto también hay que tener en cuenta posibles medicaciones que esté tomando el paciente y que pudieran influir en el sueño. Orientará hacia el trastorno del sueño inducido por alcohol u otras sustancias.
- **Paso 4:** considerar la existencia de enfermedades médicas que bien directa o indirectamente puedan tener relación con el sueño (trastorno del sueño por enfermedad médica).
- **Paso 5:** considerar la existencia de otros trastornos mentales que puedan estar presentes, sobre todo de la esfera de los trastornos de ansiedad y de los trastornos depresivos (insomnio relacionado con otro trastorno mental).
- **Paso 6:** preguntar por síntomas o sucesos que aparecen específicamente durante el sueño y que pueden tener relación o no con la respiración. Esto nos permitirá sospechar la existencia de trastornos del sueño, sobre todo el síndrome de apnea obstructiva del sueño, el síndrome de piernas inquietas, mioclonus nocturno y otras parasomnias (pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo).

Una vez dados los pasos anteriores nos encontraríamos ante un insomnio primario que sólo puede establecerse una vez se han descartado otras posibles causas. Por tanto, es esencial llevar a cabo una evaluación médica y psiquiátrica cuidadosa para considerar todas las causas secundarias de insomnio. El diagnóstico no se establece si los síntomas aparecen exclusivamente en el transcurso de otro trastorno del sueño u otro trastorno mental.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL INSOMNIO PRIMARIO, SEGÚN EL DSM-IV-TR

- El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño o no tener un sueño reparador durante al menos un mes.
- La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnía.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium).
- La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancias o de una enfermedad médica.

NO PODEMOS OLVIDAR

El diagnóstico del insomnio es clínico y se diagnostica en la consulta de atención primaria. No obstante, en algunos casos se requiere la colaboración de otro especialista. En aquellos pacientes en los que se sospecha la existencia de insomnio originado por otros trastornos del sueño, como apnea del sueño o síndrome de piernas inquietas, es conveniente derivar al paciente a atención especializada para la realización de pruebas diagnósticas complementarias, fundamentalmente un estudio polisomnográfico^{1,7}.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Tipos de hipnóticos (tabla 3)

Benzodiazepinas

Todas la BDZ tienen efectos ansiolíticos e hipnóticos, aunque hay algunas que se utilizan con mayor frecuencia como hipnóticos. La elección del hipnótico adecuado se hará en función del tipo de insomnio y de las necesidades individuales del paciente. Así, de modo general, si el insomnio es de conciliación, se indicarán BDZ de inicio de absorción rápida y acción corta; si se trata de un despertar frecuente o precoz, utilizaremos los de acción intermedia o larga, aunque pueden tener efecto residual al día siguiente. En pacientes muy ansiosos y que puedan tolerar cierta sedación diurna, se puede utilizar BDZ de semivida larga^{7,8}.

No benzodiazepínicos: drogas Z

Para el insomnio, como hipnóticos no benzodiazepínicos se pueden utilizar: zolpidem y zopiclona. Hasta ahora en los estudios disponibles las drogas Z no han resultado ser coste-efectivas frente a las BDZ¹.

Otros fármacos usados como hipnóticos

Antidepresivos sedantes. Mirtazapina, trazodona, doxepina y amitriptilina. No hay suficiente evidencia para recomendar la utilización de antidepresivos para el insomnio no asociado al trastorno depresivo (**grado de recomendación B**)¹.

Antihistamínicos sedantes. Hidroxicina, doxilamina, difenhidramina. De segunda elección frente a las benzodiazepinas.

Melatonina. Tiene autorizada su indicación para el insomnio en mayores de 55 años, aunque no está comercializada en España. Puede ser útil en el tratamiento del insomnio en personas mayores (**grado de recomendación B**)¹.

Tabla 3

Hipnóticos: benzodiazepinas y drogas Z				
Vida media $t_{1/2}$ (h)	Dosis equipotente (mg)	Pico plasmático máximo (h)	Comienzo de acción	Posología (mg/día)
BZD corta				
Benzazepam (2,2-4,5)	12,5	1-2	Intermedio	25-100
Clotiazepam (4-6)	5	1	Rápido	5-10
Midazolam (1-5)	7,5	0,7	Rápido	7,5-15
Triazolam (3-5)	0,2	1	Rápido	0,125-0,25
BZD intermedia				
Alprazolam (12-15)	0,5	1,5	Intermedia	0,75-3
Bromazepam (10-20)	2	1-3	lenta	3-12
Brotizolam (3,6-8)	0,5	1	Rápido	0,125-0,25
Clobazam (9-30)	10	2	Intermedio	10-30
Flunitrazepam (9-30)	1	1	Rápido	1-2
Loprazolam (4-15)	1	1	Rápido	1-2
Lorazepam (9-22)	1	1,5	Intermedia	1-7,5
Lormetazepam (9-15)	1	1	Rápida	0,5-2
Nitrazepam (15-40)	5	7	Rápida	2,5-10
Oxazepam (5-20)	15	2,4	Lento	10-45
BZD larga				
Clonazepam (20-40)	0,5	3	Intermedio	1-4
Clorazepato (30-100)	7,5	1,3	Rápido	5-45
Clordiazepóxido (15-40)	10	2,2	Intermedio	5-45
Diazepam (20-100)	5	1	Rápido	5-20
DROGAS Z				
Zolpidem	Adultos: 10 mg al acostarse; 5 mg si hay despertar precoz y quedan menos de 4 h de sueño Ancianos: 5 mg ya en la cama			
Zopiclona	Adultos: 7,5 mg al acostarse Ancianos: 3,75 mg ya en la cama			
Zaleplón	El zaleplón está autorizado aunque en la actualidad no se comercializa. No está dado oficialmente de baja			

Clometiazol. Tiene autorizada su indicación en el insomnio en ancianos a corto plazo, aunque no se aconseja su uso (**grado de recomendación B**)¹.

Hierbas medicinales. No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de la valeriana ni la combinación de ésta con lúpulo para el tratamiento del insomnio¹.

- En el insomnio resistente a otras medidas y el insomnio de mantenimiento el lormetazepam: dosis adulto 1-2 mg/24 h (**grado de recomendación A**).
- En el embarazo, la mayoría de las benzodiazepinas se encuentran en la categoría D, excepto el clorazepato dipotásico y el bromazepam (categoría C) y flurazepam y triazolam (categoría X). El zolpidem tiene categoría B y la zopiclona está en la categoría C de la FDA^{10,11}.

Recomendación en situaciones especiales⁹

- En ancianos iniciar el tratamiento con la mitad de dosis del adulto e ir aumentando si fuera necesario hasta alcanzar la mínima dosis eficaz. Sería de elección el lorazepam (**grado de recomendación B**).
- En insuficiencia hepática o hepatopatía grave se utilizarán preferentemente las BDZ cuyo metabolismo sea por conjugación: lorazepam, dosis adulto: 0,5-1 mg/24 h (**grado de recomendación B**).
- En el insomnio de la demencia tipo Alzheimer el clometiazol: dosis adulto 192-384 mg/24 h (**grado de recomendación C**).

Efectos secundarios¹⁰

Los hipnóticos son eficaces en el tratamiento del insomnio, aunque producen efectos secundarios. Todas la benzodiazepinas tienen un perfil de toxicidad similar sin que existan diferencias en la incidencia y gravedad de los efectos que producen. La mayor parte de las reacciones adversas dependen directamente de la dosis, de su vida media y de la vía de administración. Las de acción prolongada producen alteraciones del funcionamiento diurno con efectos residuales al despertar, como somnolencia, mareos y ataxia. Las de acción corta producen insomnio de

rebote. Si se interrumpe el sueño puede haber más riesgo de caídas y sensación de mareo al levantarse, siendo de especial importancia en personas mayores. Todas producen dependencia y tolerancia, por lo que se desaconseja su uso a largo plazo.

Evidencia en las recomendaciones de uso del tratamiento farmacológico^{1,10,11}

- En el caso en que se utilicen hipnóticos para evitar la dependencia se recomiendan sólo a corto plazo (no más de 4 semanas) y con la dosis más baja posible (**grado de recomendación B**).
- Es aconsejable retirar el tratamiento farmacológico una vez que el paciente ha dormido de forma adecuada durante 3-4 días (**grado de recomendación C**)¹².
- Si un paciente no responde al tratamiento con hipnóticos, no se recomienda cambiar a otro, salvo efectos secundarios directamente relacionados con el fármaco específico (**grado de recomendación B**).
- No se recomienda la utilización de los hipnóticos a largo plazo. En caso de que sea estrictamente necesaria su utilización, hay que hacer un seguimiento de la necesidad de la medicación (**grado de recomendación C**). En estos casos, es

aconsejable intentar utilizar una pauta de tratamiento intermitente, por ejemplo cada 3 días o a demanda en personas sin riesgo de abuso (**grado de recomendación C**).

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Es el tratamiento de elección para el insomnio crónico por su efectividad en la mejora y mantenimiento del sueño tanto a corto como a largo plazo, aunque se deben tener en cuenta las preferencias del paciente (**grado de recomendación A**)^{1,8}.

Lo primero es la información y educación al paciente. Hay que analizar sus ideas, preocupaciones y expectativas en relación con sus quejas de sueño y así corregir sus ideas erróneas al respecto. Otros aspectos a tener en cuenta son: la influencia de la edad en el patrón de sueño, número de horas necesarias y variaciones individuales, el sueño como reflejo del funcionamiento diurno, la excesiva preocupación por el no dormir que produce un círculo vicioso, el papel de la medicación en el tratamiento y la aclaración de objetivos del tratamiento para ajustarlos a las expectativas (**grado de recomendación C**)¹.

Tabla 4

Medidas de higiene de sueño

Comprenden una serie de hábitos de conducta que facilitan el comienzo o mantenimiento del sueño. Entre ellos destacamos:

- Evitar la ingesta abundante de líquido y cenas copiosas antes de acostarse.
- Evitar durante el día, o por lo menos después de las 17 h, la ingesta de sustancias estimulantes como la cafeína y la nicotina
- Evitar las siestas durante el día. No obstante, si el sueño es muy intenso, durante el día puede dormir una siesta de menos de media hora
- Evitar la realización de ejercicios físicos vigorosos antes de dormir debido a que producen excitación
- Promover una situación confortable antes de ir a dormir, libre de estímulos sonoros y visuales. Permitase un tiempo para relajarse antes de acostarse, dejando los problemas para otro momento
- Practicar ejercicios de relajación antes de acostarse o tomar baños de agua templada por su efecto relajante
- No usar la cama para actividades distintas a dormir o mantener relaciones sexuales (p. ej., estudiar, mirar la televisión, comer, leer, trabajar)
- Levantarse todas las mañanas a la misma hora, incluso los días festivos
- Evitar quedarse despierto en la cama más tiempo del necesario
- Restringir la cantidad de horas que está en la cama al tiempo que duerme

Tabla 5

Terapia de control de estímulos

Esta técnica pretende la asociación del dormitorio con el dormir; evita los estímulos que dificultan esta asociación y favorece los que la asocian. Se trata de una técnica muy eficaz:

1. No utilice la cama ni el dormitorio para otra actividad que no sea dormir y las relaciones sexuales. No lea, ni vea la televisión, no hable por teléfono, evite preocupaciones, etc.
2. Establezca una serie de rutinas previas al sueño regulares que indiquen que se acerca el momento de acostarse y realice todas aquellas labores que sean lógicas para este momento de la noche, por ejemplo lavado de dientes, preparar la ropa para el día siguiente, etc. Realícelas todas las noches en el mismo orden
3. Cuando se esté metido en la cama, se deben apagar las luces con la intención de dormirse inmediatamente. Si no se puede dormir en un rato (alrededor de 10-15 min), hay que levantarse e ir a otra habitación. Conviene dedicarse a alguna actividad tranquila hasta que se empiece a sentir sueño, y en este momento, volver al dormitorio
4. Si no se duerme en un período de tiempo breve, debe repetirse la secuencia anterior. Hacerlo tantas veces como sea necesario durante la noche. Utilizar este mismo procedimiento en caso de despertarse a mitad de la noche si no consigue volver a dormirse en unos 10 min
5. Mantenga regular la hora de levantarse por la mañana. Ponga el despertador y levántese aproximadamente a la misma hora cada mañana, los días laborales y los festivos, independientemente de la hora a la que se haya acostado; esto regulariza el reloj biológico interno y sincroniza el ritmo de sueño-vigilia

Las medidas de higiene de sueño (tabla 4) no se recomiendan por sí solas como tratamiento del insomnio crónico, pero sí como coadyuvantes de otras intervenciones terapéuticas psicológicas y farmacológicas (grado de recomendación A)¹.

Los mejores resultados se han conseguido con una terapia combinada que incluya, además de la higiene de sueño, alguna de las siguientes técnicas: control de estímulos (tabla 5), relajación o restricción de tiempo en la cama (grado de recomendación A)¹.

Se recomienda como tratamiento de elección en atención primaria la combinación de información y educación al paciente, medidas de higiene del sueño, relajación, control de estímulos y restricción del tiempo en cama por su sencillez, eficacia y aplicabilidad (grado de recomendación C).

Estas técnicas pueden ser aplicadas en los centros de salud por profesionales entrenados (grado de recomendación B)¹.



LECTURA RECOMENDADA

Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Lain Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guía de Práctica Clínica: UETS (en imprenta).

Guía clínica de abordaje multifactorial del insomnio en atención primaria, actualizada, basada en la evidencia y adaptada a nuestra realidad. En imprenta y de acceso inmediato on line. Fundamental para tener una visión global del insomnio.

López-Ibor JJ, Valdés ME. DMS-IV-TR-AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2004.

Texto que sirve de base a una clasificación de los problemas de salud mental más frecuentes en atención primaria y que presenta unos algoritmos diagnósticos muy prácticos entre los que encontramos el de los trastornos del sueño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Práctica clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Lain Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009. Guía de Práctica Clínica: UETS (en imprenta).
2. López-Ibor JJ, Valdés ME. DMS-IV-TR-AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2004.
3. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders (ICSD-2), 2.ª ed. Diagnostic and coding manual. Westchester: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
4. Serrais F, de Castro Manglano P. El insomnio. Las enfermedades del sueño. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2007;30(Supl 1).
5. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. J Clin Sleep Med. 2008;4(5):487-504.
6. Alberta Medical Association. Clinical Practice Guidelines Working Group. Adult Insomnia: Diagnosis to management. 2007. Disponible en: <http://www.topalbertadoctors.org/informed.../adultinsomnia.html>
7. Bobes García J, García-Pontilla González MP, Sainz Martínez PA, Bousoño García M. Trastornos del sueño. En: Vázquez Barquero JL, editor. 2.ª ed. Psiquiatría en atención primaria. Madrid: Grupo Aula Médica; 2008. p. 511-28.
8. Azanza JR. Guía práctica de farmacología del sistema nervioso central. Madrid: Icono Shamrock; 2009.
9. Guía terapéutica en atención primaria basada en la evidencia. Barcelona: semFYC; 2003.
10. Medicamentos autorizados en España (uso humano). [sede Web]*. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS, 2007. Disponible en: <http://sinaem4.agemed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>
11. Gilbert Raola J, Roca A. Guía de psicofármacos. 3.ª ed. Sociedad Española de Psiquiatría; 2006.
12. Morin CM. Cognitive-behavioral therapy of insomnia. Sleep Med Clin. 2006;(29):375-386.