

Prevalencia y persistencia del insomnio crónico

Estudio SUECA II

Prevalence and persistence of chronic insomnia

SUECA II Study

RICARDO DÍAZ, MARIO IVÁN RUANO • MANIZALES (COLOMBIA)

Resumen

Introducción: el insomnio, especialmente cuando se cronifica, se convierte en una patología con marcadas implicaciones en la salud física y mental. No obstante su importancia, en nuestro país existen pocos estudios poblacionales sobre su comportamiento epidemiológico. Estudios previos realizados en el departamento de Caldas mostraron una elevada prevalencia de insomnio global con cifras alrededor de 47%.

Objetivo: establecer la frecuencia, características sociodemográficas y persistencia a dos años del insomnio crónico, en una muestra poblacional representativa de la ciudad de Manizales.

Sujetos y métodos: estudio transversal mediante entrevista domiciliaria en diferentes estratos socioeconómicos en mayores de 18 años, con queja de insomnio en el estudio previo de trastornos de sueño en Caldas (2008), que incluyó 530 personas de las cuales 228 tenían insomnio (agudo o crónico), lo cual arrojó una prevalencia global de 43.9%. Para el análisis de la información se empleó el paquete estadístico Epiinfo 6.04d/.

Resultados: el seguimiento a dos años se pudo realizar a 218 personas, y de éstas el insomnio continuaba en 175, lo cual indicó una prevalencia de insomnio crónico de 33% y una persistencia del mismo de 80.2%. Cuando sólo se estimó el insomnio con repercusión diurna la prevalencia fue de 10.9%. En más de la mitad de los individuos el insomnio había estado presente entre cinco y diez años. El aumento en edad fue el único factor asociado para una mayor frecuencia. A pesar de la persistencia y severidad del insomnio, sólo 18.3% lo habían informado al médico.

Conclusiones: las prevalencias halladas de insomnio global, crónico y con repercusión diurna se encuentran entre los rangos mencionados en la literatura y se detectó una elevada persistencia y duración del insomnio crónico. Lo anterior, y dadas sus consecuencias negativas sobre individuos y comunidades, amerita una búsqueda activa de esta condición en la práctica clínica y medidas gubernamentales apropiadas para su prevención y manejo (*Acta Med Colomb 2011; 36: 119-124*).

Palabras clave: *insomnio, prevalencia de insomnio, insomnio crónico, trastornos de sueño.*

Abstract

Introduction: insomnia, especially when it becomes chronic, it becomes a disease with marked implications for physical and mental health. Despite its importance, in our country there are few population studies on the epidemiological pattern. Previous studies in the Department of Caldas showed a high overall prevalence of insomnia with figures around 47%.

Objective: To establish the frequency, demographic characteristics and persistence to two years of chronic insomnia in a population sample representative of the city of Manizales.

Subjects and Methods: A cross-sectional household interviews in different socioeconomic levels in subjects over 18 years, complaining of insomnia in the previous study of sleep disorders in Caldas (2008) that included 530 people of which 228 were insomnia (acute or chronic), yielding an overall prevalence of 43.9%. For data analysis we used the statistical package EpiInfo 6.04 /.

Results: The 2-year follow-up could be performed and of these 218 people remained in 175 insomnia, which indicated a prevalence of chronic insomnia of 33% and a persistence of the same of 80.2%. When only considered daytime consequences of the insomnia, the prevalence was 10.9%. In

Dr. Ricardo Díaz Cabezas: Neurólogo Clínico. Profesor Asociado Universidad de Caldas; Dr. Mario Iván Ruano Restrepo: Profesor Asociado Universidad de Caldas. Manizales (Colombia).

Correspondencia: Dr. Ricardo Díaz Cabezas. Clínica de la Presentación Cra 23 Calle 46 esquina Centro Médico. Manizales (Colombia).

E-mail: ridiaz@une.net.co

Recibido: 18/I/2011 Aceptado: 22/VII/2011

more than half of those insomnia had been present between five and ten years. Increasing age was the only factor associated to a higher frequency. Despite the persistence and severity of insomnia, only 18.3% had reported to the doctor.

Conclusions: The overall prevalence of insomnia, chronic and daytime impact are found within the ranges reported in the literature and found a high persistence and duration of chronic insomnia. Above, and given its negative consequences on individuals and communities, warrants an active search for this condition in clinical practice and appropriate government measures for its prevention and management (*Acta Med Colomb 2011; 36: 119-124*).

Keywords: *insomnia, prevalence of insomnia, chronic insomnia, sleep disorders.*

Introducción

El insomnio es una entidad altamente prevalente y es el trastorno de sueño más frecuente encontrado en la población general. Se trata de un síntoma y no de una enfermedad y se manifiesta por dificultad en el inicio, despertar temprano, fraccionamiento o mala calidad del sueño. De acuerdo con su duración se puede clasificar como *transitorio* si dura hasta dos semanas, de *corto plazo* de dos a cuatro semanas y *crónico* si es mayor de cuatro semanas. Las repercusiones son múltiples y su impacto social y sobre la salud es significativo. Los estudios indican que 30-40% de la población ha presentado insomnio en algún momento de su vida y que 9-15% tienen insomnio crónico y severo (1). Es más común que la enfermedad cardíaca, diabetes mellitus, cáncer y SIDA (2) y, entre los factores identificados que generan mayor prevalencia están género femenino, trastornos mentales, patologías médicas, abuso de sustancias y edad avanzada, mencionándose que en mayores de 65 años la prevalencia alcanza 50% (3-6).

Dada la importancia del insomnio, múltiples estudios internacionales han acometido su comportamiento epidemiológico. Una encuesta realizada en cuatro países (Francia, Italia, Japón y EE.UU.), mostró en los países europeos una prevalencia de 37.2%, en EE.UU. 27.1% y en Japón 6.6% (7). Ohayon MM, en sus estudios sobre insomnio en población general informó en Corea del Sur una prevalencia de 17% (8), en Italia 27.6% (9) y en Portugal 28.1% (10), mientras que Ozdemir L en Turquía (11), informó una prevalencia de insomnio de 40.3%.

Para Latinoamérica, en 1997 en México (12) se reportaron tres estudios que mostraron prevalencias aproximadas de 30% en la población, mientras que Blanco M. (13) en el 2004 publicó los resultados de una encuesta en tres ciudades, Buenos Aires, Sao Paulo y México D.F., encontrando síntomas de insomnio en 36.5%, siendo catalogado de moderado a grave en 25.2%.

En Colombia existen pocos datos epidemiológicos sobre el comportamiento y la prevalencia de los trastornos de sueño en general y, solo en los últimos años se han publicado algunas investigaciones en Antioquia, Santander y Caldas (14-17). Con relación al insomnio, en Sabaneta (Antioquia), Franco AF en el año 2006 (14) encontró una prevalencia de 43% (crónico en 21.2% y transitorio en 21.8%) y en

Bucaramanga (Santander), Rueda M y cols. en el año 2008 (16) encontraron una prevalencia de síntomas de insomnio sin repercusión diurna en 63.6% y con repercusión diurna en 26.2%.

En Caldas se han llevado a cabo dos estudios que han abordado los trastornos de sueño. En el año 2004 (17) en el marco de una investigación sobre perfil epidemiológico de enfermedades neurológicas se encontró una prevalencia de insomnio de 46.8%. Para profundizar este hallazgo se diseñó una investigación en el año 2008 (18) que estudió únicamente los trastornos de sueño, la cual arrojó una prevalencia de insomnio de 47.2% (crónico en 32% y transitorio en 15.2%). Al confirmar la elevada prevalencia de esta entidad se propuso en la presente investigación abordar el grado de severidad y el impacto sobre los individuos que esta genera.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio epidemiológico descriptivo y transversal en adultos mayores de 18 años. Se incluyeron todas las personas del área urbana de la ciudad de Manizales identificadas previamente en el estudio de trastornos de sueño en la zona central del departamento de Caldas (SUECA, año 2008), y que para ese momento manifestaran queja de insomnio, independiente de su duración aguda o crónica.

La metodología empleada en el citado estudio se hizo mediante entrevista domiciliaria en viviendas de barrios seleccionados al azar que incluyeron los diferentes estratos socioeconómicos. Una vez revisada esta base de datos, se procedió a contactar los sujetos que habían informado queja de insomnio y, después de obtener consentimiento informado, se procedió a aplicar una encuesta semi-estructurada por parte de estudiantes de ciencias para la salud de la Universidad de Caldas, entrenados por los autores. Las encuestas se diligenciaron preferentemente los fines de semana con la intención de facilitar el contacto con las personas objeto de estudio.

Adoptamos como criterios de insomnio los del DSM-IV, vale decir, la presencia simultánea de queja de sueño, síntomas de insomnio y cansancio diurno.

El cuestionario contenía las siguientes variables:

- Datos sociodemográficos, como edad, sexo, ocupación, estado civil, nivel educativo y estrato social.
- Preguntas relacionadas con el sueño en lo relativo a:

1) **conciliación** (“¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? - ¿demora más de una hora para dormirse?” Consigne SI, si es tres o más veces por semana),

2) **mantenimiento** (“¿despierta con frecuencia durante la noche?” – Consigne SI, si es dos o más veces en la noche y tres o más veces por semana; “¿Si se despierta, tiene dificultad para volver a dormir?”- Consigne SI, si demora más de una hora para volver a dormir) y

3) **despertar temprano** (“¿despierta demasiado temprano en la mañana?” – No relacionado con actividad laboral o escolar)

- Duración del insomnio (“¿Estos problemas para dormir los ha tenido, de manera habitual o persistente, por más de un mes?”)
- Uso de medicamentos o sustancias herbales como hipnóticos.
- Aplicación de la escala “Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh-validación colombiana” (ICSP-VC). Esta escala mide la calidad y trastorno del sueño en el último mes y discrimina entre buen y mal dormir. A mayor puntaje se considera peor calidad de sueño. De acuerdo con la literatura, se consideró un punto de corte de 5. Sus fortalezas son su amplio rango de exploración de síntomas para calidad de sueño y su facilidad de aplicación, aunque se le señalan debilidades como la evaluación retrospectiva sujeta a sesgo de recuerdo y no contemplar preguntas para síndrome de piernas inquietas.
- Aplicación de la escala “Índice de Severidad del Insomnio” (ISI). Esta escala está diseñada como una prueba rápida de tamizaje para establecer la significancia clínica del insomnio. Tiene en cuenta la severidad de la queja en las últimas dos semanas. El rango de puntuación oscila entre 0-28 y se interpreta como insomnio sin importancia clínica de 0-7, leve de 8-14, moderado de 15-21 y severo de 22-28.
- Finalmente, se utilizó la escala “Índice de Bienestar de la Organización Mundial de la Salud” (OMS-5). Esta escala califica la percepción emocional del individuo, mediante la formulación de cinco preguntas. A mayor puntuación, mayor bienestar emocional. El rango de puntaje oscila entre 0-25 y se considera como punto de corte 13.

Se obtuvo el aval del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias para la Salud, con el compromiso del manejo anónimo y responsable de los datos obtenidos.

La información se analizó mediante los paquetes estadísticos Epi-info 6.04d y Epi-data 3.1. Las variables cualitativas se analizaron por medio de proporciones y las cuantitativas por medio de medias y desviación estándar. Las frecuencias de enfermedad se expresaron en porcentajes. Se consideró una $p < 0,05$ como estadísticamente significativa al comparar las variables.

Resultados

En el año 2008 se encuestaron 530 personas con edades entre 18 y 93 años (promedio 45.2 ± 18.3), residentes en la zona urbana del municipio de Manizales, con predominio

de género femenino (66.2%), ocupación “ama de casa” (33%), rango etáreo de 18-44 años (55.6%) y estrato social medio (69.2%).

De esta base de datos se encontraron 228 personas con queja de insomnio tanto agudo como crónico, lo cual correspondió a 43.9% de la población. El seguimiento a dos años pudo ser realizado a 218 personas, lo cual representó una pérdida de 4.4%. De éstos, la queja aún continuaba en 175 sujetos, lo cual indica una persistencia de insomnio de 80.2%. Así, la prevalencia estimada de síntomas de insomnio crónico persistente durante el periodo de rastreo de dos años fue de 33% ($n = 175/530$) y cuando se tuvo en cuenta únicamente aquél con repercusión diurna, la prevalencia fue de 10.9% ($n = 58/530$).

En el grupo con persistencia de insomnio el promedio de edad fue de 53.1 ± 19.7 años, estadísticamente mayor que el promedio de edad de la población ($p = 0.001$). En el grupo de 45-60 años la frecuencia de insomnio fue de 35% similar a la prevalencia general de la población sin diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.41$), en tanto que en los mayores de 60 años este porcentaje aumentó 35 puntos con respecto al grupo anterior ($p = 0.001$). Las demás características sociodemográficas de género, ocupación y estrato social fueron semejantes en frecuencia a las de la población encuestada (Tabla 1).

Tabla 1. Características socio demográficas de personas con persistencia de insomnio crónico.

Variables	n = 175 (%)
Género	
Femenino	118 (67.0)
Masculino	57 (33.0)
Edad / Rango de edad (años)	
18 – 44	59 (34.0)
45 – 60	49 (28.0)
> 60	67 (38.0)
Estado civil	
Casado	79 (45.0)
Soltero	48 (27.0)
Union libre	8 (5.0)
Divorciado	12 (7.0)
Viudo	28 (16.0)
Ocupación	
Ama de casa	71 (41.0)
Empleado	26 (15.0)
Independiente	27 (15.0)
Estudiante	20 (11.0)
Pensionado	22 (13.0)
Desempleado	9 (5.0)
Nivel educativo	
Bachiller	66 (38.0)
Profesional/Tecnólogo	39 (22.0)
Primaria	65 (37.0)
Analfabeta	5 (3.0)
Estrato socioeconómico	
Estratos 1-2	29 (17.0)
Estratos 3-4	128 (73.0)
Estratos 5-6	18 (10.0)

El insomnio había estado presente por un término de cinco a diez años en más de la mitad de los individuos (56%) y por más de diez años en 18.2% de ellos. Según el tipo de insomnio, hubo predominio del mixto (conciliación y mantenimiento) en más de la mitad de los individuos (55.4%), seguido del de mantenimiento (37.8%) y de conciliación (6.8%), con diferencia estadísticamente significativa ($p=0.002$).

A todos los individuos con queja de insomnio inicial ($n=218$) se les aplicó la escala ICSP. Al comparar los sujetos en los que el insomnio se resolvió, el punto de corte de cinco o más lo obtuvo 6.4% ($n=14/218$), mientras que en los que persistió, este punto de corte fue alcanzado por 48.1% ($n=105/218$) con una diferencia estadística significativa ($p=0.005$).

La escala ISI sólo se aplicó a quienes reportaron persistencia de la queja ($n=175$), encontrando insomnio con calificación de moderado a severo en 33.2% ($n=58$), lo cual permitió estimar un insomnio con consecuencias diurnas en 10.9% ($n=58/530$).

La escala de bienestar emocional OMS-5 se aplicó a todas las personas con queja de insomnio, encontrando que en quienes se resolvió, el punto de corte de 13 o menos se presentó en 11.3% ($n=6/53$), mientras que en quienes persistió, se presentó en 21.7% ($n=38/175$) sin alcanzar diferencia estadística significativa ($p=0.766$).

El 18.3% de las personas con insomnio persistente habían informado este problema a un profesional médico y 22.8% ($n=40/175$) consumían algún medicamento o sustancia con fines hipnóticos, siendo las dos más utilizadas la amitriptilina (22.5%) y trazodona (20%).

Discusión

El presente estudio se basó en los resultados de un trabajo de investigación previo sobre trastornos de sueño llevado a cabo en el año 2008, que incluyó varios municipios del departamento de Caldas, pero cuya muestra principal fue recogida en la ciudad de Manizales. Esta última circunstancia permitió el seguimiento a dos años de un número significativo de personas con insomnio. La cifra inicial de queja de insomnio en este municipio fue de 43.9%, similar a las encontradas por nuestro grupo en trabajos previos (17,18) de 46.8 y 47.2%. El estudio colombiano de Franco A (14) mostró una prevalencia de insomnio similar a la del presente estudio de 43%, diferenciando entre insomnio transitorio 21.8% e insomnio crónico 21.2%. Una de las primeras investigaciones realizadas en comunidad fue la de Bixler en el área metropolitana de Los Ángeles (19) con una prevalencia global de insomnio de 42.5%. Como puede verse, los datos publicados sobre prevalencia de queja de insomnio tanto en registros nacionales como internacionales, revelan una elevada frecuencia de este síntoma en población general.

El seguimiento a dos años de nuestros pacientes mostró que 80.2% aún continuaba con el problema y, cuando se discriminó entre personas con queja de insomnio e insomnio

con repercusión diurna, las prevalencias encontradas fueron 33 y 10.9%, respectivamente. Estas cifras se asemejan a las informadas en la literatura por Ohayon MM (20) y Buysse DJ (21), en las que la prevalencia de síntomas de insomnio se ubica entre 30 y 40% y la de insomnio con repercusión diurna entre 9 y 15%. Ahora bien, con respecto a la persistencia a largo plazo de síntomas de insomnio, Ohayon MM (22) en población general encontró que a seis meses el 90% continuaban con la queja, mientras que Katz (23) después de un seguimiento a dos años, reportó persistencia de insomnio severo en 83% de los casos. Otro estudio con seguimiento a dos años en personas de 65-74 años, encontró una persistencia de 84%. (24). En este mismo sentido, un 74.2% de nuestros sujetos manifestó padecer de insomnio por más de cinco años. Es evidente entonces la tendencia del insomnio a cronificarse, especialmente en los casos con mayor severidad, en aquellos que acusan repercusión diurna y en las personas de mayor edad.

Al analizar las características sociodemográficas de nuestra población no encontramos diferencias significativas en relación con género, ocupación o estrato social, en tanto que la edad sí fue un factor determinante en la presencia y persistencia del insomnio, pues los mayores de 60 años tenían frecuencia más elevada de insomnio crónico que los demás grupos etáreos. Esto ha sido informado habitualmente en la literatura donde se ha documentado que casi un 50% de los mayores de 65 años podría llegar a presentar insomnio (20,21,25-27). Dicho comportamiento sería explicado por la mayor prevalencia de condiciones médicas asociadas con la edad, entre ellas patologías osteoarticulares y otras condiciones generadoras de dolor, enfermedades cardíacas y pulmonares, afecciones genitourinarias y demás que afectan la continuidad y calidad del sueño. Así mismo, las patologías psicoafectivas como depresión y ansiedad, y condiciones personales como pérdida de pareja, soledad, aislamiento social, pérdidas sensoriales, etc., también contribuyen a la mayor frecuencia en este grupo de edad. En la búsqueda de explicaciones a la asociación entre insomnio y envejecimiento, es interesante el estudio de Ohayon MM en cinco países europeos, donde encontró que más importante que la edad en sí misma, son los cambios generados por las enfermedades y la vida social de los ancianos, dado que los viejos saludables tenían la misma prevalencia que los más jóvenes (28).

Con relación al tipo de insomnio hubo predominio del mixto en más de la mitad de los sujetos. En los estudios poblacionales no siempre se informa la frecuencia de este tipo de insomnio y, en general reportan el predominio del tipo mantenimiento (7,8,10). Dada la frecuente asociación del insomnio con síntomas de ansiedad y depresión y, adicionalmente los pensamientos negativos y de preocupación con relación al dormir, creemos que el insomnio que combina dificultad para conciliar y mantener el sueño, es decir, el tipo mixto, pueda ser el más común.

Encontramos una fuerte relación entre el puntaje obtenido en el ICSP y la persistencia de la queja de insomnio, puesto

que una calificación de 5 o más puntos en dicha escala fue informada por casi la mitad de los que tenían insomnio crónico. Este instrumento es quizás el más empleado en la evaluación de calidad de sueño, con adecuada capacidad para discriminar entre “buen y mal sueño” y, para este punto de corte, la sensibilidad informada ha sido de 89.6% y la especificidad de 86.5% (29).

La aplicación de la escala ISI nos mostró que un tercio de los sujetos con insomnio crónico lo calificó como moderado o severo, es decir, con puntaje mayor de 14. Este valor ha sido correlacionado con una sensibilidad de 94% y una especificidad de 94% (29). Estimar la severidad del insomnio en un individuo es importante en la clínica, pues mientras mayor sea ésta es también mayor la probabilidad de su persistencia. En uno de sus trabajos Hohagen F. reportó que dos tercios de los pacientes con insomnio severo continuaban con éste al cabo de un año de seguimiento (30).

Es bien conocida la asociación del insomnio con trastornos afectivos, principalmente depresión y ansiedad. En nuestro estudio no aplicamos escalas específicas para analizar estos aspectos y sólo se utilizó la escala OMS-5 para medir percepción subjetiva de bienestar emocional, en la cual más de 20% de nuestros sujetos con insomnio obtuvieron una puntuación compatible con trastorno depresivo. Este último se considera uno de los factores más poderosos para persistencia del insomnio y, a su vez, el insomnio es factor de riesgo para desarrollar depresión, principalmente en personas mayores. Adicionalmente, el insomnio no resuelto dificulta la respuesta al tratamiento del estado depresivo y facilita su recurrencia después de haber obtenido mejoría (20,31,32). En este punto vale la pena mencionar el estudio pionero de Ford y Kamerow en el que la presencia de síntomas de insomnio en una entrevista inicial y al cabo de un año se asociaba a depresión en 40%, mientras que en quienes no tenían quejas de sueño en ambas entrevistas la depresión ocurrió en 16%. Aún más, la posibilidad de desarrollar depresión fue 40 veces mayor en los que persistían con insomnio con respecto a quienes resolvían el trastorno (33).

Un dato llamativo fue que a pesar de la prolongada duración del insomnio, un porcentaje relativamente bajo (18.3%) informó al médico acerca de su problema de sueño y sólo una quinta parte (22.8%) consumía alguna sustancia para tratarlo. En la encuesta Gallup, en Norteamérica 1995 (34), 30% de los sujetos había comentado su trastorno de sueño con un profesional de la salud, mientras que a 15% se le prescribió un medicamento para dormir. Ohayon MM en Italia (9) encontró que menos de 30% consultaba a un médico por este problema y apenas 5.7% consumía algún medicamento para este fin, mientras que en Corea del Sur, este mismo autor reportó que sólo 6.8% de los entrevistados había informado a su médico del padecimiento (8). Es llamativo entonces el escaso número de sujetos con insomnio crónico que informan a su médico acerca de este síntoma,

lo cual podría ser explicado por varios factores, entre ellos desconocimiento en la población de la importancia del sueño en la salud física y emocional, temor a recibir medicamentos hipnóticos generadores de adicción, confianza puesta en sustancias herbales y caseras, escasa rutina por parte de los médicos a indagar acerca del patrón de sueño de sus pacientes e inexperiencia en el manejo farmacológico y hábitos de sueño saludables.

Al finalizar el análisis del presente trabajo es necesario reconocer algunas falencias. Primero, la dificultad para contactar a todos los sujetos inicialmente entrevistados, si bien el porcentaje de pérdida no lo consideramos alto. Segundo, dada la frecuente asociación del insomnio crónico con estados depresivos y ansiedad, no aplicamos escalas específicas para medir estos aspectos que hubiesen sido útiles para estimar de manera más precisa esta relación y tercero, la muestra poblacional es relativamente baja comparada con otros estudios internacionales revisados, aunque los resultados obtenidos mostraron cifras que se enmarcan dentro de lo publicado.

El presente estudio ha arrojado datos interesantes acerca del comportamiento sociodemográfico del insomnio crónico en nuestra población, ratificando su alta prevalencia, la tendencia a tornarse crónico, principalmente cuando es severo y ocurre en personas mayores, su frecuente asociación con trastornos anímicos y, en contraposición a esta realidad, la escasa solicitud de ayuda profesional y, por ende, menores oportunidades de un manejo adecuado. No se encontró en la búsqueda efectuada estudios en nuestro país que aborden algunos de los aspectos reportados en el presente estudio como son la persistencia de insomnio a largo plazo (dos años) y la medición de su severidad mediante la escala ISI.

Para concluir, recomendamos que los trastornos de sueño, en particular el insomnio, sea un aspecto que deba investigarse de manera habitual en los pacientes que acuden a consulta médica, en especial aquellos que presenten trastornos emocionales o patologías dolorosas de cualquier índole. Durante dicha consulta sería útil aplicar escalas sencillas como el índice de severidad del insomnio (ISI) y la escala de bienestar emocional (OMS-5) para evaluar de manera más objetiva la gravedad del problema y sus comorbilidades. En caso de detectar un grado de insomnio relevante, promover hábitos de sueño saludables y, de requerirse, utilizar de manera racional los medicamentos apropiados. Conocidas las consecuencias negativas del insomnio crónico sobre la salud física y emocional de los individuos y la comunidad, es prioritario que las entidades aseguradoras y gubernamentales encargadas de la salud tomen medidas orientadas a la detección temprana y manejo apropiado de esta condición. Finalmente, queda planteada la necesidad de adelantar nuevas investigaciones epidemiológicas en nuestras comunidades que profundicen los variados aspectos y factores de riesgo involucrados en la génesis y persistencia de los trastornos de sueño.

Financiación

Vicerrectoría de Investigaciones y Posgrados de la Universidad de Caldas y convenio de cooperación entre Universidad de Caldas y Dirección Territorial de Salud de Caldas

Conflictos de interés

Ninguno para declarar

Agradecimientos

A las directivas de la Universidad de Caldas y en especial a la Vicerrectoría de Investigaciones y Posgrados, Decanatura de Ciencias para la Salud y Dirección de los Departamentos Clínico y Básico-Clínico. A los funcionarios de la Dirección Territorial de Salud de Caldas, en especial a los jefes del área de epidemiología y del área financiera por su apoyo incondicional.

A la doctora María Victoria Benjumea, directora del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas, por su valioso aporte en el análisis estadístico de los datos recolectados. A los estudiantes de ciencias para la salud de la Universidad de Caldas: Alexandra Santa, Paola Andrea Zuluaga y Julieth Tatiana Mayorga.

A la comunidad residente en el área urbana de Manizales por su disposición a colaborar y la confianza al entregar información personal.

Referencias

1. **Buyse D. J.** Chronic Insomnia. *Am J Psychiatry* 2008; **165**: 678-686.
2. **Lichstein KL, Durrence HH, Riedel BW, Bush AJ.** Epidemiology of sleep: age, gender, and ethnicity. *Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum*; 2004.
3. **Osuna E.** Fundamentos de la Medicina del sueño. Libro 5. El paciente con Insomnio. *Escala Ltda.* Bogotá. 2003.
4. **Silber M. H.** Chronic Insomnia. *N Eng J Med* 2005; **353**: 803-10.
5. **Reite M, Ruddy J, Nagel K.** Evaluación y manejo de los trastornos del sueño. Guía práctica. *Manual Moderno SA.* México D.F.-Bogotá. 2003.
6. **Ferini-Strambi L.** Prevalence of sleep disorders- changes with age and culture. *Insom* 2003; **2**: 21-33.
7. **Leger, D, Poursain, B.** An international survey of insomnia: under-recognition and under-treatment of a polysymptomatic condition. *Current Medical Research and Opinion* 2005; **21 (11)**: 1785-92.
8. **Ohayon MM, Hong SC.** Prevalence of insomnia and associated factors in South Korea. *J Psychosom Res* 2002; **53 (1)**: 593-600.
9. **Ohayon MM, Smirne S.** Prevalence and consequences of insomnia disorders in the general population of Italy. *Sleep Med.* 2002; **3 (2)**: 115-20.
10. **Ohayon MM, Paiva T.** Global sleep dissatisfaction for the assessment of insomnia severity in the general population of Portugal. *Sleep Med* 2005; **6 (5)**: 435-41.
11. **Ozdemir L, Akkurt I, Sümer H, Cetinkaya S, Gönülğür U, Özşahin SL, Nur N, Doğan O.** The prevalence of sleep related disorders in Sivas, Turkey. *Tuberk Toraks* 2006; **54 (3)**: 299-300.
12. **Alvarado R.** Frecuencia del insomnio en México. *Arch Neurociencias* 1997; **2 (2)**:114-21.
13. **Blanco M, Kriber N, Cardinali DP.** Encuesta sobre dificultades del sueño en una población urbana latinoamericana. *Rev Neurol* 2004; **39 (2)**: 115-19.
14. **Franco AF, Marín AH, Aguirre DC, Cornejo W, García FA, et al.** Prevalence of Sleep Disorders in Colombia: P02.010. *Neurology* 2006; **66 (5)** Supplement 2: p A77-A78.
15. **Contreras MM, Muñoz LC, Noreña MC, Aguirre ÁM, López J, Cornejo W.** Prevalencia de los trastornos del sueño en niños escolares de Sabaneta, Colombia, 2005. *IATREIA* 2008; **21 (2)**:113-20.
16. **Rueda M, Díaz LA, Osuna E.** Definición, prevalencia y factores de riesgos de insomnio en la población general. *Rev Fac Med* 2008; **56**: 222-234.
17. **Díaz R, Ruano MI, Chacón JA, Vera A.** Perfil neuroepidemiológico en la zona centro del departamento de Caldas (Colombia), años 2004-2005 *Rev Neurol* 2006; **43 (11)**: 646-52.
18. **Díaz R, Ruano MI, Chacón JA.** Estudio de trastornos de sueño en Caldas, Colombia (SUECA). *Acta Med Colomb* 2009; **34**: 66-72.
19. **Bixler EO, Kales A, Soldatos CR.** Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles Metropolitan Area. *Am J Psychiatry* 1979; **136**: 386-91.
20. **Ohayon MM.** Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev* 2002; **6**: 97-111.
21. **Buyse D. J.** Chronic Insomnia. *Am J Psychiatry* 2008; **165**: 678-86.
22. **Ohayon MM, Roth T.** Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J Psychiatr Res* 2003; **37**: 9-15.
23. **Katz DA, McHorney CA.** Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. *Arch Intern Med* 1998; **158**: 1099-1107.
24. **Morgan K, Healey D. W, Healey P.J.** Factors Influencing Persistent Subjective Insomnian in Old Age: a Follow-up Study of Good and Poor Sleepers aged 65 to 74. *Age and Ageing* 1989; **18 (2)**: 117-22.
25. **Ohayon MM, Caulet M, Guilleminault C.** Complaints about nocturnal sleep: How a general population perceives its sleep, and how this relates to the complaints of insomnia. *Sleep* 1997; **20**: 715-23.
26. **Morin CM, Hauri P.J, Espie CA, Spielman A.J, Buysse DJ, Bootzin RR.** Non-pharmacologic treatment of chronic insomnia: an American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep* 1999; **22**: 1134-56.
27. **Cho Y. W, Shin W.Ch, Yun C.H, Hong S. B, Kim J, et al.** Epidemiology of Insomnia in Korean Adults: Prevalence and Associated Factors. *J Clin Neurol* 2009; **5 (1)**: 20-23.
28. **Ohayon MM, Zulley J, Guilleminault C et al.** How age and daytime activities are related to insomnia in the general population: consequences for elderly people. *J Am Geriatr Soc* 2001; **49**: 360-6.
29. **Smith M. T, Wegener S.T.** Measures of Sleep. *Arthritis & Rheumatism* 2003; **49 (5S)**: S184-S196.
30. **Hohagen F, Rink K, Kappler C, et al.** Prevalence and treatment of insomnia in general practice. A longitudinal study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993; **242**: 329.
31. **Buyse DJ, Germain A, Moul DE.** Diagnosis, epidemiology, and consequences of insomnia. *Prim Psychiatry* 2005; **12**: 37-44.
32. **Perlis ML, Smith LJ, Lyness JM, Matteson SR, Pigeon WR, et al.** Insomnia as a risk factor for onset of depression in the elderly. *Behav Sleep Med* 2006; **4**: 104-13.
33. **Ford DE, Kamerow DB.** Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA* 1989; **262**: 1479-84.
34. **Gallup O.** Sleep in America. Washington DC: *The Gallup Organization/National Sleep Foundation* 1995.