

# INSOMNIO

## Diferentes Tipos



Bienvenido a Medisueño  
Clínica de trastornos del Sueño

[www.medisueño.com.mx](http://www.medisueño.com.mx)



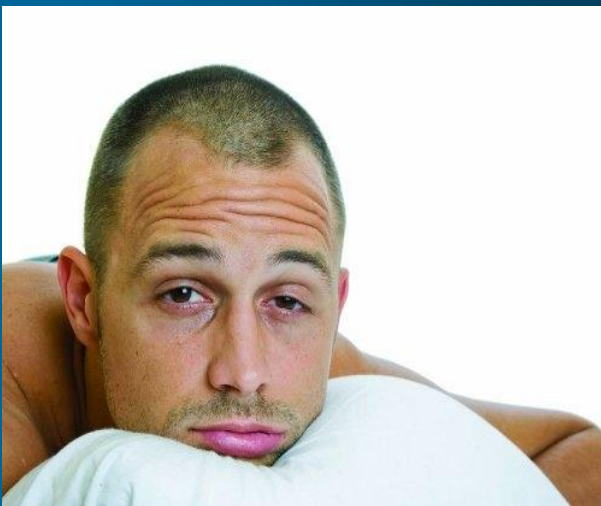
**Se describen los diferentes tipos de  
insomnio aceptados internacionalmente**

## INTRODUCCIÓN

El insomnio es un “trastorno caracterizado por reducción de la capacidad para dormir a causa de factores biológicos o ambientales”. El insomnio tiene diversas causas y de acuerdo con estas se clasifica en grupos diferentes.

Se describen las características del insomnio y la clasificación de acuerdo a su causa. Se considera al insomnio como un trastorno del sueño cuya principal sintomatología es el dormir poco y mal durante la noche, presentando en consecuencia: cansancio, fatiga y somnolencia excesiva durante el día, con deterioro en el desempeño de las actividades diarias del sujeto y con repercusión en las relaciones interpersonales, en la calidad de vida y en la salud general.

Los pacientes con insomnio generalmente sobrestiman el tiempo que permanecen despiertos, ya sea al principio, a la mitad o al final de la noche. Por lo cual, para considerar a un sujeto como insomne es necesario que además de dormir poco y mal, se queje de ello. Es necesario distinguir a los pacientes con insomnio de los dormidores cortos, los cuales, debido a su estructura de sueño, les es suficiente con dormir de 5 a 6 horas diariamente.



El insomnio es una experiencia universal, la cual aumenta en algunos sujetos que experimentan determinadas situaciones como una entrevista para la obtención de un trabajo, una ponencia, negociaciones de divorcio, el último trimestre del embarazo, alguna enfermedad, etc. Se ha reportado que algunas personas pueden sufrir insomnio de manera persistente durante

periodos prolongados (desde seis meses hasta veinte años o más). Por lo cual, no se debe considerar al insomnio como un trastorno, sino como un síntoma que debe analizarse a fondo con el fin de diferenciarlo y determinar el tipo de trastorno específico para tratarlo correctamente. El método diagnóstico para estudiar el insomnio es la polisomnografía o registro de sueño nocturno. Con este método se identifica con precisión el tipo de insomnio en forma correcta.

# DIFERENTES TIPOS DE INSOMNIO

Se han propuesto muchos sistemas de clasificación para subdividir el síntoma del insomnio, entre ellos se encuentra el de la Asociación Americana de Psiquiatría, el cual subdivide al insomnio en tres clases principales:

- (1) El insomnio relacionado con trastornos mentales.
- (2) El insomnio relacionado con algún factor orgánico (como el síndrome de movimientos periódicos de los miembros).
- (3) Insomnio primario.

## 1.- Insomnio Psicofisiológico



**1.1 Transitorio y situacional:** Se caracteriza por: 1) Latencia de sueño prolongada, es decir, dificultad para conciliar el sueño, 2) Despertares nocturnos con dificultad para reanudar el sueño, suele ser de origen emotivo y su duración es menor a tres semanas, además de una ligera sensación de fatiga diurna. No se presenta o sólo son ligeras las repercusiones a nivel profesional o en las relaciones con las demás personas. Tiene una duración menor a las 3 semanas.

**1.2 Persistente:** Tiene características similares al anterior, pero la diferencia fundamental es su mayor duración. Los factores que lo originan y mantienen son la ansiedad y el condicionamiento aprendido con alguna situación activadora al momento de acostarse, lo que provoca una reacción de despertar en el sujeto que lo padece. El condicionamiento se refiere al aprendizaje de una conducta de alertamiento al momento de dormir. Esto se basa en que el sujeto se condiciona a situaciones que lo despiertan en lugar de adormecerlo, la más frecuente es la preocupación exagerada por no poder dormir y la intromisión de pensamientos “parásitos” al momento de acostarse.



La característica más importante es que cuando el sujeto tiene sueño, se va a acostar y al hacerlo, repentinamente desaparece el sueño.

Estos pacientes generalmente duermen mejor fuera de casa, incluso en el laboratorio de sueño, donde están ausentes las condiciones activadoras de la habitación que despiertan al sujeto. En los pacientes con este tipo de alteración son frecuentes las somatizaciones, aunque el estímulo estresante sea minimizado. Al inicio, generalmente existe una situación precipitante (ansiedad o depresión intensas por enfermedad o muerte de un ser querido, ruptura de la pareja o pérdida del empleo), sin embargo, el insomnio persiste después de desaparecer la situación que lo originó.

## **2.- Insomnio asociado con trastornos psicológicos / psiquiátricos**



En los sujetos que presentan este tipo de insomnio se han encontrado alteraciones psicológicas durante el día y durante la noche. Existe una diferencia entre estos sujetos y los que padecen insomnio psicofisiológico, ya que estos últimos presentan un sueño “normal” cuando se encuentran fuera de casa o de viaje, en cambio los sujetos con trastornos psiquiátricos muestran las mismas dificultades para iniciar y mantener el sueño cuando duermen en su casa o fuera de ésta, además de presentar datos de alteraciones psicológicas. En función del tipo de alteración psiquiátrica se distinguen los siguientes grupos:

### **2.1 Insomnio relacionado con problemas de la personalidad:**

Este tipo de insomnio se acompaña de síntomas neuróticos como ansiedad, fobias, somatizaciones, disociaciones, etc.

**2.2 Insomnio relacionado con trastornos afectivos:** En este tipo se incluyen los insomnios que acompañan a la depresión y la manía; se caracteriza por despertares frecuentes o por una interrupción del sueño en la primera mitad de la noche y una latencia normal.

Los estudios polisomnográficos muestran disminución de la latencia al sueño R y reducción de la fase N3. Dos de las principales características del insomnio hipomaníaco son su gran latencia para iniciar el sueño y disminución en la cantidad de sueño total, que por lo general



no sobrepasa las cuatro horas.

**2.3 Insomnio relacionado con psicosis esquizofrénica:** Los sujetos que lo presentan tienen dificultad para iniciar y mantener el sueño, en algunos casos pueden llegar al insomnio total. Este tipo de insomnio está estrechamente relacionado con la fase aguda de la psicosis. Obviamente, el paciente en general ya está diagnosticado y tratado de su esquizofrenia, pero en aquellos sujetos en quienes no han presentado aún brotes psicóticos, el insomnio severo siempre se presenta y antecede al primer brote. La característica es un insomnio severo de dos o tres semanas de duración y los 3 a 5 días previos al primer brote psicótico puede llegar a ser total o casi total. El paciente además presenta estados confusos muy serios, con pérdida del contacto con la realidad, estados alucinatorios auditivos, visuales y alteraciones del pensamiento y del lenguaje. Este último se manifiesta con incoherencias e incongruencias, frecuentemente con ideas de persecución importantes, estados de inmovilidad y aislamiento. En general el primer brote psicótico se presenta entre los 18 y los 25 años. En pacientes ya diagnosticados con esquizofrenia, es frecuente que los brotes reincidan posterior a la suspensión de los fármacos antipsicóticos. En general, antes de los brotes repetidos de un cuadro psicótico también están precedidos por insomnio muy

severo, lo cual puede permitir predecir que va a presentarse una crisis psicótica.

### 3.- Insomnio relacionado con el consumo de drogas y alcohol



Este tipo de insomnio se divide en:

#### 3.1 Tolerancia y abstinencia de fármacos depresores del SNC.

Se incluyen en esta clasificación los fármacos que se utilizan para inducir el sueño, tales como barbitúricos, hipnóticos no barbitúricos, antihistamínicos, sedantes y benzodiazepinas. Si se utilizan de manera prolongada los fármacos anteriores pueden conducir a tolerancia, que da como resultado la pérdida de los efectos hipnóticos. Al momento de llegar a ésta etapa, el sujeto con insomnio tiene despertares frecuentes y dificultad para conciliar nuevamente el sueño durante la noche. Incluso las píldoras para dormir pueden perjudicar el sueño una vez se haya establecido la tolerancia (es decir, que su cuerpo se acostumbra al fármaco y pierde el efecto sobre el sueño, generalmente ocurre esto después de las 4 semanas y muchas personas continúan tomando el medicamento pero ya no les hace ningún efecto, porque su cuerpo ha desarrollado tolerancia). Continuar tomando píldoras para dormir cuando ya ha desarrollado tolerancia lo pueden llevar a desarrollar dependencia al fármaco. La dependencia se manifiesta por la incapacidad de poder dormir si no toma la píldora. Las benzodiazepinas son los fármacos que más comúnmente crean dependencia. Cuando la persona ha desarrollado dependencia a la píldora para dormir, al suspenderla bruscamente presenta periodos de insomnio más severos que al inicio, esto se llama insomnio de rebote. Este rebote por supresión brusca del medicamento hace pensar al paciente que no puede dormir si no toma la píldora, sin embargo, la píldora ya no beneficia su sueño y no la requiere, pero si la suspende hay un rebote de insomnio. No todos los fármacos utilizados para mejorar el sueño provocan dependencia (generalmente, sólo los ansiolíticos y los hipnóticos benzodiazepínicos que se consumen por más de 4 semanas). Es necesario someter al paciente a un programa de suspensión controlada de hipnóticos.

### **3.2 Consumo prolongado de estimulantes del Sistema Nervioso Central.**

Este tipo de insomnio tiene su origen cuando se ingieren bebidas que contienen cafeína (café, té, refrescos de cola), anorexígenos (fármacos para control de peso que se utilizan con el fin de disminuir el apetito), simpaticomiméticos (adrenalina, noradrenalina), etc. Las sustancias anteriores causan incremento del tiempo necesario para conciliar el sueño y decremento del tiempo total de sueño.



**3.3 Alcoholismo crónico.** Se ha reportado que el consumo de alcohol favorece el sueño por ser un depresor del sistema nervioso (al inicio de la ingestión se produce un incremento de la fase N3 del sueño profundo). A pesar de esto, el consumo prolongado de grandes cantidades de alcohol produce una alteración en la organización del sueño, hay disminución de las fases de sueño R e interrupciones continuas del dormir. Cuando el consumo de alcohol se suspende repentinamente existe una

dificultad para conciliar el sueño, con reducción de la fase N3 e incremento del sueño R. Cuando el alcoholismo alcanza la fase de delirium tremens, el porcentaje de sueño R llega a niveles muy altos. Además de afectar el sueño el alcoholismo acarrea consecuencias médicas serias.

## **4.- Insomnio relacionado con trastornos respiratorios**

**4.1 Insomnio y Apnea del sueño.** Este tipo de insomnio se debe a dificultades para mantener el sueño, por despertares frecuentes durante la noche, debidos a la suspensión respiratoria (Apnea) durante el sueño, lo que impide tener un sueño continuo. Existen dos tipos de apneas, la central que es la alteración de los centros nerviosos que regulan la respiración y la periférica que consiste en la obstrucción de las vías respiratorias superiores, especialmente por el velo del paladar y la úvula (campanilla), también por crecimiento de amígdalas y adenoides o por un tamaño mayor de la lengua. La latencia al sueño inicial es normal o hasta puede ser muy corta, por lo cual estos sujetos se duermen muy fácilmente, sin embargo, el sueño es interrumpido en múltiples ocasiones a lo



largo de la noche, debido a los episodios de apnea o suspensión respiratoria. Estos despertares también son muy breves y el sujeto no se percata de ellos.



Esta enfermedad trae consecuencias cardiovasculares muy importantes, por los despertares y la falta de oxigenación adecuada, que ponen en riesgo la salud y la vida del sujeto. La apnea obstructiva del sueño es la más frecuente y se considera un trastorno del sueño progresivo que en casos severos es potencialmente mortal. Las características clínicas más importantes son el ronquido intenso habitual (cada noche) que ocurre en cualquier posición y la somnolencia excesiva durante el día. Es un trastorno frecuente que generalmente afecta a los varones, aunque en las mujeres también es importante sobre todo en las post-menopáusicas. El ronquido habitual, que ocurre cada noche también trae consecuencias médicas serias, como hipertensión arterial y se sabe que el paciente roncador habitual tiene una sobrevida menor al grupo no roncador. El ronquido ocasional, que ocurre menos de 3 veces por semana no es un problema médico. Tanto el ronquido habitual como la apnea del sueño son dos alteraciones cuyo tratamiento es muy eficiente y previene las consecuencias médicas fatales que condicionan estos frecuentes trastornos del sueño.

**4.2 Insomnio por hipoventilación alveolar.** Se presenta como consecuencia de un trastorno ventilatorio, que se intensifica durante el sueño, suele estar asociado a alguna alteración neurológica, o ser consecuencia de algún trastorno de obesidad, o por una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis, enfisema pulmonar), o en deformidades esqueléticas del tórax o de la columna vertebral. En la obesidad también esta disminuida la capacidad pulmonar y se acentúa en forma importante durante el sueño.

## **5. Insomnio asociado con el síndrome de movimientos periódicos de las extremidades**

### **5.1 Insomnio y Mioclonia Nocturna o Síndrome de Movimientos Periódicos de las Extremidades.**

Este tipo de insomnio es producido por la aparición periódica durante el sueño de contracciones musculares de los miembros (piernas y brazos), la principal característica de este trastorno parece ser su periodicidad, pues dichas contracciones aparecen cada 30 segundos. Son movimientos estereotipados ya que siempre se produce una contracción de los músculos tibiales anteriores, que provoca en múltiples ocasiones una respuesta de despertar, con la consecuente interrupción del sueño. La manifestación más importante es la somnolencia excesiva diurna que va a depender de la fragmentación del sueño que presente el paciente. Es un trastorno crónico, incurable, pero es benigno, es decir no trae consecuencias médicas serias, aunque es molesto y en casos graves la somnolencia, el cansancio y la fatiga diurnos aminoran en forma importante el rendimiento del individuo que lo padece. Por otro lado, la somnolencia excesiva predispone al paciente a la ocurrencia de accidentes. El tratamiento adecuado logra mantener bajo control este problema en una forma eficiente.



## **6. Insomnio asociado con el síndrome de piernas inquietas**

Este síndrome se caracteriza por una sensación de incomodidad o malestar en los miembros inferiores (especialmente entre el tobillo y la rodilla) que se incrementa durante los períodos de reposo, dichas molestias desaparecen con el movimiento de las piernas, por lo cual el sujeto tiene que levantarse a caminar o mover las piernas. Lo anterior provoca que el paciente no logre conciliar el sueño. Cuando este trastorno alcanza un grado avanzado puede ser grave, ya que el sujeto no podrá permanecer acostado para conciliar el sueño. Estas sensaciones que en un principio son molestas pueden concluir en dolor. El trastorno es benigno, pero molesto. Actualmente, hay tratamiento adecuado y frecuentemente se asocia al síndrome de movimientos periódicos de las extremidades. El síndrome de piernas inquietas ocurre cuando el sujeto está despierto. El de movimientos periódicos de los miembros se presenta cuando el paciente duerme.



## **7. Insomnio relacionado con otras afecciones médicas, intoxicaciones o factores ambientales**

En este caso el insomnio es el resultado de afecciones o de algún factor causante como:

- a) Las afecciones neurológicas que afectan el tronco del encéfalo o del hipotálamo y que pueden tener un origen neoplásico, vascular, infeccioso, traumático, degenerativo o tóxico.
- b) Enfermedades metabólicas y endocrinas tales como diabetes, hipertiroidismo, insuficiencia hepática, insuficiencia suprarrenal, etc.
- c) Intoxicaciones con monóxido de carbono, arsénico, cobre, etc.
- d) Factores ambientales como ruido, temperatura, altitud, presión atmosférica, etc.
- e) Insomnio provocado por alergia a los alimentos

## **8. Insomnio Idiopático o de inicio en la infancia**

La característica principal de este tipo de insomnio es una latencia prolongada al inicio del sueño y despertares frecuentes que aparecen por vez primera en la infancia y continúan hasta la edad adulta. En algunos casos se encuentra asociado con trastornos psicológicos inespecíficos o con un medio familiar conflictivo, los cuales pueden predisponer a su aparición. En otros casos se ha asociado con inmadurez cerebral, ya que en ocasiones desaparece conforme el niño aumenta de edad. Puede ser insensible a benzodiazepinas o provocar efectos paradójicos, por lo cual no se recomiendan como tratamiento. En la mayoría de los casos el tratamiento adecuado mejora importantemente el cuadro.



## **9. Insomnio paradójico o por mala percepción del sueño**

Es común la percepción inadecuada del tiempo total de sueño en pacientes con insomnio. El paciente sobrestima el tiempo que pasa despierto durante la noche. Es característica la queja de deficiencias de sueño, en ocasiones severas y constantes, pero al realizar la polisomnografía presentan un patrón normal. La alteración se debe a una mala apreciación del tiempo que tarda el sujeto en dormirse y del tiempo que pasa dormido. Afecta más frecuentemente a mujeres sin psicopatología aparente y en general presentan estados de sueño superficial, que explican la mala percepción en el dormir. Se han propuesto subgrupos que difieren respecto a la magnitud de su percepción distorsionada del sueño y que son consistentes con hallazgos objetivos (obtenidos en la polisomnografía). Consideran que la subestimación del tiempo total de sueño no está presente en todos los insomnes y proponen que la percepción del sueño puede estar relacionada al tipo de insomnio.



## **9. Insomnio por alteraciones del ciclo sueño-vigilia**

Este grupo de alteraciones deben ser valoradas cuidadosamente ya que el tratamiento es muy distinto y generalmente se basa en cronoterapia para alcanzar una organización adecuada del ciclo de sueño.

Dentro de este tipo de insomnio se considera los más frecuentes e importantes a los siguientes:

### **10.1. Insomnio por irregularidades en el ciclo sueño-vigilia:**

Se origina al tener un horario irregular en cuanto a la hora de acostarse y de levantarse.

### **10.2. Insomnio relacionado con un ciclo diferente a 24 horas**

Se trata de sujetos cuyo ciclo de sueño-vigilia no se presenta en las 24 horas habituales, por tal motivo no hay una sincronía con el horario habitual del medio ambiente del sujeto.

### **10.3. Insomnio por fase de sueño retrasada**

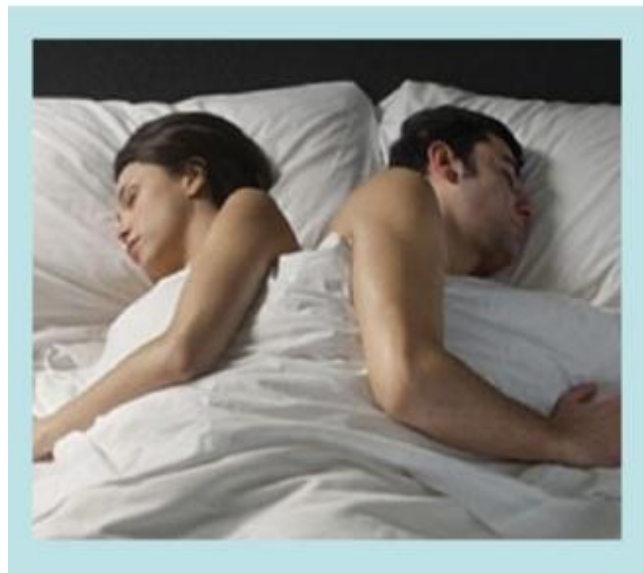
En este caso el ciclo de sueño-vigilia se presenta más tarde con respecto al horario normal de acostarse, esto da como resultado que al momento de acostarse el sujeto, no se encuentra preparado fisiológicamente para dormir. Las personas que padecen este trastorno tienen la característica de sentirse cansados por la mañana, debido a que aún se encuentran en la fase de sueño, este tipo de insomnio es más frecuente en jóvenes. Generalmente se acuestan tarde y se levantan también muy tarde, pero su sueño es normal.

### **10.4. Insomnio por fase de sueño adelantada**

En este caso los sujetos presentan un avance de la fase de sueño respecto al horario estándar, por lo que tienden a levantarse muy temprano y a acostarse igualmente temprano. Es frecuente en sujetos de edad avanzada. Generalmente el sujeto se duerme a las 8-9 de la noche y se despierta a las 3-4 de la madrugada. La cantidad y características del sueño son normales, sin embargo, si la persona permanece en cama se irá presentando fragmentación del sueño con deterioro de la calidad del mismo.



Esta clasificación es la que se utiliza casi en la totalidad de los centros y laboratorios de sueño de todo el mundo.



[www.medisueno.com.mx](http://www.medisueno.com.mx)

[info@medisueno.com.mx](mailto:info@medisueno.com.mx)

# MEDISUEÑO

## CLINICA DE SUEÑO PEDREGAL DEL LAGO

Camino Santa Teresa # 13, Nivel 1 - Módulo 48, Col.  
Fuentes del Pedregal, CP 14140, Tlalpan, México, D.F.  
Tels: 5568 – 4343 | 5135 – 3752

[info@medisueno.com.mx](mailto:info@medisueno.com.mx)

# MEDISUEÑO

## CLINICA DE SUEÑO LOMAS VERDES

Av. Lomas Verdes # 26, Primer Piso – Módulo 03  
Col. Boulevares, CP 53140, Naucalpan, Estado de México  
Tels: 5393 – 9046 | 5393 – 2969

[info@medisueno.com.mx](mailto:info@medisueno.com.mx)

## CLINICA DE SUEÑO DEL HOSPITAL ÁNGELES LOMAS

Vialidad de la Barranca S/N, UMP Tercer Piso, Col.  
Valle de las Palmas, Huixquilucan, CP 52763  
Estado de México.

Tels: 5246 – 5302 | 5246 – 5305

[info@medisueno.com.mx](mailto:info@medisueno.com.mx)



[www.medisueño.com.mx](http://www.medisueño.com.mx)

Dr. Raúl Alvarado

Cel. (04455) 4041.2860

dr.raul@medisueño.com.mx



[www.medisueño.com.mx](http://www.medisueño.com.mx)