

FACTORES PSICOLOGICOS PRESENTES EN LOS PACIENTES CON INSOMNIO

Por MARCELA MORALES RAMIREZ*

RESUMEN

Existen diferentes causas del insomnio, entre las que se encuentran las de origen psicológico. En el presente trabajo se revisan los factores emocionales, psicopatológicos, cognitivos y conductuales que se asocian al insomnio. Asimismo, se hace referencia a la importancia de la entrevista clínica para la exploración de los factores psicológicos y la determinación de un tratamiento adecuado.

SUMMARY

The emotional, psychopathologic, cognitive en behavioural factors of insomnia are reviewed. The importance of the clinical interview for the exploration of the psychological factors of insomnia is pointed out, as well as the determination of an a adequate treatment.

PALABRAS-CLAVE : Insomnio, psicología del insomnio, tratamiento del insomnio.

KEY WORDS : Insomnio, psychology of insomnia, treatment of insomnia.

INTRODUCCION

El sueño es la función vital del ser humano durante la cual se llevan a cabo diferentes procesos elementales que se requieren para el funcionamiento adecuado durante la vigilia y el mismo sueño. En el campo de la salud, las quejas acerca de la función del sueño-vigilia son de los síntomas más comunes.

Entre los trastornos de sueño de mayor frecuencia en el mundo, se encuentra los del inicio y mantenimiento del sueño, ampliamente conocidos como insomnio. El insomnio es la incapacidad crónica para obtener un sueño adecuado, que se manifiesta por la demora en su inicio, por despertares

* Investigador del Centro de Investigación de la Universidad Intercontinental de México. D.F.
Av. Insurgentes Sur No. 4303, Col. Sta. Ursula Xitle, Tlalpan. C.P. 14 420. Mexico.

frecuentes a lo largo de la noche y/o por despertares excesivamente tempranos y, que afecta el funcionamiento óptimo durante el día (HAURI, 1990; SLOAN & SHAPIRO 1993). La frecuencia de este trastorno en la población general es bastante variable, pues se encuentra entre un rango del 10 hasta un 48% según los distintos trabajos reportados en diversas partes del mundo (LUGARESI *et al.*, 1983; PARTINEN *et al.* 1983; KARACAN *et al.*, MELLINGER *et al.*, 1985; FORD & KAMEROW, 1989; QUERA-SALVA *et al.*, 1991; ALVARADO *et al.* 1995).

De acuerdo a sus causas, el insomnio se ha clasificado en diferentes tipos (*The International Classification of Sleep Disorders, ICSD, 1990*), relacionándose con factores endógenos (intrínsecos) y exógenos (extrínsecos), es decir, causas internas y externas al organismo. Por otra parte, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, 1994*), se hace una agrupación del insomnio considerando diferentes etiologías. En esa clasificación se señala al insomnio primario como un desorden que no está relacionado a trastornos médicos, psiquiátricos ni inducido por sustancias, sino por factores condicionantes en la vida diaria y que afecta el funcionamiento social y ocupacional. En la presente revisión, sin dejar de considerar la existencia de causas específicas y objetivas de algunos tipos de insomnio, se hace énfasis en los componentes psicológicos y ambientales que pueden acompañar y/o exacerbar este padecimiento. En la primera parte se describen los aspectos emocionales y psiquiátricos y, en la segunda, se consideran otros aspectos conductuales que pueden favorecer el mantenimiento del insomnio.

ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL INSOMNIO

Es importante destacar que debido a la naturaleza subjetiva de este trastorno se ha hecho difícil su estudio, más aún, se ha encontrado que la organización del sueño de los pacientes con insomnio primario son similares a los de los sujetos normales, con pequeñas diferencias que difícilmente corresponden a la intensidad de la mayoría de las quejas de insomnio (MELLINGER *et al.*, 1985).

BOURDET & GOLDENBERG (1994), han reportado alteraciones que se presentan primordialmente en la primera parte de la noche, como el incremento de la latencia al sueño, la disminución del tiempo total del sueño y una menor cantidad del sueño de ondas lentas en pacientes ansiosos. Asimismo, se ha mostrado que el estrés y el insomnio afectan ciertos aspectos del sueño con alguna consistencia. Por ejemplo, la primera noche de los sujetos que asisten a un laboratorio de sueño tiende a ser fragmentada (WATERS *et al.* 1993). Esto se ha atribuido al estrés y a la ansiedad evocados por la nueva situación (RECHTSCHAFFEN & VERDONE, 1964; AGNEW *et al.* 1966; KALES *et al.* 1967). Además, en estudios con durmientes normales, se ha encontrado una disminución significativa de la etapa 4 y un incremento también significativo de la actividad electrodérmica en las noches precedidas por eventos durante el día (LESTER *et al.* 1967).

Así, el insomnio con hallazgos "no objetivos" es un diagnóstico común, aún en los pacientes tratados en los centros de sueño, quienes son considerados por lo general, con insomnio severo (DEMENT *et al.* 1984). Por lo tanto, la decisión de quien es un paciente insomne se basa en la identificación de una deficiente calidad de

sueño: dificultad para dormir, dificultad para permanecer dormido y/o inadecuado tiempo total de sueño.

Aunque la naturaleza específica de la relación entre la emoción y los parámetros del sueño aún no ha sido explorada minuciosamente, en algunos estudios se han encontrado pacientes que se quejan de insomnio relacionado a altos niveles de ansiedad y depresión (MONROE, 1967; COURSEY *et al.* 1975; KUPFER *et al.* 1976; HAYNES *et al.* 1985) por lo que es común que las personas que presentan este trastorno, acudan a un psiquiatra más que a un especialista de sueño (HAURI, 1993). Además SALETU *et al.* (1994), han referido que el insomnio y la ansiedad son dos condiciones psicológicas ampliamente distribuidas en la población general.

En la exploración que se realiza en la entrevista clínica se ha encontrado la intromisión de sentimientos negativos asociados al sueño. En estos estudios se ha hecho énfasis en la relación entre las emociones y la atención de los insomnes psicofisiológicos, pues se ha referido que los mecanismos que provocan el despertar del sistema nervioso central y autónomo, son activados por emociones negativas o de atención en eventos específicos. PARKES (1985), ha sugerido que con la identificación de estos eventos y su manejo adecuado, se puede favorecer el inicio y el mantenimiento del sueño.

WATERS *et al.* (1993), encontraron una relación entre las emociones negativas, la atención y el estrés con los parámetros de sueño de los insomnes. Se ha señalado que el inicio del sueño y los procesos de recuperación son particularmente vulnerables a la estimulación externa e interna, generada por emociones o atenciones

provocadas durante las experiencias del día o expectativas acerca del futuro.

Por otra parte, HAURI (1993), señala que desde el punto de vista psicológico, los insomnes son típicamente represivos, y que frecuentemente niegan los problemas emocionales, lo cual hace difícil la selección del procedimiento para tratarlo. En cualquier caso, para obtener las raíces psiquiátricas del insomnio se requiere gran habilidad, pues cuando se sugiere la psicoterapia u otro tratamiento conductual, frecuentemente son rechazados por el paciente, aún cuando se observa que claramente los necesita.

Además de los hallazgos previamente descritos, se ha reportado que muchos pacientes con insomnio (GAILLARD, 1994) tienden a referir sus alteraciones del sueño como aisladas, mientras que otros admiten que adicional al problema del sueño, también presentan dificultades en otros sectores de su vida. Por esto, se ha pensado que si en el insomnio crónico existe alguna psicopatología, se puede manifestar por sí misma en forma de mecanismo de defensa (los cuales son procesos con los que los individuos actúan para protegerse e interactuar con el medio ambiente). Estos mecanismos, han sido clínicamente observados y analizados a partir de las conductas y la expresión verbal que se presenta durante la entrevista inicial con los pacientes que se quejan de insomnio psicofisiológico, insomnio idiopático o mala percepción del sueño. En los resultados se han encontrado conductas como: evitación de la mirada, actitud distante, signos de tensión y ansiedad, dificultad para concentrarse y una expresión muy parsimoniosa. También, presentan elementos del carácter obsesivo clásico, es decir, son meticulosos, dan gran importancia a detalles irrelevantes son racionales y dan explicaciones causales.

Algunos son dogmáticos, quejumbrosos o adoptan una posición pasiva. Ellos pueden ser reticentes y además sarcásticos, críticos o bien pueden minimizar sus problemas. Los rasgos observados en estos pacientes indican que los mecanismos de defensa están en operación. Uno de ellos es la resistencia en contra de la intimidad, es decir, en contra del contacto y la proximidad emocional (DAVANLOO, 1990). En general, la conducta frecuentemente expresa rigidez y falta de espontaneidad.

En otros estudios se ha explorado la influencia de la educación en la familia. Al respecto BRASSINGTON (1994), reporta un estudio en adolescentes en el que analizó relación del insomnio con las formas de educación proporcionada por los padres. Se ha encontrado que el estilo autoritario, rígido y sin compromiso de éstos, se relaciona con problemas de insomnio, lo cual fue menos evidente en los jóvenes cuyos padres han proporcionado estilos disciplinarios firmes y flexibles. Es interesante el dato acerca de que la permisividad de las madres no estuvo relacionada con este trastorno.

De acuerdo a lo anteriormente descrito podemos darnos cuenta de la importancia del seguimiento de este tipo de investigaciones para conocer diversos indicadores de los factores emocionales -ya sea personales o familiares-, como posibles mantenedores del insomnio.

ASPECTOS PSIQUIATRICOS

Con respecto a los síntomas psiquiátricos, se ha reportado estudios que indican la relación frecuente entre el insomnio y estos síntomas, en particular la depresión y la ansiedad (CHARON *et al.* 1989, VOLLRATH *et al.* 1989). Algunos autores han mostrado la presencia de rasgos psicopatológicos sobre

la base de los puntajes obtenidos en las pruebas de personalidad (ROEHRHS *et al.* 1982; KALES *et al.* 1983; EDINGER *et al.* 1988). Es importante hacer notar que varios items de los más comúnmente utilizados en las escalas para medir ya sea depresión o ansiedad hacen referencia al sueño. Además, se ha referido que estudio de la depresión, la ansiedad y otras condiciones psiquiátricas son relevantes, principalmente por el papel de la psicopatología como un factor de riesgo para la ocurrencia del insomnio (SOLDATOS, 1994).

Las alteraciones del sueño se han identificado en una variedad de condiciones psiquiátricas incluyendo la esquizofrenia, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastornos de pánico, alcoholismo, y demencia. En un estudio reciente se ha reportado una relación adicional entre el sueño y los trastornos mentales, es decir, el riesgo para desarrollar un nuevo desorden psiquiátrico es mucho más alto en aquellos individuos que han tenido insomnio por años, en comparación con aquellos cuyo insomnio se resuelve en un período de un año. Estos datos apoyan la hipótesis que las alteraciones del sueño pueden ser críticas para la evolución de la enfermedad psiquiátrica (FORD & KAMEROW, 1989).

Entre los individuos que padecen trastornos psiquiátricos, las quejas de insomnio y de somnolencia diaria son más comunes que en la población general. De dos pacientes que se presentan en los Centros de Trastornos del Sueño con queja de insomnio, el diagnóstico más frecuente (35%) es el insomnio relacionado a las condiciones psiquiátricas primarias, encontrándose como causa más común a la depresión (COLEMAN *et al.* 1982). Es por tanto importante que el

clínico deba tratar el insomnio de acuerdo a la causa subyacente y no simplemente en una forma sintomática.

OTROS ASPECTOS QUE AFECTAN AL SUEÑO

Actividad cognitiva

La activación cognitiva se presenta en los pacientes que son incapaces de controlar sus pensamientos a la hora de dormir, se ha observado que estas conductas están asociadas a la dificultad para iniciar el sueño. Existen estudios que sugieren que esta actividad, como las preocupaciones, se asocian al sueño, pues se ha encontrado en pacientes insomnes un amplio rango de pensamientos relativos a las preocupaciones personales ya sea acerca del pasado o del futuro (WATTS *et al.* 1994). Se piensa que las percepciones y experiencias que tiene el paciente antes y durante el período de sueño, posiblemente han influido en la etiología del insomnio y han contribuido a exacerbar el trastorno hasta hacerlo crónico.

Factores conductuales

Se han presentado datos que demuestran la relación entre las etapas de sueño y el tiempo de reacción a simples estímulos presentados durante el sueño, encontrándose que este tiempo aumenta conforme el sueño se hace más profundo (GOODENNOUGH *et al.* 1965; OKUMA *et al.* 1966; SCOTT & SNYDER, 1967). WATERS *et al.* (1993), señalan que la profundidad del sueño, la resistencia al despertar y la reducción del

sueño de ondas lentas asociada con el estrés presueño, puede influir de manera significativa para mantener el insomnio.

REGESTEIN *et al.* (1993), identificaron en entrevistas clínicas que los pacientes con insomnio primario frecuentemente describen hechos personales que sugieren un incremento del alerta diurno. Por ejemplo, en su relato subjetivo, ellos refieren que siempre se sienten alertas y reactivos, y nunca tienen sueño durante el día, lo cual refleja una similitud del alertamiento entre los pacientes con insomnio primario y los sujetos normales. Sin embargo, estos autores al realizar valoraciones psicométricas y electrofisiológicas, encontraron en los datos, alertas diurnas significativamente más altas en los pacientes insomnes que en los sujetos normales, observándose durante la vigilia mayor amplitud y duración de los potenciales evocados auditivos así como una mayor actividad electroencefalográfica.

BONNET & JOHNSON (1978), han sugerido que los factores ambientales que se presentan durante el día afectan los niveles de alertamiento en los que se mantiene el insomne hasta la noche; los estudios han indicado que los pacientes con insomnio se despiertan más fácilmente en períodos de alto nivel de estrés, además de reportar menos satisfacción con su sueño e índices objetivos de sueño deficiente. Por esto, se ha pensado que estos pacientes presentan una activación fisiológica irregular y tensiones musculares elevadas que van aumentando gradualmente durante el día (LACKS, 1987). Estos procesos repercuten en el sueño ya que las personas desconocen los mecanismos eficaces para controlarlas.

Factores ambientales

En esta parte se incluyen las conductas aprendidas que son incompatibles al sueño. Estas conductas se realizan diariamente (o casi diario) y pueden influir de manera negativa en el sujeto a la hora de dormir. Se ha encontrado por ejemplo que el uso de la cama para actividades como ver televisión, leer, comer, etc., o bien, mantener horarios de sueño variables, hacer ejercicio en horas cercanas al sueño, ingerir bebidas con estimulantes o depresores, y el uso de un lugar para dormir poco comfortable, puede favorecer las dificultades tanto para iniciar o mantener el sueño (BOOTZIN *et al.* 1991; ESPIE, 1993). Los tratamientos que se utilizan cuando se detectan este tipo de conductas, tienen la finalidad de crear hábitos adecuados para obtener una alta calidad del sueño.

Tomando en cuenta los factores que se describieron arriba, se considera que debe realizarse una evaluación diagnóstica de manera exhaustiva y más aún, cuando la queja de insomnio persiste y no responde a las intervenciones estándares. En este momento es importante destacar el señalamiento de HAURI (1993), referente a que a todos los pacientes con insomnio no se les puede tratar de la misma manera, pues lo que para una persona es una "pócima", para otra puede ser un "veneno" para su sueño. Es por esto que se sugiere que se lleve a cabo una exploración más detallada, que abarque el período de las 24 horas; de esta manera la información obtenida será más útil. HAURI (1993) y RAHM (1993), sugieren que antes o desde la primera entrevista, se utilicen pruebas y cuestionarios que proporcionen información acerca de la personalidad, el estado de ánimo, las creencias personales y las actitudes del paciente hacia

su propio sueño. Así HAURI (1993) sugiere que al paciente no sólo se le interroge acerca de sus hábitos relacionados al sueño, sino también acerca de los actores que a continuación se enumeran:

- 1) Los detalles de sus pensamientos, afectos y miedos que ocurren durante las 24 horas, especialmente durante los períodos de insomnio. Esto es importante pues se puede encontrar por ejemplo, que el paciente se ha habituado despertar todos los días a una hora específica con lo que se genera enojo, frustración, pensamientos de culpa o preocupaciones del día. Si el especialista conoce esto, tendrá elementos para intervenir en la higiene de sueño, con terapias conductuales o con psicoterapia.
- 2) La historia familiar del paciente, no sólo por su valor genético, son también por que puede ser de gran ayuda para entender las actitudes del paciente. Por ejemplo, con un paciente que cree que su insomnio es causado por efectos de algún agente tóxico, al explorar, se puede encontrar que está asociado con algun problema familiar, o bien, el familiar puede referir que posiblemente sea debido al estrés en el trabajo.
- 3) Tomar en cuenta la historia psiquiátrica del paciente, pues éste puede creer que el inicio de su insomnio fue totalmente repentino, y si se explora en detalle, es posible encontrar que el inicio estuvo asociado en el tiempo, con algún evento específico, tal como la muerte de un ser querido, con un largo período de soledad o con algún conflicto en el hogar.
- 4) Las razones psicológicas más allá de la historia de los hechos necesita ser bien

explorada, pues se puede obtener información relacionada al insomnio. Por ejemplo el clínico debe cuestionarse por qué un profesional destacado de 45 años no ha tomado vacaciones en un período de 10 años; por qué un empleado de 65 años sigue trabajando sin descanso por más de 65 horas a la semana, por qué una mujer sigue triste después de 20 años de la muerte de su madre, etc.

- 5) El profesional debe detectar no sólo hechos, sino también escuchar y observar las explicaciones y actitudes del paciente, ya que puede ser de gran utilidad conocer sus reacciones cuando se le pregunta por ejemplo, si el insomnio pudiera estar relacionado con su divorcio.
- 6) Se explora también la autoestima del paciente derivado de la interacción en su trabajo, o con personas como sus padres, amigos, pareja, etc.

Toda esta información es altamente relevante, ya que de ella depende el tratamiento y probablemente el requerimiento de otros estudios que puedan apoyar el diagnóstico. Además, se recalca que para cualquier tratamiento, el papel del paciente es de suma importancia ya que debe participar activamente, pues de él depende mucho, el éxito de la intervención y el control que maneja el clínico.

Una vez que se ha obtenido el diagnóstico de los pacientes, se determina el tratamiento adecuado; por esto es importante señalar que ningún tratamiento es apropiado para todos los pacientes y todos los tipos de insomnio, ya que algunos de

estos trastornos necesita el uso de fármacos de manera estricta, otros requieren la intervención psicológica y, para otros es necesaria la combinación de los dos tipos de tratamiento (CABALLO & BUELA-CASAL 1990).

Considerando la presencia de factores psicológicos en el paciente con insomnio, se han realizado estudios que han mostrado su eficacia al menos en un 70-80% de los casos si se aplican de manera apropiada y consistente (MORIN *et al.*, 1994). En otro trabajo se revisan los tipos de tratamiento que se utilizan para el paciente con insomnio (MORALES, en prensa).

Para concluir, vale la pena recalcar que el insomnio es una experiencia solitaria y aislada, marcada por la frustración, las preocupaciones y el patrón de pensamientos recurrentes. Para los insomnes, los intentos de obtener apoyo y comprensión frecuentemente no son fructíferos debido a la mala concepción que la sociedad y algunos profesionales tienen de este trastorno aunado a los rasgos que caracterizan a estos pacientes, quienes frecuentemente han recibido tratamientos quizá apropiados y, sin embargo, refieren haber tenido experiencias insatisfactorias. Por lo tanto, es necesario conocer más detalladamente esta alteración de sueño haciendo énfasis en los posibles factores psicológicos o psiquiátricos subyacentes, pues de esta manera se tendrán repercusiones para lograr un estilo de vida más saludable, no sólo para el paciente insomne sino también para su familia y la sociedad.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurden die Schlafstörungen, die eine psychologische Beziehung hatten untersucht. Es gibt emotionelle, psychopathologische, cognitive, und Verhaltensfaktoren, die doch Beziehung mit Schlafstörung haben. Die Sprechstunde ist der beste Mittel für die Diagnose und Behandlung.

BIBLIOGRAFIA

1. AGNEW, HW, WEBB, WB. & WILLIAMS, RL. (1996): "The first night effect: an EEG study of sleep". *Psychophysiol.* 24:851-858.- 2. ALVARADO, R., MORALES, M., ESPINOZA, J. *et al.* (1995): "Frecuencia de insomnio en el área Metropolitana de la ciudad de México". X Reunión Anual de investigación. Presentado en la XX Reunión Anual de Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, México, DF.- 3. BONNET, MH. & JOHNSON, LC. (1978): "Relationship of arousal threshold to sleep stage distribution and subjective estimates of depth and quality of sleep". *Sleep* 1: 161-168.- 4. BOOTZIN, RR., EPSTEIN D. & WOOD, JM. (1991): *Stimulus control instructions*. In *Case studies in insomnia*. Edited by Hauri P. New York, Plenum.- 5. BOURDET, C. & GOLDENBERG F. (1994): "Insomnia in anxiety: sleep EEG changes". *J. Psychosom Res* 38 (Supply 1): 93-104.- 6. BRASSINGTON, G.S. (1994): "Insomnia and styles of parental authority in college students". *Psychol. Rep* 74: (3Pt.1):712-714.- 7. CABALLO V. & BUELA-CASAL, G. (1990): "Técnicas de modificación de conducta en el tratamiento de los trastornos del sueño". En: *Avances en la investigación del sueño y sus trastornos*. Buéla-Casal G. & Navarro-Humanes J.F. (Comps). Siglo XXI, Madrid. pp. 403-425.- 8. CHARON, F., DRAMAIX, M. & MENDELEWICZ, J. (1989): "Epidemiological survey of insomniac subjects in a sample of 1761 patients". *Neuropsychobiology* 21:109-119.- 9. COLEMAN, RM, ROFFWARG, HP. & KENNEDY SJ. (1982): "Sleep wake disorders based on polysomnographic disorders: an opportunity for prevention". *JAMA* 247: 997-1103.- 10. COURSEY, RD, BUCHSBAUM, M. & FRANKEL, B. (1975): "Personality measures and evoked responses in chronic insomnia". *J. Abnorm Psychol.* 84: 239-249.- 11. DAVANLOO, H. (1990): *Unlocking of the unconscious*. Chichester: John Willey y Sons Ltd.- 12. DEMENT, W, SEIDEL, W. & KARSCADON M. (1984): "Issues in the diagnosis and treatment of insomnia". *Psychopharmacology.* 1: 11-43.- 13. APA (1994): *Diagnostic and Statistical Manual o Mental Disorders*, DMSM-IV. Fourth Edn. Washington DC. American Psychiatric Association.- 14. EDINGER, JD, SCOUT, AL. & HOELSCHER, TJ. (1988): "Another analysis of insomniacs, MMPI profiles: relation of subtypes to sleep history and treatment outcome". *Psychosom Med.* 50: 77-87.- 15. ESPIE, CA. (1993): "Practical management of insomnia: behavioral and cognitive techniques". *BMJ* 306: 509-511.- 16. FORD DE. & KAMEROW, DB. (1989): "Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention?" *JAMA* 262: 1479-1484.- 17. GAILLARD, JM. (1994): "Le contact initial dans l'entretien clinique chez des patients souffrant d'insomnie chronique". *L'Encephale* XX: 401-412.- 18. GOODENOUGH, DR., LEWIS, HB, SHAPIRO, A. & STEISER, I. (1965): "Some correlates of dream reporting following laboratory awakenings". *J. Nerv. Ment Dis* 140: 365-373.- 19. HAURI, P. (1990): "Insomnia". *Mayo Clin Proc.* 65:869-882.- HAURI PJ. (1993): "Consulting about insomnia: a method and some preliminary data". *Sleep* 16 (4):344-350.- 20. HAYNES, SN, FITZGERALD, SG, SHUTE, G. & O'MEARY, M. (1985): "Responses of psychophysiological and subjective insomniacs to auditory stimulation during sleep: a replication and extension". *J. Abnorm Psychol.* 94: 338-339.- 21. KALES, A., JACOBSON, A, KALES JD. *et al.* (1967): "All-night EEG sleep measurements in young adults". *Psychonom Sci.* 7: 67-68.- 22. KALES, A, CALDWELL, AB, SOLDATOS, CR, *et al.* (1983): "Biopsychobehavioural correlates of insomnia II: pattern specificity and consistency with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory". *Psychosom Med* 45: 341-355.- 22. KARACAN, I, THORNBY, JL. & WILLIAMS, RL. (1983): "Sleep disturbance: a community survey". En

- Guilleminault C. y Lugaresi E. (eds). *Sleep/wake disorders: Natural history, Epidemiology and Long-term evolution*, New York: Raven Press, 37-60.- 24.
- KUPFER, DJ, FOSTER, FG, REICH L. *et al.* (1976): "EEG sleep changes as predictors in depression". *Am J Psychiatry* 133: 622-626.- 25.
- LACKS, P. (1987): *Behavioural treatment for persistent insomnia*. New York: Pergamon Press.- 26.
- LESTER, BK, BURCH, NR.& DOSSETT, RC. (1967): "Nocturnal EEG-SGR profiles: the influence of presleep stages". *Psychophysiol* 3: 238-248.- 27.
- LUGARESI, E., CIRIGNOTTA, F., ZUCCONI, M. *et al.* (1983): "Good and poor sleepers: an epidemiological survey of the San Marino population". En: Guilleminault C. y Lugaresi E. (eds). *Sleep/wake disorders: Natural history, Epidemiology and Long-term evolution*. New York, Raven Press, 1-12.- 28.
- MELLINGER, GD, BALTER, MB.& UHLENHUTH, EH. (1985): "Insomnia and its treatment: prevalence and correlates". *Arch Gen Psychiatry* 42: 225-232.- 29.
- MONROE, L.J. (1967): "Psychological and physiological differences between good and poor sleepers". *J. Abnorm Psychol* 72: 255-264.- 30.
- MORIN, CHM, CULBERT, JP.& SCHWARTZ, MS. (1994): "Nonpharmacological Interventions for Insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy". *Am J Psychiatry* 151: 1172-1180.- 31.
- ORUMA, T, MAJAMURA, K, HYASHI, A., FUJIMORI, M. (1966): "Psychophysiological study on the depth of sleep in normal human subjects". *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 21: 140-147.- 32.
- PARKES, KD. (1985): "*Sleep and its disorders*". London, WB Saunders Company.- 33.
- PARTINEN M, KAPRIO, J, KOSKENVUO, M.& LANGINVAINIO H. (1983): "Sleeping habits, sleep quality, and use of sleeping pills, a population study of 31, 140 adults in Finland". En Guilleminault C. y Lugaresi E. (eds). *Sleep wake disorders: Natural history, Epidemiology and Long-term evolution*. New York, Raven Press 29-35.- 34.
- QUERA-SALVA, MA, ORLUC, A, GOLDENBERG, F.& GUILLEMINAULT, C. (1991): "Insomnia and use of hypnotics: study of a french population". *Sleep* 14 (5): 386-391.- 35.
- RAHM, L. (1993): "Non-drug therapy of sleep disorders". *Ther Umsch* 50 (10) 713-716.- 36.
- RECHTSCHAFFEN, A.& VERDON, P. (1964): "Amount of dreaming: effect incentive, adaptation to laboratory, and individual differences". *Percept Mot Skills* 19: 947-958.- 37.
- REGESTEIN, QR, DAMBROSIA, J, HALLETT M. *et al.* (1993): "Daytime alertnes in patients with primary insomnia". *Am J Psychiatry* 150 (10): 1529-1534.- 38.
- ROEHRHS, T, LINEBACK, W, ZORICH, F.& ROTH, T. (1982): "Relationship of psychopathology to insomnia in the elderly". *J.M. Geriatr Soc.* 20: 312-315.- 39.
- SALETU, B, ADERER, P, BRANDSÄTTER, N. *et al.* (1994): "Insomnia in Generalized anxiety disorder: polysomnographic, psychometric and clinical investigations before, during and after therapy with a long -versus a short-half- life benzodiazepine (quazepam versus Triazolam)". *Neuropsychobiology* 29: 69-90.- 40.
- SCOTT, J.& SNYDER, F. (1967): "Critical reactivity after abrupt awakenings in relation to EEG stages of sleep". Presented at the meeting of the Association for the Psychophysiological Study of Sleep, Santa Mónica CA.- 41.
- SLOAN, EP.& SHAPIRO DM. (1993): "Insomnia in the medically and behavioural treatment approaches to insomnia". Editorial. *J. Psychosomatic Research*, 37 (supply 1): 1-2.- 42.
- SOLDATOS, CR. (1994): "Insomnia in relation to depression and anxiety; epidemiologic considerations". *J. Psychosom Res.* 38 (supl. 1) 1-8.- 43.
- THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF SLEEP DISORDERS (ICSD). (1990): *Diagnostic and coding Manual*. American Sleep Disorders Association, Rochester, Minnesota; Allen Press.- 44.
- VOLLRATH, N, WICKI, W.& ANGST, J. (1989): "The Zürich study VIII Insomnia: association with depression, anxiety, somatic syndroms and course of insomnia". *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 239: 113-124.- 45.
- WATERS, WF, ADAMS, SG., BINKS, P.& VARNADO P. (1993): "Attention, stress and negative emotion in persistent sleep-onset and sleep-maintenance insomnia". *Sleep* 16: (2): 128-136.- 46.
- WATTS, FN, COYLE, K.& EAST, MP (1994): "The contribution of worry to insomnia". *Br. J. Clin Psychol* 33(Pt 2): 211-220.