

## 4. Epidemiología del insomnio

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente y uno de los que mayor trascendencia sanitaria y social tiene. El paciente con insomnio se queja principalmente de su insatisfacción con la calidad y/o cantidad del sueño. Esta insatisfacción puede provenir de la dificultad que tiene para quedarse dormido o para mantener el sueño a lo largo de la noche, así como del número de despertares precoces que sufre.

Conocer la epidemiología del insomnio ayuda a entender la relevancia clínica de este trastorno. Hay pocos estudios en España que hayan analizado la prevalencia del insomnio, y no existe ninguno que haya analizado su incidencia. A pesar de ello, los datos acerca de la prevalencia del insomnio en España coinciden con aquellos de otros países occidentales.

### 4.1. Prevalencia del insomnio

Las cifras de prevalencia del insomnio, en muestras de la población general, varían mucho de unos estudios a otros, lo que puede explicarse por diferencias metodológicas, principalmente relacionadas con la definición de insomnio utilizada.

Se han agrupado los estudios epidemiológicos en las tres categorías más utilizadas, tal y como se propone en la literatura<sup>3</sup>. En primer lugar, está la que incluye las cifras de las manifestaciones clínicas de insomnio, tales como la dificultad para iniciar y/o mantener el sueño o la queja de sueño no reparador, con independencia de su duración o sus consecuencias. El segundo grupo lo componen los que, además de las manifestaciones relativas al sueño nocturno, tienen en cuenta las consecuencias diurnas y la insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño. El tercer grupo responde a los criterios diagnósticos de insomnio, de acuerdo con clasificaciones como las del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (tercera edición revisada –DSM-III-R–, cuarta edición –DSM-IV–, y cuarta edición revisada –DSM-IV-TR–) o la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño (ICSD). Ver apartado 5.4.

Así, en términos de prevalencia en población general, cuando nos referimos a “quejas” sobre el sueño (o quejas de insomnio), los estudios concluyen que alrededor de un 30% de la población tiene al menos alguna de las manifestaciones propias del insomnio. Cuando se añade en la definición las consecuencias clínicas diurnas del insomnio y la insatisfacción con la cantidad/calidad del sueño, la prevalencia se sitúa entre un 9%-15% y un 8%-18%. Finalmente, si la definición se basa además en la clasificación del DSM-IV, la prevalencia de las personas con diagnóstico de insomnio se reduce al 6%<sup>3</sup>. Estos datos se presentan de forma gráfica a continuación.

**Gráfico 1. El insomnio en la población general**



Modificado de Ohayon, Sleep med Rev, 2002<sup>3</sup>

Un metaanálisis realizado en Estados Unidos muestra que del total de pacientes que acuden a AP, más del 50% se quejan de insomnio solo si se les pregunta específicamente por el sueño, el 30% lo mencionan a su médico de cabecera por iniciativa propia, y únicamente el 5% acuden a consulta con el objetivo principal de recibir tratamiento para este problema<sup>4</sup>. Un estudio reciente, también en Estados Unidos, estima que únicamente un 15% de las personas con problemas de sueño fueron diagnosticadas de *Trastornos del sueño*. A un 4% de estos pacientes se les diagnosticó de *Insomnio* y tan sólo la mitad de ellos recibió un posterior tratamiento para esta patología<sup>5</sup>.

También se observa que los pacientes con insomnio de larga duración, según los criterios del DSM III-R y DSM IV, oscilan, respectivamente, entre un 19% (en 1999) y un 26,5% (en 2001)<sup>6</sup>.

En nuestro ámbito, los estudios de prevalencia sobre trastornos de sueño en la población general son muy limitados y muestran que aproximadamente un 23% presenta alguna dificultad de sueño y que un 11% dice tener insomnio<sup>7</sup>. Estas cifras ya se observan en adultos jóvenes<sup>8</sup> y parecen aumentar con la edad<sup>7,9</sup>. El insomnio es el trastorno del sueño que los profesionales de AP encuentran más frecuentemente en su práctica clínica diaria<sup>10</sup>. En un estudio de prevalencia en AP se muestran cifras de un 17,4% de insomnio según criterios DSM-III-R, de un 27% de quejas de mal dormir y un 55,5% no tenían problemas de sueño<sup>11</sup>.

La definición de insomnio, manejada en los estudios, influye en las cifras de prevalencia obtenidas y en las características sociodemográficas del paciente insomne. Independientemente de la definición manejada, las mujeres tienen más riesgo que los hombres de padecer insomnio. Con la edad sólo parecen aumentar las “quejas” sobre el sueño (o quejas de insomnio)<sup>12</sup>, sucediendo lo mismo con el estado civil. En las personas que están separadas,

divorciadas o viudas, (asociación más probable todavía en mujeres) se describe una mayor prevalencia<sup>13</sup>. El insomnio es más frecuente entre las personas que no trabajan de manera remunerada que entre aquellas que lo hacen; aunque esta asociación parece ser un efecto de la edad y del género. Hay unos estudios en los que la prevalencia del insomnio se asocia con un nivel de ingresos más bajo y un menor nivel de educación; pero hay otros estudios que señalan que la explicación vendría de ciertos factores de confusión como es el de la edad<sup>3</sup>.

## 4.2. Impacto del insomnio: cargas asociadas

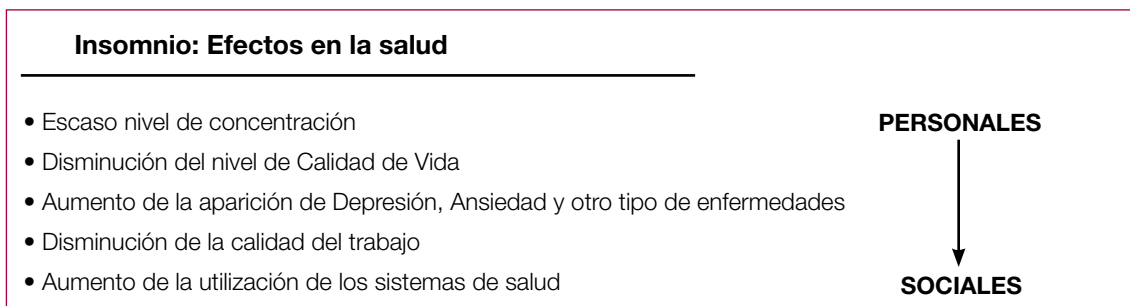
La influencia del insomnio en la salud se ha estudiado poco desde el punto de vista epidemiológico, a excepción de su relación con la psicopatología. No obstante, varios estudios han demostrado una asociación del insomnio con un peor estado de salud en general y con la percepción de la propia salud como mala<sup>14,15</sup>.

El insomnio casi siempre se presenta asociado a fatiga diurna y alteraciones del humor tales como irritabilidad, disforia, tensión, indefensión o incluso estado de ánimo deprimido<sup>14,16,17</sup>. Incluso algún estudio sugiere que el insomnio crónico no tratado puede ser uno de los factores de riesgo para desarrollar depresión mayor<sup>18</sup>. Además, los pacientes con insomnio suelen presentar quejas somáticas, típicamente gastrointestinales, respiratorias, dolores de cabeza, y dolores no específicos<sup>14,19</sup>.

Durante el día, el paciente con insomnio crónico tiene problemas que afectan tanto a su salud como a su funcionamiento social y laboral<sup>6,20</sup>. Por una parte, se queja de síntomas en el ámbito emocional, cognitivo y conductual y de deterioro en los ámbitos social y laboral, con un aumento del absentismo<sup>21</sup>. Por otra, además, tiene más tendencia a tener accidentes de trabajo y de tráfico. En una encuesta, realizada recientemente en Estados Unidos, el 26% de las personas con problemas de insomnio que fueron entrevistadas refirieron que, en contadas ocasiones, tienen sensación de adormecimiento mientras conducen o durante su jornada laboral. Todo ello redundando en una peor calidad de vida: se muestran más impacientes con los demás, tienen dificultades para concentrarse, para organizar su trabajo o advierten que su productividad es más baja de lo esperado<sup>5</sup>.

En cuanto al uso de los servicios asistenciales, algunos estudios también realizados en Estados Unidos, muestran que los pacientes con insomnio, en general, frecuentan más las consultas, lo que supone un aumento de los costes sanitarios tanto directos como indirectos<sup>22,23</sup>. En el esquema 1 se recogen algunos de los efectos que el insomnio provoca en la salud, con consecuencias tanto a nivel personal como social.

**Esquema 1. Efectos del insomnio en la salud**



Cuando el insomnio se cronifica se asocia con una mayor comorbilidad<sup>19</sup>. El insomnio o sus manifestaciones típicas se han relacionado en estudios epidemiológicos con enfermedades respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica –EPOC-, asma, bronquitis crónica), enfermedades reumáticas, enfermedades cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión) y cerebrovasculares (ictus), diabetes y enfermedades que cursan con dolor, entre otras<sup>19,20</sup>.

En cuanto al efecto del tabaco y el alcohol los resultados son claros. Fumar se asocia con más dificultades para iniciar y mantener el sueño, y con más somnolencia diurna, mientras que el alcohol se usa con frecuencia como automedicación entre las personas con insomnio<sup>14,16</sup>. Cerca del 10% de los pacientes con insomnio consumen alcohol varias noches por semana<sup>5</sup>.

Una relación que se ha demostrado repetidamente en estudios de población general es la que existe entre los factores psicopatológicos y el insomnio. Se pone de manifiesto que pacientes con insomnio crónico o persistente tienen un riesgo mayor de padecer otros trastornos psiquiátricos, especialmente depresión, ansiedad o alcoholismo, frente a pacientes sin insomnio o aquellos que ya están recuperados de este trastorno<sup>6</sup>. La relación con la depresión es particularmente clara. Por una parte, las dificultades típicas del insomnio están presentes en cuatro de cada cinco personas con un trastorno depresivo mayor; por otra, la persistencia de las manifestaciones del insomnio aumenta marcadamente la probabilidad de padecer una depresión mayor en un período de un año<sup>13,24</sup>.

No está claro si el hecho de padecer insomnio se asocia con un aumento de la mortalidad. Según algunos autores, los problemas de sueño en el anciano, concretamente, sí están ligados a un mayor riesgo de mortalidad<sup>25</sup>.

En cuanto al impacto del insomnio en la población de nuestro país, se estima que en el año 2006 la población española soportó una *carga de enfermedad*<sup>26</sup> por insomnio, equivalente a 37.628 años de vida perdidos, ajustados por discapacidad (AVAD). Dado que no se registró ninguna defunción ocasionada por esta causa, toda la carga es atribuible a la morbilidad y discapacidad asociadas. Esa cifra de años vividos con mala salud supone el 2,6% de la carga de enfermedad total por enfermedades neuropsiquiátricas, el 0,8% sobre el total de las enfermedades no transmisibles y el 0,7% de los AVAD totales de España. La carga de enfermedad por insomnio (primario) es mayor en mujeres (56% de los AVAD por esa causa) que en hombres, y se concentra entre los 15 y los 59 años de edad (ver tabla 1 y gráfico 2). Con respecto a la de los países europeos, las cifras globales para España son semejantes a las de los países de su entorno europeo (tabla 2).

**Tabla 1. Carga de enfermedad por insomnio (primario)\*. España. 2006**

	Hombre	Mujeres	Total
AVAD	16669	20959	37628
<b>Reparto por sexo</b>			
AVAD	44.3 %	55.7 %	100 %
<b>Sobre el total de neuropsiquiátricas</b>			
AVAD	2.5 %	2.6 %	2.6 %
<b>Sobre el total de enfermedades no trasmisibles</b>			
AVAD	0.7 %	1.0 %	0.8 %

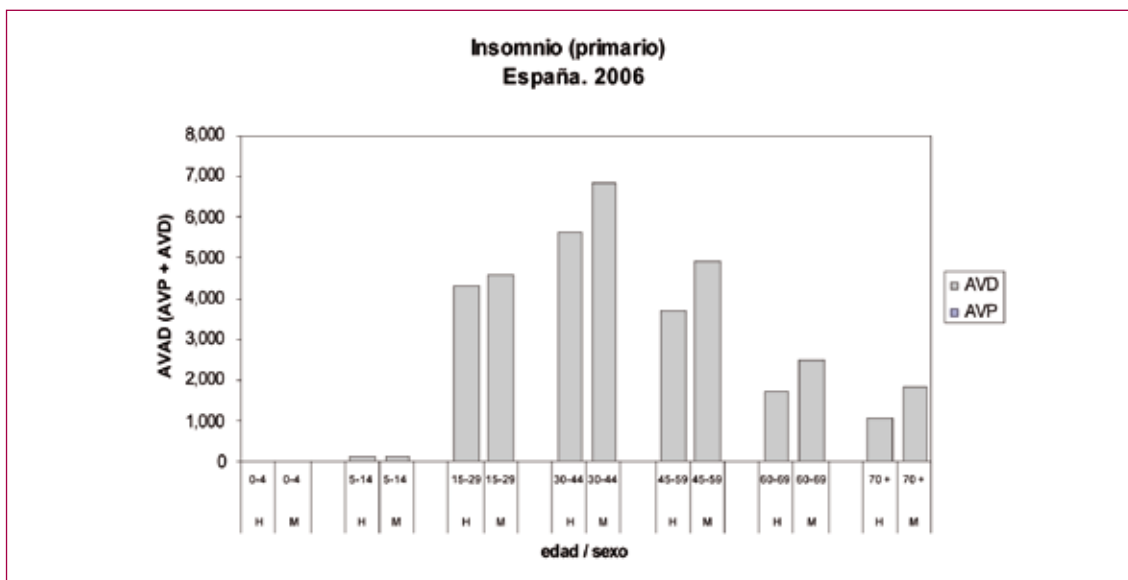
Sobre todas las causas			
AVAD	0.6 %	0.9 %	0.7 %

(\*) Código F51 de la CIE-10

AVAD: Años de vida ajustados por discapacidad.

Fuente: información facilitada y elaborada por el Servicio de Informes de Salud y Estudios. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

**Gráfico 2. Carga de enfermedad por insomnio (primario) por grupos de edad\*. España. 2006**



(\*) Código F51 de la CIE-10

AVAD: Años de vida ajustados por discapacidad.

AVD: Años vividos con discapacidad o mala salud.

AVP: Años de vida perdidos por muerte prematura.

Fuente: información facilitada y elaborada por el Servicio de Informes de Salud y Estudios. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

**Tabla 2. Carga de enfermedad por insomnio (primario)\*. Subregión Europa-A (OMS), 2004**

	Hombre	Mujeres	Total
AVAD	155085	198419	353504
<b>Reparto por sexo</b>			
AVAD	43.9 %	56.1 %	100 %
<b>Sobre el total de neuropsiquiátricas</b>			
AVAD	2.6 %	2.8 %	2.7 %
<b>Sobre el total de enfermedades no transmisibles</b>			
AVAD	0.7 %	0.9 %	0.8 %
<b>Sobre todas las causas</b>			
AVAD	0.6 %	0.9 %	0.7 %

(\*) Código F51 de la CIE-10

AVAD: Años de vida ajustados por discapacidad.

Fuente: WHO. The global burden of disease: 2004 update (2008). Información facilitada y elaborada por el Servicio de Informes de Salud y Estudios. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

## Personas mayores

Hay pocos estudios sobre prevalencia de insomnio en las personas mayores de 65 años. En estudios internacionales, las cifras varían entre un 12% y un 40%<sup>27</sup>. En nuestro ámbito, los estudios muestran que, aunque alrededor de un 32% de los mayores presentan perturbaciones en la esfera del sueño, las cifras se sitúan en torno al 12% cuando se refieren a las clasificaciones del insomnio. Destacan como más prevalentes las que se refieren al “despertar precoz” y al “despertar cansado”<sup>7,9</sup>.

Aunque no todas las alteraciones del sueño son patológicas en estas franjas de edad, las perturbaciones del sueño graves pueden contribuir a la depresión y a un deterioro cognitivo<sup>18</sup>. Hay estudios que informan de que el sueño alterado de forma crónica influye en el funcionamiento diurno (por ejemplo el humor, la energía, el rendimiento) y la calidad de vida, y hay evidencias de que estas perturbaciones del sueño contribuyen significativamente a aumentar los costes de atención de la salud<sup>27</sup>.

Las tasas de prevalencia de insomnio son aun más altas cuando se tienen en cuenta la coexistencia de otras enfermedades clínicas o psiquiátricas. Los cambios de estilo de vida relacionados con la jubilación, la mayor incidencia de problemas de salud y el mayor uso de medicación, sitúan a las personas mayores en un mayor riesgo de alteraciones del sueño<sup>27</sup>.

Las consecuencias del insomnio crónico en los mayores se traducen en tiempos de reacción más lentos y mayor dificultad para mantener el equilibrio, lo que conlleva un incremento del riesgo de caídas. Estas caídas están directamente relacionadas con un incremento del riesgo de mortalidad. También presentan déficits en atención y memoria como resultado de un sueño pobre o escaso, síntomas que podrían ser malinterpretados como propios de un deterioro cognitivo leve o demencia<sup>25,28</sup>.