

ORIGINALES

Prevalencia de insomnio y consumo de psicofármacos en ancianos de una zona básica de salud de Cuenca

M.P. Redondo-Martínez^a, F. Salcedo-Aguilar^a, M.A. García-Jiménez^b, M.L. Monterde-Aznar^a, F.M. Rodríguez-Almonacid^a y A.I. Marcos-Navarro^a

Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria y Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Objetivos. El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente, incrementándose a medida que avanza la edad, lo que produce un aumento paralelo en el uso de hipnóticos. En el anciano, la prevalencia de insomnio, según distintos autores, oscila en el 17-43% en función de los criterios de diagnóstico utilizados y el tipo de población a estudio. Los objetivos de este trabajo son determinar la prevalencia de insomnio en población de edad igual o mayor a 65 años de una zona básica de salud (ZBS) y el consumo farmacéutico relacionado con él.

Diseño. Estudio transversal mediante cuestionario *ad hoc* sobre hábitos de sueño, administrado por personal sanitario, que incluye variables sociodemográficas, consumo de psicofármacos, valoración cognitiva mediante el Mini Examen Cognitivo y escala de ansiedad-depresión de Goldberg. Se utilizaron los criterios de Hartman y DSM-IV para el diagnóstico de insomnio.

Emplazamiento. Centro de Salud Cuenca I.

Pacientes. Muestra aleatoria de 343 sujetos a partir de una población de 2.253 personas de edad mayor o igual a 65 años.

Mediciones y resultados principales. La prevalencia encontrada fue del 13,6% (Hartman) y 30,7% (DSM-IV), más frecuente en mujeres ($p < 0,005$), en aquellos que presentan enfermedad psiquiátrica ($p < 0,01$) y con puntuaciones altas en la escala de ansiedad-depresión ($p < 0,001$). Un 46,10% refiere hipersomnolencia diurna. El 19,1% toma algún fármaco para dormir, el 74,6% a diario. Las benzodiazepinas de vida media larga y corta son los más usados, consumiendo más las mujeres y los insomnes ($p < 0,01$).

Conclusiones. La prevalencia de insomnio en nuestra población es ligeramente inferior a la descrita en otros estudios y el consumo de fármacos para dormir, aunque inadecuado, es similar al referido en la bibliografía.

Palabras clave: Envejecimiento; Insomnio; Prevalencia; Psicofármacos; Sueño.

INSOMNIA PREVALENCE AND PSYCHOTROPIC MEDICATION CONSUMPTION IN ELDERLY POPULATION IN CUENCA

Objectives. Insomnia is the most common sleeping disorder, increasing as people get older, which therefore creates an increase in the use of hypnotics. The presence of insomnia in elderly people, according to different authors, ranges between 17 and 43% depending on the criteria of diagnosis used and the group of population studied. The objectives of this study are to determine the prevalence of insomnia in a population of 65 years and over in a Basic Health Area and the medical consumption related to it.

Design. A cross sectional study by means of an *ad hoc* questionnaire about sleeping habits given by medical staff, including social demographic variables, psychotropic medication consumption, cognitive assessment by means of Mini Mental Status Examination and a range of anxiety-depression of Goldberg. Hartman and DSM-IV criteria were used for the insomnia diagnosis.

Setting. Cuenca I Primary Care Center, Cuenca (Spain).

Patients. A random sample of 343 patients of a population of 2253, 65 years and over.

Measurements and main results. The prevalence found was 13.6% (Hartman) and 30.7% (DSM-IV) more common amongst women ($p < 0.005$), sufferers of psychiatric illnesses ($p < 0.01$) and those at the top-half of the anxiety-depression scale ($p < 0.001$). A 46.1% suffer from daylight hypersomnia. A 19.1% takes some kind of medication to help them sleep and the 74.6% of them take it daily. Long and short plasma half-life benzodiazepines are the most consumed, with women and insomniacs being the majority consumers.

Conclusions. The prevalence of insomnia in our population is slightly inferior to that of other studies and the consumption of sleep-enhancing medication although inappropriate is similar to that referred to in literature.

(Aten Primaria 2000; 25: 400-404)

Estudio financiado por la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

^aUnidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. ^bServicio de Neurofisiología Clínica.

Correspondencia: Fernando Salcedo Aguilar.
Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria.
Parque San Fernando, s/n. 16004 Cuenca.
Correo electrónico: gap.cuenca@ctv.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 8-XI-1999.

Introducción

Actualmente, los trastornos del sueño suponen una patología muy relevante por su frecuencia, pues afectan a una proporción del 20-52,1% de la población general¹⁻³. Se ha comprobado en distintos estudios que la frecuencia de trastornos del sueño aumenta con la edad, así como que se incrementa paralelamente el uso de ansiolíticos e hipnóticos⁴⁻⁷.

El trastorno del sueño más frecuente es el insomnio, definido por las alteraciones en el inicio del sueño y en el mantenimiento del mismo, con una frecuencia diferente según la edad¹. Los trastornos del sueño, tan comunes en los ancianos, pueden ser consecuencia de una enfermedad psiquiátrica, de un problema médico, de hábitos de sueño inadecuados o de una enfermedad primaria del sueño^{3,8-12}.

Existen múltiples técnicas y cuestionarios para medir la prevalencia de trastornos del sueño. En España, se han utilizado cuestionarios *ad hoc* en la mayoría de los estudios¹²⁻¹⁷. Las técnicas de medición utilizadas en los distintos trabajos han seguido metodologías muy dispares; por tanto, las prevalencias obtenidas han sido muy diferentes, siendo de este modo difícilmente comparables.

En el estudio multicéntrico rural realizado en la provincia de Cuenca en 1995, que analizó el insomnio en población mayor de 65 años¹⁸, García Jiménez y colaboradores utilizaron un cuestionario estructurado para encuesta con entrevistador, encontrando una prevalencia de insomnio del 16,57% según criterios de Hartmann¹⁹ y del 41,7% según criterios DSM-IV²⁰.

Teniendo en cuenta la elevada prevalencia de estos trastornos, su im-

portante influencia en la calidad de vida^{5,21-22} y el progresivo envejecimiento de la población, podemos afirmar que los trastornos del sueño en ancianos representan un problema de salud pública con repercusiones médicas y sociales de primer orden^{11,23}.

Los objetivos del estudio fueron:

– Determinar la prevalencia de insomnio en la población de edad mayor o igual a 65 años, adscrita a la ZBS Cuenca-I, definido según criterios de Hartmann.

– Conocer los factores relacionados con el insomnio en esta población.

– Estimar el consumo farmacéutico en ancianos con insomnio.

Pacientes y métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal, sobre población anciana de la ZBS Cuenca-I. Esta es una zona mixta que atiende población rural y urbana con un total de 13.489 habitantes. Se extrajo una muestra aleatoria de la población mayor o igual a 65 años, adscrita a la ZBS Cuenca-I, mediante muestreo sistemático ($k = 7$) con arranque aleatorio a partir del listado de tarjeta sanitaria individual. A cada individuo de la muestra se le asignaron 2 sustitutos, para el caso de no poder localizar al seleccionado en primer lugar.

El universo poblacional fue de 2.253 personas de edad mayor o igual a 65 años (listado de tarjeta sanitaria individual). Considerando una prevalencia estimada del 35%, con una precisión de $\pm 5,4\%$, y para un nivel de confianza del 95%, se estimó un tamaño muestral de 303 sujetos. Considerando las posibles pérdidas, el número total de sujetos de estudio se elevó a 343. El trabajo de campo se realizó entre octubre y diciembre de 1998.

Como instrumento de medición se utilizó un cuestionario estructurado con preguntas cerradas y abiertas, dividido en 5 apartados:

1. Variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, procedencia rural o urbana).

2. Valoración cognitiva previa de los sujetos a estudio mediante el cuestionario Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), validado en nuestro medio por Lobo et al.^{24,25}, para discriminar entre las personas que pueden responder por sí mismas o no. Se consideró deterioro cognitivo si la puntuación en el MEC era de 23 o menos, corrigiendo dicha puntuación en los casos de analfabetismo o pérdidas sensoriales (no se valoraron los ítems que por su nivel cultural o por sus déficit no fuera capaz de cumplir el paciente).

Se administró la encuesta a los sujetos seleccionados que hubieran obtenido 20 puntos o más, al considerar que sujetos con deterioro cognitivo leve pueden res-

ponder satisfactoriamente a las preguntas sobre trastornos del sueño, pertenecientes a «lo instintivo» del sujeto, y por tanto más fáciles de responder. Si el sujeto obtuvo una puntuación inferior a 20 puntos, se pasó la encuesta al cuidador principal (con las oportunas correcciones).

3. Antecedentes personales y hábitos tóxicos:

– Antecedentes personales de enfermedad orgánica y/o psiquiátrica y consumo de fármacos.

– Hábitos tóxicos: consumo de alcohol, tabaco, cafeína o colas.

4. Historia de sueño:

– Hábitos y rutinas de sueño.

– Trastornos del sueño e insomnio: queja de sueño, tiempo de latencia del sueño, dificultad en su mantenimiento y despertar precoz.

– Consumo de fármacos relacionados con el insomnio: tipo, dosis, frecuencia y duración del tratamiento.

5. Escala de ansiedad-depresión de Goldberg, versión española del Grupo de Trabajo de Zaragoza para el estudio de la morbilidad psíquica y psicósomática (GZEMPP). Consta de 18 ítems, 9 de ansiedad y 9 de depresión, considerando puntos de corte: mayor o igual a 4 para la ansiedad y mayor o igual a 2 para la depresión.

Se considera persona con insomnio, según los criterios de Hartmann, aquella que manifiesta queja acerca del sueño, cuyo período de latencia es mayor o igual a 60 minutos, siendo el tiempo de mantenimiento menor de 6 horas²².

Se define como insomnio crónico cuando los síntomas anteriores se producen como mínimo 3 veces por semana, durante al menos un mes. Así mismo, consideramos consumidor habitual de fármacos inductores al sueño aquel sujeto que los utiliza más de 3 veces por semana durante un mes o más.

Realización de la encuesta

Se realizó un pilotaje para homogeneizar las condiciones de administración del cuestionario entre los entrevistadores del equipo investigador, sobre todo en lo referente al MEC y a la escala de ansiedad-depresión de Goldberg, utilizando grabaciones en vídeo.

A los sujetos de estudio, se les citó mediante carta y llamada telefónica de recuerdo. En caso de no asistir a la primera cita, se hicieron 2 llamadas telefónicas para intentar una nueva cita. Tras estas rellamadas, a los sujetos que no acudieron a la cita se les consideró como no respondedores.

En caso de no localización, se siguió la misma sistemática con el primer sustituto y luego con el segundo, si fue necesario. A las personas que no pudieron acudir al centro, se les pasó la encuesta en su domicilio.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos y se utilizó la χ^2 para comparar variables cualitativas, la χ^2 de Mantel Ha-

enszel para asociación lineal y la t de Student para variables cuantitativas continuas. Se utilizó el paquete estadístico SPSS.

Resultados

Datos sociodemográficos

De los 343 sujetos inicialmente seleccionados se obtuvieron 309 encuestas válidas (9,9% de no respondedores). De ellos un 55,3% fueron mujeres y el 44,7% varones, con una media de edad de $74,51 \pm 6,86$ años (límites, 65-98). Un 63,8% estaba casado y el 12% vivía solo. La mayoría (78,3%) procedía del medio urbano. El 13,6% era analfabeto y más de dos tercios (68,3%) no habían completado el bachillerato.

Una 25,6% presentaba algún grado de deterioro cognitivo ($MEC \leq 23$ puntos), un 6,8% ansiedad y un 12,7% depresión, según la escala de Goldberg.

El 92,9% presentaba alguna enfermedad crónica: HTA (43,4%), enfermedad musculoesquelética (30,1%), digestiva (21,4%) y psiquiátrica (10,7%). Tomaban medicamentos en relación con su enfermedad un 82,8%. Refería consumir café el 32%, alcohol un 26,2% y tabaco el 9,1%.

Prevalencia de insomnio

El 13,6% (IC del 95%, 9,8-17,4) tenía insomnio según los criterios de Hartmann y un 30,7% (IC del 95%, 25,6-35,8) según los del DSM-IV. En la **tabla 1** se muestra la proporción de pacientes insomnes en relación con las principales variables sociodemográficas. Destaca una mayor proporción de insomnes en las mujeres, aunque cuando se emplean los criterios de Hartmann esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Los datos de prevalencia de insomnio según grupos de edad se muestran en la **tabla 2**.

Los pacientes que refieren presentar alguna enfermedad tienen insomnio en mayor proporción que los que se declaran sanos. En la **tabla 3** se muestran las proporciones de pacientes insomnes según padezcan o no las distintas enfermedades cuyas diferencias alcanzan significación estadística.

Los pacientes que toman antidepresivos y diuréticos presentan insomnio con mayor frecuencia que los que no los toman. Entre los consumido-

TABLA 1. Proporción de pacientes con insomnio para distintas variables sociodemográficas

Variables	Insomnes según criterios Hartmann		Insomnes según criterios DSM-IV	
	%	p	%	p
Sexo				
Varones	10,9	0,21	22,5	0,005
Mujeres	15,8		37,4	
Vive solo				
Sí	13,5	0,988	29,7	0,887
No	13,6		30,9	
Analfabetismo				
Sí	12,7	0,267	30,3	0,696
No	19		33,3	
Estudios				
Con estudios	16,1	0,058	34,1	0,059
Sin estudios	8,2		23,5	
Estado civil				
Casados	13,2	0,789	30,5	0,885
Otros	14,3		31,3	

En negrita los valores que alcanzan significación estadística.

TABLA 2. Prevalencia de insomnio según grupos de edad

Criterio de insomnio	Grupos de edad			p*
	65-69	70-74	75 y más	
Hartmann				
n	7	11	24	0,052
%	7,9	13,9	17	
DSM-IV				
n	19	28	48	0,058
%	21,3	35,4	34	

*p con χ^2 de Mantel Haenszel para asociación lineal.

TABLA 3. Proporción de pacientes con insomnio para las enfermedades cuyas diferencias alcanzan significación estadística

Variables	Insomnes según criterios Hartmann		Insomnes según criterios DSM-IV	
	%	p	%	p
Presenta alguna enfermedad				
Sí	14,6	—	32,4	0,022
No	0		9,1	
Enfermedad digestiva				
Sí	13,6	0,991	40,9	0,044
No	13,6		28	
Enfermedad musculoesquelética				
Sí	19,4	0,052	43	0,002
No	11,1		25,5	
Enfermedad psiquiátrica				
Sí	27,3	0,015	51,5	0,006
No	12		28,3	

res de alcohol y café existe una menor proporción de insomnes que entre los que no consumen estas sustancias. Estos resultados se muestran en la **tabla 4**.

Aquellos pacientes con puntuaciones altas en la escala de ansiedad y depresión de Goldberg presentan con más frecuencia insomnio que los que puntúan bajo en dicho test (**tabla 5**). En cuanto a la percepción del patrón de sueño por el propio sujeto, un 33% refiere queja subjetiva de sueño. Tienen dificultad para conciliar el sueño el 40,3% de los encuestados y para mantenerlo (se despiertan antes de lo deseado) el 33,8%.

La mayoría (90,9%) refiere despertarse alguna vez durante la noche (sueño fragmentado), siendo el motivo más frecuente (76,2%) para orinar. Un 10,7% declara sueño no reparador y el 46,2% manifiesta algún tipo de hipersomnolencia diurna, con más frecuencia en situaciones de reposo como después de comer (52,4% de los que refieren hipersomnolencia) o ante el televisor (46,9%). Se levantan cansados en mayor proporción los insomnes (28,6%) que los que duermen bien (7,9%) ($p < 0,001$). Los insomnes utilizan alguna rutina para iniciar el sueño en mayor proporción (28,6%) que los que no lo son (15,4%) ($p = 0,004$).

Consumo de psicofármacos

Un 19,1% toma algún medicamento para dormir, y de ellos el 74,6% lo hace diariamente. Las benzodiazepinas fueron el grupo farmacológico más utilizado (79,7%), siendo las de uso más habitual las de vida media larga (35,6%) y corta (33,9%). Las mujeres consumen más fármacos para dormir que los varones (27,5 frente a 8,7%, $p < 0,001$). Como es obvio, los insomnes consumen más fármacos para dormir: 33,7 frente a 12,6% ($p < 0,001$). El consumo de psicofármacos fue mayor en los ancianos con queja de sueño (33,3%) que en aquellos que no la referían (12,1%) ($p < 0,001$). Dicho consumo era significativamente mayor en los que tenían dificultad para conciliar el sueño (27,4 frente a 13,6%, $p = 0,002$); no siendo así en los que manifestaban sueño fragmentado o despertar precoz.

Discusión

El principal problema a la hora de comparar los resultados de prevalen-

TABLA 4. Proporción de pacientes con insomnio en relación con los hábitos tóxicos y el consumo de medicamentos

Variables	Insomnes según criterios Hartmann		Insomnes según criterios DSM-IV	
	%	p	%	p
Fuma				
Sí	7,1	0,296	21,4	0,263
No	14,2		31,7	
Consume alcohol				
Sí	8,6	0,13	19,8	0,013
No	15,4		34,6	
Consume café				
Sí	11,1	0,382	21,2	0,013
No	14,8		35,2	
Antidepresivos				
Sí	35,7	0,013	57,1	0,028
No	12,5		29,5	
Diuréticos				
Sí	13,6	0,997	39,5	0,047
No	13,6		27,6	

En negrita los valores que alcanzan significación estadística.

TABLA 5. Proporción de pacientes con insomnio en relación con los diagnósticos de ansiedad y depresión según la escala de Goldberg

Variables	Insomnes según criterios Hartmann		Insomnes según criterios DSM-IV	
	%	p	%	p
Ansiedad según escala de Goldberg				
Sí	38,1	0,001	76,2	< 0,001
No	11,5		27,3	
Depresión según escala de Goldberg				
Sí	23,1	0,066	56,4	< 0,001
No	12,3		27,1	

En negrita los valores que alcanzan significación estadística.

cia de insomnio es la heterogeneidad de los distintos trabajos en cuanto a sujetos de estudio (mayores de 18 años o sólo ancianos), ámbito del estudio (población general, población ambulatoria u hospitalaria, institucionalizada o no) instrumento de medida y criterio de insomnio utilizado. En nuestro caso hemos encontrado una estimación puntual de la prevalencia de insomnio según criterios de Hartmann del 13,6%, algo inferior al 17,9% detectado por González García-Portilla en Oviedo capital²⁶ y al 16,57% de García Jiménez en población rural conquense¹⁸, ambos estudios comparables al nuestro, al tratarse de estudios de base poblacional en sujetos mayores de 65 años. En cualquier caso, los intervalos de confianza de los 3 estudios se solapan, y

aunque en nuestro caso se trata de una población mixta (80% urbana y 20% rural) podemos decir que no existen diferencias en la prevalencia de insomnio entre ellos. Según criterios del DSM-IV, nuestra estimación de la prevalencia de insomnio es del 30,7%, también similar a la referida por Bobes¹² en población involutiva ovetense e inferior a la referida por García Jiménez¹⁸ en Cuenca. Cuando se trata de población atendida en los centros de salud, la prevalencia se eleva (59% Blanquer¹⁵, 55,5% Mata¹⁶), aunque se estudie población mayor de 15 años. Aunque en nuestros datos hallamos un aumento de la proporción de insomnes con la edad (tabla 2), este incremento no alcanza significación estadística (χ^2 de Mantel Haenszel),

probablemente por el pequeño tamaño de los distintos grupos de edad. Pese a que esta relación es bien conocida por múltiples estudios epidemiológicos²², el insomnio en los ancianos no se debe considerar como algo inevitable y debe ser correctamente evaluado por el médico de familia, tanto para diagnosticar posibles trastornos subyacentes como para conocer los hábitos e higiene del sueño de sus pacientes.

En todos los estudios es un hallazgo constante que las mujeres presenten insomnio en mayor proporción que los varones^{1,27}. Nuestro estudio no es una excepción a esta regla. De igual manera, la relación del insomnio con los trastornos psiquiátricos es bien conocida²⁸. Los pacientes deprimidos y ansiosos tienen una prevalencia de insomnio muy superior, como ocurre en nuestro caso (tabla 5), a la de aquellos libres de dichos trastornos. Algunos autores sostienen que los trastornos del sueño son buenos predictores de depresión²⁸, sobre todo en ancianos²⁷.

Los ancianos que hemos estudiado tienen un elevado consumo de medicamentos para dormir (19,1%), aunque en niveles similares a otros estudios³⁰⁻³². La utilización de psicofármacos se incrementa con la edad^{5,29} y es mayor en mujeres²⁹. Como era de esperar, los ancianos con insomnio consumen en mayor proporción psicofármacos. En concordancia con los hallazgos de otros autores²⁹, la dificultad para conciliar el sueño conduce a un mayor consumo que el sueño fragmentado o el despertar precoz, lo que probablemente esté en relación con la utilización de benzodiazepinas de vida media corta encontrado en nuestra población.

El principal grupo farmacológico utilizado son las benzodiazepinas; éstas producen somnolencia diurna, insomnio de rebote cuando se retiran y dependencia en tratamientos a largo plazo. Por otra parte, los ancianos se hacen más vulnerables a estos problemas por sus cambios en la farmacocinética y farmacodinamia que se producen con la edad y por el incremento del consumo a largo plazo como consecuencia de los cambios en el patrón del sueño³³. Incluso su consumo se ha relacionado con una mayor mortalidad en un estudio de seguimiento a 5 años³⁴. Por ello, una adecuada educación sanitaria en los hábitos e higiene del sueño debe ser la base de la actitud terapéutica ante

un anciano que padece insomnio y, en caso de necesitar un fármaco, éste debe ser cuidadosamente seleccionado, dosificado y controlado³⁵⁻³⁶.

Bibliografía

1. Rosekind MR. The epidemiology and occurrence of insomnia. *J Clin Psychiatry* 1992; 53 (Supl): 4-6.
2. Ohayon M. Epidemiological study on insomnia in the general population. *Sleep* 1996; 19 (Supl): 7-15.
3. Bixler EO, Kales A, Soldatos CR, Kales JD, Healey S. Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 1257-1262.
4. Ohayon MM, Caulet M. Psychotropic medication and insomnia complaints in two epidemiological studies. *Can J Psychiatry* 1996; 41: 457-464.
5. Kageyama T, Kabuto M, Nitta H, Kurokawa Y, Taira K, Suzuki S et al. Prevalence of use of medically prescribed hypnotics among adult Japanese women in urban residential areas. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 52: 69-74.
6. Quera-Salva MA, Orluc A, Goldenberg F, Guilleminault C. Insomnia and use of hypnotics: study of a French population. *Sleep* 1991; 14: 386-391.
7. Seppala M, Hyyppa MT, Impivaara O, Knuts LR, Sourander L. Subjective quality of sleep and use of hypnotics in an elderly urban population. *Aging (Milano)* 1997; 9: 327-334.
8. Hohagen F, Kappler C, Schramm E, Rink K, Weyerer S, Riemann D et al. Prevalence of insomnia in elderly general practice attenders and the current treatment modalities. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 102-108.
9. Bachman DL. Sleep disorders with aging: evaluation and treatment. *Geriatric* 1992; 47: 59-61.
10. Asplund R. Sleep and hypnotics among the elderly in relation to body weight and somatic disease. *J Intern Med* 1995; 238: 65-70.
11. Henderson S, Jorm AF, Scott LR, MacKinnon AJ, Christensen H, Korten AE. Insomnia in the elderly: its prevalence and correlates in the general population. *Med J Aust* 1995; 162: 22-24.
12. Bobes García J, Bousoño García M, González García-Portilla MP, Pedregal Sánchez J. Trastornos del sueño en la población involutiva ovetense. En: *Calidad de vida y sueño*. Area científica Menarini 1993; 63-65.
13. Rodríguez-López A, Mateos-Álvarez R. Epidemiología de los trastornos del sueño y sintomatología depresiva. En: *III Simposio Internacional sobre el sueño*. Barcelona: Andreu, 1989.
14. González de Rivera JL. El insomnio como queja subjetiva en la población general. *An Psiquiatría* 1991; 7: 372-376.
15. Blanquer JJ, Ortolá P, Rodríguez JJ, Marín N, Mulet MJ. Análisis epidemiológico del insomnio en un centro de atención primaria. *Aten Primaria* 1994; 14: 609-614.
16. Mata Ruiz I, Ortiz Lobo A, Hernández Monsalbe M, Gervás C. El insomnio en la consulta del médico de cabecera: la opinión del paciente y la del profesional. *Aten Primaria* 1995; 16: 271-274.
17. Miralles C, Llevadot M, Cabezas C, Busquets E. Estudio de la prevalencia de insomnio en un ABS de Hospitalet de Llobregat. *Aten Primaria* 1992; 10: 999-1000.
18. García Jiménez MA, Núñez Acebron JL, Martínez Linuesa R, Valera Carrasco P, Collado Rubio Iniesta M, Gómez Melero C et al. Prevalencia de insomnio en personas mayores de 65 años de una población rural. *V Reunión Científica de la Asociación Ibérica de patología del sueño*. *Vigilia Sueño* 1996; 8: 90.
19. Hartmann F. Insomnia: diagnosis and treatment. En: *Williams RI, Kasecan I, Moore CA, editores. Sleeps disorders: diagnosis and treatment*. Nueva York: John Wiley & Sons, 1988.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4.ª ed.) (DSM IV)*. Washington DC: APA, 1994.
21. Domínguez Ortega L. Trastornos del sueño. *Jano* 1994; 1.085: 37-40.
22. Ancoli-Israel S, Kripke DF. Prevalent sleep problems in the aged. *Biofeedback Self Regul* 1991; 16: 349-359.
23. Domínguez Ortega L, Díaz Gallego E. Insomnio: epidemiología y clasificación. *Jano* 1994; 1.086: 61-64.
24. Lobo A, Escolar V, Ezquerro J, Seva A. «Mini-Examen Cognoscitivo»: un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectivas en pacientes psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Med* 1980; 5: 39-57.
25. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura T et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 767-774.
26. González García-Portilla P, Pedregal Sánchez JA, López Rodríguez JL, Bousoño García M, Bobes García J. Sueño, deterioro orgánico y salud general en población involutiva. Estudio en una zona básica de salud de Oviedo. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1991; 19: 191-199.
27. Livingston G, Blizard B, Mann A. Does sleep disturbance predict depression in elderly people? A study in inner London. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 445-448.
28. Ohayon MM, Caulet M, Lemoine P. Comorbidity of mental and insomnia disorders in the general population. *Compr Psychiatry* 1998; 39: 185-197.
29. Ohayon MM, Caulet M, Priest RG, Guilleminault C. Psychotropic medication consumption patterns in the UK general population. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 273-283.
30. Morgan K, Dallos H, Ebrahim S, Arie T, Fentem PH. Prevalence, frequency, and duration of hypnotic drug use among the elderly living at home. *BMJ* 1988; 296: 601-602.
31. Rodríguez F, Martínez B, Saucedo R, Cobos F, García Morillas F, Luna J et al. Aspectos diferenciales sobre la prescripción de fármacos en ancianos residentes de la zona nordeste de Granada: estudio sobre 366 individuos. *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 24-27.
32. Hohagen F, Rink K, Kappler C, Schramm E, Riemann D, Weyerer S et al. Prevalence and treatment of insomnia in general practice. A longitudinal study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993; 242: 329-336.
33. Morgan K. Hypnotics in the elderly. What cause for concern? *Drugs* 1990; 40: 688-689.
34. Rumble R, Morgan K. Hypnotics, sleep, and mortality in the elderly people. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 787-791.
35. Folks DG, Burke WJ. Psychotherapeutic agents in older adults. Sedative hypnotics and sleep. *Clin Geriatr Med* 1998; 14: 67-86.
36. Johnston JE. Sleeps problems in the elderly. *J Am Acad Nurse Pract* 1994; 6: 161-166.