

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Trastornos del sueño

Sleep disorders

G. Miranda-Nava^{a,*}

Recibido: 13 de marzo de 2018

Aceptado: 09 de abril de 2018

PALABRAS CLAVE:

Políticas de la salud;
Salud pública;
Sueño.

KEY WORDS:

Health policies;
Public health;
Sleep.

RESUMEN

Los trastornos del sueño son una patología frecuente tanto aislada como asociada a otros desórdenes que afectan ámbitos cotidianos, principalmente en el desempeño laboral. La prevención mediante diagnósticos específicos y estudios polisomnográficos nos llevan a identificar la importancia de una política pública en salud asociada con factores ambientales y sociales, la cual garantizará la salud de las sociedades, pues constituye una parte fundamental en la prestación de servicios que las personas buscan para vivir en ambientes que garanticen y promuevan su salud.

ABSTRACT

Sleep disorders are a very frequent pathology, both endemic and associated with other disorders, what affect the human being, in everyday areas and mainly in a work performance, citing the timely prevention with respect to the subject, through specific diagnoses and polysomnographic studies, will lead us to notice the importance of a public health policy, associated with environmental and social factors. Public policies regarding health will guarantee the health of societies. They constitute a fundamental part in the provision of services, which people seek and want to live in environments that guarantee and promote their health.

^a Centro Hospitalario del Estado Mayor Presidencial, México.

*Autor para correspondencia: drgabrielmiranda@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La cultura occidental centra su conceptualización de salud en torno al estado de bienestar del cuerpo, pero deja en segundo plano otras condiciones, como el sueño, que promueven su confort de manera directa. Esta postura frente a la salud es evidente al revisar las políticas públicas que la regulan.

La relación entre vigilia y sueño debe ser armónica, ya que el desequilibrio entre ambos está considerado como una crisis, situación que además origina trastornos que aminoran el estado de bienestar de una persona y en consecuencia generan problemas de salud pública. Aun cuando existen múltiples estudios en torno al tema y escalas para su evaluación, en países de habla hispana su equivalencia con la versión anglosajona es cuestionable si no se utiliza la traducción fiel del instrumento, pues disminuye su confiabilidad y validación de la escala de somnolencia de Edworth en la población mexicana,¹ validez de los datos recuperados a fin de caracterizar dicha problemática y proponer una política pública que permita tipificarla como enfermedad o trastorno, regular su diagnóstico, atención y en su caso legislar en temas laborales.

Al ser un trastorno a nivel mundial se han creado iniciativas como la World Sleep Society, Advancing Sleep Health Worldwide, fundada por la Asociación Mundial de Medicina del Sueño; sin embargo, ningún organismo de nuestro país se ha sumado a este colectivo.

La problemática es socialmente relevante debido a que hoy en día las personas están obligadas a cumplir jornadas laborales amplias, lo cual genera que duerman menos horas, deterioro de la calidad de vida, salud y un vacío normativo que promueve la mejora de estas condiciones.

Dicho lo anterior, se encuentra documentada la relación que guarda esta condición con la obesidad, hipertensión, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos psiquiátricos (depresión o ansiedad). A pesar de ello, en nuestro país no se vislumbra la conformación de agendas públicas en el presente ni en el horizonte 2030.

Para fines de este estudio, se han recuperado los conceptos fundamentales que dan soporte al fenómeno denominado trastorno del sueño; aun cuando la bibliografía es incipiente se perciben coincidencias claras en torno a:

- El sueño es un estado fisiológico, activo y rítmico que aparece cada 24 horas, alternándose con otro estado de conciencia que es la vigilia.²

- Es la actividad que ocupa una tercera parte de nuestra vida y plantea interrogantes por aclarar, ya que es uno de los procesos más importantes del ser humano porque tiene que ver con todas sus funciones, desde las más simples, como procesos mecánicos, hasta las más complicadas, como cálculos mentales.³
- El sueño y la vigilia son funciones cerebrales; es decir, están sujetas a alteraciones del sistema nervioso.⁴ Durante la vigilia percibimos e interpretamos estímulos del mundo externo, interactuamos con dicho mundo y lo modificamos. Por el contrario, del sueño ligero al profundo existe una disminución de la capacidad de responder a estímulos externos y su esencia fundamental es retirarnos de la interacción con el ambiente.⁵
- La vigilia es un estímulo potente para la ventilación, independiente de los estímulos aferentes centrales o periféricos provenientes de los quimiorreceptores.⁶
- La ciencia y la experiencia han demostrado que dormir es una actividad absolutamente necesaria para el ser humano. Desde siempre ha habido personas con problemas de sueño, pero solo en las últimas décadas se han definido estas alteraciones como una distorsión de salud que modifica y condiciona nuestra existencia.²
- Es recomendable dormir entre 7 y 8 horas diarias; sin embargo, algunas personas duermen más de 9 y otras menos de 5, por ello, el sueño habitual se ve afectado por los trastornos del sueño.^{7,8}
- La privación de horas de sueño puede provocar somnolencia diurna (sueño excesivo durante el día) y empeorar el rendimiento neurocognitivo y psicomotor.⁹

Al respecto, Pérez-Larraya retoma la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10,¹⁰ misma que se presenta a continuación:

Tabla 1. Resumen de la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño ICSD-1

<i>Disomnias</i>	<i>Parasomnias</i>	<i>Alteraciones asociadas a otras enfermedades</i>	<i>SD propuestos</i>
<p>Intrínsecas</p> <ul style="list-style-type: none"> Insomnio psicofisiológico. Mala percepción del sueño. Insomnio idiopático. Narcolepsia. Hipersomnia idiopática. SAOS. MPP. Síndrome de apneas centrales. <p>Extrínsecas</p> <ul style="list-style-type: none"> Secundario a: altitud, alergia a alimentos, alcohol, fármacos, higiene del sueño, ruido. <p>Alt. Ritmo circadiano</p> <ul style="list-style-type: none"> Jet-lag, ritmo irregular, ciclo corto, ciclo largo, trabajo en turnos. 	<p>Alteraciones al despertar</p> <ul style="list-style-type: none"> Despertar confusional. Sonámbulo. Terrores nocturnos. <p>Alteraciones transición vigilia-sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> Jactatio capis Somniloquios. Calambres nocturnos. <p>Parasomnias en REM</p> <ul style="list-style-type: none"> Parálisis del sueño. Pesadillas Alteraciones de conducta en REM. <p>Otras parasomnias</p> <ul style="list-style-type: none"> Bruxismo, enuresis, disquinesia paraxística nocturna, mioclonus, ronquido primario, hipoventilación congénita. 	<p>Enfermedades psiquiátricas</p> <ul style="list-style-type: none"> Psicosis, alteraciones de pánico, ansiedad, alt humor. Alcoholismo. <p>Enfermedades Neurológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> Insomnia fatal familiar. Demencia. Parkinsonismo. <p>Enfermedades degenerativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Epilepsia, status del sueño. Cefalea relacionada al sueño. <p>Enfermedades médicas</p> <ul style="list-style-type: none"> Isquemia cardiaca nocturna. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Asma. relacionada al sueño. Reflujo gastroesofágico. Úlcera gastroduodenal. Fibromialgia. Enfermedades del sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> Hiperhidrosis del sueño. Sd. de subvigilia. Laringoespasmio. Sueño largo. Sueño corto. Taquipnea. Alucinaciones. Atragantamiento. Alteraciones en embarazo. Alteraciones perimesntruales.

Fuente: Pérez-Larraya.¹⁰

A través de los estudios polisomnográficos se conoce la estructura del sueño (fases) y la presencia de fenómenos anormales como los trastornos de sueño. Existen escalas desarrolladas en diferentes ámbitos del campo de la salud; su uso, para valorar las características del funcionamiento cognoscitivo y del comportamiento de las personas, permite la obtención de datos que orientan y generan un diagnóstico, especialmente en el área de la salud mental.

El estudio polisomnográfico es una técnica basada en la recogida de información mediante electrodos colocados en el cuero cabelludo, en el borde externo de los párpados y en el mentón. Es la técnica más empleada en el estudio del sueño por la riqueza de información que aporta a los registros obtenidos en

la actividad eléctrica cerebral (EEG), de los movimientos oculares (EOG), del tono muscular (EMG), del flujo de aire de cada respiración y de los movimientos respiratorios del tórax y del abdomen.^{7,8}

Aunque idealmente el diagnóstico de trastornos de sueño se debería hacer basado en datos provenientes de aparatos especializados, a veces no es posible o económico hacerlo. De este modo se recurre a cuestionarios estandarizados donde el sujeto indica cuándo y cómo durmió y qué tan alerta se encuentra durante el día.¹¹

El concepto de calidad de sueño es un constructo que puede ser evaluado mediante escalas de autoinforme. Este tipo de evaluación es fundamentalmente subjetivo e incluye aspectos cuantitativos y cualita-

tivos.¹² También se le puede pedir al paciente que lleve un diario de sueño donde registre los tiempos y las horas que durmió, despertares, medicamentos que tomó, etc. El diario de sueño es un historial que el médico puede usar para el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos del sueño-vigilia;¹³ además son un método de autoinforme que permite recoger información de la variabilidad de los parámetros del sueño, pues consisten en estimaciones diarias de cómo ha dormido el individuo durante la noche previa, así como su comportamiento y funcionamiento del día anterior.¹⁴ Asimismo registran la siguiente información: hora de dormir, tiempo en que el individuo tarda en conciliar el sueño, número de despertares nocturnos, último despertar, momento de levantarse, siestas, medicación y calidad de sueño.¹¹

Hablar de políticas públicas se puede asociar a los procesos, decisiones y resultados sin que se deje a un lado los conflictos entre intereses, raciocinios y opiniones específicas entre sectores pertenecientes a una sociedad. Según Aguilar y Lima, lo específico y peculiar de la política pública consiste en ser un conjunto de acciones intencionales y causales, orientadas a la realización de un objetivo de interés/beneficio público, cuyos lineamientos de acción, agentes, instrumentos, procedimientos y recursos se reproducen en el tiempo de manera constante y coherente» (con las correcciones marginales necesarias), en correspondencia con el cumplimiento

de funciones públicas que son de naturaleza permanente o con la atención de problemas públicos cuya solución implica una acción sostenida.¹⁵

PROBLEMÁTICA

Los trastornos de sueño para ser diagnosticados adecuadamente requieren de una historia clínica completa que incluya hábitos de sueño, apoyada de un registro por paciente con información familiar y de pareja. El proceso para la emisión de un juicio de valor demanda un procedimiento riguroso que incluye una bitácora diaria de sueño, registro de consecuencias del trastorno, en la calidad de vida del paciente y los desordenes psiquiátricos como factores etiológicos.

Los diagnósticos son fundamentalmente de corte clínico, aunque en ocasiones puede ser por exclusión. Una vez identificado el trastorno debe hacerse la semiología específica para la tipificación del éste y establecer el manejo terapéutico adecuado. A continuación se muestran las escalas de acuerdo al diagnóstico y el tratamiento de los trastornos del sueño (cuadro 2), medidas específicas para inducir el sueño (cuadro 3), la versión mexicana de la escala de somnolencia (cuadro 4) y los algoritmos para su evaluación (figura 1, 2 y 3).¹⁶

**CUADRO 2. ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH
ESCALAS**

Apellidos y nombre _____	Nº H#C. _____
Sexo _____ Estado civil _____ Edad _____ Fecha ____/____/____	
Instrucciones: Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo ha dormido usted normalmente durante el último mes. Intente ajustarse en sus respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. ¡Muy importante! CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS	
1. Durante el último mes, ¿cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse? APUNTE SU HORA HABITUAL DE ACOSTARSE: _____	
2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? APUNTE EL TIEMPO EN MINUTOS: _____	
3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana? APUNTE SU HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: _____	

4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (El tiempo puede ser diferente al que usted permanezca en la cama)

APUNTE LAS HORAS QUE CREA HABER DORMIDO: _____

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- b) Despertarse durante la noche o de madrugada:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- c) Tener que levantarse para ir al servicio:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- d) No poder respirar bien:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- e) Toser o roncar ruidosamente:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- f) Sentir frío:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- g) Sentir demasiado calor:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- h) Tener pesadillas o «malos sueños»:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- i) Sufrir dolores:
- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana
- j) Otras razones (por favor, descríbalas a continuación): _____
- _____
- _____

6. Durante el último mes, ¿cómo valoraría en conjunto, la calidad de su sueño?	
Bastante bueno	<input type="checkbox"/>
Bueno	<input type="checkbox"/>
Malo	<input type="checkbox"/>
Bastante malo	<input type="checkbox"/>
7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?	
Ninguna vez en el último mes	<input type="checkbox"/>
Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/>
Una o dos veces a la semana	<input type="checkbox"/>
Tres o más veces a la semana	<input type="checkbox"/>
8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?	
Ninguna vez en el último mes	<input type="checkbox"/>
Menos de una vez a la semana	<input type="checkbox"/>
Una o dos veces a la semana	<input type="checkbox"/>
Tres o más veces a la semana	<input type="checkbox"/>
9. Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el «tener ánimos» para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?	
Ningún problema	<input type="checkbox"/>
Sólo un leve problema	<input type="checkbox"/>
Un problema	<input type="checkbox"/>
Un grave problema	<input type="checkbox"/>
10. ¿Duerme usted solo o acompañado?	
Solo	<input type="checkbox"/>
Con alguien en otra habitación	<input type="checkbox"/>
En la misma habitación, pero en otra cama	<input type="checkbox"/>
En la misma cama	<input type="checkbox"/>

Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Bobes, G J, portilla M A, Basarán F M, Sáiz M P, Bousoño G M. 3ra edición. Psiquiatría Editores. Barcelona. Arz Médica 2004. (www.arsmedica.info)

Fuete: Bobes GJ.¹⁷

CUADRO 3. MEDIDAS INESPECÍFICAS PARA INDUCIR EL SUEÑO (HÁBITOS SALUDABLES PARA DORMIR)

1.- Despertarse todos los días a la misma hora.
2.- Limitar cada día el tiempo invertido en la cama a la cantidad habitual antes del trastorno.
3.- Retirar cualquier fármaco o droga que actúe sobre el sistema nervioso central (cafeína, nicotina, alcohol, estimulantes, etc.)
4.- Evitar las siestas durante el día (salvo si la gráfica del sueño revela que inducen un mejor sueño nocturno).
5.- Fomentar la actividad física a través de un programa gradual de ejercicio vigoroso en las primeras horas de la mañana.
6.- Evitar la estimulación vespertina: sustituir la televisión por la radio o una lectura relajada que no motive a seguir con su lectura sin poder dejarla para después.
7.- Probar con baños con temperatura caliente, durante 20 min. poco antes de acostarse.
8.- Comer cada día a la misma hora, evitar comidas copiosas antes de acostarse.
9.- Ejercitar rutinas de relajación vespertina o antes de la hora deseada para dormir, por ejemplo: relajación muscular progresiva o meditación.
10.- Mantener condiciones cómodas para dormir.

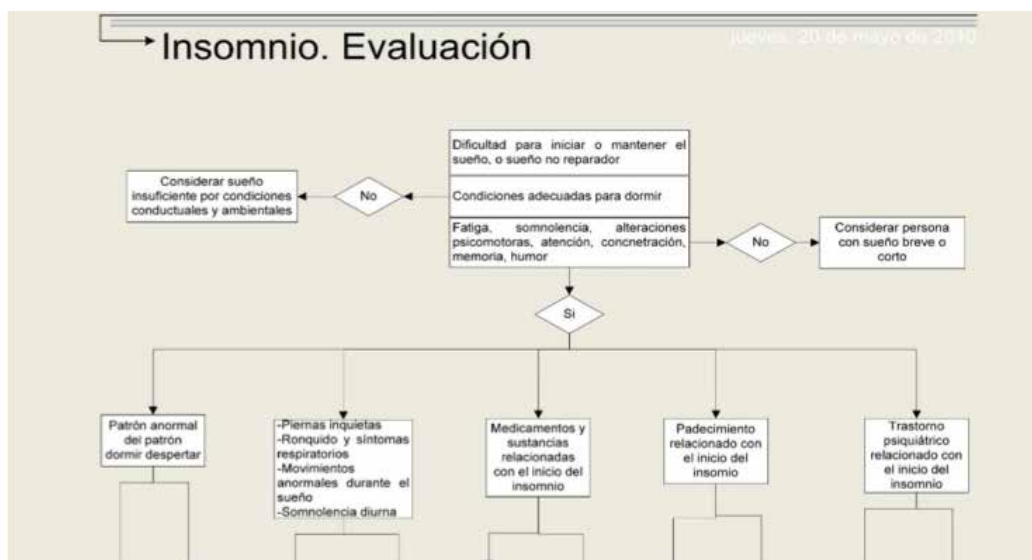
Fuente: Sadock BJ.¹⁸

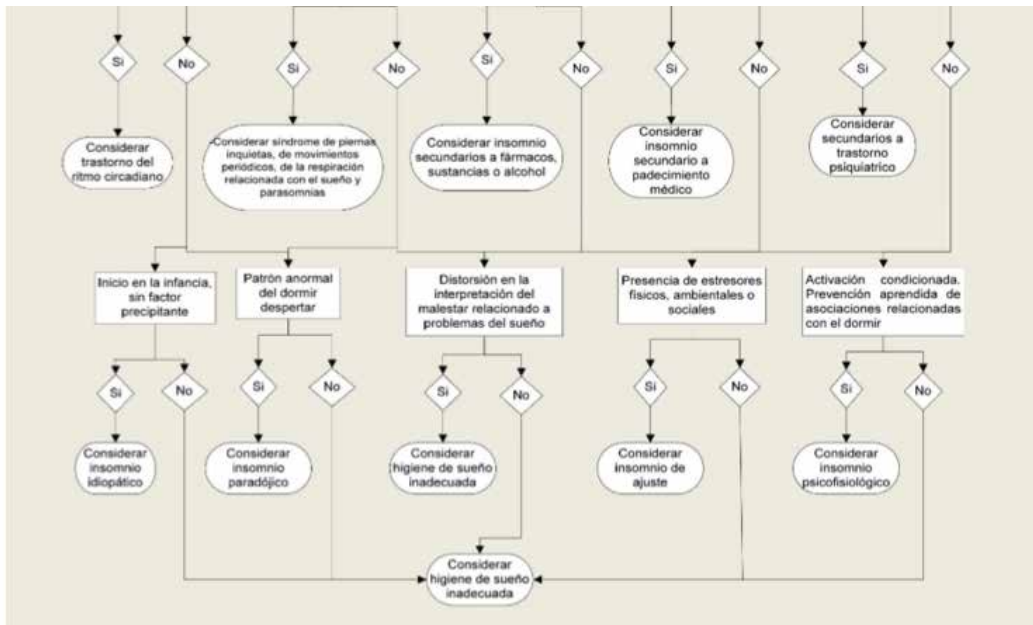
CUADRO 4. VERSIÓN MEXICANA DE LA ESCALA DE SOMNOLENCIA EPWORTH

Instrucciones: Coloque una cruz que tan frecuentemente se queda dormido Usted en cada una de las siguientes situaciones (durante el día)				
	Nunca (0)	Solo algunas veces (1)	Muchas veces (2)	Casi siempre (3)
1.- Sentado leyendo				
2.- Viendo la televisión				
3.- Sentado, inactivo, en un lugar público				
4.- Como pasajero en un viaje de una hora (o más) sin paradas				
5.- Acostado, descansando por la tarde				
6.- Sentado, platicando con alguien				
7.- Sentado cómodamente después de comer, sin haber tomado bebidas alcohólicas				
8.- Viajando en un transporte detenido en el tráfico				
Nota: el valor obtenido va de 0 a 24 0-8 puntos se presenta una somnolencia normal > 9 somnolencia patológica				

Fuente: Jiménez-Correa.¹⁹

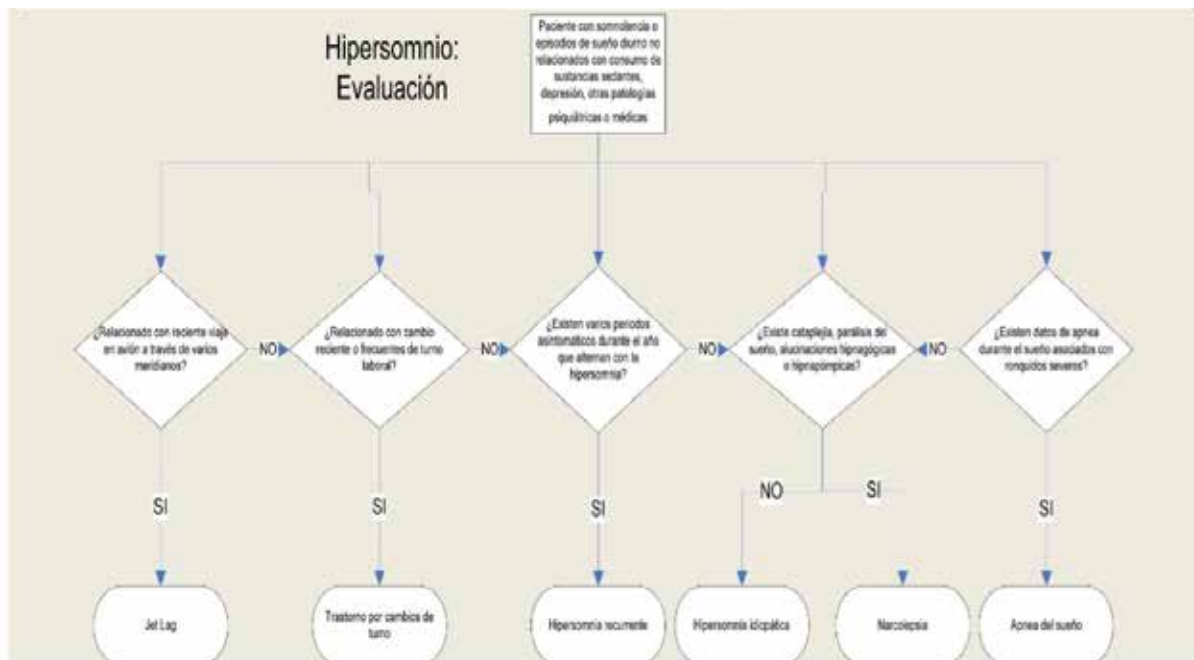
FIGURA 1, ALGORITMO 1, EVALUACIÓN DEL INSOMNIO





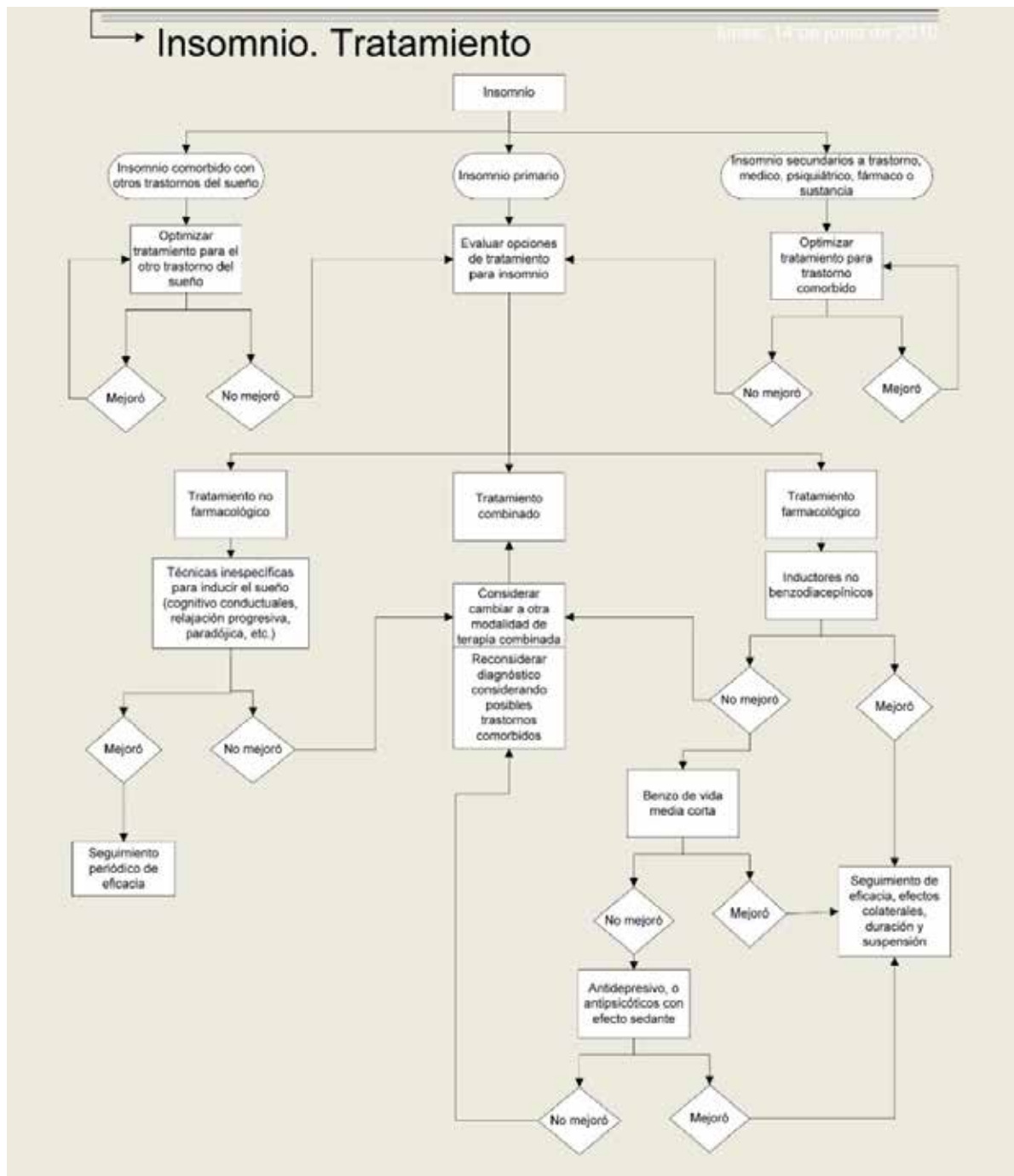
Fuente: Gobierno Federal.²⁰

FIGURA 2, ALGORITMO 2, EVALUACIÓN HIPERSOMNIO



Fuente: Gobierno Federal.²⁰

FIGURA 3, ALGORITMO 3, TRATAMIENTO DEL INSOMNIO



Fuente: Gobierno Federal.²⁰

Si bien cada organismo tiene una necesidad de sueño específica, la mayoría de las investigaciones asume que la cantidad de sueño normal en adultos es

entre 7 y 8 horas diarias si se quiere mantener un buen funcionamiento; no dormir lo suficiente (privación de sueño) se asocia a somnolencia diurna,

rendimiento bajo y problemas de salud. Son múltiples los factores que afectan y modifican el sueño, entre ellos, la edad, el género, los problemas de salud coexistentes (enfermedades médicas, mentales y/o psicológicas), trastorno del sueño específico (Síndrome de Apnea Obstructiva de Sueño, insomnio), estilo de vida, factores ambientales y conductuales (hábitos incorrectos).¹⁶

Según el Informe del “Día mundial del sueño” (2014) la prevalencia de los problemas de sueño ha aumentado, así como el número de personas que no duermen lo suficiente, lo cual afecta a hombres y mujeres de todas las edades y clases socioeconómicas. Se estima que cerca de 45% de la población mundial tiene algún problema de sueño, pero solo una tercera parte busca atención especializada; en los adultos mayores esta cifra incrementa (aproximadamente 50% de ellos tiene dificultad para dormir); mientras que en la población estadounidense se ha informado que más de una cuarta parte de la población general no duerme lo suficiente y cerca de 10% presenta insomnio crónico.¹⁶ Actualmente se estima que más de 30% de los adultos entre 30 y 64 años de edad reportan dormir menos de 6 horas por noche, cifra que va en aumento.

La disminución en el número de horas de sueño es una conducta acentuada en las últimas décadas a nivel mundial. Un estudio reciente en Estados Unidos de América (EUA) documentó que en los últimos 20 años, aumentó de 24 a 30% el número de trabajadores (de diferentes ocupaciones), quienes refirieron una duración de sueño de ≤ 6 horas por noche. Este estudio, además, proporcionó evidencia de que la privación parcial o crónica de sueño o la “restricción de sueño” se asocian a factores externos ambientales y sociales, entre ellos, el cambio del estilo de vida, la modificación de hábitos de sueño por demandas familiares, escolares y laborales, como es la necesidad de tener más de un trabajo o de trabajar turnos prolongados.¹⁶

HACIA UNA POLÍTICA PÚBLICA

Existen guías de práctica clínica para el tratamiento y atención de los trastornos del sueño; el mayor reto radica en la promoción de una cultura de prevención y ampliación en la conciencia de la necesidad de considerar a los trastornos del sueño como una condición de salud que demanda una política pública que dé certeza jurídica.

Las políticas públicas son acciones consolidadas desde el ámbito gubernamental, pero con objetivos de interés público que deben estar sustentadas en un diagnóstico y análisis que muestren su viabilidad, factibilidad y pertinencia. La Organización Mundial de

la Salud (OMS) reconoce 88 tipos distintos de trastornos del sueño, el insomnio es el más frecuente, ya que afecta a 8 de cada 10 adultos, mientras que el insomnio transitorio lo sufren alrededor de 40% de la población de cualquier país occidental.

En México, el tratamiento de los trastornos del sueño es tratado por diversas instituciones de salud y universitarias, entre las que se encuentran la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) a través de la Clínica de Trastornos del Sueño; y el Hospital General de México, que cuenta con un área dedicada a los trastornos del sueño, mismo que se fundó con la Sociedad Mexicana de Sueño.²¹

Finalmente, debemos resaltar que el tema que nos ocupa no es reciente, por ello, es necesario impulsar políticas públicas que atiendan los trastornos del sueño y que se realicen campañas informativas para la población en general para dar a conocer los riesgos de los trastornos del sueño. Razones que determinan la necesidad de concientizar a la sociedad de las afectaciones físicas y psicológicas que se provocan.²¹

REFERENCIAS

1. Sandoval-Rincón M, Alcalá Lozano R, Herrera-Jiménez I, et al. Validación de la escala de somnolencia de Epworth en población mexicana. *Gaceta Médica de México*. 2013; 149: 409-416. Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n4/GMM_149_2013_4_409-416.pdf, consultado el 22 de febrero de 2018.
2. Velayos JL. *Medicina del sueño: Enfoque multidisciplinario*. España: Ed. Médica Panamericana; 2009.
3. Cortés, MC. No dormir bien genera estrés y agresividad. Instituto de Fisiología. Universidad Autónoma de Puebla: Milenio; 2007. Disponible en: <http://www.milenio.com/cdb/doc/impreso/7035354>, consultado el 22 de febrero de 2018.
4. Estivill E. *Dormir bien para dummies*. Barcelona: Ediciones ceac; 2010.
5. Nenclares Portocarrero A, Jiménez Genchi A. Estudio de validación de la traducción al español de la Escala Atenas de Insomnio. *Salud mental*, 28(5); 2005: 34-39.
6. Contreras. SA. Sueño a lo largo de la vida y sus implicancias en salud. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2013; 24(3): 341-349. Disponible en http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90360822&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=202&ty=147&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v24n03a90360822pdf001.pdf, consultado el 22 de febrero de 2018.

7. Sánchez Pedreño FO. Lecciones de psiquiatría. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2010.
8. Solache S. Los diez trastornos de sueño más comunes. 2011. Disponible en: <http://de10.com.mx/10433.html>, consultado el 23 de febrero de 2018
9. Curcio G, Ferrara M. & De Gennaro L. Sleep loss, learning capacity and academic performance. *Sleep medicine Reviews*. 2006; 10: 323-337.
10. Pérez-Larraya JG, Toledo JB, Urrestarazu E, et al. Clasificación de los trastornos del sueño. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2007; 30 (Sup. 1): 19-36.
11. Ruiz C. Current review of the concept of insomnia. *Revista Mexicana de Psicología*. 2004; 21(1): 73-82.
12. Lomeli HA, Pérez-Olmos I, Talero-Gutiérrez C, et al. Escalas y cuestionarios para evaluar el sueño: una revisión. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008; 36(1): 50-59.
13. Blanco Centurión CA. Introducción al estudio del ciclo sueño vigilia. Department of Neurology. Harvard Medical School. *Revista Médica uv*. 2008, 8(1): 6-18.
14. Pallesen S, Nordhus IH, Havik OE, et al. Clinical assessment and treatment of insomnia. *Professional Psychology Research and practice*. 2000; 32(2): 115-124.
15. Aguilar A, Lima F. ¿Qué son y para qué sirven las Políticas Públicas? *Contribuciones a las ciencias sociales*. 2009. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm, consultado el 23 de febrero de 2018.
16. Santiago Ayala V, Valencia Flores M, Reséndiz García M, et al. Día mundial del sueño "Sueño reparador, respiración estable en cuerpo sano". 2017. Disponible en: <http://www.innsz.mx/descargas/cursos/DiaMundialSueno2014.pdf>, consultado el 14 de marzo de 2018.
17. Bobes García J, G-Portilla MP, Bascarán Fernández MT. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3 ed. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2004.
18. Sadock BJ, Sadock VA. Trastornos del sueño. En *Manual de bolsillo de psiquiatría clínica*, Kaplan & Sadock. 4 ed., Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
19. Jiménez-Correa U, Haro R, Poblano A, et al. Mexican Version of the Epworth Sleepiness Scale. *The Open Sleep Journal*. 2009; 2:6-10.
20. Gobierno Federal. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sueño. Referencia rápida. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-385-10. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/385_IMSS_10_Trastorno_sueno/GRR_IMSS_385_10.pdf
21. Senado de la República. Lxiii Legislatura, Tercer Año de Ejercicio. *Gaceta del senado*. 2011. Disponible en: <http://www.senado.gob.mx/index.php?ver=sp&mn=2&sm=2&id=32460>, consultado el 13 de marzo de 2018.