

Lara Grau-López^{1,2}
Constanza Daigre^{1,2}
Laia Grau-López³
Laia Rodríguez-Cintas^{1,2}
Ángel Egido¹
Miquel Casas^{1,2}
Carlos Roncero^{1,2}

Prevalencia administrativa del insomnio en pacientes adictos durante el consumo activo de las sustancias y características clínicas asociadas

¹Sección de Adicciones y Patología Dual, Vall d'Hebron. Hospital Universitario Vall Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona. Agencia de Salud Pública de Barcelona

²Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona. CIBERSAM

³Departamento de Neurociencias, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol

Introducción. Se ha descrito una relación bidireccional entre el uso de sustancias y el insomnio, aunque existen escasos estudios sobre el insomnio en la población adicta. El objetivo es describir la prevalencia de insomnio durante el consumo activo de las sustancias en pacientes adictos y sus características clínicas asociadas.

Pacientes y Metodología. Estudio descriptivo en pacientes diagnosticados de trastorno por dependencia de sustancias que ingresaron en una Unidad Hospitalaria de Desintoxicación. Se evaluó el insomnio previo al ingreso mediante el Cuestionario de Oviedo de Calidad del Sueño (COS). Se recogieron variables demográficas, clínicas referidas al consumo y diagnósticas y se realizaron las entrevistas SCID-I y II y CAADID para evaluar los diagnósticos psiquiátricos. Se realizó un análisis bivalente y multivalente de los datos.

Resultados. Se incluyeron 481 pacientes (72,6% varones, edad 40,6±10,1 años). El 64,3% de los pacientes refirieron insomnio durante el consumo activo de la sustancia. El tipo de insomnio más frecuente fue el sueño nocturno fragmentado (49,9%). Los factores relacionados significativamente con el insomnio fueron policonsumidores, comorbilidad médica (destacando enfermedades infecciosas), trastorno de ansiedad, trastorno de personalidad (destacando cluster C), mayor número de ingresos de desintoxicación previos y edad de inicio del consumo más temprana.

Conclusiones. El insomnio es muy prevalente en pacientes adictos durante el consumo activo de la sustancia. El sueño nocturno fragmentado es el tipo de insomnio más frecuente. Los pacientes adictos con trastorno de ansiedad comórbido, comorbilidad médica e inicio precoz de la dependencia tienen mayor probabilidad de presentar insomnio.

Palabras clave: Adicción, Insomnio, Consumo activo, Unidad de desintoxicación hospitalaria, Sueño nocturno fragmentado, Ansiedad

Actas Esp Psiquiatr 2016;44(2):64-71

Administrative prevalence of insomnia and associated clinical features in patients with addiction during active substance use

Introduction. A bidirectional relation between substance use and insomnia has been described, although there are few studies examining insomnia in the population of people with addiction. The aim of this study was to describe the prevalence of insomnia during active substance use in patients with addiction and its associated clinical features.

Patients and Methods. Descriptive study in patients diagnosed with substance dependence disorder admitted to a Hospital Detoxification Unit. The existence of insomnia prior to admission was assessed using the Oviedo Sleep Questionnaire (OSQ). Demographic variables, consumption-related clinical variables, and diagnostic variables were collected and the SCID-I and -II (Structured Clinical Interview for DSM-IV) and CAADID (Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV) were administered to evaluate the psychiatric diagnoses. Bivariate and multivariate analyses were made of the data.

Results. 481 patients (72.6% men, age 40.6±10.1 years) were enrolled. 64.3% of the patients reported insomnia during active substance use. The most common type of insomnia was fragmented nocturnal sleep (49.9%). The factors significantly associated with insomnia were polysubstance drug use, medical comorbidities (most notably, infectious diseases), anxiety disorder, personality disorder (particularly cluster C), a greater number of previous admissions for detoxification, and early age at onset of substance use.

Conclusions. Insomnia is highly prevalent in patients with addiction during active use of the substance. Fragmented nocturnal sleep was the most common type

Correspondencia:
Lara Grau-López MD PhD
Servicio de Psiquiatría. CAS de Vall Hebron
Hospital Universitario Vall d'Hebron
Passeig Vall d'Hebron 119-129
08035 Barcelona
Tel.: +34934893880
Correo electrónico: lgrau@vhebron.net

of insomnia. Patients with addiction and comorbid anxiety disorder, medical comorbidity, and early onset of dependence were more likely to experience insomnia.

Key words: Addiction, Insomnia, Active consumption, Hospital detoxification unit, Fragmented nocturnal sleep, Anxiety

INTRODUCCIÓN

El insomnio es un trastorno del sueño que siguiendo los criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño¹, se define como una dificultad en iniciar el sueño, dificultad en mantenerlo, despertarse demasiado pronto o una pobre calidad del sueño, a pesar de tener unas buenas circunstancias para conseguir un sueño reparador. Además, durante el día, los pacientes deben presentar al menos un síntoma de los siguientes: fatiga, hipersomnolencia diurna, falta de motivación e iniciativa, alteración en la atención, concentración o memoria, irritabilidad u otras alteraciones del humor, deterioro a nivel social o laboral, síntomas físicos como tensión, cefalea o alteraciones gastrointestinales y preocupaciones o rumiaciones sobre el insomnio.

En la población general la prevalencia de insomnio oscila entre el 20 y 35%²⁻⁶, y en pacientes diagnosticados de otros trastornos psiquiátricos distintos a la adicción oscila entre el 40 y 90%⁷⁻¹⁰. Se ha descrito que la relación entre insomnio y drogadicción es bidireccional, ya que los pacientes con uso de sustancias tienen mayor prevalencia de insomnio que la población general y las personas que tienen insomnio tienen mayor probabilidad de desarrollar un trastorno por uso de sustancias¹¹⁻¹³. Sin embargo, la prevalencia del insomnio en pacientes adictos es sólo parcialmente conocida, ya que es difícil objetivar sus alteraciones en esta población, debido a que el sueño se puede ver influido por el tipo de sustancia consumida, el tiempo de consumo de una sustancia, la cantidad consumida, la vía utilizada, el estado de intoxicación o abstinencia de la sustancia y el consumo simultáneo de sustancias depresoras o estimulantes. En estudios realizados en pacientes adictos, la prevalencia de insomnio es diferente según la sustancia consumida, oscilando entre el 30-85% según la droga principal de consumo¹⁴⁻¹⁸. La mayoría de los estudios han sido realizados en pacientes dependientes de alcohol, donde se han descrito prevalencias de insomnio entre el 30-60%¹⁹⁻²¹.

En población general, se ha descrito que las mujeres, las personas mayores de 65 años y el trabajo a turnos o en horario nocturno, se relacionan con mayor probabilidad de presentar insomnio²²⁻²⁴. Asimismo, también se ha descrito que los pacientes con comorbilidad médica y trastornos psiquiátricos comórbidos tienen mayor probabilidad de presentar alteraciones del sueño nocturno^{25,26}.

A pesar de que algunos estudios han analizado la relevancia del insomnio en pacientes adictos y se ha observado que influye negativamente en la evolución de la adicción^{27,28}, no se han descrito los factores de riesgo del insomnio en pacientes drogodependientes.

Los objetivos del presente trabajo son describir la prevalencia de insomnio en pacientes drogodependientes durante el consumo activo de la sustancia, y comparar las características sociodemográficas, clínicas y psicopatológicas en función de la presencia de insomnio. Se hipotetiza que el insomnio es frecuente en pacientes adictos y que los pacientes adictos con insomnio presentan mayor comorbilidad psiquiátrica y mayor gravedad de la adicción.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en pacientes diagnosticados de trastorno por dependencia de sustancias, que ingresaron en la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación del Hospital Universitario de Vall d'Hebron desde junio 2008 hasta mayo 2013.

Los criterios de inclusión fueron: presentar trastorno por dependencia de sustancias según los criterios DSM-IV-TR, ingresar en la unidad hospitalaria de desintoxicación, y firmar el consentimiento informado del estudio, aprobado previamente por el comité ético del hospital. Se excluyó a los pacientes que pidieron el alta voluntaria durante el ingreso y que no pudieron colaborar en la anamnesis general por presentar barrera idiomática importante o un deterioro cognitivo grave asociado. Los pacientes no recibieron compensación económica por formar parte del estudio.

Variables e instrumentos de evaluación

- Registro de variables diseñado *ad hoc* para el seguimiento de los pacientes de la unidad de drogodependencias de Vall d'Hebron: sociodemográficas, clínicas relacionadas con el consumo de sustancias y diagnósticas relacionadas con la comorbilidad médica y psiquiátrica.
- Insomnio: Se evaluó el insomnio durante el consumo activo de las sustancias, es decir de manera retrospectiva en el mes previo al ingreso, para valorar la situación del sueño bajo los efectos de las drogas utilizadas. Se utilizó el Cuestionario de Oviedo de Calidad del Sueño (COS)²⁹ que es una entrevista heteroaplicada, semiestructurada, de ayuda diagnóstica para los trastornos del sueño del tipo insomnio e hipersomnolia, en el que se investigan las alteraciones del sueño del último mes. Los ítems se agrupan en tres subescalas: satisfacción subjetiva con el sueño, insomnio e hipersomnolia. Se distinguen diferentes tipos de insomnio, como el insomnio de conciliación (tardar más de media hora en conciliar el

sueño nocturno), sueño nocturno fragmentado (despertar más de dos veces a lo largo de la noche), despertar precoz (despertar una hora antes de la hora habitual) y mala calidad del sueño (cuando no se cumple ningún tipo de insomnio anterior, pero durante el día la persona refiere haber descansado mal durante la noche).

- SCID-I (Entrevista clínica semi-estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV)³⁰.
- SCID-II (Entrevista clínica semi-estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV)³¹.
- CAADID (*Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV*). Se utiliza para establecer el diagnóstico de TDAH.
- Pruebas de detección de tóxicos: se registraron los resultados del urinoanálisis y del alcoholtest el primer día del ingreso.

Procedimiento

El primer día del ingreso en la unidad de desintoxicación hospitalaria, se les realizaba una anamnesis general que incluía la evaluación del sueño nocturno a través del Cuestionario de Oviedo de Calidad del Sueño (COS) para diagnosticar si en el mes previo a ingresar en la unidad de desintoxicación hospitalaria habían presentado insomnio, es decir durante el consumo activo de la sustancia. Asimismo se realizó la evaluación psicopatológica y se instauró el tratamiento de desintoxicación correspondiente.

Análisis estadístico

Se realizó la estadística descriptiva (media, desviación estándar, tablas de frecuencia) de las principales variables. Posteriormente se analizaron los datos a nivel bivariado. Se utilizó el test de Chi Cuadrado para comparar variables categóricas y la t de Student, para variables continuas cuando se compararon dos grupos. Se realizó un análisis multivariante incluyendo las variables asociadas de forma significativa a presentar insomnio a nivel bivariante. Así, para evaluar el efecto independiente de cada una de las variables se realizó un análisis de regresión logística con el método *Enter*. Los datos se recogieron y analizaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 18.0. En todos los casos se admitió significación estadística para $p < 0,05$.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

Durante el período de reclutamiento ingresaron en la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación del Hospital de Vall

d'Hebron 552 pacientes. De ellos, 60 pidieron el alta voluntaria y 21 no colaboraron en el estudio por barrera idiomática o deterioro cognitivo asociado, por lo que se excluyeron del estudio. Por lo tanto, la muestra final se compuso de 481 pacientes que ingresaron en el período de estudio.

La tabla 1 describe las variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de la muestra. La sustancia principal de ingreso por orden de frecuencia fue: alcohol (42,4%), cocaína (32,8%), opiáceos (12,9%), cannabis (7,1%) y benzodiazepinas (4,8%). El 46,4% eran policonsumidores (adicción a más de tres sustancias a lo largo de su vida).

Al analizar el Cuestionario de Oviedo de Calidad del Sueño se objetivó que durante el consumo activo de la sustancia, el 84,3% ($n=399$) de los pacientes presentaba insomnio.

El 78,3% ($n=18$) de los pacientes que ingresaron para desintoxicación de benzodiazepinas como sustancia principal de ingreso, el 70,6% ($n=144$) de los pacientes que ingresaron para desintoxicación de alcohol, el 69,4% ($n=43$) de los pacientes que ingresaron para desintoxicación de heroína, el 62% ($n=98$) de los pacientes que ingresaron para desintoxicación de cocaína y el 47,1% ($n=16$) de los pacientes que ingresaron para desintoxicación de cannabis presentaron insomnio durante el consumo activo de la sustancia.

El sueño nocturno fragmentado fue el tipo de insomnio más frecuente en pacientes adictos durante el consumo activo de la sustancia (49,9%), seguido de insomnio de conciliación (34,9%), mala calidad de sueño nocturno (26,6%), despertar precoz (25,2%) e insomnio global (11,9%).

Resultados en función de los factores relacionados con el insomnio

La tabla 2 describe los factores relacionados con el insomnio durante el consumo activo de la sustancia, en el mes previo al ingreso hospitalario.

En el análisis univariante se detectó que los pacientes adictos con insomnio en el consumo activo eran con mayor frecuencia policonsumidores (50,4% vs 37%, $p=0,01$), tenían comorbilidad médica (66% vs 48,6%, $p=0,001$), trastorno de ansiedad (18,5% vs 8,9%, $p=0,01$), presentaban trastorno de personalidad (49,3% vs 34,2%, $p=0,002$), habían requerido mayor número de ingresos de desintoxicación previos (55,2% vs 44,5%, $p=0,03$) y una edad de inicio del consumo más temprana ($17,3 \pm 5,5$ vs $21,9 \pm 8,1$, $p=0,03$) que los pacientes sin insomnio (ver Tabla 2).

Al realizar el análisis multivariante se observó que los pacientes con comorbilidad médica y con comorbilidad con trastornos de ansiedad tenían dos veces más riesgo de presentar insomnio que los pacientes adictos sin dichas

Tabla 1	Descripción de la muestra		
	Total (n = 481)		Total (n = 481)
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS			
Edad (años)	40,9±10,3	Actividad laboral (trabajo)	16,2%
Género (hombre)	72,3%	Estado civil (casado)	33,1%
Nacionalidad (extranjeros)	9,8%	Convivencia (familia propia)	34,1%
Estudios (primarios)	66,7%	Antecedentes legales (prisión)	20,6%
VARIABLES CLÍNICAS RELACIONADAS CON LA COMORBILIDAD			
Antecedentes Médicos	60,7%	Eje II	44,7%
Antecedentes Psiquiátricos	62,2%	TP Cluster B	28,7%
Eje I	43,7%	TP Mixto	5,6%
Trastorno de Ansiedad	15,6%	TP Cluster C	4,8%
Trastorno Depresivo	14,1%	TP No especificado	3,7%
TDAH	13,1%	TP Cluster A	1,9%
Trastorno Psicótico	8,5%	Insomnio consumo activo	84,3%
Trastorno Bipolar	3,1%		
VARIABLES CLÍNICAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO			
Edad de inicio del consumo	17,8±6,4	Policonsumidores	46,4%
Edad de inicio de la dependencia	24,1±8,2	Consumo preingreso	55,3%
Años de evolución de la adicción	16,6±11,3	Alcoholtest positivo al ingreso	25,2%
Sustancia motivo de ingreso		Urinoanálisis positivo al ingreso	55,9%
Alcohol	42,4%		
Cocaína	32,8%		
Heroína	12,9%		
Cannabis	7,1%		
Benzodiacepinas	4,8%		
VARIABLES TERAPÉUTICAS DE LA ADICCIÓN			
Ingresos psiquiátricos previos	15,6%	Psicoterapia	46,4%
Ingresos desintoxicación previos	52%	Duración del ingreso (días)	10,9±3,2

comorbilidades. Asimismo, también se observó que la edad temprana de inicio del consumo se asoció de forma independiente a la posibilidad de presentar insomnio durante el consumo activo de las sustancias (ver Tabla 3).

DISCUSIÓN

El presente estudio muestra que la prevalencia del insomnio es elevada durante el consumo activo de sustancias (84,3%). Es relevante destacar que en pacientes adictos las

prevalencias de insomnio son superiores a la población general, donde se ha descrito que la prevalencia del trastorno por insomnio oscila entre 20% al 35%²⁻⁶, y es similar a la que presentan los pacientes diagnosticados de otros trastornos psiquiátricos^{7-10,32-34}. Además, los resultados del presente trabajo son coherentes con las prevalencias de insomnio obtenidas en otros estudios realizados en pacientes adictos¹⁴⁻²¹. La mayoría de los estudios previos han sido realizados en pacientes dependientes de alcohol, donde se ha descrito que la prevalencia del insomnio puede oscilar entre el 35% hasta el 75% de los pacientes¹⁴⁻¹⁷. En pacientes dependientes de

Tabla 2	Factores asociados al insomnio durante el consumo activo de la sustancia		
	Insomnio (n =399)	No insomnio (n = 82)	p
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS			
Edad (años)	40,9±9,7	41,1±11,5	0,86
Género (hombre)	71,9%	73,3%	0,76
Nacionalidad (extranjeros)	10,7%	7,5%	0,28
Estudios (primarios)	32,8%	34,2%	0,76
Actividad laboral (trabajo)	16,7%	15,1%	0,65
Estado civil (casado)	31,6%	36,3%	0,32
Convivencia (familia propia)	31,9%	39%	0,13
Antecedentes legales (prisión)	22,4%	16,4%	0,14
VARIABLES CLÍNICAS			
Antecedentes Médicos	66%	48,6%	0,001 ^a
Eje I	45,4%	39,7%	0,25
Trastorno de Ansiedad	18,5%	8,9%	0,01 ^a
Trastorno Depresivo	15,5%	11%	0,19
TDAH	13,7%	11,6%	0,53
Trastorno Psicótico	7,5%	11%	0,21
Trastorno Bipolar	3%	3,4%	0,80
Eje II	49,3%	34,2%	0,002 ^a
TP Cluster B	30,7%	24%	0,13
TP Mixto	6,3%	4,1%	0,34
TP Cluster C	6%	2,1%	0,06
TP No especificado	4,2%	2,6%	0,54
TP Cluster A	2,1%	1,4%	0,59
VARIABLES RELACIONADAS CON EL CONSUMO			
Edad de inicio del consumo	17,3±5,5	21,9±8,1	0,03 ^a
Edad de inicio de la dependencia	23,9±7,8	24,8±9,1	0,31
Tiempo de evolución de la dependencia	16,7±10,8	16,3±12,5	0,75
Sustancia motivo de ingreso			
Alcohol	44,8%	37%	0,11
Cocaína	31,3%	36,3%	0,29
Heroína	12,8%	13%	0,96
Cannabis	5,7%	10,3%	0,07
Benzodiacepinas	5,4%	3,4%	0,36
Policonsumidores	50,4%	37%	0,006 ^a
Ingresos psiquiátricos previos	15,5%	15,8%	0,95
Ingresos desintoxicación previos	55,2%	44,5%	0,03 ^a
Consumo preingreso a modo de despedida	56,7%	52,1%	0,34
Alcoholtest positivo al ingreso	28,1%	23,5%	0,31
Urinoanálisis positivo al ingreso	57,6%	52,1%	0,26

^a = p<0,05

Tabla 3		Variables asociadas de forma independiente al insomnio durante el consumo activo de la sustancia		
Insomnio Consumo Activo	OR	95% IC	p	
Antecedentes médicos	1,99	1,32-3,01	0,001 ^a	
Edad de inicio del consumo	0,95	0,92-0,98	0,003 ^a	
Trastornos de ansiedad	2,08	1,08-4,02	0,03 ^a	
Trastorno de Personalidad	1,56	1,01-2,41	0,07	
Policonsumidores	1,44	0,94-2,22	0,09	
Ingresos de desintoxicación previos	1,18	0,77-1,79	0,46	

^a = p<0,05

otras sustancias, la prevalencia del insomnio es parcialmente conocida y podría variar en función de la sustancia consumida (opiáceos 75-85%, cannabis 76%, psicoestimulantes 70% y benzodiacepinas 50%)¹⁸⁻²¹.

El sueño nocturno fragmentado fue el tipo de insomnio más frecuente en los pacientes adictos evaluados (50%). Cañellas y Lecea (2012) también refieren que el sueño nocturno fragmentado es el tipo de insomnio más frecuente en pacientes adictos explicando que este fenómeno se produce por la interacción entre el sistema hipocretinérgico y el dopaminérgico¹¹. Se ha descrito que el trastorno por dependencia de alcohol y de cannabis son las adicciones más frecuentemente asociadas al sueño nocturno fragmentado^{35,36}. Así, Brower et al. (2011) describieron en pacientes dependientes de alcohol que dicha sustancia producía un aumento del sueño REM provocando un mayor número de despertares nocturnos³⁵. Bolla et al. (2008) describieron en pacientes dependientes de cannabis que los sujetos tenían más despertares nocturnos, además de peor calidad del sueño nocturno³⁶.

Los factores que se asociaron de manera independiente al insomnio en pacientes adictos, en el análisis multivariante, fueron tener un trastorno de ansiedad comórbido, tener enfermedades médicas asociadas a la adicción y un inicio temprano de la adicción.

Se ha descrito que en pacientes diagnosticados de trastornos de ansiedad, el insomnio es muy prevalente e incluso pueden formar parte de los criterios diagnósticos de algunos de los trastornos ansiosos, como pueden ser el trastorno de estrés postraumático o el trastorno de ansiedad generalizada^{37,38}. Por dicho motivo, es coherente hipotetizar que los pacientes adictos con un trastorno de ansiedad comórbido son más vulnerables a presentar insomnio, tanto durante el consumo activo de la sustancia como posiblemente en períodos de abstinencia.

Los pacientes adictos con patologías médicas comórbidas, también presentaron mayor probabilidad de presentar insomnio en el presente estudio. Este resultado es acorde con estudios previos realizados con otras poblaciones no adictas, en los que se halló que la presencia de patologías médicas alteraba la calidad del sueño nocturno. En una revisión de Tjepkema (2005) se describe que la presencia de patologías médicas, sobre todo neurológicas como la epilepsia o pneumológicas como el asma o el síndrome de apnea obstructiva del sueño podían provocar insomnio²⁵.

La edad temprana de inicio del consumo también se relacionó independientemente con la probabilidad de tener insomnio durante el consumo activo de la sustancia. Parece coherente pensar que el inicio precoz del consumo se relaciona con una mayor probabilidad de presentar insomnio, entendiéndose que a mayor exposición a una sustancia, mayor probabilidad de que los pacientes presenten insomnio¹³.

Otras variables que se asociaron al insomnio en pacientes adictos en el análisis bivalente, fueron los trastornos de personalidad comórbidos, el policonsumo y haber requerido mayor número de ingresos previos.

En diversos estudios se ha demostrado que los trastornos de personalidad o rasgos desadaptativos de personalidad se asocian a mayor prevalencia de insomnio^{39,40}. Atalay (2011) observó que existía una asociación significativa entre la prevalencia de insomnio y los diferentes grupos de trastornos de la personalidad, sobre todo entre los trastornos de personalidad cluster A y cluster C³⁹. De Carvalho et al. (2003) realizaron un estudio en pacientes con insomnio y objetivaron que los rasgos de personalidad más asociados al insomnio, eran propios del cluster C (sentimientos de inseguridad y rumiación)⁴⁰. Todos estos hallazgos son coherentes con el presente estudio en el que se ha hallado que los pacientes adictos con trastornos de personalidad tienen mayor probabilidad de presentar insomnio, observándose una tendencia de los pacientes adictos con trastorno de personalidad cluster C a presentar insomnio.

El policonsumo de sustancias también se ha relacionado con la presencia de insomnio durante el consumo activo, probablemente debido a la interacción provocada por las diferentes sustancias que consume el paciente. Asimismo, los pacientes adictos que han requerido ingresos de desintoxicación previos también tienen mayor probabilidad de tener insomnio. Ambos factores se consideran criterios de gravedad del consumo que pueden indicar una peor evolución del trastorno adictivo, al igual que el hecho de presentar insomnio, que también se ha relacionado con una peor evolución de la adicción²⁷.

Se deben considerar ciertas limitaciones del estudio. En primer lugar, cabe resaltar que dentro de la evaluación de la presencia de insomnio no se incluyeron pruebas electrofisiológicas.

lógicas como la polisomnografía o actigrafía. No obstante, se ha descrito que las pruebas electrofisiológicas se deben realizar como segunda elección⁴¹, ya que el diagnóstico del trastorno por insomnio es esencialmente clínico, realizando la historia clínica del paciente y corroborando dicha historia clínica mediante cuestionarios auto o heteroaplicados cuando se recoge el insomnio de manera retrospectiva o agendas de sueño nocturno cuando se realiza un estudio prospectivo.

Otra limitación es que se trata de un estudio sin grupo control y que la información se recoge de modo transversal y retrospectiva, por lo tanto los resultados deben interpretarse con cautela. Además, no se ha controlado el uso de medicación ansiolítica o hipnótica en los pacientes, sin embargo es esperable que una proporción importante de pacientes utilicen estos fármacos sin prescripción médica⁴². Por último, no se ha podido estudiar la influencia del policonsumo de sustancias en la presencia de insomnio en los pacientes adictos, ya que a pesar de que el presente trabajo utiliza una amplia muestra de pacientes, dicha muestra es heterogénea y no fue posible extraer resultados concluyentes en función de pacientes monoconsumidores, consumidores de dos sustancias o policonsumidores, dado el pequeño tamaño muestral de alguno de los grupos.

Las fortalezas de este estudio es que utiliza una amplia muestra de pacientes evaluados exhaustivamente mediante pruebas psicométricas que otorgan validez a los diagnósticos clínicos y a la presencia de insomnio. Existen muy pocos estudios que describan la prevalencia de insomnio en una muestra heterogénea de pacientes adictos, ya que la mayoría de los estudios están realizados únicamente en pacientes dependientes de alcohol. Asimismo, hasta nuestro conocimiento, existen pocos estudios sobre los factores relacionados del insomnio en pacientes adictos a pesar de que es un motivo de preocupación y consulta frecuente en dicha población⁴².

El insomnio es muy frecuente en pacientes adictos, sobre todo el sueño nocturno fragmentado. Asimismo existen variables asociadas al insomnio como la comorbilidad médica, los trastornos de ansiedad comórbidos y el inicio temprano de la adicción que apuntan a una mayor complejidad clínica de los pacientes drogodependientes con insomnio. Se deben realizar y desarrollar estrategias psicoterapéuticas y farmacológicas para detectar y corregir el insomnio, ya que dicho trastorno es un motivo frecuente de preocupación de los pacientes y podría provocar mayor probabilidad de recaída temprana en el consumo^{28,42}.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores de este artículo manifiestan no tener ningún conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

A la Agencia de Salud Pública de Barcelona, a l'Institut Català de la Salut y al Hospital Universitari Vall d'Hebron por el apoyo a la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación. A los siguientes profesionales del equipo del CAS Vall d'Hebron: Sra. Sonia Fuentes, Yasmina Pallares, Sira Díaz y Nuria Tarifa por colaborar en las evaluaciones psicométricas de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. The International Classification of Sleep Disorders. Revised. Diagnostic and coding manual. 2nd. Rochester, Minnesota: American Sleep Disorders Association; 1997.
2. Buysse DJ. Insomnia. *JAMA*. 2013;309(7):706-16.
3. Roth T, Jaeger S, Jin R, Kalsekar A, Stang PE, Kessler RC. Sleep problems, comorbid mental disorders, and role functioning in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry*. 2006;60(12):1364-71.
4. Peraita-Adrados R. Advances in sleep disorders. *Rev Neurol*. 2005;40(8):485-91.
5. Leger D, Guilleminault C, Dreyfus JP, Delahaye C, Paillard M. Prevalence of insomnia in a survey of 12,778 adults in France. *J Sleep Res*. 2000;9(1):35-42.
6. Ohayon MM, Sagales T. Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Med*. 2010;11(10):1010-8.
7. Sutton EL. Psychiatric Disorders and Sleep Issues. *Med Clin North Am*. 2014;98(5):1123-43.
8. Abad VC, Guilleminault C. Sleep and psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci*. 2005;7(4):291-303.
9. Lucchesi LM, Pradella-Hallinan M, Lucchesi M, Moraes WA. [Sleep in psychiatric disorders]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(1):27-32.
10. Fritsch Montero R, Lahsen Martínez P, Romeo Gómez R, Araya Baltra R, Rojas Castillo G. Sleep disorders in the adult population of Santiago of Chile and its association with common psychiatric disorders. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38(6):358-64.
11. Cañellas F, de Lecea L. [Relationships between sleep and addiction]. *Adicciones*. 2012;24:287-90.
12. Roth T. Does effective management of sleep disorders reduce substance dependence? *Drugs*. 2009;69:65-75.
13. Teplin D, Raz B, Daiter J, Varenbut M, Tyrrell M. Screening for substance use patterns among patients referred for a variety of sleep complaints. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2006;32:111-20.
14. Vitiello MV. Sleep, alcohol and alcohol abuse. *Addiction Biology*. 1997;2:155-8.
15. Brower KJ, Aldrich MS, Hall JM. Polysomnographic and subjective sleep predictors of alcoholic relapse. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998;22(8):1864-71.
16. Crum RM, Ford DE, Storr CL, Chan YF. Association of sleep disturbance with chronicity and remission of alcohol dependence: data from a population-based prospective study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28(10):1533-40.
17. Irwin MR, Valladares EM, Motivala S, Thayer JF, Ehlers CL. Association between nocturnal vagal tone and sleep depth, sleep quality, and fatigue in alcohol dependence. *Psychosom Med*. 2006;68(1):159-66.
18. Dimsdale JE, Norman D, DeJardin D, Wallace MS. The effect of opioids on sleep architecture. *J Clin Sleep Med*. 2007;3(1):33-6.
19. Schierenbeck T, Riemann D, Berger M, Hornyak M. Effect of illicit recreational drugs upon sleep: Cocaine, ecstasy and marijuana.

- Sleep Med Rev. 2008;12(5):381-9.
20. Gates PJ, Albertella L, Copeland J. The effects of cannabinoid administration on sleep: a systematic review of human studies. *Sleep Med Rev.* 2014;18(6):477-87.
 21. Curran HV, Collins R, Fletcher S, Kee SC, Woods B, Iliffe S. Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. *Psychol Med.* 2003;33(7):1223-37.
 22. Regal AR, Amigo MC, Cebrián E. [Sleep and women]. *Rev Neurol.* 2009;49(7):376-82.
 23. Romero O. [Insomnia in the elderly: cognitive involvement and therapeutic attitudes]. *Rev Neurol.* 2000;30(6):591-3.
 24. Sierra JC, Delgado-Dominguez C, Carretero-Dios H. [Internal structure of Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale in a Spanish shift workers sample]. *Rev Neurol.* 2006;43(8):454-60.
 25. Tjepkema M. Insomnia. *Health Rep.* 2005;17(1):9-25.
 26. Sutton EL. Psychiatric Disorders and Sleep Issues. *Med Clin North Am.* 2014;98(5):1123-43.
 27. Brower KJ, Aldrich MS, Robinson EA, Zucker RA, Greden JF. Insomnia, self-medication, and relapse to alcoholism. *Am J Psychiatry.* 2001;158(3):399-404.
 28. Grau-López L, Roncero C, Grau-López L, Daigre C, Rodríguez-Cintas L, Pallares Y, et al. Factors related to relapse in substance-dependent patients in hospital detoxification: the relevance of insomnia. *J Sleep Disor Treat Care.* 2014;3:3.
 29. García-Portilla M, Sáiz PA, Díaz-Mesa EM, Fonseca E, Arrojo M, Sierra P, et al. [Psychometric performance of the Oviedo Sleep Questionnaire in patients with severe mental disorder]. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2009;2(4):169-77.
 30. Spitzer R, Robert L, Gibbon M. SCID-I, Versión clínica, entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM. Barcelona: Masson; 1996.
 31. First M, Gibbon M, Spitzer R. SCID-II, Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV. Barcelona: Masson; 2003.
 32. Park SC, Kim JM, Jun TY, Lee MS, Kim JB, Jeong SH, et al. Prevalence and Clinical Correlates of Insomnia in Depressive Disorders: The CRESCEND Study. *Psychiatry Investig.* 2013;10(4):373-81.
 33. Sylvia LG, Dupuy JM, Ostacher MJ, Cowperthwait CM, Hay AC, Sachs GS, et al. Sleep disturbance in euthymic bipolar patients. *J Psychopharmacol.* 2012;26(8):1108-12.
 34. Monti JM, Monti D. Sleep in schizophrenia patients and the effects of antipsychotic drugs. *Sleep Med Rev.* 2004;8(2):133-48.
 35. Brower KJ, Krentzman A, Robinson EA. Persistent insomnia, abstinence, and moderate drinking in alcohol-dependent individuals. *Am J Addict.* 2011;20(5):435-40.
 36. Bolla KI, Lesage SR, Gamaldo CE, Neubauer DN, Funderburk FR, Cadet JL, et al. Sleep disturbance in heavy marijuana users. *Sleep.* 2008;31(6):901-8.
 37. Cervena K, Matousek M, Prasko J, Brunovsky M, Paskova B. Sleep disturbances in patients treated for panic disorder. *Sleep Med.* 2005;6(2):149-53.
 38. Germain A, Hall M, Krakow B, Shear KM, Buysse DJ. A brief sleep scale for Posttraumatic Stress Disorder: Pittsburgh Sleep Quality Index Addendum for PTSD. *J Anxiety Disord.* 2005;19(2):233-44.
 39. Atalay H. Comorbidity of insomnia detected by the Pittsburgh sleep quality index with anxiety, depression and personality disorders. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2011;48(1):54-9.
 40. de Carvalho LB, Lopes EA, Silva L, de Almeida MM, Almeida e Silva T, Neves AC, et al. Personality features in a sample of psychophysiological insomnia patients. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3A):588-90.
 41. Ruiz C. Revisión de los diversos métodos de evaluación del trastorno de insomnio. *Anales de psicología.* 2007;23:109-17.
 42. Roncero C, Grau-López L, Díaz-Morán S, Miquel L, Martínez-Luna N, Casas M. [Evaluation of sleep disorders in drug dependent inpatients]. *Med Clin (Barc).* 2012;138:332-5.