



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

Intervención Psicológica en Insomnio.

Autor/a: María Hernando Ricote
Directora: Doctora Noelia Ruiz Herrera

Madrid
2020/2021

Resumen

La presente revisión bibliográfica pretende indagar en el trastorno de insomnio, sus características y los factores que intervienen no sólo en su aparición, si no también en su mantenimiento, para poder posteriormente explorar los diferentes enfoques que existen a la hora de abordar un tratamiento. El insomnio es un trastorno del sueño muy prevalente a nivel general. En la mayoría de los casos, el desajuste surge como síntoma de una patología médica o psicológica subyacente, y, al tratarse dicha patología, el paciente deja de experimentar insomnio. En los casos en los que el insomnio se vuelve crónico, el trastorno ya no está en función de la patología que lo originó. En el insomnio crónico el tratamiento está enfocado a las causas que lo mantienen. La entidad pública encargada de diagnosticar y tratar el insomnio es la Atención Primaria. Existen tres vías de tratamiento para el insomnio: la vía farmacológica, la no farmacológica, y en enfoque mixto.

Palabras clave: Insomnio, diagnóstico, tratamiento, terapia Cognitivo-Conductual.

Abstract

The present bibliographic review aims to investigate insomnia disorder, its characteristics and the factors that intervene not only in its appearance, but also in its maintenance, in order to later explore the different approaches that exist when approaching a treatment. Insomnia is a very prevalent sleep disorder. In most cases, it arises as a symptom of an underlying pathology, and once it's treated, the patient no longer experiences insomnia. In cases where insomnia becomes chronic, the disorder is no longer dependent on the pathology that caused it. In chronic insomnia, treatment is focused on the causes that maintain it. The public entity in charge of diagnosing and treating insomnia is Primary Care. There are three treatment options for insomnia: the pharmacological route, the non-pharmacological route, and a mixed approach.

Key words: Insomnia, diagnosis, treatment, Cognitive- Behavioural Therapy.

Índice

Introducción	6
Definición de insomnio.	7
Características demográficas del trastorno de insomnio.	8
Evaluación y diagnóstico del insomnio.	12
Evaluación	12
Evolución y mantenimiento del insomnio.	16
Tratamiento del insomnio.	18
Tratamiento farmacológico para el trastorno de insomnio.	18
Tratamiento no farmacológico para el trastorno de insomnio.	19
Terapia conductual.	19
<i>Terapia de relajación.</i>	20
<i>Control estimular.</i>	20
<i>Restricción de sueño.</i>	21
Terapia cognitiva.	22
<i>Educación en higiene del sueño.</i>	23
El enfoque mixto.	24
Efectividad del tratamiento no farmacológico frente al farmacológico.	25
Discusión y conclusiones.	28

Introducción

La palabra sueño, proveniente del latín *somnum*, está definida en la Real Academia de la Lengua Española como el “acto de dormir” o “gana de dormir” (R.A.E, 2001).

El sueño y el significado de los sueños han sido un tema de interés para el hombre a lo largo de la historia y de las diferentes culturas. En algunas sociedades, este tema se ha tratado como algo misterioso o que tiene relación con lo sobrenatural. A nivel social y literario, la relación con el sueño también ha suscitado interés a lo largo de la historia. Y si bien esto no puede generalizarse, los seres humanos pasamos casi un tercio de nuestro tiempo en el mundo durmiendo.

Sin embargo, desde un punto de vista médico, este tema no ha empezado a ser objeto de estudio hasta hace aproximadamente un siglo.

Los primeros casos de trastornos del sueño estudiados fueron casos de hipersomnia, y fueron estudiados a finales del siglo XIX. Estos estudios dieron lugar a la enfermedad que actualmente conocemos como narcolepsia.

Gracias a los avances tecnológicos, durante la segunda década del siglo XX se descubrió el encefalograma, que abrió la puerta al estudio de los trastornos del sueño y sus causas.

Lograr una adecuada cantidad y calidad de sueño es una necesidad fisiológica tan importante como alimentarse o hidratarse. Durante el sueño, se dan algunos procesos fundamentales para reparar el organismo y para que este se desarrolle (Sociedad Española del Sueño, 2016).

A nivel psicológico, el sueño es también de tal importancia que, en caso de ser privado de dormir durante un periodo determinado de tiempo, un ser humano puede llegar a morir. De hecho, durante el siglo XVI en la región de Escocia, se utilizaba la privación de sueño como una forma de torturar a las mujeres que eran acusadas de ser brujas, y más adelante, durante la Segunda Guerra Mundial, fue utilizada la misma forma de tortura para castigar algunas conductas de los presos de los Campos de Concentración Nazis.

La Comisión Nacional de Investigación de Trastornos del Sueño, en Estados Unidos afirma (tal como se citó en Morin, 1994), que la exposición reiterada a trastornos en el

ciclo de sueño aumenta las probabilidades de alcoholismo, abuso de drogas y accidentes laborales.

En definitiva: una mala salud de sueño tiene repercusiones físicas, psicológicas y del desarrollo en los seres humanos, y la relación entre el sueño normal y la salud es bidireccional.

Definición De Insomnio

Actualmente las quejas por una falta de sueño o mala calidad de este son muy comunes en las consultas médicas o de salud mental (Oviedo et al. 2016).

Aunque todos los seres humanos experimentan episodios puntuales de insomnio o momentos vitales en los que la calidad del sueño se ve modificada, existe un porcentaje de la población que convive con esta sensación de insuficiencia de manera crónica: esto es lo que denominamos insomnio.

El insomnio está definido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos mentales (DSM- IV) como una predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, que puede manifestarse en forma de diferentes síntomas y que causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo laboral, social, educativo, académico, del comportamiento, o en otras áreas importantes del funcionamiento (American Psychiatric Association, 2013).

El manual establece que la falta de higiene de sueño genera secuelas diurnas que pueden causar dificultades en el desempeño de actividades cotidianas, sensación de angustia, somnolencia, disminución del rendimiento y alteraciones en el estado de ánimo.

Por su parte, la clasificación de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS), define el Insomnio como un estado caracterizado por una cantidad o calidad del sueño no satisfactoria que persiste durante un considerable periodo de tiempo.

En su undécima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) expone como criterio diagnóstico del insomnio que la queja ante la dificultad para conciliar el sueño, la dificultad para mantenerlo o el despertar precoz, duren más de un mes, y se acompañen de una fatiga diurna, sensación de malestar personal y deterioro en lo social o laboral, y en otras áreas importantes de la actividad personal (OMS, 1992).

Dentro de la bibliografía existente a cerca del trastorno, se puede destacar a Charles Morin como uno de los autores que más ha publicado a cerca de este trastorno, contemplándolo desde un punto de vista psicológico y no tanto médico. El autor describe el insomnio como la existencia de la dificultad para el inicio, o el mantenimiento del sueño. También menciona que el insomnio se puede manifestar en forma de despertares tempranos con incapacidad para volverse a dormir, sin embargo, aclara que estos despertares no se consideran patológicos si el sujeto ha dormido al menos 6.5 horas (Morin, 1994).

Teniendo presentes esta diversidad de definiciones que proponen las diferentes autoridades médicas y psicológicas, es interesante mirar este trastorno desde un punto de vista psicológico dado que es desde donde se va a proponer la intervención. Esto implica que en este trabajo habrá un interés mayor por describir las consecuencias psicológicas y sociales de padecer dicho trastorno y los tratamientos no farmacológicos que existen para el mismo, que por entender su etiología fisiológica y orgánica.

Características Demográficas Del Trastorno De Insomnio

El insomnio es el trastorno de sueño con una mayor prevalencia en la población general (Oviedo et al. 2016).

En un estudio publicado recientemente en el International Journal of Public Health, se muestra la prevalencia de este trastorno en diferentes países europeos. El ránking es encabezado por Polonia, cuyo porcentaje de población mayor de 60 años con problemas de insomnio es de un 31.2%. Países como Dinamarca o Italia presentan los índices más bajos (Bracke y Van der Straat, 2015).

El insomnio es, como se ha expuesto anteriormente, un trastorno que afecta al inicio, mantenimiento o calidad del sueño durante un periodo de tiempo prolongado.

Para enfocar un problema de sueño, debemos conocer qué características de éste están consideradas normales.

La cantidad de sueño que necesita un ser humano es variable, y se ve modificada por factores ambientales, conductuales y orgánicos. En función del momento evolutivo en el que se encuentre el sujeto, se considerará normal un patrón de sueño o no: por ejemplo, un niño que duerme entre 9 y 11 horas está dentro de lo normal, dado que su crecimiento

físico requiere de mayor tiempo de descanso. A partir de 60 años, sin embargo, la expectativa media de sueño se reduce a 6,5 horas. La duración del sueño nocturno en adultos sin trastornos está entre 7 y 8 horas, aunque existen diferencias individuales (Díaz y Pareja, 2008).

Estas diferencias dan pie a que se puedan distinguir tres patrones de sueño: patrón de sueño largo, patrón de sueño intermedio y patrón de sueño breve (Miró et al, 2005).

La mayoría de la población adulta está situada en el patrón de sueño intermedio, en el que se necesitan entre 7 y 8 horas de sueño. El patrón de sueño corto es aquel en el que los sujetos duermen 5 horas o menos, y puede confundirse con el insomnio. Sin embargo, los sujetos cuyos hábitos de sueño atienden a este patrón, no tienen la sensación de su descanso sea insuficiente o cualitativamente inferior, y no se ven afectados en el desempeño de sus actividades diarias por ello.

Podemos hacer también una distinción entre sujetos matutinos, aquellos que tienen tendencia a levantarse y acostarse pronto, y vespertinos, aquellos que tienen tendencia a levantarse y acostarse tarde.

En condiciones normales, el tiempo que se tarda en conciliar el sueño no debe ser mayor a 30 minutos, y una vez conciliado, se espera que el sueño sea continuo. Cabe también mencionar que, en individuos entre 5 y 60 años, la necesidad de dormir durante el día desaparece, y que la siesta no suele superar los 30 minutos. En caso de la siesta sea de más de 60 minutos de forma reiterada, podemos inferir que está sucediendo algo que bien puede ser la presencia de un trastorno comórbido, o simplemente el efecto de algún psicofármaco u otra sustancia (Ferré-Masó et al. 2020).

Sabiendo esto, es importante tener en cuenta que existen una gran cantidad de trastornos del sueño con diversas características, por lo que para hablar de insomnio se utiliza comúnmente como criterio diferencial si existe una causa emocional, médica, o psiquiátrica detrás de su aparición y mantenimiento, o si, por el contrario, el trastorno de sueño no puede explicarse por la existencia de causas de estas dimensiones (American Psychiatric Association, 2013).

Más de el 50% de los adultos experimentan episodios de insomnio o una disminución significativa de la calidad del sueño en determinados momentos vitales, como el

nacimiento de un hijo, la pérdida de un ser querido o de una relación, o durante periodos de estrés. Sin embargo, estos episodios no son considerados como significativos a la hora de diagnosticar un trastorno del sueño dado que, una vez la causa externa desaparece, el ciclo de sueño vuelve a la normalidad.

Si este desajuste perdura, sí que podemos decir que estamos ante un trastorno del sueño.

Se estima que un tercio de la población adulta padece alguna forma de trastorno del sueño y que, de esta cifra, al menos un 10% considera este problema grave y crónico (Oviedo et al. 2016).

El insomnio es más prevalente en ancianos y mujeres. Un estudio que se llevó a cabo en Estados Unidos expone que un 40% de las mujeres se queja de insomnio frente a un 30% de hombres. El mismo estudio muestra cómo, al evaluar a personas de más de 65 años, hasta el 50% presentaba estas quejas (Oviedo et al. 2016). EL insomnio también presenta una alta prevalencia en población adolescente, y se estima que hasta un 24% del fracaso escolar mantiene una relación con el trastorno de sueño (Merino y Pin, 2013).

Laboralmente, existe mayor riesgo entre los empleados que tienen que rotar de turno, incluso aunque esto sea siempre durante el día. También es un factor de riesgo desempeñar una actividad laboral que exija desplazamientos largos. En estos casos, es frecuente que se produzca el síndrome de cambio rápido de horario o “jet lag”, que unido al hecho de que se cambia de cama, dormitorio y espacio reiteradamente puede desencadenar un trastorno del sueño crónico (Valle Coronado, 2008).

Desde un punto de vista económico, el insomnio tiene relación con el absentismo laboral, se asocia a un mayor riesgo de accidentes laborales y de tráfico, y tiene cierto peso en la demanda de servicios de salud. Los costes derivados de su tratamiento, que suele ser la prescripción de medicamentos hipnóticos, incrementan progresivamente dado que estos medicamentos generan tolerancia. Por otro lado, aunque el insomnio un trastorno de etiología múltiple, se sabe que un alto porcentaje de los pacientes que presentan un trastorno del sueño presenta a su vez una enfermedad médica o psiquiátrica asociada.

Al uso de hipnóticos y fármacos benzodiazepínicos, por tanto, se añade el hecho de que, en muchos de los casos, se han de tratar también patologías médicas subyacentes al

trastorno. Las más comunes son los trastornos respiratorios durante el sueño, o los trastornos motores, entre ellos el síndrome de piernas inquietas.

El tratamiento de estas patologías comórbidas tiene también un impacto económico en los servicios de sanidad (Coronado, 2008).

Alrededor de un 20% de los pacientes psiquiátricos presentan también trastornos del sueño como consecuencia de los primeros.

Evaluación y Diagnóstico del Insomnio

Evaluación del Insomnio

El diagnóstico del insomnio atiende a los criterios de un diagnóstico diferencial y se fundamenta en una entrevista clínica, en la que se exploran cuatro áreas: historia de sueño, uso de medicamentos y sustancias, antecedentes y exámenes que se han realizado, e historia psiquiátrica.

La historia de sueño hace referencia a la investigación a cerca de la queja que presenta el paciente, las características de su relación con el descanso (incluyendo su ambiente, sus obligaciones, su horario...) y también se exploran algunas de las creencias a cerca del sueño y el insomnio.

Seguidamente se explora si el paciente consume alguna sustancia o medicamentos hipnóticos (sean prescritos o naturales) o sustancias excitantes (como cafeína, nicotina o alcohol). También se indaga a cerca de posibles enfermedades médicas y mentales, y a cerca de la posible existencia de trastornos de ansiedad, estrés u otros trastornos mentales.

Para realizar un buen diagnóstico es necesario conocer los síntomas y la historia de sueño del paciente en cuestión.

El instrumento por excelencia para la recogida de información en este caso es la entrevista clínica; concretamente una entrevista semiestructurada que permite realizar una exploración bio-psico-social del trastorno. Los profesionales encargados de llevar a cabo esta entrevista son los profesionales de Atención Primaria (Grupo de trabajo de la guía de Práctica Clínica para el Manejo de pacientes con Insomnio en Atención Primaria, 2009).

A la hora de delimitar las características del insomnio, el profesional realiza una historia clínica en la que se recogen: antecedentes psiquiátricos y médicos que puedan haber estado relacionados con la aparición del trastorno de sueño, existencia de fármacos en la vida diaria del paciente, los hábitos de estilo de vida que mantiene el paciente que puedan estar afectando a su calidad de sueño (frecuencia de consumo de alcohol, tabaco, drogas o sustancias estimulantes, hábitos alimenticios, o la frecuencia con la que realiza ejercicio físico).

En la historia clínica se recogen, además, datos a cerca de antecedentes familiares de insomnio y algunas características del entorno familiar, social y laboral del paciente.

Por otro lado, el profesional recoge en una historia de sueño los detalles de los horarios de sueño del paciente tanto en días laborables como no laborables, las costumbres del paciente en torno a la hora de acostarse y levantarse y otros datos relacionados con la higiene del sueño del paciente, y los posibles síntomas diurnos de falta de descanso.

A su vez se explora la existencia de otros síntomas que puedan estar afectando a la calidad de sueño como el bruxismo, la apnea o la existencia de problemas respiratorios.

Queda reflejado también en la historia de sueño si el paciente ha estado en tratamiento previo.

Por último, se realiza mediante un auto-registro, un expediente que recoge el número y la causa de los despertares nocturnos. El auto-registro es una herramienta muy útil que permite al profesional diferenciar el trastorno de insomnio de otros trastornos, y observar su evolución.

Dado que la prevalencia de trastornos de insomnio en población de salud mental es alta, a hora de realizar un diagnóstico, es importante realizar una valoración psicológica al paciente que permita descartar la existencia de un trastorno psicopatológico como origen del insomnio.

Algunos de los instrumentos que se utilizan con este propósito son el Inventario de depresión de Beck (*BDI: Beck Depression Inventory*), la Escala de Hamilton para la depresión (*HDRS: Hamilton Depression Rating Scale*), el Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (*STAI: State- Trait Anxiety Inventory*) o el Inventario de Síntomas SCL-90-R.

Los trastornos de sueño están ordenados en función de tres grandes clasificaciones diferentes: el Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición. (DSM-V.), la Clasificación Internacional de las Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE-10), y la Clasificación Internacional del Manual Diagnóstico y Codificado de los Trastornos de Sueño, 3ª edición (ICSD-3).

Aunque las clasificaciones son distintas, las tres coinciden en la división etiológica entre los trastornos primarios, es decir, los que no son debidos a un problema psicológico, médico o de consumo de sustancias, y los secundarios o comórbidos, que lo son.

A su vez, la clasificación del insomnio puede hacerse atendiendo a diferentes características como la duración, la severidad o la forma de presentación (Sarrajs y de Castro, 2007). Podrían hacerse las siguientes distinciones:

- Según su curso temporal:
 - Insomnio transitorio o agudo: Es el insomnio más común. Su duración es inferior a una semana. Suele estar asociado a estresores.
 - Insomnio a corto plazo: Su duración es de una a cuatro semanas.
 - Insomnio crónico: Dura cuatro semanas o más. Puede deberse a diversidad de factores o no tener una causa evidente.
- Según su severidad:
 - Insomnio Leve
 - Insomnio Moderado
 - Insomnio Severo
- Según la forma de presentación o del momento de la noche en el que se produce:
 - Insomnio de inicio o conciliación: la dificultad está en el inicio del sueño. Está relacionado con el consumo de sustancias o con trastornos psiquiátricos interfieren en el sistema de activación fisiológica, como por ejemplo el trastorno de ansiedad.
 - Insomnio de mantenimiento: la dificultad está en mantener el sueño sin interrupciones o periodos de vigilia durante el mismo.
 - Insomnio de final de sueño: se produce un despertar precoz unas horas antes de la hora de despertar habitual.

En el ámbito psicoterapéutico y de la atención primaria se utilizan los criterios de clasificación propuestos por el DSM-IV-TR y el CIE- 10, razón por la cual son los utilizados como referencia en esta revisión bibliográfica, aunque existen versiones más recientes. Las diferencias existentes entre los criterios propuestos por dichos manuales, y los propuestos por sus versiones posteriores no afectan al diagnóstico del trastorno de Insomnio.

A continuación, se detallan algunos de los criterios diagnósticos que establece el DSM-IV-TR, que son relevantes para diferenciar el insomnio primario de otros trastornos de sueño (ver tabla 1).

Tabla 1.

Criterios diagnósticos de insomnio primario

- A. El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador durante al menos 1 mes.
- B. La alteración de sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La alteración de sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno de sueño relacionado con la respiración, el trastorno de ritmo circadiano o una parasomnia.
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium).
- E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancias o de una enfermedad médica.

Fuente: elaboración propia a partir de American Psychiatric Association, 2013.

De acuerdo con los criterios del DSM-IV, el insomnio primario constituye un trastorno en el que existe una dificultad para iniciar o mantener el sueño que no es debida a un problema mental, médico, abuso de sustancias o a otro trastorno de sueño. El insomnio secundario, por el contrario, es aquel que surge como consecuencia de la presencia de enfermedades físicas o psíquicas, o como consecuencia al uso de fármacos.

Existen tres subtipos de insomnio primario que han sido reconocidos empíricamente:

- Insomnio psicofisiológico: el desajuste en el ciclo de vigilia sueño es aprendido. Se da una asociación entre estímulos situacionales (por ejemplo, la habitación, la cama, el pijama, etc.) y un estado de activación fisiológica.

- Insomnio idiopático: hace referencia a una dificultad para conciliar el sueño que existe desde una edad temprana, o con la que el paciente ha convivido la mayor parte de su historia.
- Error de percepción en el estado de sueño o insomnio subjetivo: el paciente manifiesta una insuficiencia en su calidad de sueño que no es respaldada por pruebas médicas o datos objetivos.

Por su parte, CISD considera el insomnio una disomnia, junto a los trastornos de ritmo sueño vigilia y los trastornos por hipersomnia.

Evolución Y Mantenimiento del Insomnio Primario

Las causas originales del insomnio primario y las causas que lo mantienen pueden ser muy diferentes. En la mayoría de los casos, el inicio del insomnio está relacionado con factores situacionales que tienden a desaparecer. Normalmente el trastorno se mantiene por causas diferentes a su origen, en las que juega un papel importante el condicionamiento: algunos de los factores perpetuantes del insomnio son el miedo a no dormir, o los comportamientos no adaptativos en relación con el sueño (Grupo de trabajo de la guía de Práctica Clínica para el Manejo de pacientes con Insomnio en Atención Primaria, 2009). Cuando el insomnio se vuelve crónico (más de cuatro semanas) comienzan a aparecer cogniciones disfuncionales a cerca del sueño y su impacto en la vida de la persona (Morin, 1994). Estas cogniciones disfuncionales, tales como una preocupación por no ser capaz de quedarse dormido, o la presencia de rumiaciones a cerca de las consecuencias que tendrá esta falta de sueño, con el paso del tiempo acaban por condicionar una respuesta de activación fisiológica, tensión muscular y preocupación. Además, el hecho de pasar un excesivo tiempo en la cama tratando de conciliar el sueño, genera una sensación de frustración y acaba por causar un condicionamiento ambiental, de manera que, para el paciente, estímulos como la propia cama, la habitación o la hora de dormir se asocian con una sensación de malestar.

Por otra parte, las consecuencias de esta falta de sueño, que el paciente experimenta al día siguiente (tales como falta de concentración, apatía, fatiga, labilidad emocional, etc.), afianzan también la sensación de malestar y el condicionamiento ambiental del sujeto.

De esta forma, se puede entender cómo la combinación de todos estos factores es capaz de mantener un trastorno de insomnio que surge a partir de un acontecimiento estresante

incluso cuando ese acontecimiento ya no supone un problema para el sujeto. Los pacientes se descubren cada vez más inmersos en este ciclo que es afianzado por sus propias consecuencias.

Morin (1994) esquematiza esto tal y como se observa en la Figura 1.

Figura 1.



Fuente: Morin, 1994.

A partir de este esquema es más comprensible por qué las terapias cognitivas y del comportamiento tendrán un peso importante dentro del tratamiento del insomnio ya que actúan y modifican los factores que mantienen el trastorno.

Tratamiento Del Insomnio

A la hora de abordar el tratamiento del insomnio, existen diversas alternativas. El insomnio en muchas ocasiones aparece como un síntoma asociado a una patología (médica o psiquiátrica), al consumo de sustancias, o surge como respuesta a estresores presentes en la vida de los sujetos en un momento dado. En este sentido, la forma de tratar el trastorno de sueño será abordar y tratar en primer lugar su etiología; el objetivo principal es identificar la causa que lo está generando y dirigir el tratamiento directamente sobre ella.

Dado que la etiología del trastorno puede ser muy variada, debemos contemplar como posible forma de tratamiento la psicoterapia, la fisioterapia, y la educación en higiene del sueño.

En el caso del insomnio primario, la causa que ha podido originar el desajuste ya no es relevante en la presencia de este. El trastorno de sueño no es causado por una enfermedad subyacente. Debe, por tanto, considerarse un tratamiento sintomático: los objetos de tratamiento son el propio trastorno y los factores que intervienen en su mantenimiento.

Ante el insomnio primario, existen dos vías de intervención: la vía farmacológica y la no farmacológica.

Tratamiento Farmacológico para el Trastorno de Insomnio

Los medicamentos hipnóticos suelen estar desaconsejados para el tratamiento del insomnio crónico.

El tratamiento farmacológico pretende mediante el uso de hipnóticos, ya sean benzodiazepínicos o no benzodiazepínicos, dirigirse al trastorno.

Los hipnóticos son medicamentos que se usan para el tratamiento de diversas problemáticas médicas como son las contracturas musculares, las convulsiones epilépticas, o los trastornos de ansiedad. A su vez, son utilizados por excelencia para tratar el insomnio, y son los fármacos más eficaces a la hora de inducir el sueño de una forma similar a la fisiológicamente natural. Este favorecimiento de la respuesta de sueño se da gracias que su consumo produce un aumento la actividad GABA (ácido gamma-

aminoburítrico), que genera efectos hipnóticos, ansiolíticos, miorrelajantes, y antiepilépticos. También son capaces de generar este efecto en el organismo fármacos tales como los antidepresivos con efecto sedante y los neurolépticos sedantes (Díaz y Pareja, 2008)

No obstante, el insomnio sólo puede ser tratado mediante la administración de fármacos si el tratamiento se pretende ser a corto plazo o de forma controlada.

Durante el tratamiento, los fármacos hipnóticos son administrados de forma intermitente un máximo de tres veces por semana, y no se aconseja que el tratamiento supere las cuatro semanas. A la hora de prescribir y administrar estos fármacos es importante que los profesionales se adhieran a estas pautas. El consumo prolongado de psicofármacos puede suponer un riesgo para la salud mental y física de la población, y genera tolerancia y dependencia. Su uso prolongado se ha relacionado con incremento de caídas y fracturas, riesgo de accidentes de tráfico, problemas de memoria y demencia e incluso aumento de la mortalidad global (Baza Bueno et al. 2019).

Tratamiento No Farmacológico para el Trastorno de Insomnio

Tratamiento conductual

El tratamiento conductual está enfocado a modificar los hábitos conductuales que mantiene el paciente y que circundan al insomnio. Entre los pacientes que sufren de insomnio crónico, y que, por tanto, han estado expuestos durante largos periodos de tiempo a un desorden en el ciclo vigilia-sueño, es común que el propio organismo no sepa reconocer ni actuar según las propias señales naturales que el organismo emite.

Esto es algo similar a lo que ocurre en los pacientes de trastornos alimenticios: el organismo está sometido a tal desorden que no es capaz de reconocer las propias señales de hambre y saciación ni guiarse en torno a ellas.

Por esta razón, ante estos desajustes es útil establecer una rutina conductual pautada y rígida, que dote al organismo de cierto orden de manera que aflore de nuevo el automatismo que controla los ciclos de vigilia y sueño. Algunas de las siguientes técnicas pretenden favorecer que se establezcan estos nuevos hábitos conductuales (Díaz y Pareja, 2008).

Terapia de restricción de sueño

El tratamiento del insomnio mediante la restricción de sueño implica una disminución significativa del tiempo de sueño. El paciente emplea en cama un tiempo muy inferior al que emplearía en condiciones normales, y esto hace que ese tiempo sea exclusivamente de descanso.

El número de horas de descanso que se le permiten paciente depende de los propios datos que éste proporciona en la entrevista: si de 8 horas que pasa acostado, afirma dormir sólo durante 5, se reduce su tiempo en cama a 5 horas (Díaz y Pareja, 2008).

En caso de que la calidad de sueño durante el tiempo establecido mejore, se permiten incrementos de 15 minutos en cama. De lo contrario, se continúa restringiendo el tiempo restando 15 minutos al tiempo inicial, nunca llegando a restringir el tiempo permitido a menos de 5 horas.

Esta técnica implica una monitorización semanal. Es especialmente efectiva para reducir la ansiedad anticipatoria dado que aumenta la somnolencia y consigue que el tiempo en cama sea exclusivamente de descanso.

Terapia de relajación

Dentro de la disciplina puramente conductual, el entrenamiento en relajación proporciona a los pacientes, mediante una serie de técnicas la posibilidad de controlar el estado de activación fisiológico y modificarlo.

Algunas de las técnicas en relajación, como la técnica de relajación progresiva o la técnica del escáner corporal, están orientadas a reducir la tensión muscular y somática. Otras de estas técnicas, como las de relajación por imaginación propuestas por Jacobson, están orientadas a reducir la tensión que generan los pensamientos intrusivos o las rumiaciones relacionadas con la dinámica del insomnio (Oviedo et al. 2016).

Las técnicas precisan de una capacidad mínima de concentración e imaginación por parte del paciente, y gran parte de su eficacia está en torno al manejo de la respiración abdominal.

La terapia de relajación requiere de la presencia de una figura que instruya y controle lo que se va haciendo, hasta que el paciente es capaz de hacerlo de manera autónoma. En este sentido, la función del terapeuta es acompañar al paciente en cuestión en este

aprendizaje. Estas técnicas son especialmente útiles para individuos en los que el insomnio está asociado a un componente ansioso.

Control estimular

El insomnio psicofisiológico se genera cuando se asocia el malestar proveniente de no conciliar el sueño, con estos mismos estímulos ambientales. Esta asociación es también la que genera que la incapacidad de dormir sea persistente, y es por tanto la que convierte el insomnio en una condición crónica.

Bootzin, Epstein y Wood (Bootzin et al, 1972) desarrollan la terapia de control estimular, que trabaja para generar un condicionamiento entre los estímulos ambientales y la sensación de sueño y descanso.

Los pacientes que se someten a este tratamiento son invitados a seguir las siguientes consignas:

1. Vaya a dormir sólo cuando tenga sueño.
2. Utilice la cama sólo para dormir y para mantener relaciones sexuales. No debe comer, leer, ver la TV. Escuchar la radio o trabajar estando en la cama.
3. Si no consigue conciliar el sueño en 15 minutos, salga de la cama, vaya a otra habitación, y haga alguna actividad relajante, intrascendente y después retorne al lecho si se encuentra de nuevo somnoliento.
4. Repita el paso 3 cuantas veces sea necesario.
5. Coloque la alarma del despertador a la misma hora cada día y levántese siempre a esa hora.
6. No realice siestas.

Las indicaciones están orientadas a eliminar la aversión que suscita en los sujetos pensar en la hora de dormir.

Es necesario tener en cuenta que algunos pacientes pueden responder a estas pautas aumentando sus niveles de ansiedad y fortaleciendo la asociación entre los estímulos y la sensación de malestar.

De igual forma, es una técnica de intervención que puede aumentar la sensación de somnolencia en el paciente, sin embargo, esto no es del todo perjudicial porque favorece que se llegue a la hora de acostarse con más sensación de sueño, y dormirse puede resultar más inmediato.

Terapia cognitiva

La terapia cognitiva tiene como objetivo modificar las creencias irracionales a cerca del sueño, y las falsas creencias a cerca del insomnio y sus consecuencias. Está especialmente centrada en aquellos pensamientos que puedan resultar intrusivos o que generen una excesiva preocupación en el paciente.

Este enfoque está diseñado para identificar cogniciones disfuncionales y sustituirlas por otras más ajustadas a la realidad. En lo relativo al insomnio, se busca sobre todo trabajar en aspectos tales como la capacidad del sujeto de mantener expectativas realistas respecto a la calidad del sueño, evitar que el paciente culpabilice al insomnio de su malestar o sobrevalore el hecho de dormir, evitar las ideas catastrofistas tras un sueño deficiente y aumentar la tolerancia al insomnio.

Esta terapia es útil y favorece resultados a largo plazo dentro de un tratamiento que incluya cambio comportamental, pero no se ha demostrado su eficacia como herramienta aislada en le tratamiento del insomnio (Oviedo et al. 2016).

Terapia cognitivo- conductual

La terapia cognitivo conductual (TCC) dedica un espacio a confrontar los problemas cognitivos asociados al insomnio y abordar y tratar aquellas conductas relacionadas con el sueño que puedan estar contribuyendo al mantenimiento del trastorno.

De igual forma, la TCC pretende en su intervención dotar al paciente de habilidades y herramientas para reconocer y manejar a los acontecimientos que vayan surgiendo en su historia.

La terapia se basa en la premisa de que para conciliar el sueño es necesaria un nivel bajo de activación fisiológica y psicológica (Díaz y Pareja, 2008).

Durante la terapia, se identifican junto con el paciente creencias distorsionadas y sentimientos o actitudes negativas ante el insomnio y sus consecuencias. Estas creencias son trabajadas y refutadas.

Por otro lado, se pretende facilitar al paciente herramientas que le permitan controlar rumiaciones y pensamientos intrusivos a cerca de las consecuencias de su falta de sueño, puesto que este tipo de cogniciones son las que generan una respuesta de alerta fisiológica, contraria a la necesaria para conciliar el sueño.

El tratamiento consta de entre 4 y 10 sesiones que rondan 1 h de duración. Las sesiones se citan quincenalmente de manera que los pacientes tengan un espacio temporal suficiente para poner en práctica los aspectos trabajados y comprobar su efectividad.

La TCC ha demostrado ser un tratamiento efectivo para el insomnio primario y crónico, y sus resultados se han mantenido a largo plazo en un alto porcentaje de casos (Oviedo et al, 2016)

Educación en higiene del sueño

La educación en higiene del sueño consiste en facilitar información a cerca de las rutinas y conductas que favorecen una calidad y cantidad de sueño satisfactorias.

Hauri (como se citó en Morin, 1994) describe la higiene del sueño como la “práctica de hábitos de salud (dieta, ejercicio, ingesta de sustancias) y factores ambientales (luz, ruido, temperatura, tipo de colchón) que pueden beneficiar o perjudicar el sueño.” (p. 270).

Estos factores tienen una influencia directa en la calidad del sueño y pueden generar complicaciones a largo plazo en la misma. El objetivo de divulgar información a cerca de estos hábitos, por tanto, no es sólo la de cerciorarse que los pacientes conocen los hábitos que favorecen o empeoran el sueño, si no promover que se emitan más conductas que lo favorecen.

Puesto que el insomnio puede tener orígenes diversos, la psico-educación en higiene del sueño es una herramienta que se utiliza a la hora de tratar insomnio primario, y también a la hora de tratar el insomnio como un síntoma de una patología médica o psiquiátrica subyacente.

Dotar a los pacientes de unas nociones básicas a cerca del funcionamiento del sueño, diferencias individuales en las necesidades de sueño, y expectativas en función del momento vital en el que se encuentran, así como informarles de los comportamientos que dificultan su conciliación, ha demostrado ser de utilidad. En un estudio realizado en 2009 en Lima, se estimó que la totalidad de la muestra, independientemente de si padecían o no insomnio, no tenía información a cerca de hábitos de higiene de sueño, ni practicaba hábitos saludables al respecto en su día a día (Chávez et al. 2009).

Existen folletos divulgativos con consignas básicas para que los pacientes puedan tener acceso a dicha información de manera constante y visual (Ver anexo 1).

Cabe mencionar que existen otros métodos utilizados para atenuar el insomnio, como la fitoterapia, que utiliza extractos de la naturaleza que facilitan la conciliación de sueño naturalmente, o los tratamientos de terapia luminosa y cronoterapia.

El Enfoque Mixto

Como se ha expuesto anteriormente, existen modelos explicativos del insomnio que postulan que éste se da porque se asocia un estado de hiperactivación fisiológica con el momento del sueño.

Los sujetos acaban atribuyendo a su insomnio la condición de inevitable y las preocupaciones y rumiaciones que tienen alrededor de este problema hacen que el condicionamiento se afiance. Esto puede llegar a convertirse en una espiral viciosa dado que, ante las emociones negativas, el sistema nervioso autónomo emite una respuesta que es incompatible con el sueño (Oviedo et al. 2016).

Existe una propuesta de tratamiento que pretende tratar el insomnio mediante la administración temporal de fármacos unidos a un proceso terapéutico cognitivo-conductual.

Se ha expuesto anteriormente que los fármacos hipnóticos están contraindicados para el tratamiento del insomnio crónico dado que generan tolerancia y dependencia. Sin embargo, a la hora de abordar el tratamiento, los pacientes deben dormir.

Desde este enfoque los fármacos son administrados como medicación *de rescate*. Mediante la TCC se trabajan conductas y cogniciones disfuncionales con respecto al sueño, y se instruye al paciente en diferentes técnicas para conciliar el sueño de manera autónoma. Sin embargo, para evitar sentimientos de frustración, desesperanza y malestar que continúen manteniendo el insomnio, se ofrece a los pacientes la posibilidad de hacer uso de hipnóticos en caso de no conseguir dormirse tras una hora.

Esta opción terapéutica agiliza el proceso de des-condicionamiento. Sin embargo, tiene un factor de protección frente a la posible dependencia que genera el consumo de fármacos (Díaz y Pareja, 2008).

Efectividad del Tratamiento No Farmacológico Frente al Farmacológico

A la hora de seleccionar una vía de tratamiento es importante conocer bien las características que afectan a cada paciente y al mantenimiento de su trastorno, y de igual modo, conocer las ventajas y las limitaciones que las diferentes opciones de tratamiento ofrecen.

Es especialmente importante que los profesionales conozcan bien las características de cada opción, de manera que el tratamiento que seleccionen para cada insomne sea el más ajustado a sus necesidades.

Si comparamos ambas opciones, el tratamiento psicoterapéutico ofrece una ventaja frente al farmacológico en el aspecto económico, si bien es verdad que requiere de mayor inversión de tiempo por parte de los profesionales y pacientes.

El tratamiento farmacológico no genera tolerancia ni dependencia y tiene una mayor eficacia a largo plazo dado que, aunque su proceso es más largo, no está sujeto a una prótesis autófaga.

Además, el tratamiento no farmacológico es interesante desde el punto de vista de la prevención. Su objetivo no es sólo tratar los síntomas, si no las causas y mecanismos cognitivos y conductuales que están de alguna forma favoreciendo la no extinción de dichos síntomas.

Por otro lado, el tratamiento farmacológico es más rápido a la hora de mostrar resultados, y no requiere tantos recursos de los profesionales. Para tratar insomnio de manera no farmacológica, es necesario que los profesionales conozcan las técnicas en cuestión y se hayan formado para poder trabajar con ellas, y el trabajo terapéutico requiere de mucho tiempo y paciencia por su parte.

El tratamiento no farmacológico, por tanto, es más “inmediato”, y el cambio que perciben los pacientes en su vida y en sus ciclos de sueño también lo es. El problema de este enfoque son sus consecuencias a largo plazo, y la parcialidad de su objetivo.

Dentro del tratamiento no farmacológico, el más eficaz a la hora de tratar el insomnio es el que combina técnicas terapéuticas del enfoque cognitivo y del enfoque conductual.

En un estudio realizado en 2012, se comprobó que la eficacia de la terapia cognitivo conductual es mayor que la de los tratamientos que incorporan benzodiacepinas o fármacos no benzodiacepínicos. Según este estudio, las terapias cognitivo-conductuales

consiguieron una mejora de la calidad del sueño de entre el 8 y el 16% a largo plazo, y estas mejoras fueron sostenidas en el tiempo, mientras que, en la terapia farmacológica, los beneficios no se sostenían.

Algunas de las técnicas cognitivo-conductuales que mayor efectividad han demostrado en el tratamiento del insomnio son la técnica de intención paradójica, la técnica de control estimular, la técnica de relajación progresiva y la terapia de restricción de sueño (Mitchell et al., 2012).

Discusión Y Conclusiones

El insomnio es el trastorno de sueño más frecuente; afecta a un tercio de la población, y supone una gran demanda económica y de atención para el sistema sanitario.

Existen diversos tipos de insomnio según el criterio de clasificación al que atienden, así como diferencias individuales dentro del mismo diagnóstico. Es necesario, por tanto, que el profesional de atención primaria realice una exploración adecuada de las características de cada paciente, de forma que el tratamiento pueda ajustarse lo más posible a sus necesidades.

El insomnio puede tratarse mediante la vía farmacológica, la no farmacológica, y mediante un tercer enfoque que aúna los beneficios de ambas. La vía farmacológica no está indicada como tratamiento preferente para el insomnio crónico, dado que implica el consumo de medicamentos hipnóticos (benzodiazepínicos y no benzodiazepínicos), los cuales generan tolerancia y dependencia, y al interrumpir su consumo, síndrome de abstinencia y efecto rebote.

Por su parte, las terapias cognitivo-conductuales pretenden mediante diferentes técnicas identificar y refutar las cogniciones o conductas que el paciente está emitiendo y que están jugando un papel significativo en el mantenimiento y evolución del insomnio.

Algunos ejemplos de las técnicas y terapias utilizadas en el tratamiento del insomnio son la terapia de restricción de sueño, terapia de control estimular, terapia cognitiva, técnicas de relajación y técnica de reestructuración cognitiva.

El enfoque mixto tiene como objetivo tratar el insomnio mediante TCC, pero permite el uso ocasional, pautado y controlado de fármacos para que este proceso sea más ágil y para evitar que los pacientes tengan que afrontar situaciones de privación de sueño excesivas.

La educación en pautas de higiene del sueño es recomendable y beneficiosa independientemente del tipo de insomnio que se padezca e independientemente del tipo de tratamiento por el que se ha optado.

Un conocimiento básico por parte de la población de las conductas que favorecen y empeoran la conciliación del sueño puede resultar de gran ayuda en tratamientos sintomáticos y puede prevenir que un insomnio transitorio o debido a estresores temporales se convierta en un insomnio crónico.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., y Vázquez, C. BDI-II: *Inventario de depresión de Beck-II*.
- Baza Bueno, M., Ruiz, E., Fernández, J., Gorroñoigoitia, A. (2019). Benzocarta: intervención mínima para la desprescripción de benzodiacepinas en pacientes con insomnio. *Gaceta Sanitaria*, 34(6),539 -545. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.012>
- Díaz, M., Pareja, J. (2008) Tratamiento del Insomnio. *Sistema Nacional de Salud*, 32(4).
- Estivill, E., y Segarra, F. (2003). Novedades en el tratamiento del insomnio. *FMC- Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 10(3), 181-188.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria (2009), *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social*. Recuperado de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009948.pdf>
- Merino, A., Pin, G. (2013). Trastornos del sueño durante la adolescencia. *Adolescere*, 1(3), 29-66.
- Mitchell, M., Gehrman, P., Perlis, M., Craig, A. (2012) Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *Biomedcentral Family Practice*, 13(40). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-40>
- Miró, E. Cano Lozano, M. Buela Casal, G. (2005). Sueño y Calidad de vida. *Revista Colombiana de psicología*, 14, 11-27.

- Morin, C. (1994). Perspectivas Psicológicas en el Diagnóstico y Tratamiento del Insomnio. *Psicología Conductual*, 2(3), 261-282.
- O.M.S. (1992). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Oviedo, G., Verhelst P. y Jordan Mondragón, V. (2016). Manejo no farmacológico del insomnio. *Universitas Médica*, 57(3), 48-66. doi: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.umed57-3.mnfi>
- Spielberger, D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Buena-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., y Cubero, N. (2011). STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Manual (8a. ed., rev. y ampl.). Madrid: TEA.
- Sarrais, F., y de Castro Manglano, P. (2007). El insomnio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(1), 121-134.
- Tello, T., Varela, L., Ortiz, P., Chávez, H., y Revoredo, C. (2009). Sleep quality, daily sleepiness and sleep hygiene at "Centro del Adulto Mayor" in Lima, Perú. *Acta Médica Peruana*, 26(1), 22-26.
- Coronado Vázquez, V., (2008). Efectividad del tratamiento no farmacológico para el insomnio crónico de pacientes polimedicados.
- Van de Straat, V., Bracke, P. (2015) How well does Europe sleep? A cross-national study of sleep problems in European older adults. *International Journal of Public Health* 60, 643–650. <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0682-y>

ANEXO 1: Consignas divulgativas de educación en higiene del sueño.(Grupo de trabajo de la guía de Práctica Clínica para el Manejo de pacientes con Insomnio en Atención Primaria, 2009).



- Tomar un baño de agua a temperatura corporal tiene un efecto relajante, por lo que es una actividad que favorece el sueño.
- Las bebidas que contienen cafeína, como las colas y el café, tomadas por la tarde, alteran el sueño incluso en personas que no lo perciben. La cafeína es un estimulante del sistema nervioso. Además, aunque no provoca adicción (dependencia física en el organismo), si puede provocar una dependencia psicológica.
- El alcohol y el tabaco, además de perjudicar la salud, perjudican el sueño y, en este sentido, se debe evitar su consumo varias horas antes de dormir. El alcohol es un depresor del sistema nervioso; si bien puede facilitar el inicio del sueño, provoca despertares a lo largo de la noche y además provoca adicción (dependencia física). La nicotina es un estimulante del sistema nervioso (y no un tranquilizante, como suele creer quien fuma) y también provoca adicción.



- El dormitorio debe tener una temperatura agradable y unos niveles mínimos de luz y ruido. El dormitorio debe ser un lugar confortable, seguro y tranquilo, que incite al sueño.
- Procure no acostarse hasta que hayan pasado dos horas desde la cena. El hambre y las comidas copiosas pueden alterar el sueño. Si se despierta a mitad de la noche, es preferible no comer nada o se puede comenzar a despertar habitualmente a la misma hora sintiendo hambre.
- Procure no tomar líquidos en exceso al final de la tarde y por la noche. Con esto puede evitar tener que levantarse de la cama para ir al baño.



- Evite utilizar el ordenador en las dos horas previas al sueño nocturno. El efecto luminoso de la pantalla del ordenador puede aumentar su estado de activación.
- Evite utilizar la cama para "dar vueltas" a sus preocupaciones. Puede reservar, en otro momento del día, 30 minutos para reflexionar sobre aquello que le preocupa, intentando encontrar las soluciones, (le podría ayudar escribirlo en una hoja de papel). Cuando esté en la cama, si vuelven las preocupaciones, dígame a sí mismo: "basta, ya pensaré en ello mañana, ahora es hora de dormir".



- No recurra a la automedicación. El tomar medicamentos por su cuenta puede agravar el problema. Lo que puede ir bien a un insomne puede no ser adecuado para otro.



Por último, recuerde que se puede aprender a manejar el insomnio y a disminuirlo progresivamente.