



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**Título del trabajo: Intervención psicológica y otros
tratamientos del insomnio**

Autora: María Amoribieta Vogel

Director: Fernando García Sánchez

Madrid

2021/2022

Intervención psicológica y otros tratamientos del insomnio

Introducción.....	1
➤ Definición del Insomnio	1
➤ Finalidad, motivos y objetivo principal del trabajo.....	1
➤ Interés para la Psicología	2
Metodología.....	4
Capítulos de contenido	5
➤ Introducción a los Trastornos del Sueño	6
➤ Trastorno de Insomnio	8
Tipos de Insomnios	9
➤ Trastornos asociados al insomnio	11
Depresión e insomnio	11
Ansiedad e insomnio	12
Adicción e insomnio.....	13
Esquizofrenia e insomnio	15
Tipos de tratamiento del insomnio.....	15
➤ Tratamiento farmacológico	15
➤ Tratamiento no farmacológico.....	18
Remedios naturales para el insomnio	18
Tratamiento psicológico	18
Discusión y conclusiones	23
Bibliografía.....	26

Introducción

Definición del Insomnio

El insomnio es un trastorno del sueño caracterizado por una alteración en la duración, calidad o conciliación del mismo. Esta alteración se da a pesar de que las condiciones para dormir sean favorables, persiste durante al menos 3 meses y es el más común de los trastornos del sueño. El trastorno por insomnio tiene repercusiones en la vida cotidiana del paciente a nivel de atención, memoria o rendimiento. La prevalencia en la población general varía en gran manera según los síntomas que presenten y su intensidad, si tenemos en cuenta síntomas nocturnos y diurnos, hablaríamos de entre un 6 y un 10% de la población, en cuanto al insomnio temporal en algún momento durante la vida el porcentaje gira entorno al 15 y 20% (Álamo et al., 2016). Existen otras investigaciones como la llevada a cabo en Mallorca en 2019 a personas adscritas al Centro de salud de la región de Calviá donde los resultados mostraban que la prevalencia de personas insomnes alcanzaba el 21% de la muestra. La investigación se realizó a través de un estudio transversal con personas de edades de 18 a 80 años mediante el *Insomnia Severity Index (ISI)* que evalúa brevemente las dificultades a la hora de dormir en población general según los criterios de la DSM-IV. Se consideran insomnes a aquellas personas que resulten en una puntuación superior a 8 (puntuación total 28 siendo ésta la más grave) (Torrens et al., 2019).

Finalidad, motivos y objetivo principal del trabajo.

El interés acerca del insomnio nace por el protagonismo que ha ido adquiriendo en los últimos años. Cuando un trastorno aparece con tanta frecuencia en otras problemáticas resulta interesante conocer que lo provoca y que tratamientos existen, sobre todo cuando muchas personas mencionan padecerlo en consulta médica. Según una investigación realizada en 2019 en Canadá, los resultados tras evaluar “la frecuencia con la que los participantes encontraban dificultades para quedarse o mantenerse dormidos”, mostraron un aumento del 1,5% entre 2002 y 2012. Las respuestas de “casi siempre” y “siempre” fueron consideradas como indicadores de insomnio. Por otro lado, se comprobó que el grupo con más predisposición a padecer este trastorno eran las mujeres de mediana edad (40-59 años) (Garland, S. N. et al., 2018). Posteriormente, en 2021 se realizó un estudio para evaluar las consecuencias mentales de la población general tras la

pandemia por COVID-19 declarada por la OMS en 2020 (World Health Organization, 2020). Se evaluaron trastornos como la depresión, la ansiedad, el estrés postraumático y el estrés agudo además del insomnio. Los resultados tras comparar la prevalencia observada en estudios psicológicos realizados por la OMS anteriores a la pandemia con los realizados tras la pandemia mostraban un aumento de la prevalencia de todos los trastornos. La prevalencia del insomnio en concreto incrementó en la población general un 4% y en los trabajadores de la salud más de un 15% con respecto a las cifras previas al COVID-19 (Cénat et al., 2021). Otro factor interesante es la frecuencia con la que el insomnio aparece como síntoma en otras alteraciones psicológicas: la ansiedad, por ejemplo, genera una hiperactivación en la persona que le dificulta alcanzar el estado de relajación adecuado para conciliar el sueño. Será interesante ver como interaccionan estas problemáticas y poder así buscar la mejor solución, interviniendo con el tratamiento adecuado.

Interés para la Psicología

La DSM-V define el trastorno del insomnio como: “insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, debida a la dificultad para iniciarlo o mantenerlo (despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño). Causa malestar significativo o deterioro en algún área importante del funcionamiento de la persona” (American Psychiatric Association, 2014).

Los factores que más influyen en este trastorno del sueño son la edad y el sexo. Las mujeres tienen el doble de posibilidades de padecerlo en algún momento a lo largo de la vida y, por su parte, las personas mayores, debido al deterioro del sueño propio de la edad y a la toma de medicamentos que lo obstaculizan, tienden a padecer insomnio más frecuentemente. Aunque es un trastorno que suele aparecer en la adultez avanzada, los casos en niños y adolescentes han aumentado por la sobreestimulación de las pantallas (Álamo et al., 2016). Según la investigación mencionada anteriormente realizada en 2019, se encontró que eran insomnes el 81% de las personas de entre 18 y 50 años, el 77% de los mayores de 65 años y el 75% de las personas entre 50 y 65 años. Estos datos podrían deberse a las diferencias propias de cada momento evolutivo. Por ejemplo, en la etapa más activa a nivel laboral y personal (18-50) hay más desencadenantes de insomnio (preocupaciones, ansiedad, responsabilidades), posteriormente una etapa más tranquila donde las personas se encuentran en un momento vital más estable y con cada vez menos

responsabilidades y por último que en la etapa final de la vida, las personas mayores de 65 años afronten momentos más duros de enfermedad, pérdidas cercanas o pensamientos acerca de la muerte (Torrens et al., 2019).

El estudio del insomnio se ha visto olvidado, prácticamente ignorado a lo largo de la historia, no es hasta el siglo XIX cuando se comenzó a buscar alternativas como hipnóticos para inducir el sueño. Es a partir de este momento cuando se considera por primera vez al insomnio como una problemática de salud pública. (Chávez et al., 2017) Sin embargo, la trascendencia del problema se ha visto extendida a una proporción de la población tan llamativa que ha convertido al insomnio en objeto de estudio en la actualidad. La Psicología clínica ha puesto el foco de atención sobre el insomnio por el impacto a nivel cognitivo, emocional y social que puede tener en las personas que lo sufren, ya que cuando una necesidad tan básica para el ser humano como es descansar se ve mermada, aparecen dificultades en el día a día. Dichas dificultades son materia de trabajo en terapia, por lo que podríamos decir que el insomnio impacta no sólo biológicamente, sino que tiene consecuencias a nivel psicológico. Por un lado, encontramos las indudables consecuencias físicas que causa un déficit del sueño tales como: cansancio, fatiga, falta de energía, hipertensión arterial... e incluso la alteración del descanso puede provocar problemas más graves de salud que requieran atención médica como el consumo de sustancias o los accidentes en carretera, por ejemplo. Por otro lado, como decíamos, las complicaciones que acarrea esta alteración en quienes la sufren también es de interés psicológico. La Psicología se pone al servicio de las personas para poder brindar la ayuda que necesitan cuando la necesitan por eso, esta alteración del sueño tan prevalente ha adquirido mucho protagonismo en el ámbito de la Psicología. Otro factor importante que impulsa el interés de la Psicología por estudiar el insomnio es la relación que guarda con diferentes trastornos psicológicos ya que puede funcionar como trastorno del insomnio en sí mismo o como síntoma de otro trastorno. Por otro lado, además de que determinados desajustes psíquicos como la depresión y la ansiedad pueden acarrear insomnio entre su sintomatología, de la misma forma, el propio insomnio puede provocarlos. Son trastornos muy relacionados entre sí.

Tratar el insomnio consiste en conocer las causas, saber identificar las consecuencias, conocer cómo vive cada persona el insomnio y poder así encontrar el tratamiento que lo remita. El tratamiento del insomnio conlleva un abordaje multifactorial e individualizado según las peculiaridades de cada caso. Existen diferentes tipos de

intervención para el trastorno del insomnio, por un lado, el tratamiento farmacológico, por otro, el tratamiento psicoterapéutico y en el punto medio existe una intervención que aúna ambas cosas, el tratamiento combinado. Más adelante expondré en qué consisten, que tienen en común, que los diferencia y hablaré en profundidad de sus ventajas e inconvenientes. El objetivo principal de esta revisión es poder conocer los tipos de intervención, el perfil de pacientes a los que se les aplica cada tratamiento y valorar los beneficios y limitaciones de cada uno de ellos. Estos objetivos se desarrollarán de la siguiente manera: en primer lugar, una exposición del tipo de investigación, el desarrollo y el método llevados a cabo; una posterior presentación del problema, la justificación de la investigación junto con el estado de la cuestión y por último una discusión donde se analizará la información recogida acerca de los posibles tratamientos del insomnio y una posterior conclusión sobre la ventajas y desventajas de cada intervención.

Metodología

El objetivo central de este trabajo es recoger la mayor información posible de carácter científico acerca del insomnio. Para ello, se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía más relevante acerca de teorías y conceptos existentes sobre el tema, además de las correspondientes herramientas y técnicas disponibles actualmente para su tratamiento.

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica realizada durante el curso escolar 2021-2022. Para la realización del presente trabajo se han utilizado artículos de investigación hallados en las bases de datos Google Scholar, Psycinfo y MEDLINE (PubMed) utilizando palabras clave como: *insomnia, pharmacological treatment insomnia, non-pharmacological treatment insomnia, insomnia therapy, depression and insomnia, anxiety and insomnia, adiction and insomnia, schizophrenia and insomnia, prevalence of insomnia...* también en lengua española.

Además, se emplearon una serie de criterios de búsqueda para filtrar artículos: publicaciones mayoritariamente actuales a excepción de manuales o artículos de renombre como la DSM-V publicada en 2013, artículos científicos, en lengua tanto española como inglesa.

El proceso de realización del trabajo se compuso de dos partes: una primera parte de investigación para conocer y analizar el trastorno, sus causas, los tipos y los posibles tratamientos y una segunda parte que consiste en elaborar y analizar la información recogida para poder reflexionar acerca del trastorno de insomnio.

Capítulos de contenido

El insomnio es uno de los muchos tipos de trastornos del sueño que existen, se caracteriza por una dificultad para conciliar el sueño, mantenerlo o por presentar despertares prematuros. Además, los pacientes suelen acusar en su mayoría síntomas como agotamiento físico, bajo rendimiento, sueño diurno y complicaciones sociales y cognitivas por la falta de descanso. Aunque las consecuencias a nivel de salud no son tremendamente preocupantes, si es cierto que en un número muy reducido de casos se relaciona con riesgo de mortalidad o incremento de la predisposición a presentar enfermedades como diabetes, obesidad, cáncer o enfermedades cardiovasculares (Luyster et al., 2012). Generalmente, en la mayoría de los casos, el insomnio compromete y afecta negativamente al estado de vigilia psicológica y emocionalmente (García et al., 2011). Para realizar una buena intervención es fundamental un tratamiento del trastorno muy amplio que atienda a diferentes áreas del paciente (biológica, social, cognitiva, emocional...). Esta necesidad de una mirada multidisciplinar es debida a que la etiología, por ejemplo, del insomnio crónico es el producto de la interacción de factores neurobiológicos, cognitivos y emocionales, por ello, para erradicar el insomnio habrá que tratar todas las variables que están influyendo en cada caso (Medrano Martínez & Ramos Platón, 2016).

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es hacer hincapié en la importancia de tratar el insomnio y de conocer los tratamientos para ofrecer la mejor ayuda posible, ya que existen estudios que aseguran que el 10% de los pacientes que presentan este trastorno reciben un tratamiento que no se adecúa a sus particularidades (López de Castro et al., 2012). Por otro lado, se ha demostrado que sólo el 22% de los pacientes que acusan sufrir síntomas de insomnio reciben la atención primaria que consigue una mejora significativa y en el lado contrario, un 44% de los pacientes que pide ayuda sanitaria asegura no mejorar e incluso experimentar un empeoramiento del trastorno o de los síntomas (Ferré-Masó et al., 2020).

Introducción a los Trastornos del Sueño

Para contextualizar la naturaleza del insomnio, es interesante conocer en qué consisten los trastornos del sueño y qué diferencias existen entre unos y otros. Entre los trastornos del sueño destacan:

1. **Disomnias:** es el término bajo el cual se agrupan aquellos trastornos en los que la dificultad es conciliar y mantener el sueño, pueden aparecer como resultado de una mala higiene del sueño (entendida como el conjunto de costumbres y comportamientos que facilitan el sueño y eliminan conductas que dificulten el sueño saludable), consumo de sustancias estimulantes o factores de estrés (Varela Pinedo et al., 2010). Se dividen en disomnias intrínsecas, extrínsecas o trastornos del sueño del ritmo circadiano. Entre las disomnias más comunes encontramos el síndrome de apnea del sueño, narcolepsia o hipersomnias, además de los insomnios psicofisiológico e idiopático cuyo desarrollo incluiré más adelante (Torres, 2011).

Tabla I. Clasificación de los trastornos del Sueño- ICSD

Disomnias
<i>Trastornos intrínsecos del sueño</i>
1. Insomnio psicofisiológico
2. Insomnio idiopático
3. Narcolepsia
4. Hipersomnias recurrente o idiopática
5. Hipersomnias postraumática
6. Síndrome de apnea del sueño
7. Trastorno de los movimientos periódicos de las piernas
8. Síndrome de las piernas inquietas
<i>Trastornos extrínsecos del sueño</i>
1. Higiene del sueño inadecuada
2. Trastorno ambiental del sueño
3. Insomnio de altitud
4. Trastorno del sueño por falta de adaptación
5. Trastorno de asociación en la instauración del sueño
6. Insomnio por alergia alimentaria
7. Síndrome de la ingestión nocturna de comida o bebida
8. Trastornos del sueño secundarios a la ingestión de alcohol, fármacos o drogas
<i>Trastornos del ritmo circadiano del sueño</i>
1. Síndrome del cambio de zona horaria (síndrome transoceánico)
2. Trastorno del sueño en el trabajador nocturno
3. Síndrome de la fase del sueño retrasada
4. Síndrome del adelanto de la fase de sueño
5. Trastorno por ciclo sueño-vigilia diferente de 24 horas
Parasomnias
<i>Trastornos del despertar</i>
1. Despertar confusional

2. Sonambulismo
3. Terrores nocturnos
<i>Trastornos de la transición sueño-vigilia</i>
1. Trastornos de los movimientos rítmicos
2. Trastornos del hablar nocturno
3. Calambres nocturnos en las piernas
<i>Parasomnias asociadas habitualmente con el sueño REM</i>
1. Pesadillas
2. Parálisis del sueño
3. Erecciones relacionadas con trastornos del sueño
4. Erecciones dolorosas relacionadas con el sueño
5. Arritmias cardíacas relacionadas con el sueño REM
6. Trastornos de la conducta del sueño REM
<i>Otras parasomnias</i>
1. Bruxismo nocturno
2. Enuresis nocturna
3. Distonía paroxística nocturna
Trastornos del sueño asociados con procesos médicos o psiquiátricos
1. Asociados con trastornos mentales
<i>Asociados con trastornos neurológicos</i>
1. Trastornos degenerativos cerebrales
2. Enfermedad de Parkinson
3. Insomnio familiar mortal
4. Epilepsia relacionada con el sueño
5. Cefaleas relacionadas con el sueño
<i>Asociados con otros procesos médicos</i>
1. Enfermedad del sueño, Tripanosomiasis Africana
2. Isquemia cardíaca nocturna
3. EPOC
4. Asma relacionada con el sueño
5. Reflujo gastroesofágico relacionado con el sueño
6. Enfermedad ulcerosa péptica

Fuente: elaboración propia basada en *The International Classification of Sleep Disorders- Third Edition (ICSD-3)*, 2014.

- Síndrome de apnea obstructiva del sueño: es una disomnía intrínseca. Quienes la padecen presentan pausas en la respiración mientras duermen de al menos 10 segundos y un mínimo de 5 veces por cada hora de sueño. Se trata de un cierre completo o parcial de las vías respiratorias el cual produce una ruptura del sueño. Suele presentarse con ronquidos muy sonoros.

- Narcolepsia: trastorno del sueño del tipo disomnía intrínseca que se caracteriza por presentar alguno de los siguientes síntomas: excesiva somnolencia diurna, catalepsia (la persona yace inmóvil aunque en estado consciente), alucinaciones hipnagógicas (alucinaciones en las que la persona es consciente de que son

producto de su imaginación, se dan entre la vigilia y el sueño profundo) o parálisis del sueño (consiste en un despertar incompleto donde a pesar de haber plena conciencia hay una imposibilidad a la hora de hablar o moverse) (Carrillo-Mora et al., 2018).

- Hipersomnia: disomnia intrínseca caracterizada por presentar somnolencia excesiva en situaciones anormales, a pesar de haber dormido las 7 horas suficientes para conseguir la sensación de descanso. (American Psychiatric Association, 2014) Las personas que padecen este trastorno son incapaces de mantener el nivel de arousal adecuado durante el día y como resultado se da un descenso de la calidad de vida y del rendimiento a nivel de memoria y concentración (Torres, 2011).

2. **Parasomnias**: trastornos patológicos que tienen lugar durante alguna de las fases del sueño, en la transición de vigilia a sueño o viceversa. Se clasifican en: trastornos del despertar (sonambulismo, terrores nocturnos...), trastornos de la transición sueño-vigilia (trastorno del hablar nocturno, calambres en las extremidades durante el sueño...), parasomnias asociadas al sueño MOR (sueño caracterizado por movimientos oculares rápidos y actividad cerebral similar a la de vigilia) (pesadillas, parálisis del sueño...) y otras parasomnias (bruxismo nocturno, enuresis nocturna...) (Recart, 2003).

3. **Trastornos del sueño asociados a condiciones médicas o psiquiátricas**: alteraciones en el ciclo normal del sueño debidas a una afectación médica o psicológica. Pueden ser resultado de enfermedades como epilepsia, asma, depresión, déficit de atención, ansiedad... Hasta el 50% de los casos con insomnio crónico se relacionan con enfermedades psiquiátricas como trastorno de ansiedad, trastorno bipolar o trastorno de depresión mayor. Dichos trastornos se relacionan con insomnio por conciliación, disminución del tiempo total de sueño o despertares precoces respectivamente.

Trastorno de Insomnio

El insomnio es el trastorno del sueño que se caracteriza por alterar la duración, calidad, capacidad para quedarse dormido o bien la sensación de haber dormido de manera reparadora. En el caso del insomnio, se tiene en cuenta la percepción y valoración

del paciente sobre las horas de sueño, supone un componente subjetivo fundamental en el diagnóstico del trastorno (López de Castro et al., 2012). Esta insatisfacción debe darse a pesar de que las condiciones para dormir sean favorables, persistir durante al menos tres meses, tres veces por semana y causar malestar clínicamente significativo en la vida cotidiana de la persona para cumplir con los criterios diagnósticos de la DSM-V (American Psychiatric Association, 2014).

Tipos de Insomnios

Para conseguir dar con el mejor tratamiento para cada caso hay que distinguir entre los tipos de insomnio que existen dentro del trastorno de insomnio: (García et al., 2011)

- Según el momento en el que se presentan los síntomas:
 - **De inicio o conciliación:** dificultad a la hora de conciliar el sueño.
 - **Intermedio o de mantenimiento:** dificultad para mantener el sueño, se caracteriza por tener despertares repentinos frecuentes durante la noche y dificultad para volver a conciliar el sueño.
 - **Tardío o despertar precoz:** despertares prematuros con incapacidad para volver a dormirse.
- Según la duración:
 - **Transitorio:** perdura menos de dos semanas.
 - **Agudo:** perdura entre dos semanas y seis meses. Existe una causa clara determinada y precisa en el tiempo que cuando se resuelve o desaparece, desaparece con ella el insomnio (Torres, 2011).
 - **Crónico:** perdura durante más de seis meses. Según la Sociedad Española de Neurología, entre el 10 y el 15% de la población adulta española padece insomnio crónico (Sociedad Española de Neurología, 2022).
- Según su etiología:
 - **Insomnio primario:** este tipo de insomnio constituye según algunos autores como Torrens el 17% del total de los casos de insomnio (Torrens et al., 2019). Sin embargo, la American Psychiatric Association declara no conocer la prevalencia exacta del insomnio primario, pero calcula que constituye entre el 15 y el 25% de los casos de insomnio crónico (American Psychiatric Association, 2014). En los casos de insomnio primario no hay una causa médica, psiquiátrica o sustancia claramente diferenciable que lo explique mejor que el insomnio en sí. El insomnio primario suele aparecer en la infancia

o en el inicio la juventud. Entre las posibles causas existen teorías acerca de una alteración en los circuitos de vigilia-sueño a nivel cerebral; teorías que se apoyan en la sobreexcitación de la persona o bien teorías que defienden un umbral muy bajo del nivel de alerta (se relaciona con el insomnio idiopático) (Torres, 2011).

- **Insomnio secundario o asociado:** a este tipo de insomnio pertenecen la mayoría de los casos. La causa es otra patología o situación adaptativa y el insomnio una consecuencia.

A continuación, se realiza una conceptualización en profundidad de los diferentes tipos de insomnios según su causa o etiología (Benetó Pascual & Gómez Siurana, 2006).

El insomnio primario es el diagnóstico que se declara cuando no se hallan posibles asociaciones con otros trastornos. Hablamos del insomnio como diagnóstico en sí, como la raíz de la problemática. Existen 3 subtipos, a continuación, encontramos sus características y prevalencias. En los 3 tipos de insomnio será importante diferenciar si es de tipo primario o secundario, ya que si fuera del segundo tipo se requerirá tratamiento para el trastorno asociado. En caso contrario, emplear las técnicas expuestas a continuación para el insomnio primario.

➤ **Insomnio psicofisiológico o aprendido**

Aparece como resultado de una mala gestión del estrés. Existen factores que predisponen al individuo a padecerlo como, por ejemplo, la hiperactivación a nivel cognitivo, emocional o fisiológico. En segundo lugar, la aparición de hechos estresantes actúan como desencadenantes del insomnio y por último, existen los factores perpetuadores del trastorno como ideas o cogniciones acerca del sueño. Estos tres tipos de factores interaccionan dando lugar a un círculo vicioso que tiene como resultado un insomnio cronificado. Los factores perpetuadores como creencias y preocupaciones serán los que determinen la transitoriedad o no de la problemática (Benetó Pascual & Gómez Siurana, 2006). Según la investigación llevada a cabo por Morin y Stone en 2007, en la cual evaluaron el impacto que tenían las creencias relacionadas con el sueño en la perpetuación del insomnio, el

56% de las personas cumplían con los criterios del insomnio psicofisiológico (Morin et al., 2007)

➤ **Insomnio idiopático**

También conocido como insomnio de inicio en la infancia, consiste en una dificultad para dormir de inicio insidioso que aparece a edades tempranas (entre los 3 y los 6 años generalmente), sin estímulo desencadenante y curso persistente con periodos muy breves de remisión. Este tipo de insomnio tiene una base neurológica ya que existe un fallo a la hora de control en el sistema vigilia-sueño. Son personas “hiperdespiertas”

➤ **Insomnio paradójico**

Se denomina insomnio paradójico a aquellos casos en los que existe queja por falta de sueño, pero en los cuales no se encuentran evidencias objetivas de insomnio en el polisomnograma (registros a nivel cerebral, ocular, pulmonar y cardíaco tomados durante el sueño). No hay alteración del sueño en sí, sino una “mala percepción” del estado del sueño, por ello también recibe este nombre. Constituye entre el 5 y el 10 % de los casos de insomnio (Benetó Pascual & Gómez Siurana, 2006)

Trastornos asociados al insomnio

Depresión e insomnio

Existe un alto grado de bidireccionalidad entre la depresión y el insomnio ya que ambos pueden aparecer como sintomatología del otro. La persona deprimida como la describe la DSM-V presenta al menos uno de estos síntomas: estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer durante la mayor parte del día. Este trastorno puede, entre otras alteraciones, generar dificultades a la hora de dormir como resultado de los pensamientos intrusivos sobre inutilidad, inquietud, culpabilidad o pensamientos sobre la muerte, aunque éstos no requieren ser planes suicidas en sí (American Psychiatric Association, 2014). Estudios recientes demuestran que entre el 70 y el 90% de los adultos que padecen depresión presentan insomnio entre su sintomatología y, además, existe evidencia empírica acerca del poder de la depresión para causar y perpetuar el insomnio. (Carney et al., 2017) Por otro lado, el insomnio también agrava la depresión ya que el

cansancio y la frustración aumentan el riesgo de recaídas depresivas o intentos suicidas (Sadler et al., 2018).

La comorbilidad de alteraciones tanto a nivel físico como psicológico juega un papel fundamental a la hora de evaluar la efectividad de los tratamientos de insomnio. No requiere la misma intervención el paciente deprimido que el ansioso, aunque ambos presenten insomnio comórbido. A pesar de las diferencias de diagnóstico, es fundamental centrar la intervención en el trastorno primario para reducir así la sintomatología y, por tanto, el insomnio.

En el caso de la depresión con insomnio, resulta más efectivo el tratamiento basado en la Terapia Cognitivo-Conductual para Insomnio (CBT-I) si se complementa con tratamiento para la depresión. La terapia cognitivo-conductual se centra en promover estrategias cognitivas y conductuales relacionadas con la higiene de sueño. Dichas estrategias se traducen en mejoras del estado de ánimo y favorecen la ideación de creencias racionales en contraposición con las irracionales que perpetuaban la depresión. En la investigación realizada en adultos en 2018, llevada a cabo por Sadler de la Universidad de Australia, comprobó en sus resultados mejoras más significativas en este tipo de terapia en comparación con el grupo de control. Se dividió a la muestra en 3 grupos: estándar, avanzado y de control: el primer grupo recibió 8 sesiones semanales de aproximadamente 60 minutos. Recibían terapia cognitivo-conductual donde se incluían intervenciones educativas, cognitivas y conductuales. El segundo grupo, el avanzado, recibió la misma intervención que el grupo estándar junto con estrategias específicas para tratar a su vez la depresión. Por último, el grupo de control recibió el mismo número de sesiones, sin embargo, estaban centradas únicamente en psicoeducación donde el método era validar las creencias y pensamientos en lugar de redirigirlos y promover nuevos hábitos de sueño. Entre sus resultados, se comprobó una mayor mejora del insomnio en los tratamientos recibidos por el grupo estándar y avanzado en comparación con el de control (Sadler et al., 2018).

Ansiedad e insomnio

Parecido a lo que sucede en los casos de depresión con insomnio ocurre en los casos de ansiedad con insomnio. Los pacientes ansiosos, caracterizados por presentar respuestas de miedo anticipatorio a amenazas venideras, presentan dificultades para controlar la preocupación y pueden presentar síntomas físicos como tensión muscular, fatiga o problemas con el sueño (American Psychiatric Association, 2014).

En el caso del paciente ansioso con insomnio, debe realizarse un estudio para conocer los factores que puedan estar precipitando y perpetuando ambas problemáticas.

Hoy en día, la manera más común de combatir el insomnio es la toma de fármacos antidepresivos, ansiolíticos o antihistamínicos. Si bien esta es la solución más accesible y frecuente en personas que padecen insomnio ansioso, se ha demostrado que la opción psicoterapéutica es más efectiva en estos casos. El objetivo de la intervención con estos pacientes es dotarles de los recursos necesarios para reducir y eliminar el uso de fármacos. Si bien la medicación es útil y facilitadora al inicio, la meta es conseguir que sea el paciente y el que termine dominando el sueño, sin ayuda externa (Gancedo-García et al., 2014)

Adicción e insomnio

En la adicción al alcohol también existe bidireccionalidad con los trastornos del sueño. La gran mayoría de las personas con trastorno por consumo de alcohol presentan insomnio durante el periodo de consumo y puede persistir durante el periodo de abstinencia. En la investigación realizada por Perney y Leherter en 2018, el porcentaje de pacientes consumidores de alcohol que presentaban insomnio superaba el 59% (Perney & Leherter, 2018). Existe evidencia acerca de la mejora del insomnio a partir de las dos primeras semanas de abstinencia. Sin embargo, según la investigación *Assessment and Treatment of People With Alcohol Drinking Problems* realizada en Maryland, el 91% de los individuos de la investigación continuaba sufriendo el mismo nivel de insomnio tras una semana de abstinencia, por lo que la recuperación del sueño suele extenderse algo más en el tiempo. Por otro lado, podemos hablar de bidireccionalidad entre consumo e insomnio ya que, por ejemplo, el insomnio se encuentra entre una de las causas más frecuentes de las recaídas: las noches sin dormir y la desesperación pueden ser los responsables de que personas exadictas vuelvan a consumir. En algunos casos, el estado de sobriedad a largo plazo consigue solucionar los problemas a la hora de dormir, sin embargo, en muchas ocasiones es necesario tratamiento. (Wallen et al., 2014)

Si bien es cierto que el alcohol en pequeñas dosis y a personas que no son alcohólicas funciona como depresor del Sistema Nervioso Central, hecho por el cual causa somnolencia y relajación, existen algunas diferencias en personas adictas al alcohol. A pesar de funcionar como depresor del SNC, a medida que aumenta la tolerancia, el efecto depresor pierde fuerza en el adicto. Aunque aparentemente tenga propiedades hipnóticas, el sueño que se obtiene bajo los efectos del alcohol es de mala

calidad, poco profundo y con despertares precoces, dando lugar a un agravamiento del insomnio. Este empeoramiento del insomnio se explica por una alteración de los ciclos normales de sueño. La sensación de descanso se consigue cuando al dormir, entre las dos fases del sueño: MOR y NMOR (sueño sin movimientos oculares rápidos) se dan intervalos regulares y el alcohol lo que hace es alterar o interrumpir estos intervalos (Depeursinge et al., 2010).

Durante el periodo de consumo, el sueño de los adictos al alcohol se caracteriza por unas tres o cuatro primeras horas de sueño sólido: disminuida latencia de sueño, ausencia de despertares y disminución del sueño MOR. La segunda parte de la noche se caracteriza por ser un sueño de peor calidad y por tanto menos reparador, con despertares precoces y aumento de la fase MOR. Durante la abstinencia, suelen aparecer trastornos del sueño, sobre todo insomnio y se caracteriza por ser un sueño muy fragmentado. La causa de esta fragmentación del sueño se debe a la hipervigilia y estrés provocados por el sistema hipocretinérgico. Este sistema participa en la regulación vigilia-sueño y está vinculado a su vez a los sistemas de respuesta al estrés y a los sistemas de recompensa que a su vez intervienen en las conductas adictivas (Cañellas & De Lecea, 2012).

El consumo de otras drogas también produce alteraciones del sueño. Las drogas estimulantes como anfetaminas, cocaína, metanfetaminas reducen la percepción de cansancio o necesidad de dormir, además, disminuyen el tiempo total de sueño y lo fragmentan. Otras drogas como los opioides naturales producen sensación de cansancio, pero afectan a los ciclos normales de sueño. Sin embargo, estas alteraciones no tienen lugar exclusivamente durante el consumo ya que durante la abstinencia se experimentan igualmente alteraciones. En el caso de los consumidores de marihuana, suelen reportar dificultades para dormir, angustia, pesadillas o sueños bizarros, Por otro lado, haber consumido heroína durante un tiempo puede suponer padecer insomnio grave durante la abstinencia. Al igual que ocurre con otros trastornos, hay un alto grado de bidireccionalidad entre el consumo de drogas y el insomnio, ya que el padecimiento de uno de los trastornos puede llevar al otro y de la misma manera, uno puede aparecer como síntoma del otro. La adicción y el insomnio mantienen una relación muy amplia y compleja que puede en ocasiones dificultar la conciencia del trastorno y por tanto su intervención (Volkow, 2020).

Esquizofrenia e insomnio

Los pacientes con esquizofrenia se caracterizan por tener una percepción de la realidad anormal, pueden presentar delirios, alucinaciones, discurso desorganizado o comportamiento catatónico. Las personas con este desajuste psíquico suelen presentar anomalías la hora de dormir. Se ha demostrado que el 80% de las personas diagnosticadas con esquizofrenia padece algún trastorno del sueño, sobre todo: insomnio, síndrome de apnea obstructiva del sueño o hipersomnia. Para el tratamiento de la esquizofrenia, la medicación más eficaz son algunos antipsicóticos que, aunque pueden alterar la estructura del sueño, tienen efectos beneficiosos para el insomnio. La evidencia polisomnográfica y la mejora en la calidad de vida y el rendimiento funcional en los pacientes demuestran los beneficios de los antipsicóticos para el tratamiento del insomnio con esquizofrenia (Díaz et al., 2017).

Tipos de tratamiento del insomnio

Es importante recordar en este punto que los tratamientos que a continuación se presentan son principalmente para combatir el insomnio primario, ya que los casos de insomnio secundario requieren intervención focalizada en la afección médica, psiquiátrica o factores situacionales que lo provocan. Si bien es cierto, como expondré más adelante, que existen casos en los que se emplea la opción farmacológica de manera complementaria para remitir en la medida de lo posible las consecuencias perjudiciales de la falta de sueño. Es decir, la opción farmacológica ofrece buenos resultados en poco tiempo y es útil durante la intervención psicológica tanto del insomnio primario como secundario.

Tratamiento farmacológico

España es el país de la Unión Europea con el mayor consumo legal de benzodiacepinas, en el año 2020 el Lorazepam, ansiolítico que ayuda a manejar la ansiedad y, por tanto, reduce el insomnio, fue el séptimo medicamento más vendido en el país. Si bien la ingesta de fármacos es la solución más común, no está demostrado que sea la más efectiva siempre, habrá que atender a las peculiaridades de cada caso.

En el tratamiento farmacológico destacan entre otros, tres clases de fármacos: Benzodiacepinas, Hipnóticos, Antihistamínicos, Antidepresivos sedantes, y Antipsicóticos, (Riemann et al., 2017).

- **Benzodiacepinas:** se recomienda tomarlas a corto plazo, sin superar las doce semanas, ya que su efectividad disminuye a medida que el tratamiento se extiende en el tiempo generando tolerancia. Es por ello que se recomienda a pacientes con insomnio agudo (Torres, 2011). Entre sus propiedades destacan la capacidad ansiolítica, sedante e hipnótica o la relajación muscular (Álamo et al., 2016). Esta familia de fármacos consigue remediar el insomnio mediante el tratamiento de la ansiedad. A nivel fisiológico estos resultados se obtienen mediante la inhibición de la actividad del Sistema Nervioso Central, potenciando la acción del GABA (neurotransmisor inhibitor) y la excitación a la vez que se genera una sensación de somnolencia. Existen diferentes categorías según su poder de acción: corta, media o larga. En esta clase de fármacos existen, por ejemplo: Loprazepan, Bromazepam, Alprazolam y Clorazepato dipotásico entre otros.

- **Hipnóticos:** junto con las Benzodiacepinas son los más frecuentes en el tratamiento del insomnio. En la familia de los hipnóticos encontramos hipnóticos benzodiazepínicos, hipnóticos no benzodiazepínicos y ansiolíticos benzodiazepínicos. Tanto las Benzodiacepinas como los dos tipos de hipnóticos tienen como punto en común que todos tienen entre su mecanismo de acción el incremento del GABA y tienen capacidad hipnótica y sedante. Similar a lo que sucede con las Benzodiacepinas tampoco se recomienda su uso prolongado en el tiempo. Las propiedades de los fármacos hipnóticos conllevan, sobre todo, la reducción de despertares prematuros y, por tanto, el aumento de las horas de sueño. Sin embargo, un uso abusivo o inadecuado de hipnóticos puede producir: sensación de somnolencia diurna, afectando así a la concentración en carretera, incoordinación motora, disminución en la respiración y en la presión arterial además de alteraciones en la frecuencia cardíaca (Varela Pinedo et al., 2010).
 - Hipnóticos no benzodiazepínicos: existe una ventaja muy sutil y es que a diferencia de los hipnóticos benzodiazepínicos son ligeramente más efectivos y tienen menos efectos secundarios adversos (Torres, 2011). En esta clase de fármacos encontramos: Zoldipem o Zopiclona.
 - Hipnóticos benzodiazepínicos: Flunitrazepan, Loprazolan, Lormetazepam... este último es el más empleado en la actualidad (Barrios & Mateos, 2020)

- **Antihistamínicos:** aunque su función original es el tratamiento de alergias, este tipo de fármacos tienen como efectos secundarios la sedación y somnolencia, es por ello por lo que se utilizan también para combatir el insomnio. Además, al ser medicamentos para los que no requiere receta médica, su uso está muy extendido. Se consideran menos efectivos que las Benzodiazepinas o los Hipnóticos y pueden generar peores efectos secundarios como afectación en la visión, mareos o resequedad de la boca. De esta familia son, por ejemplo: Doxilamina, Difenhidramina, Cetirizina, Desloratadina o Fexofenadina entre otros.
- **Antidepresivos:** Por último, debido a los casos de insomnio crónico donde la medicación es necesaria a largo plazo, existen antidepresivos de perfil sedante que no generan tolerancia ni dependencia, como, por ejemplo: Mirtazapina y Trazodona. Por otro lado, existen los antidepresivos tricíclicos cuyo mecanismo de acción se basa en aumentar los niveles de los neurotransmisores de Serotonina y Noradrenalina, si bien su uso original no es para tratar el insomnio hoy en día es usado en determinados casos de insomnio, si bien no son muy comunes. El peligro de los antidepresivos tricíclicos, como la Amitriptilina, es que pueden producir síndromes serotoninérgicos cuando los niveles de Serotonina son demasiado altos, sin embargo, las dosis empleadas para tratar el insomnio no llegan a producir este tipo de alteraciones (Camacho Buitrago, 2021). Lo fundamental en un buen fármaco para el insomnio es que no afecte a la arquitectura del sueño, es decir, que respete los ciclos normales del mismo. (Sánchez Rodríguez, 2016). El ciclo normal de sueño se caracteriza por durar entre 90 y 110 minutos y por dividirse en dos grandes fases de sueño: la primera conocida como sueño no REM que dura alrededor del 75% del tiempo total de sueño, ésta se subdivide en tres fases: somnolencia o sueño superficial, en la segunda fase el sueño es cada vez más profundo hasta la tercera fase donde el sueño alcanza la máxima intensidad y es el sueño verdaderamente reparador. La fase REM tiene lugar aproximadamente a los 70-90 minutos desde que comienza la primera fase, representa el 25% del tiempo total de sueño y, es en este momento cuando se da el movimiento rápido ocular, el cuerpo está inmóvil, el cerebro y el cuerpo se “restauran” y tiene lugar la acción de soñar. El sueño reparador representa entre el 15 y el 20% del tiempo total de sueño.(Fabres & Moya, 2021)

Tratamiento no farmacológico

Remedios naturales para el insomnio

Existen compuestos que no requieren receta médica, son lo que llamamos de “venta libre”. Son aquellas sustancias o pastillas que encontramos en establecimientos o farmacias y que son de acceso no restringido.

Valeriana: se trata de una planta medicinal que se ha empleado durante mucho tiempo para combatir los problemas a la hora de dormir por sus propiedades sedativas, aunque se ha demostrado recientemente que su eficacia es baja. Además, el consumo abundante de productos con valeriana en su composición puede generar lesiones en el hígado como hepatotoxicidad.

Melatonina: es una hormona endógena que se segrega por las noches y regula los ciclos vigilia- sueño. La segregación de esta hormona tiende a disminuir con la edad y también se ve reducida en niños con alteraciones del neurodesarrollo. La Food and Drug Administration (FDA) recomienda el uso de melatonina exclusivamente para niños y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista que padezcan problemas de sueño siempre y cuando sea bajo la supervisión de profesionales de la salud. Si bien en España está completamente recomendada para consumo diario como complemento alimentario ya que los beneficios de la melatonina de tipo liberación retardada son similares a los producidos de modo endógeno. Los beneficios son: aumento del tiempo total de sueño y disminución de los despertares prematuros y la latencia de sueño (Rebok & Daray, 2006).

Tratamiento psicológico

Terapia Cognitivo-Conductual

Además de la intervención mediante fármacos existen tratamientos que se centran en conseguir un cambio en la persona de manera consciente, son las medidas no farmacológicas y tienen gran efectividad. Tienen como objetivo sustituir conductas desadaptativas aprendidas por unas más adaptativas y reducir los pensamientos y creencias que imposibilitan el sueño (Baides Noriega et al., 2019).

Esta rama de la psicología ha sido la más estudiada para el tratamiento del insomnio y ha demostrado tener gran efectividad individual y grupalmente (Recart, 2003). En la actualidad, se mantiene la práctica de esta terapia para tratar el insomnio por los resultados que genera. En la investigación realizada en 2015, acerca del impacto de la

terapia cognitivo-conductual en los estudios experimentales sobre insomnio, se concluyeron mejoras significativas. Los resultados mostraron un impacto positivo en la latencia y eficiencia del sueño. Para la valoración del impacto de la terapia se emplearon tanto pruebas de escalas validadas como diarios subjetivos del sueño (Navarro-Bravo et al., 2014).

La terapia cognitivo-conductual es un tipo de intervención psicológica que se fundamenta en los principios básicos del aprendizaje de Paulov. La intervención consiste en la aplicación combinada de medidas como: la higiene del sueño, el control de estímulos, la restricción de sueño, técnicas de relajación y recientemente se ha integrado el mindfulness. Este modelo ha demostrado empíricamente una mejora significativa de la calidad de sueño de manera natural y sin mediación y cuyos efectos duran hasta 18 meses. Es el tratamiento más empleado para el insomnio (Contreras & Pérez, 2021). A pesar de ser el más efectivo a largo plazo, la terapia cognitivo-conductual presenta algunas limitaciones como: el coste de la terapia por la falta de profesionales formados en la materia y también el tiempo requerido para experimentar mejoras en el sueño es mayor que el necesario en el tratamiento farmacológico (López de Castro et al., 2012).

La terapia cognitivo-conductual se centra en:

- Informar a la persona sobre las características del trastorno y eliminar creencias o ideas irracionales acerca del insomnio que puedan condicionar el trabajo en terapia.
- Realizar una exploración y valoración de los hábitos de sueño, rituales y costumbres que afecten a la higiene del sueño.
- Trabajar en la motivación para cambiar las conductas que afecten negativamente a los ciclos de sueño normales y fomentar aquellas que los faciliten.

Las técnicas que se trabajan en la terapia cognitivo-conductual son (Contreras & Pérez, 2021):

Higiene del sueño: en primer lugar, conseguir una buena higiene del sueño es fundamental para comenzar a tratar el insomnio. Consiste en fomentar una serie de hábitos y acciones que favorecen la conciliación del sueño. La higiene del sueño incluye factores ambientales y factores directamente vinculados a la salud (Varela Pinedo et al., 2010).

Entre otras se encuentran las siguientes medidas para favorecer una higiene del sueño adecuada (Torres, 2011):

- Asegurar un espacio tranquilo, silencioso, cómodo y con poca luz para favorecer el descanso sin ruidos ni inquietudes externas.
- Evitar temperaturas extremas de frío o calor.
- Evitar la ingesta de bebidas alcohólicas o azucaradas las 3 o 4 horas previas al momento de acostarse ya que, a pesar de funcionar como depresoras del Sistema Nervioso Central, provocan despertares prematuros durante la noche.
- Evitar el consumo de nicotina la hora o 2 horas previas al momento de acostarse ya que estimula el Sistema Nervioso Central.
- Evitar las cenas abundantes para que la digestión sea lo más ligera posible y favorecer así un sueño más profundo.
- Realizar ejercicio físico frecuente pero nunca cerca de la hora de acostarse.
- Usar prendas de ropa cómodas.
- Tratar de crear un horario de sueño, manteniendo en la medida de lo posible las mismas horas de levantarse y acostarse, así como evitar dormir durante el día, es decir, eliminar las siestas.

Uno de los mayores problemas es el desconocimiento de la importancia de la higiene del sueño y aun cuando se conoce, no siempre se ponen en práctica las medidas correspondientes. En la investigación realizada por Gellis, se comprobó que el grupo que recibió formación acerca de la higiene del sueño disminuyó tres puntos en la escala del ISI (Insomnia Severity Index) tras el periodo de seguimiento en comparación con las puntuaciones iniciales. Dentro de las medidas de la higiene del sueño, dos de ellas resultaron tener mayor peso en la calidad del sueño medida con el ICSP (Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh), que resultó mejorar en dos puntos con sólo aplicar estas dos técnicas (Gellis et al., 2014).

Control de estímulos: es una técnica cognitiva cuyo objetivo es romper con las asociaciones de ideas que puedan estar dificultando la conciliación del sueño a la vez que se re-asocian otras estableciéndose ciclos adecuados de vigilia-sueño (Contreras & Pérez, 2021). Se recomienda estar en la cama exclusivamente para dormir: no realizar otras actividades como comer, leer o ver la televisión desde la cama. Otra recomendación suele ser que, si a los 30 minutos aproximadamente no han conseguido dormirse se levanten y

realicen alguna actividad que les relaje (leer, tomar alguna bebida caliente, practicar alguna técnica de relajación...), lo importante es conseguir asociar la cama con la acción única y exclusiva de dormir o practicar sexo. Y, por último, volver a la cama únicamente cuando se sienta cansado o más relajado. Cuando se está en la cama con la angustia producida por no poder dormir, se genera una asociación de ideas entre “cama” y “angustia” por lo que se recomienda abandonar la cama cuando aparezca esa sensación. El fin último de esta técnica es reducir la ansiedad que la cama y el dormitorio le pueden producir al paciente (Baidés Noriega et al., 2019).

En la investigación sobre la efectividad del tratamiento no farmacológico realizada en 2010, se demostró la efectividad de las técnicas de higiene de sueño y control de estímulos en pacientes con insomnio crónico. Los resultados se consiguieron al comparar al grupo con control con el grupo de intervención que recibió seis sesiones semanales de treinta minutos donde se enseñaban estrategias propias de estas técnicas (Conrado López et al., 2010).

Restricción del sueño: se trata de una técnica con una frecuencia de uso baja ya que resulta complicado supervisarla. Las personas insomnes tienden a pasar tiempo en la cama con la idea de compensar la falta de sueño. Esta técnica se emplea con la idea de reducir las horas en la cama según la eficiencia del sueño. La eficiencia de sueño es la diferencia entre el tiempo en cama y el tiempo de sueño, ésta será mayor cuanto menor sea la diferencia. Se inicia con las horas que el paciente es capaz de permanecer dormido y se va ampliando según mejore la calidad y el tiempo de sueño (López de Castro et al., 2012). El objetivo es evaluar las horas que el paciente pasa en la cama y las que verdaderamente duerme para hacerle restringir las horas de cama a las reales de sueño. Las pautas de acción en la restricción de sueño son las siguientes: se comienza con un periodo de cinco horas máximo durante la primera semana y a medida que aumenta la eficacia, se aumentan las horas “permitidas”. Cada vez que la eficacia sea inferior al 80% se disminuye el tiempo en cama 15 minutos, cuando la eficacia supere el 85% se aumenta 15 minutos. A pesar de ser una técnica validada, no es posible emplearla con personas con trastornos maníacos o personas que conduzcan a diario ya que el déficit de sueño puede tener un impacto perjudicial en ambos casos (Baidés Noriega et al., 2019).

Técnicas de relajación: estas estrategias se enseñan a pacientes con trastorno de ansiedad y también a pacientes que vivencian angustia e intranquilidad ante la incapacidad para

quedarse dormidos. Se enseña al paciente a reducir la excitación que interfiere en el sueño mediante ejercicios organizados. El dominio de estas técnicas suele llevar tiempo hasta que se consigue que el paciente sea capaz de llegar a un estado de relajación profundo. Las técnicas más frecuentes son: respiración profunda, relajación muscular progresiva, meditación... (Rebok & Daray, 2006).

Mindfulness o atención plena: consiste en una técnica de meditación, basada en la importancia de la relación mente-cuerpo, que tiene como objetivo conseguir que la persona haga una exploración de lo que percibe, siente o piensa sin juzgarlo, simplemente focalizando toda su atención en el contenido sin generar juicios ni expectativas. Asimismo, pretende dotar a la persona de las habilidades necesarias para reconocer e identificar cada sensación, emoción o pensamiento. Es una técnica que se emplea cada vez más para trabajar sobre todo con pacientes con insomnio. En la investigación realizada por Gong sobre el impacto de Mindfulness en un grupo de pacientes con insomnio se concluyó una mejora en la latencia del inicio del sueño y un aumento de la calidad del sueño (Gong et al., 2016). Por otro lado, se ha demostrado la efectividad de Mindfulness en pacientes con enfermedades psicológicas como ansiedad o depresión. Según el informe publicado por el Hospital Psiquiátrico de la Habana, la intervención cognitivo-conductual junto con Mindfulness consiguió reducir la ansiedad como estado y en mayor proporción la ansiedad como rasgo en una mujer con trastorno de ansiedad generalizada. Esta paciente presentaba insomnio secundario como consecuencia de la ansiedad que padecía y también se vio reducida esta alteración (Ordaz Ducunge, 2020).

Una vez exploradas las posibilidades de intervención para tratar el insomnio, es importante analizar la efectividad y las cifras de éxito de cada tratamiento. Existe un factor que parece relevante a la hora de valorar opciones y es el aumento de las prescripciones farmacológicas en pacientes que acuden a consulta a causa del insomnio, el incumplimiento de las indicaciones de los profesionales y los consecuentes riesgos debidos al consumo irresponsable. En 2014, se realizó un ensayo clínico que tenía como objetivo evaluar la efectividad de los tratamientos aplicados a los dos grupos que formaban la muestra. Dicha muestra estaba compuesta por 50 participantes de entre 40 y 80 años con los siguientes criterios: consulta por insomnio primario, exclusivamente, superior a 15 días con una intensidad por encima de 6 en el ICSP (Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh) y sin tratamiento farmacológico o psicológico por el momento. A ambos grupos se les prescribió 1mg de Lorazepan por las noches, la diferencia entre el

grupo control y el grupo intervenido era que éste último recibía semanalmente durante 15 minutos y de manera individual instrucción acerca de medidas conductuales como: higiene del sueño, relajación y respiración. El grupo control, sin embargo, se sometía a sencillas mediciones rutinarias durante estas sesiones semanales. Las mediciones se realizaron mediante la recogida de información a partir del ICSP al inicio y al final del tratamiento junto con un diario de sueño a modo de autorregistro. Tras las 4 sesiones semanales, la sesión de cierre y la de seguimiento, se concluyó una curación del insomnio del 46,2% de los casos del grupo intervenido y sólo un 4,2% del grupo de control. Se consideraron “curados” a aquellos participantes cuya puntuación final fueran inferior a 6 o a aquellos casos en los que la disminución fuera del 50% de la puntuación inicial (Gancedo-García et al., 2014).

Discusión y conclusiones

Del insomnio y de sus consecuencias en la salud y en la calidad de vida nace la necesidad de analizar y valorar las opciones de tratamiento disponibles para combatirlos. Por ello, el abordaje científico y psicológico es fundamental para la atención primaria de este trastorno. A lo largo de esta revisión bibliográfica, el objetivo ha sido conocer los tipos de intervención que más se usan hoy en día y hacer una reflexión acerca de cuál es el tratamiento más efectivo. La realidad de las posibilidades de tratamiento es que la opción farmacológica ofrece mejores resultados en menos tiempo. A pesar de que algunos fármacos puedan tener efectos secundarios o contraindicaciones, siempre se puede encontrar un medicamento que aminore el déficit de sueño o por lo menos, sus consecuencias. Si bien es verdad que la opción farmacológica es más efectiva a corto plazo y requiere menos tiempo y dinero, la opción no farmacológica tampoco debe descartarse. Los tratamientos no farmacológicos, en especial la terapia cognitivo-conductual, han demostrado ser más efectivos a largo plazo, además de ser una opción que evita la sobremedicación. Estas son las razones de que las medidas no farmacológicas suelen ser la primera línea de tratamiento del insomnio, sin embargo, en ocasiones es necesario el tratamiento farmacológico ya que consigue una mejora del rendimiento y la calidad de vida del paciente en muy poco tiempo. Si bien la opción farmacológica tiene muchas ventajas, es importante tener en cuenta que, algunos de ellos pueden generar

dependencia, tolerancia o acarrear efectos secundarios si no se ejerce un consumo responsable bajo supervisión médica.

Para resumir lo que se recoge en esta revisión, podemos apoyarnos en las siguientes conclusiones: la primera y más importante es la prevalencia del insomnio o de algún síntoma del insomnio. El problema del insomnio es la obstaculización de la necesidad básica de dormir y que pueda conllevar afecciones considerables.

Por otro lado, la importancia de hacer un buen diagnóstico y de elegir el mejor tratamiento, aunque no exista el ideal habrá que dar con el tratamiento que mejor se adapte a las peculiaridades de cada caso. El reto es encontrar el tratamiento con el mejor balance. De la mano de esta idea, es importante recalcar la necesidad de concienciación en profesionales de la salud y pacientes a la hora de atender a los síntomas con el objetivo de aumentar las detecciones a tiempo. Para ello, es necesario difundir y dar a conocer el papel fundamental que juega dormir en la salud, en la calidad de vida, en las relaciones y en el rendimiento, además de las medidas que facilitan la conciliación del sueño.

A la hora de hacer balance y elegir el tratamiento, se ha demostrado la alta efectividad de las técnicas conductuales de higiene de sueño, el control de estímulos y la restricción de sueño. Los beneficios de estos tipos de tratamiento son más a largo plazo que la opción farmacológica y ayudan a evitar la medicalización de los pacientes.

Es por ello por lo que el trastorno del insomnio debe tratarse siempre desde las medidas conductuales no farmacológicas ya que implican al paciente y no acarrear efectos secundarios, recaídas o dependencia al tratamiento. Si bien los resultados no son inmediatos y requieren tiempo para poder disfrutar de ellos, la opción farmacológica, en concreto las benzodiacepinas en dosis reguladas y temporales pueden ser el complemento perfecto.

Existen variedad de ideas acerca de la practicidad de las medidas psicológicas ya que requieren tiempo y paciencia mientras que la oferta farmacológica, gracias a los avances de la ciencia, es cada vez más inmediata. Entra en este punto el debate entre lo urgente y lo importante. Es fundamental distinguir entre lo que nuestro cuerpo exige a nivel biológico y lo que nuestra mente necesita. El consumo de fármacos, como mencionaba anteriormente, ayuda a conseguir reparar el cansancio a muy corto plazo y de manera íntegra. Sin embargo, la conciencia y la responsabilidad de querer conocer y

reparar la problemática desde su origen reside en cada uno. Aunando estos factores queda sobre la mesa la posibilidad del tratamiento combinado, concediendo al cuerpo el descanso que necesita para funcionar y asegurar una calidad de vida “digna” a la vez que se trabaja en la carrera de fondo de la mano de la psicología.

Bibliografía

- Álamo, C., Alonso, M. L., Cañellas Dols, F., Martín, B., Pérez, H., Romero, O., & Terán, J. (2016). *Insomnio Insomnio*.
<http://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>
- American Psychiatric Association (Ed.). (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Baena Díez, J. M., Riu Subirana, S., & Monedero Boado, J. (2006). Tratamiento del insomnio en el anciano. *FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 13(6), 317–324. [https://doi.org/10.1016/s1134-2072\(06\)71782-0](https://doi.org/10.1016/s1134-2072(06)71782-0)
- Barrios, A., & Mateos, R. (2020). Patrón epidemiológico del uso de benzodiazepinas. *FarmaJournal*, 5 (2), 7–14. <https://dx.doi.org/10.14201/fj202052714>
- Benetó Pascual, A., & Gómez Siurana, E. (2006). Historia clínica básica y tipos de insomnio. *Vigilia-Sueño*, 18(1), 9-15.
- Camacho Buitrago, P. (2021). Amitriptilina como estimulante del sistema activador reticular ascendente, y su acción contraproducente administrada nocturnamente para tratar el insomnio. *Ciencia&Conciencia*, 4(1).
- Cañellas, F., & De Lecea, L. (2012). Relaciones entre el sueño y la adicción [Relationships between sleep and addiction] HHS Public Access. *Adicciones*, 24(4), 287–290.
- Carney, C. E., Edinger, J. D., Kuchibhatla, M., Lachowski, A. M., Bogouslavsky, O., Krystal, A. D., & Shapiro, C. M. (2017). Cognitive behavioral insomnia therapy for those with insomnia and depression: A randomized controlled clinical trial. *Sleep*, 40(4), 1–13. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsx019>
- Carrillo-Mora, P., Barajas-Martínez, K. G., Sánchez-Vázquez, I., & Rangel-Caballero, M. F. (2018). Transtornos del sueño: ¿qué son y cuales son sus consecuencias? *Revista de La Facultad de Medicina (México)*, 61(1), 6–21.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v61n1/2448-4865-facmed-61-01-6.pdf>
- Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P. G., Mukunzi, J. N., McIntee, S. E., Dalexis, R. D., Goulet, M. A., & Labelle, R. P. (2021). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 295(November 2020). <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>

- Chávez, M, Nava, M., Palmar, J., Martínez, M. S., Graterol Rivas, M., Contreras, J., Hernández, J. D. & Bermúdez, V. (2017). En búsqueda del hipnótico ideal: tratamiento farmacológico del insomnio. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 36(1), 10–21.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55949909002>
- Contreras, A., & Pérez, C. (2021). Insomnio, en busca del tratamiento ideal: fármacos y medidas no farmacológicas. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(5), 591–602. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.09.004>
- De Mendiola, F. G. P. (2007). VI curso básico de sueño en la asistencia primaria y en salud laboral. *Vigilia Sueno*, 18(SUPPL. 1), 1.
- Depeursinge, A., Racoceanu, D., Iavindrasana, J., Cohen, G., Platon, A., Poletti, P.-A., & Muller, H. (2010). Fusing Visual and Clinical Information for Lung Tissue Classification in HRCT Data. *Artificial Intelligence in Medicine*, 22(1), ARTMED1118. <https://doi.org/10.1016/j>
- Díaz, G. A., Constanzo, M. C., Rosas Meneses, M. E. & Arroyo, M. B. (2017). Una revisión de los trastornos del sueño en la esquizofrenia. *Elsevier. Psiquiatría Biológica*, 24(2), 55-63
- Fabres, L., & Moya, P. (2021). Sueño: conceptos generales y su relación con la calidad de vida. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(5), 527–534.
<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.09.001>
- Ferré-Masó, A., Rodríguez-Ulecia, I., & García-Gurtubay, I. (2020). Differential diagnosis of insomnia from other comorbid primary sleep disorders. *Atencion Primaria*, 52(5), 345–354. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.011>
- Gancedo-García, A., Gutiérrez-Antezana, A. F., González-García, P., Salinas-Herrero, S., Prieto-Merino, D., & Suárez-Gil, P. (2014). Effectiveness of short educational intervention in patients with insomnia in primary care. *Atencion Primaria*, 46(10), 549–557. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.007>
- García, O. P., Díaz, M. M., Contreras, A. E. R., Capuleño, I. A., & Rosenthal, L. (2011). Insomnio, estrés y cannabinoides. *Salud Mental*, 34(3), 211–218.
- Gellis, L. A., Park, A., Stotsky, M. T., & Taylor, D. J. (2014) Associations between sleep hygiene and insomnia severity in college students: cross-sectional and prospective analyses. *Behavior Therapy*, 45, 806-16.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.05.002>
- Gong, H., Ni, C. X., Liu, Y. Z., Zhang, Y., Su, W. J., Lian, Y. J., Peng, W., & Jiang, C.

- L. (2016). Mindfulness meditation for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 89, 1–6.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.07.016>
- Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas y Accidentes Cerebrovasculares (NINDS por sus siglas en inglés) (2007). Sleep: A dynamic activity. In Brain basics: Understanding sleep. Obtenido el 29 de mayo de 2012 de <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Understanding-Sleep>
- López de Castro, F., Fernández Rodríguez, O., Mareque Ortega, M. A., & Fernández Agüero, L. (2012). Abordaje terapéutico del insomnio. *Semergen*, 38(4), 233–240. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.11.003>
- Luyster, F. S., Strollo, P. J., Zee, P. C., & Walsh, J. K. (2012). Sleep: A health imperative. *Sleep*, 35(6), 727–734. <https://doi.org/10.5665/sleep.1846>
- Medrano Martínez, P., & Ramos Platón, M. J. (2016). Alteraciones cognitivas y emocionales en el insomnio crónico. *Revista de Neurología*, 62(04), 170. <https://doi.org/10.33588/rn.6204.2015334>
- Morin, C. M., Vallières, A., & Ivers, H. (2007). Dysfunctional beliefs and attitudes about sleep (DBAS): Validation of a brief version (DBAS-16). *Sleep*, 30(11), 1547–1554. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.11.1547>
- Navarro-Bravo, B., Párraga-Martínez, I., López-Torres Hidalgo, J., Andrés-Pretel, F., & Rabanales-Sotos, J. (2014). Group cognitive-behavioral therapy for insomnia: a meta-analysis. [Terapia cognitivo-conductual grupal para el tratamiento del insomnio: metaanálisis]. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 31(1), 8–18. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.1.168641>
- Noriega, R. B., Camporro, S. N., & Rodríguez, A. M. I. (2019). Nursing and no drug for the management of insomnia treatment. *Enfermería Global*, 18(2), 512–532. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.322311>
- Ordaz Ducunge, E. B. (2000). Revista del Hospital Psiquiatrico de la Habana: Editorial. *Revista Del Hospital Psiquiatrico de La Habana*, 40(3), 199.
- Perney, P., & Lehter, P. (2018). Insomnia in alcohol-dependent patients: Prevalence, risk factors and acamprosate effect: An individual patient data meta-analysis. *Alcohol and Alcoholism*, 53(5), 611–618. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agg013>
- Rebok, F. & Daray, F. M. (2006). Tratamiento integral del insomnio en el adulto mayor. *Alcmeon, revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 18(4), 30–321.

[https://doi.org/10.1016/s1134-2072\(06\)71782-0](https://doi.org/10.1016/s1134-2072(06)71782-0)

- Recart, C. (2003). Boletín Especial Sociedad De Psiquiatría Y Neurología De. *Pautas de Psiquiatría Trastornos Ansiosos En Niños y Adolescentes*, 14, 4–68.
https://www.academia.edu/38020688/BOLETIN_ESPECIAL_SOCIEDAD_DE_PSIQUIATRIA_Y_NEUROLOGIA_DE_LA_INFANCIA_Y_ADOLESCENCIA?auto=download
- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., Espie, C. A., García-Borreguero, D., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Hertenstein, E., Jansson-Fröjmark, M., Jennum, P. J., Leger, D., Nissen, C., Parrino, L., Paunio, T., Pevernagie, D., Verbraecken, J., ... Spiegelhalder, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Sleep Research*, 26(6), 675–700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>
- Sadler, P., McLaren, S., Klein, B., Harvey, J., & Jenkins, M. (2018). Cognitive behavior therapy for older adults with insomnia and depression: A randomized controlled trial in community mental health services. *Sleep*, 41(8), 1–12.
<https://doi.org/10.1093/sleep/zsy104>
- Sánchez R., L. (2021) Trazadona para el tratamiento del insomnio. *Hoja de evaluación de medicamentos de Castilla- La Mancha*. 22(2).
- Torrens, I., Argüelles-Vázquez, R., Lorente-Montalvo, P., Molero-Alfonso, C. & Esteva, M. (2019). Prevalence of insomnia and characteristic of patients with insomnia in a health area of Majorca (Spain). *Atencion Primaria*, 51(10), 617–625. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.02.014>
- Torres, D. V. (2011). Trastornos del sueño Abordaje práctico para el internista. *Arch Med Interna*, XXXIII(1), 1–46.
- Varela P., L., Tello R., T. & Ortiz S., P.(2010). Valoración de la higiene del sueño mediante una escala modificada en adultos mayores. *Acta Médica Peruana*, 27(4), 233–237.
- Wallen, G. R., Brooks, A. T., Whiting, B., Clark, R., Krumlauf, M. C., Yang, L., Schwandt, M. L., George, D. T., & Ramchandani, V. A. (2014). The prevalence of sleep disturbance in alcoholics admitted for treatment: A target for chronic disease management. *Family and Community Health*, 37(4), 288–297.
<https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000040>
- World Health Organization, 2020. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [WWW Document]. World Heal.

Organ. URL <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19—11-march-2020> (accessed 5.24.20).