

## Tratamiento no farmacológico del insomnio 3ª parte

### Manejo psicológico del insomnio crónico

*Angélica Garzón Psicóloga, Universidad Nacional de Colombia. Franklin Escobar MD, Profesor Asistente Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Laboratorio de Neurofisiología Clínica. Hospital San Juan de Dios. Jorge Echeverry MD, Profesor Asociado. Director Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Tecnológica de Pereira, Clínica de Trastornos del Sueño, Hospital Universitario San Jorge. Pereira, Pablo Lorenzana MD, Profesor Asociado, Director Unidad de Neurología del Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Laboratorio de Neurofisiología Clínica. Hospital San Juan de Dios. Favor envíe correspondencia a F. Escobar: Email: feescob@bacata.usc.unal.edu.co*

#### ABSTRACT

Sleep disorders are a frequent pathology. Nearly 35% Colombians will have a sleep disorder at any time in their lives. Insomnia is the main complaint in adults and the elderly.

The prevalence of insomnia in women is 40%, in men 30% and goes up to 50% in people over 65 years of age. The more frequently associated factors are female gender, mental disorders, general medical conditions, substance abuse and advanced age. An adequate intervention needs careful diagnosis and etiological treatment.

There is a direct relationship between insomnia and medical, neurological, pneumological and psychiatric conditions. The sleep expert goes through these pathologies with the anamnesis, physical exam, sleep agenda, psychological exams and occasionally polysomnography. For the management of insomnia predisposing, precipitating and perpetuating factors that may alter its course are analyzed.

Current treatment of insomnia entails a comprehensive and etiological approach. Predisposing, precipitating and perpetuating factors are evaluated. Sleep hygiene, hypnotics, CPAP, BiPAP, AutoCPAP, luminotherapy, chronotherapy and melatonin are used.

This article considers non-pharmacological treatment of chronic insomnia. The behavioral treatment and sleep hygiene are presented.

*Keywords: Insomnia, non pharmacological treatment, comprehensive treatment, behavioral therapy, sleep hygiene*

#### RESUMEN

Los trastornos del sueño son una patología frecuente. Cerca del 35% de los colombianos presentará en cualquier momento de su vida una alteración del sueño. El insomnio es la queja principal en adultos y ancianos.

La prevalencia del insomnio en mujeres es del 40%, se presenta en 30% de los hombres y en 50% de personas mayores de 65 años. Los factores asociados con mayor prevalencia son género femenino, presencia de trastornos mentales, condiciones médicas generales, abuso de sustancias y edad avanzada. Una adecuada intervención exige el diagnóstico cuidadoso y el tratamiento según la causa.

Existe relación directa entre insomnio y alteraciones médicas, neurológicas, neumológicas y psiquiátricas. El somnólogo descarta estas patologías cuando examina

un paciente mediante la anamnesis, heteroanamnesis, examen físico, agenda de sueño, exámenes somáticos y psicológicos y en ocasiones la polisomnografía.

Para su manejo se evalúan factores predisponentes, precipitantes y perpetuadores que afectan el curso del insomnio. El tratamiento actual considera un abordaje integral y etiológico. Se usa higiene del sueño, hipnóticos, CPAP-BiPAP-AutoCPAP, luminoterapia, cronoterapia y en ocasiones la melatonina.

En este artículo se presenta el manejo no psicofarmacológico del insomnio crónico. Se describen las principales técnicas comportamentales y su aplicación en el tratamiento de estos pacientes.

*Palabras claves: Insomnio, tratamiento no farmacológico, terapia comportamental, higiene del sueño*

#### INTRODUCCIÓN

El sueño es un fenómeno complejo y frágil que consume gran parte de la vida humana e influye de manera determinante en la vigilia. Se puede decir que una buena calidad de sueño es condición necesaria de una vida sana y feliz.

No es sorprendente entonces que ante los problemas personales o médicos, el sueño sea una de las primeras variables que se afecta y aparezca el insomnio. La falta de tratamiento de los problemas de sueño o la resolución inadecuada pueden llevar a un problema crónico, aunque ya la causa inicial asociada haya desaparecido.

Sin embargo, algunos artículos muestran que si el insomne llega a solicitar ayuda para su problema, posiblemente no recibirá la suficiente atención clínica o se le formulará cualquier medicamento sin un diagnóstico completo y adecuado (1-2). Esto eventualmente lo llevará a desarrollar un problema de sueño mayor y una serie de problemas personales y sociales asociados.

Además, existen cifras que indican que muchas personas padecen trastornos del sueño y que los profesionales de la salud tendrán que ofrecer alguna respuesta en su práctica clínica. Si se analiza porqué la gente acude al médico y los motivos de consulta, las quejas sobre alteraciones del sueño, son un porcentaje muy bajo. Sólo el 5% de las personas que van al médico general consultan por insomnio. El paciente casi siempre llega solicitando una "píldora milagrosa" que le quite el insomnio y lo haga dormir. Un porcentaje mayor consulta a las farmacias donde les venden drogas para dormir sin mayor problema. La gran mayoría de pacientes se acerca al médico con otras quejas además del insomnio y con frecuencia no discuten este problema (3).

El insomnio se define como la incapacidad para iniciar el sueño, para mantenerlo, la mala calidad en el dormir o la poca cantidad de tiempo para dormir. La falta de sueño se refleja al día siguiente en una jornada diurna de mala calidad, se está de mal genio o irritable, con dolor de cabeza y dificultad para concentrarse y recordar cosas sencillas (2, 4).

La prevalencia del insomnio a lo largo de la vida es aterradora. El 40% de las mujeres se quejan de insomnio y un 30% de los hombres. Si se evalúan personas mayores de 65 años, una de cada dos se queja de insomnio y una tercera parte de los adultos tiene insomnio crónico. Esto es bastante importante ya que un 10% presenta un insomnio de tipo grave que requeriría de una valoración en un Centro de Sueño (5,6).

Este artículo presenta algunas alternativas complementarias al tradicional manejo farmacológico del insomnio. Se hace una revisión crítica de las alternativas terapéuticas y los casos en los que podrían ser útiles. Se presenta un balance sobre la efectividad del uso de estas técnicas y sus resultados en comparación con el manejo farmacológico. Además, se espera motivar en los profesionales de la salud, su conocimiento y uso, como una alternativa práctica, eficaz y versátil para el manejo del insomnio crónico.

#### *Sueño normal y sueño patológico*

El sueño normal comienza con un tiempo para conciliar el sueño de 10 a 30 minutos. Durante la noche presenta una estructura regular con pocos despertares de muy corta duración y un despertar matinal con sensación de descanso, seguido por una vigilia activa y tranquila. Cuando este equilibrio se pierde se genera un sueño anormal caracterizado por dificultades para iniciar el sueño, con desestructuración de la arquitectura del dormir durante la noche, despertares frecuentes y/o despertar muy temprano.

En general, se llama Trastorno del Sueño (TS) a irregularidades en los parámetros electrofisiológicos, conductuales y/o subjetivos del dormir. Los TS han sido objeto de varias clasificaciones. En los centros especializados en TS se considera la Clasificación Internacional de los Trastornos de Sueño

(ISDC) como la más apropiada para la práctica clínica y la investigación, que a diferencia de otras clasificaciones propuestas se basa más en el posible origen del problema y no en sus síntomas; ya que los síntomas de algunos TS pueden ser similares (7-9).

Según esta clasificación los TS se dividen en:

1. Disomnios: alteraciones intrínsecas, alteraciones extrínsecas y alteraciones de los ritmos circadianos,
2. Parasomnios: pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo, despertar confusional, etc.,
3. Alteraciones relacionadas con enfermedades médicas / psiquiátricas/ neurológicas.
4. Alteraciones propuestas: son entidades en proceso de investigación. Este artículo se interesa por los disomnios que consisten en anomalías del ciclo sueño - vigilia. Algunos disomnios importantes son el hipersomnio (excesiva somnolencia diurna), el mioclonus nocturno y el síndrome de piernas inquietas (rasquiña en las piernas) y el insomnio, tema de este artículo.

Los disomnios son los trastornos del sueño más frecuentes (10-12). A diferencia de los parasomnios, originan mayores dificultades objetivas en la vida de las personas que los padecen. A su vez dentro de los disomnios, el insomnio es el TS más frecuente, más estudiado y para el que hay más tratamientos desarrollados.

#### *Insomnio*

El insomnio se clasifica según la causa, duración, gravedad y naturaleza. Vea tabla 1. Habitualmente se usa según la duración. Si se habla de un insomnio de pocos días se llama ocasional. Si

dura algunas semanas, hasta máximo cuatro semanas, se habla de transitorio. Cuando dura más de cuatro semanas se trata de un insomnio crónico. El insomnio crónico se divide a su vez en insomnio primario y secundario, según se conozca o no la etiología. También se clasifica según la causa; si se conoce, es secundario, si no se conoce es primario. Por la gravedad puede ser leve, moderado o severo. De acuerdo con la naturaleza, si se presenta al inicio del dormir, se denomina insomnio de conciliación, si ocurren despertares durante la noche, se llama insomnio de despertares múltiples, si ocurre en horas de la madrugada, antes del despertar normal, se llama insomnio de despertar temprano. Puede ser también global o parcial, frecuente o intermitente según la ocurrencia y duración (2, 13 -15).

La estimación epidemiológica del insomnio oscila entre el 2 y el 40% de la población siendo un problema persistente (4, 9, 16-18). Los datos de prevalencia e incidencia tan diversos se deben a las diferentes definiciones tan laxas como imprecisas de insomnio adoptadas en los estudios. Por ejemplo, se ha encontrado que el insomnio psicofisiológico se puede mantener después de cinco años, aunque con alguna mejoría (19). Las discrepancias en sus estimaciones se pueden deber entre otras, a que en ocasiones es difícil su diagnóstico y se puede confundir como síntoma de un problema emocional y no como el problema clínico principal. Por otra parte, es bien conocido que los problemas de sueño acompañan a los trastornos mentales. Se estima que el 75% de los pacientes enfermos psiquiátricos tienen dificultades para dormir en la fase aguda de su enfermedad, es decir, la alteración del sueño es un rasgo clínico o un criterio diagnóstico de muchas clases de psicopatologías (4, 20-22).

El insomnio puede aquejar a cualquier persona en algún momento de su vida

o puede ser un padecimiento crónico para otros. En los casos leves esta dificultad trae como consecuencia la disminución en la calidad de vida de la persona. En los casos crónicos puede afectar seriamente la salud mental y física de quien lo padece puesto que produce disminución de la atención, concentración y motivación, somnolencia diurna, fatiga, irritabilidad, tensión, ansiedad e infelicidad (23).

**Tabla 1. Clasificación del Insomnio**

Etiología:	Múltiple
Duración:	Pasajero De corta duración Crónico
Gravedad:	Leve Moderado Grave
Naturaleza:	Insomnio de conciliación Insomnio por despertares múltiples Insomnio de despertar temprano Insomnio global Insomnio parcial Insomnio intermitente o frecuente

#### *Factores que influyen en el curso y evolución del insomnio*

Para el manejo adecuado del insomnio es necesario tener en cuenta los factores que afectan su desarrollo. Estos factores son de tres tipos: los perpetuadores como el condicionamiento, abuso de sustancias, funcionamiento ansioso, mala higiene de sueño. Los precipitantes como situacionales, ambientales, médicos, psiquiátricos y medicación prescrita y los predisponentes que son: rasgos de personalidad, ciclo vigilia - sueño, ritmo circadiano, mecanismos de defensa y la edad (24).

#### *Tipo de tratamiento del insomnio*

Actualmente las intervenciones disponibles para el manejo del insomnio son de dos tipos: farmacológicas y no farmacológicas. El tratamiento

farmacológico actúa sobre las variables de tipo biológico, tratando de restablecer el sueño normal por cambios bioquímicos; mientras que las intervenciones no farmacológicas actúan en el ámbito ambiental, sobre los hábitos del paciente, mediante aparatos como mascarillas de presión positiva (el CPAP u otros), etc. Los tratamientos farmacológicos son una de las áreas de mayor inversión en la investigación de los TS y se ofrecen drogas cada vez más específicas para diferentes tipos de TS, incluyendo el insomnio. Sin embargo, los efectos de habituación, dependencia psicológica e insomnio iatrogénico por el uso continuado de algunos hipnóticos plantean un problema grave. La mayoría de hipnóticos pierden efectividad luego de un corto período de uso (1, 25). Con frecuencia el énfasis que hacen los médicos en la medicación hipnótica puede simplemente reflejar la falta de información general sobre la causa del insomnio (13).

#### *Terapias de manejo no farmacológico del insomnio*

Constituyen un conjunto de técnicas que mediante cambios en el ambiente, los hábitos y/o el desarrollo de habilidades del paciente, procuran disminuir el problema de sueño. La terapia no farmacológica es una aplicación de la teoría y técnicas de la psicología cognoscitivo-conductual a los problemas de insomnio. A continuación se describen estas técnicas psicoterapéuticas usadas para el manejo del insomnio:

#### *Conductas facilitadoras e inhibidoras del sueño*

Como su nombre lo indica consisten en las conductas durante la vigilia, que conllevan a un buen dormir. Estas pueden ser de naturaleza diversa y su influencia sobre el sueño depende de la hora en la que se realizan. Al proceso de enseñanza de estas pautas de comportamiento se le conoce como higiene del sueño.

Las conductas facilitadoras se exponen a continuación, las conductas inhibitorias son su contrario (26 -28).

#### *Consumo*

- ◆ Cene preferentemente alimentos ricos en triptófano (cereales, leche, etc.).
- ◆ Siga una alimentación sana y equilibrada.
- ◆ Consuma proteínas y grasas principalmente al desayuno y almuerzo
- ◆ No ingiera grandes cantidades de comida en la cena.
- ◆ No coma chocolate y evite el exceso de líquidos antes de acostarse.
- ◆ En caso de despertar en la noche no coma.
- ◆ No consuma bebidas alcohólicas ni bebidas colas
- ◆ No fume dos horas antes de acostarse.
- ◆ No consuma cafeína ni otras metilxantinas por lo menos seis horas antes de acostarse.

#### *Ambientales*

- ◆ Arregle el dormitorio de forma confortable, teniendo en cuenta disminuir la luz, el ruido y use un colchón confortable.
- ◆ Mantenga una temperatura en la habitación entre 18 y 22 grados centígrados
- ◆ Utilice el despertador para levantarse.
- ◆ Use la cama sólo para dormir y para la actividad sexual.

#### *Hábitos*

- ◆ Mantenga un horario regular para levantarse y acostarse.
- ◆ Practique ejercicio físico durante el día, principalmente en horas de la tarde , no antes de acostarse.
- ◆ No duerma durante el día, a no ser que se sufra de narcolepsia o apnea del sueño.

Estas reglas tienen en común que apuntan a disminuir la activación somática, emocional y cognitiva en el tiempo cercano al sueño. Su exposición por parte del terapeuta se hace más como un

procedimiento educativo para la prevención o el control de los TS y son complementarias con otros procedimientos más específicos.

#### *Terapia de control de estímulos*

Explica la forma en que el contexto controla el comportamiento y los estados de ánimo usando el paradigma de aprendizaje. Aplicado al insomnio explica que cuando la cama se utiliza para actividades incompatibles con el sueño (excepto la actividad sexual), ya sea durante la vigilia o en el tiempo cercano al dormir, esta dejará de tener capacidad de generar y mantener el estado de somnolencia; por ejemplo, al ver televisión, leer, preocuparse o trabajar en ella.

Cuando se detecta que este puede ser un elemento en el problema del insomnio la intervención consiste en dar instrucciones a la persona para que, en lo posible, sólo utilice su cama para dormir o para actividades sexuales. Además, si entre los 10-30 minutos después de ir a la cama la persona no concilia el sueño, ésta se debe levantar, abandonar la habitación y realizar una actividad tranquila hasta que se tenga nuevamente sueño, momento en el que se regresa a la cama. Si no se concilia el sueño dentro del tiempo establecido se inicia de nuevo el proceso.

Este tipo de intervención previene la presentación de pensamientos incompatibles con el sueño a la hora de dormir, como es el caso de la rumiación de pensamientos preocupantes o verbalizaciones que indican angustia y pérdida de control como "tengo que dormir pero no puedo", "no podré dormir como siempre" o "pasaré otra noche en vela", en tales casos también se puede complementar la intervención con técnicas de detención del pensamiento o distractores cognoscitivos, que se exponen más adelante (29 - 32).

#### *Terapia de restricción del sueño*

Previa a la aplicación de esta técnica se evalúa el tiempo total que la persona pasa en la cama y cuánto de este tiempo lo pasa dormida. Luego, se restringe el tiempo de permanencia en la cama a las horas reales de sueño, para luego incrementar progresivamente el tiempo de permanencia hasta lograr una duración óptima del sueño. Al usar esta técnica se "presiona" sobre el sueño con el fin de optimizar las horas de permanencia en la cama y al tiempo dormir sólo en esas horas. La eficiencia inicial y posterior del sueño, se puede estimar dividiendo el tiempo total del sueño sobre el tiempo en la cama y multiplicando este resultado por 100. El criterio para evaluar cuándo una eficiencia es buena o mala es variable. En general, se acepta una buena eficiencia la que está por encima del 85% y una mala eficiencia por debajo de 80%. Mediante esta terapia restrictiva del sueño se busca que el insomne obtenga una eficiencia de sueño superior al 85%. (33 - 35)

#### *Técnicas cognitivas*

En el marco de la terapia cognitiva, varias técnicas de reestructuración cognoscitiva se han adaptado al manejo de los problemas de insomnio. Estas técnicas se pueden emplear para ayudar a la persona a disminuir pensamientos disruptivos o incompatibles con el sueño. Las técnicas más empleadas son tres en el manejo del insomnio: detención del pensamiento, focalización cognitiva e intención paradójica.

Para entrenar la detención del pensamiento se le pide al paciente que evoque sus pensamientos más recurrentes a la hora de dormir, luego de 30 segundos el terapeuta grita la palabra "¡Pare!" para interrumpir el pensamiento. Se repite el procedimiento unas cinco veces. Luego se le pide al paciente que interrumpa sus propios pensamientos

gritando "¡Pare!", para luego hacerlo de manera subvocal. Una variante de la técnica es usar distracciones de la atención, incorporando rápidamente un pensamiento agradable en lugar del pensamiento preocupante.

La focalización cognitiva consiste en pensar en una serie de objetos neutrales (por Ej. un bombillo, una silla), al concentrarse en evocarlos detalladamente se espera que el paciente termine con sus pensamientos preocupantes e induzca el sueño.

Por último, al usar la intención paradójica se asume que una parte muy importante del problema de sueño son los intentos (a veces desesperados) por tratar de resolverlo y la ansiedad que produce el fracaso por controlar el sueño. De modo que se pide al paciente que haga lo contrario, es decir, que permanezca despierto durante el mayor tiempo posible y, en algunos casos, que haga algo desagradable o aburrido en su lugar (36 - 38).

### *Técnicas de relajación*

Es una técnica útil para ayudar a resolver problemas psicológicos de diferente naturaleza. Así que no es sorprendente que exista una cantidad amplia de este tipo de técnicas y que su uso sea muy frecuente. Sin embargo, la relajación no está prescrita para algunas personas, ni para todos los problemas, ni todas las técnicas son iguales (29). Para el manejo del insomnio se han utilizado la relajación progresiva, la relajación autógena, la relajación completa y la relajación en imaginación (39 - 43).

La relajación progresiva es una técnica que se basa en el control somático, consiste en una serie de ejercicios de tensión - relajación de los diferentes grupos musculares, hasta que se pasa a un control cognoscitivo de los mismos; es decir, se induce la relajación en el músculo al pensar en hacerlo. El entrenamiento puede durar 16 sesiones

o menos, de acuerdo a los objetivos del programa y capacidades del paciente (39).

De forma contraria la relajación autógena es básicamente una técnica de autosugestión por autoinstrucciones. En el primer ciclo se trabaja, en su orden, con sensaciones de peso, calor, regulación cardíaca, regulación respiratoria, regulación del abdomen, regulación cefálica y ciclo completo. En el ciclo superior se trabaja con ejercicios de profundización cognitiva. La técnica como fue originalmente descrita requiere aproximadamente dos años para pasar del ciclo inferior al superior, pero, afortunadamente, se han desarrollado adaptaciones cortas de la técnica original que son altamente efectivas (40). La relajación completa es una técnica que combina los aspectos somáticos y cognoscitivos, inicia por entrenar la respiración para luego pasar a la relajación muscular y por último, trabaja el nivel cognoscitivo por meditación, usando una imagen visual como punto de concentración, una vez que se está físicamente relajado.

Finalmente, la relajación en imaginación se basa en visualizaciones e instrucciones de sentirse bien con el fin de generar sensaciones agradables. El manejo técnico de este tipo de relajación implica la construcción de protocolos verbales que induzcan las imágenes y las sensaciones y se requiere de unas buenas capacidades de visualización por parte del paciente.

La elección del tipo de relajación depende del síntoma más importante asociado al insomnio y de las características del paciente. Si el problema es de activación psicofisiológica es mejor usar técnicas que actúen primero disminuyendo la tensión muscular, como la relajación progresiva o la completa. Si es cognoscitivo, es preferible la relajación en imaginación. La efectividad del uso de la relajación en imaginación o la autógena depende, en parte, de la

capacidad del paciente para representar imágenes visuales y de su nivel de autosugestión. Por otro lado, cualquier técnica de relajación se puede usar en combinación con otras técnicas aquí descritas para el manejo del insomnio tales como las cognitivas o el control de estímulos.

Las técnicas de relajación tienen algunas contraindicaciones que se presentan en la figura 1.

**Figura 1** *Contraindicaciones en el uso de técnicas de relajación.*

- 
- ◆ Enfermedades físicas graves, operaciones recientes, heridas y tensiones musculares
  - ◆ Sofocaciones anteriores, ahogos y/o desmayos.
  - ◆ Narcolepsia, ataques epilépticos, diabetes, condiciones derivadas de deficiencia tiroidea y reacciones cardíacas desagradables.
  - ◆ Toxicomanía (especialmente fármacos psicodislépticos), uso de insulina, sedantes hipnóticos y medicación cardiovascular.
  - ◆ Estados psicóticos, reacciones disociativas, ideaciones paranoides y/o trastornos emocionales.
  - ◆ Haber sido testigo de accidentes muy impactantes y/o tener malos recuerdos de la infancia.
- 

Tomado de Berstein A, Borkovec D. Entrenamiento en relajación progresiva. Ed. Desclee de Brower. 1980.

### *Biorretroalimentación*

Consiste en la generación de una señal inmediata, precisa y directa sobre la actividad correspondiente a la función fisiológica que se desea entrenar, para facilitar su percepción y eventual control voluntario. En el caso del insomnio, se suele usar el electroencefalograma y el paciente se entrena en conseguir un ritmo alfa y theta. Se usa también el electromiograma para disminuir la tensión muscular y la respuesta electrodérmica para el entrenamiento en relajación (41).

### *Terapias multicompuestas*

Son intervenciones compuestas por varias de las técnicas anteriormente expuestas. En el estudio de Schram et al (44) sobre manejo del insomnio se incluyen dos tipos de estrategias: las directamente relacionadas con el problema de sueño como la higiene del sueño, la restricción, el control de estímulos y la reestructuración cognoscitiva y estrategias para afrontar factores de mantenimiento como el manejo del estrés, la resolución de problemas y el aumento de actividades. Buela-Casal (29) propone un Programa Integrado de Tratamiento de los Trastornos del Sueño (PITS) que lo define como: "...una intervención global sobre todos aquellos factores que pueden ser causas de una alteración en el sueño, aunque, como es lógico, se incide de forma más específica sobre aquellos déficits detectados en la evaluación". El PITS interviene en tres áreas: la estructura del ciclo sueño-vigilia (¿Cómo duerme?), el tiempo circadiano (¿Cuándo duerme?) y el ambiente (¿Dónde duerme?). Son diversas, entonces, las posibilidades de combinar técnicas de forma racional en intervenciones complejas multicompuestas.

### *Balance de las intervenciones terapéuticas en el manejo del insomnio*

En la actualidad es considerable la información que señala la efectividad de las técnicas conductuales en el manejo de los problemas de insomnio (45 -50). La evaluación de la efectividad de estos tratamientos se hace comparando una técnica con otra, una técnica con un placebo o una técnica conductual contra un fármaco. En el estudio realizado por McClusty et al (25) al comparar los tratamientos conductuales con el Triazolam, halló que los primeros son superiores al Triazolam para disminuir la latencia del sueño y que sus resultados se mantienen en el tiempo, mientras que para el Triazolam la latencia regresó a la línea de base después de un corto período.

Comparando la restricción del sueño con la relajación en un grupo de ancianos, Friedman (35) encontró que es más efectiva la técnica de restricción. Por otro lado, Schram et al (36) y Mehrota et al (51) comprobaron la efectividad de las terapias multicompuestas en la disminución del insomnio, particularmente en los aspectos de la terapia que actuaba directamente sobre el problema de sueño. Morin et al (33) usando la terapia multicompuesta encontró mejoras entre el 42 -50% en 100 pacientes, independientemente de la severidad y tipo de insomnio.

Incluso en programas menos estructurados como el que reportó Gustafson (42) donde usó relajación progresiva autoadministrada con libro y casetes, el 82% de las personas informaron un efecto definitivamente positivo en el sueño después de un año. También se han hecho intentos de masificar este tipo de estrategias, a partir de un entrenamiento conductual transmitido por la TV alemana, 23.000 personas ordenaron el material del curso, de estas 325 fueron evaluadas en condiciones pre - post. Se encontró una disminución promedio de la latencia del sueño a 22 minutos y un aumento del tiempo total del sueño en 35 minutos. Además, sorprendentemente de aquellos que usaban hipnóticos el 40% dejó de hacerlo (45).

En un meta análisis sobre de efectividad de las técnicas conductuales para el manejo del insomnio en un período de 20 años Morin, Culbert y Schwartz (30) analizaron 59 estudios que habían usado grupo control y seguimiento. La muestra total de los 59 estudios seleccionados por su rigor metodológico fue de 2000 pacientes. Las intervenciones que se evaluaron fueron: el control de estímulos, la restricción del sueño, la relajación, la biorretroalimentación, la intención paradójica, la higiene del sueño y terapias multicompuestas. Los resultados mostraron que para disminuir la latencia del inicio del sueño fueron significativamente

efectivas todas las terapias menos la intención paradójica y la higiene del sueño. Por otro lado, para aumentar el tiempo total de sueño se encontraron efectivas la terapia multicompuesta, el control de estímulos y la intención paradójica. Finalmente, para disminuir el número de despertares nocturnos sólo se encontraron efectivas el control de estímulos y la relajación somática. Estos resultados se mantuvieron estables en un periodo promedio de seis meses. Se halló también que las recomendaciones generales de higiene del sueño, tan usadas dentro de la práctica clínica, son insuficientes para el manejo del insomnio crónico, no así para el insomnio de corta duración o transitorio. En síntesis, se encontró que hay terapias más efectivas que otras de acuerdo a los síntomas del insomnio, pero una vez elegida la más adecuada, ésta permite cambios significativos y permanentes.

A partir de la evidencia empírica actual se puede concluir que aunque las intervenciones psicológicas aparentemente son más costosas en tiempo y dinero, son más efectivas a largo plazo y probablemente superiores a los tratamientos farmacológicos. Se puede observar que, desde el punto de vista psicoterapéutico, para darle solución a los problemas de insomnio no es necesaria una intervención enfocada a otros problemas del paciente, posiblemente asociados al insomnio que en ocasiones puede tornar la intervención larga y compleja y que finalmente puede ser poco efectiva para el problema de sueño. Es decir, las terapias específicas para el manejo del insomnio son efectivas a pesar de que el paciente permanezca con sus problemas iniciales asociados y, es más, no existe evidencia que el resolver tales problemas lleve a la desaparición del insomnio.

Entre las ventajas adicionales que ofrecen este tipo de técnicas está el hecho de que las personas desarrollan comprensión y control sobre su problema lo que, hasta cierto punto, garantiza efectos duraderos y la relativa independencia de

un profesional para el mantenimiento de los resultados. Igualmente es notable la ausencia de adicción o efectos secundarios que sí se pueden generar con algunos medicamentos, esto hace que se conviertan en técnicas universales que se pueden aplicar sin las dificultades de los efectos cruzados o contraindicaciones en niños, adultos y ancianos (52 - 58). Luego de reconocer la efectividad del uso estándar de las técnicas conductuales en comparación a las técnicas farmacológicas tradicionales, la investigación actual se ha enfocado en el conocimiento y desarro-

llo de intervenciones cada vez más efectivas dependiendo del tipo de población y del tipo de insomnio. A pesar de estos resultados favorables hacia la terapia no farmacológica, es importante recordar que la terapia farmacológica es necesaria o es la única terapia recomendada para ciertos subtipos de insomnio, en los casos en que las alteraciones endógenas, endocrinas o tóxicas predominen como factor de mantenimiento del insomnio. El diagnóstico preciso es fundamental para la elección de la intervención terapéutica.

La comprensión y control del proceso de dormir han llegado a niveles de evolución sorprendentes. Los resultados clínicos expuestos llevan a mirar con reservas las teorías del sueño o las prácticas clínicas que lo reducen a un fenómeno únicamente biológico. Simplificando exageradamente una propiedad compleja en la que interactúan variables de aprendizaje, de personalidad, culturales y sociales. Cuya alteración igualmente requiere una comprensión e intervención en todas estas dimensiones, para así producir una terapia realmente efectiva e integral.

### REREFENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Pressman M.** Whatever happened to insomnia (and insomnia research)?. The American Psychiatry; Editorial 1991; 148:4.
2. **Escobar F, Echeverry J, Lorenzana P.** Evaluación clínica del insomnio (1ª parte). Rev Fac Med UN Col 2001; 49 (2):81 - 82.
3. **Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P.** Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. Biol Psychiatry. 1996; 39: 411-418.
4. **Morin Ch.** Insomnio: asistencia y tratamiento psicológico. Ed. Ariel. Barcelona. 1998
5. **Vecchierini - Blineau M.** Le sommeil du sujet age. BVS 1992; 1: 10 -14.
6. **Simon G, VonKorff M.** Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. Am J Psychiatry. 1997; 154: 1417-1423
7. Association of Sleep Disorders Centers. Diagnostic Classification of Sleep and Arousal Disorders. First Edition, prepared by Sleep Disorders. Classification Committee, H.P. Roffwarg, Chairman, Sleep; 1979; 2: 1-137.
8. American Sleep Disorders Association. International Classification of Sleep Disorders, Revised, Diagnostic and Coding Manual. Rochester: American Sleep Disorders Association; 1997.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
10. **Balter M, Uhlenhuth E.** New epidemiologic findings about insomnia and its treatment. J Clin Psychiatry. 1992; 53 (suppl 12): 34-39.
11. **Breslau N, Roth T, Rosenthal L, Andreski P.** Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. Biol Psychiatry. 1996; 39: 411-418.
12. **Ford D, Kamerow D.** Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention. JAMA. 1989; 262: 1479-1484.
13. **Borrego, C.** Insomnio: una guía práctica para su manejo. En: Osuna E. (Ed.) Enfoque del paciente con trastorno del sueño. Boehringer Ingelheim. (Sin año).
14. **Hauri P.** Insomnia. Clin Chest Med 1998; 19: 1: 157-168.
15. **Lacks P, Morin C.** Recent advances in the assessment and treatment of insomnia. J Consult Clin Psychol. 1992; 60: 586-594.
16. **Ancoli-Israel S.** Insomnia in the elderly: a review for the primary care practitioner. Sleep. 2000; 23 (suppl 1): S23-S30.
17. **Foley D, Monjan A, Brown L, Simmsick E, Wallace R, Blazer D.** Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. Sleep. 1995; 18: 425-432.
18. **Janson Ch, Gislason T, De Backer W, Plaschke P, Bjorsson E, Hetta J, Kristbjarnir H, et al.** Prevalence of sleep disturbances among young adults in three European countries. Sleep; 1995; 18 (7): 589-597.
19. **Mendelson W.** Long term follow up of chronic insomnia. Sleep 1995; 18 (8): 698-701.
20. **Escobar F.** Trastornos del sueño asociados a alteraciones psiquiátricas. En Osuna E. Enfoque del paciente con trastornos del sueño. Asociación Colombiana de Medicina del Sueño. Bogotá - Colombia. 2000; 57-69.
21. **Neylan T.** Treatment of sleep disturbances in depressed patients. J Clin Psychiatry. 1995; 56 (suppl 2): 56-61.
22. **Ford D, Kamerow D.** Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention. JAMA. 1989; 262: 1479-1484.
23. **Mikulincer M, Babkoff H, Sing H, Caspy T.** The effects of 72 hours of sleep loss on psychological variables. British J Psychol 1989; 80:145-162.
24. **Osuna E, Rubiano A.** El paciente con insomnio. En Principios de la Medicina del Sueño. Upjohn Company. Bogotá - Colombia. 1994; 91-136.
25. **Mc Clusky, Milby J, Switzer P, Williams V, Wooten V.** Efficacy of behavioral versus Triazolam treatment in persistent sleep onset insomnia. Am J Psychiatry 1991; 148 (1): 121-126.
26. **Buela-Casal, G.** Tratamiento de los trastornos del sueño en el anciano. En: Simón M. (Ed.) Psicología de la Salud. Ed. Pirámide. 1993: 235-252.
27. **Guzmán E.** Trastornos del sueño: Una aproximación psicofisiológica. Rev Análisis del Comportamiento. 1990; 4 (2): 130-154.
28. **Caballo V, Buela-Casal G.** Técnicas de modificación de la conducta en el tratamiento de los trastornos del sueño. En: Avances en la investigación del sueño. Buela-Casal G, Navarro F. Ed. Siglo XXI. 1990; 31: 403-423.
29. **Carnwath T, Miller D.** Psicoterapia conductual en la asistencia primaria: Manual práctico. Martínez-Roca. 1994; Cap. 6 y 9.

30. **Morin Ch, Culbert J, Schwartz S.** Nonpharmacological interventions for insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry*; 1994; 151: 1172-1180
31. **Bootzin R.** A stimulus control treatment for insomnia. *Proceedings of the American Psychological Association*. 1972; 395-396.
32. **Lacks P, Bertelson A, Sugerma J, Kunkel J.** The treatment of sleep-maintenance insomnia with stimulus-control techniques. *Behav Res Ther*. 1983; 21: 291-295.
33. **Morin Ch, Stone J, McDonald K, Jones S.** Psychological management of insomnia: a clinical replication series with 100 patients. *Behavior Therapy*; 1994; 25 (2): 291-309.
34. **Attarian H.** Helping patients who say they cannot sleep: practical ways to evaluate and treat insomnia. *Postgrad Med*. 2000; 107: 127-142.
35. **Friedman L, Bliwise D, Yesavage J, Salom Sh.** A preliminary study comparing sleep restriction and relaxation treatments for insomnia in older adults. *J Gerontology: Psychological Sciences*. 1991; 46 (1): 1-8.
36. **Schramm E, Hohagen F, Backhaus J, Lis S, Berger M.** Effectiveness of a multicomponent group treatment for insomnia. *Behavioral and cognitive psychotherapy*. 1995; 23 (2): 109-127
37. **American Psychological Association.** Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: report and recommendations. *Clin Psychologist*. 1995; 48: 3-23.
38. **Chesson A, Anderson W, Littner M, et al.** Practice parameters for the nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep*. 1999; 22: 1128-1133.
39. **Berstein A, Borkovec D.** Entrenamiento en relajación progresiva. Ed. Desclee de Brower. 1980.
40. **Labrador F, Puente M, Crespo M.** Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En: *Manual de técnicas de modificación de la conducta*. Labrador F. (editor). Ed. Pirámide. 1996; 13: 367-395.
41. **Labrador F, Vallejo M.** Técnicas de Biofeedback. En: *Manual de técnicas de modificación de la conducta*. Labrador, F (editor). Ed. Pirámide. 1996; 23: 627-654.
42. **Gustafson, R.** Treating insomnia with a self-administered muscle relaxation-training program: a follow up. *Psychological Reports*. 1992; 70(1): 124-126.
43. **Lichstein K, Johnson R.** Relaxation for insomnia and hypnotic use in older women. *Psychol Aging*. 1993; 8: 103-111.
44. **Schramm E, Hohagen F, Backhaus J, Lis S, Berger M.** Effectiveness of a multicomponent group treatment for insomnia. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 1995; 23 (2): 109-127.
45. **Oosterhuis A, Klip E.** The treatment of insomnia through mass media: the results of a televised behavioral training program. *Social Science and Medicine*. 1997; 45(8): 1223-1229.
46. **Attele A, Xie J, Yuan C.** Treatment of insomnia: an alternative approach. *Altern Med Rev*. 2000; 5: 249-259.
47. **Epsie C, Lindsay W, Brooks D, Hood E, Turvey T.** A controlled comparative investigation of psychological treatments for chronic sleep-onset insomnia. *Behav Res Ther*. 1989; 27: 79-88.
48. **Morin Ch, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D.** Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia. *JAMA*. 1999; 281: 991-999.
49. **Morin Ch, Hauri P, Espie C, Spielman A, Buysse D, Bootzin R.** Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. *Sleep*. 1999; 22: 1134-1156.
50. **Lacks P, Powlishta K.** Improvement following behavioral treatment for insomnia: clinical significance, long-term maintenance, and predictors of outcome. *Behav Ther*. 1989; 20: 117-134.
51. **Mehrota S, Kumaraiah V, Mishra H.** *NIMHANS-Journal*. 1992; 10 (2): 107-110.
52. **Morin Ch, Mimemault V, Gagné A.** Nonpharmacological treatment of late-life insomnia. *J Psychosom Res*. 1999; 46: 103-116.
53. **Murtagh D, Greenwood K.** Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 1995; 63: 79-89.
54. **National Commission on Sleep Disorders Research Working Group.** Insomnia: assessment and management in primary care. *Sleep*. 1999; 22 (suppl 2): S402-S408.
55. **Spielman A, Saskin P, Thorpy M.** Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep* 1987; 10: 45-56.
56. **Verbeek I, Schreuder K, Declerk G.** Evaluation of short-term nonpharmacological treatment of insomnia in a clinical setting. *J Psychosom Res*. 1999; 47: 369-383.
57. **Rajput V, Bromley S.** Chronic insomnia: a practical review. *Am Fam Physician*. 1999; 60: 1431-1442.
58. **Shochat T, Umphress J, Israel A, Ancoli-Israel S.** Insomnia in primary care patients. *Sleep*. 1999; 22 (suppl 2): S359-S365.