



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Abordaje del Trastorno de Insomnio desde la Terapia Cognitivo-Conductual

Trabajo Final de Grado:

Monografía

Estudiante: Germán Rodríguez Silva. C.I.: 5.100.358-6

Docente tutora: Asist. Mag. Valentina Paz

Docente revisora: Prof. Adj. Dra. Gabriela Fernández

Julio, 2023 - Montevideo, Uruguay

Índice

Resumen.....	2
Introducción.....	3
1. Sueño.....	4
2. Trastornos del sueño.....	6
Clasificaciones de los trastornos del sueño.....	7
Trastorno de insomnio.....	9
3. Evaluación y abordaje clínico del insomnio.....	11
Tratamiento psicofarmacológico.....	13
Tratamientos psicológicos.....	17
4. Terapia Cognitivo-Conductual.....	17
Terapia Cognitivo-Conductual para el insomnio.....	20
5. Conclusiones.....	24
Referencias.....	27

Resumen

El sueño cumple una función biológica imprescindible para el adecuado funcionamiento del organismo. La privación del sueño conlleva graves consecuencias para las personas, con un fuerte impacto sanitario y socioeconómico. Los trastornos del sueño son frecuentes y el insomnio es el trastorno del sueño de mayor prevalencia a nivel mundial. La tercera edición de la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño (ICSD-3) y la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-5) ofrecen lineamientos claros para la evaluación y posterior tratamiento del Trastorno de Insomnio. En este trabajo se exponen las opciones de tratamiento que cuentan con respaldo empírico para el tratamiento de este trastorno, y en mayor profundidad, la Terapia Cognitivo-Conductual para el insomnio (TCC-I). Existen diversas técnicas desde la TCC-I que cuentan con sustento de las investigaciones y que son recomendados para el tratamiento del insomnio. Dada la gran prevalencia de este trastorno a nivel global, así como el grave impacto en la calidad de vida del paciente, es que resulta de gran relevancia continuar promoviendo la difusión y el diseño de estudios a nivel local, que apunten a desarrollar nuevas técnicas de abordaje desde la TCC-I y generar un enfoque de atención desde el primer nivel de atención en salud.

Palabras clave: sueño, trastornos del sueño, insomnio, evaluación, tratamiento, terapia cognitivo-conductual.

Introducción

El objetivo general del presente Trabajo Final de Grado, en el formato de monografía, consiste en revisar, sintetizar e integrar los trabajos académicos y de investigación referentes a la temática de Trastornos del Sueño, y particularmente del Trastorno de Insomnio. Se pretende dar cuenta de los avances y tendencias de desarrollo en este campo de estudio. Tras una búsqueda bibliográfica se evidencia la limitada cantidad de investigaciones sobre el tema en el medio local, existiendo esfuerzos tendientes al desarrollo de este campo de estudio y su aplicación en la clínica por parte de un reducido grupo de investigadores, pero siendo aún una temática no tan difundida como puede ser el estudio y manejo clínico de otros trastornos, en especial desde la Psicología.

El sueño presenta una gran relevancia para el adecuado funcionamiento del individuo en todas sus áreas. Desde la Psicología como profesión promotora de la salud, se debe poder integrar herramientas para la prevención, diagnóstico y tratamiento clínico de diversos trastornos en todos los niveles de atención en salud. En el caso del Trastorno del Insomnio, y teniendo en cuenta las herramientas provistas desde la Terapia Cognitivo-Conductual, resulta conveniente desarrollar trabajos académicos que contribuyan a promover su difusión en el medio local.

Como fue mencionado anteriormente, en el presente trabajo se pretende presentar la evaluación del Trastorno del Insomnio con alternativas de tratamiento desde la Terapia Cognitivo-Conductual. Por este motivo, el primer capítulo será dedicado a la definición, descripción y reconocimiento del sueño como un estado imprescindible para el correcto funcionamiento del organismo. Se consultarán diversos autores que describen el sueño y sus características, a fin de acercar brevemente al lector a sus mecanismos de funcionamiento, y de esta forma, resaltar la relevancia del mismo y el gran impacto negativo que supone para la salud del individuo cuando este se encuentra afectado. De esta forma se presentará, en el capítulo dos, una breve introducción de los Trastornos del Sueño. Posteriormente, se focalizará en el Trastorno del Insomnio, describiéndolo a partir de los manuales de mayor difusión en la actualidad. De estos manuales serán descritos los criterios diagnósticos, datos acerca de la prevalencia y etiología, así como sugerencias para su evaluación.

En el tercer capítulo, se planteará específicamente un apartado sobre la evaluación y abordaje clínico del insomnio. En esta sección se proponen las recomendaciones profesionales y académicas para el correcto diagnóstico del Trastorno del Insomnio y se

enumerarán y describirán brevemente algunos de los instrumentos de evaluación más utilizados. Asimismo, serán integrados los diferentes abordajes clínicos de este Trastorno, desde abordajes farmacológicos hasta abordajes psicoterapéuticos. Finalmente, en el cuarto y último capítulo de este trabajo monográfico, se aborda particularmente la Terapia Cognitivo-Conductual. Será incluido un breve recorrido histórico, a lo largo de las tres olas de esta terapia, con el objetivo de resaltar la metodología actual de la Terapia Cognitivo-Conductual para el tratamiento del insomnio.

1. Sueño

Desde un punto de vista fisiológico, el sueño se refiere a un estado comportamental de inconsciencia en el que la actividad muscular se ve disminuida, aumenta el umbral de reacción ante estímulos externos y se adopta una posición para la conservación de la energía. Este estado genera una menor comunicación con el ambiente (Crispino, 2011; Torterolo, 2020). Se trata de un fenómeno cíclico, natural y definido por los cambios fisiológicos y en la actividad cerebral que se suceden durante este estado (Urrestarazu et al., 2015).

El ritmo de una gran variedad de funciones biológicas son reguladas por el sistema circadiano. El más conspicuo de estos ritmos circadianos es el ciclo sueño-vigilia. Estos ritmos son endógenos, por lo que pueden persistir independientemente de los estímulos del ambiente (Golombek & Rosenstein, 2010). Se encuentran comandados por el “reloj interno” del cerebro, el cual se trata de los núcleos supraquiasmáticos, estructuras ubicadas en el hipotálamo que se encargan de coordinar la actividad de diversos órganos y procesos fisiológicos al ciclo luz-oscuridad (Young, 2000). Por lo tanto, estos ritmos también están regulados por los estímulos temporizadores del ambiente, siendo el más relevante de estos la luz solar. Se observó la presencia de “relojes biológicos” en diversos tejidos del cuerpo denominados “osciladores periféricos” que se encuentran en órganos como el hígado o los pulmones (Golombek & Rosenstein, 2010).

Dos procesos han sido señalados por Alexander Borbély (1982) como encargados de la regulación del sueño: “el proceso homeostático” y “el proceso circadiano”. El primero regula el sueño en base a la necesidad de dormir luego de un determinado tiempo de vigilia, es decir a la “presión de sueño” (Borbély y Achermann, 1999). Por otra parte, el proceso circadiano es el que ubica al sueño en el momento óptimo conforme a una perspectiva ecológica. Este autor sostiene que aquello que pauta el momento y la

forma en que se debe dar el sueño, depende directamente de un equilibrio entre los procesos homeostático y circadiano (Borbély, 1982).

En el pasado se creía que el sueño devenía de la vigilia, provocando una reducción de la actividad cerebral fruto de la fatiga. Sin embargo, estudios posteriores realizados entre la década de los 40 y los 50, lograron concluir que el sueño no se trata de un suceso uniforme y pasivo, sino que por el contrario, presenta dos momentos con diferentes tendencias y predominancia de ondas cerebrales: el sueño REM (“Rapid eye movement” por sus siglas en inglés) y el sueño no REM. En el sueño REM prevalecen ondas lentas y en el no REM, ondas rápidas. Asimismo, se encontró que el sueño es un ciclo compuesto de diferentes fases (Crispino, 2011).

El ciclo del sueño comienza con la fase de sueño ligero o fase N1, comprendida dentro del sueño no REM, la cual representa la transición entre el sueño y la vigilia, presenta ondas de baja amplitud (Crispino, 2011) y dura unos pocos minutos. Posteriormente se ingresa a la fase de sueño ligero N2, en la que aparecen patrones de actividad cerebral caracterizados por descargas de ondas sinusoidales, que se denominan “husos del sueño”; y ondas de gran voltaje denominadas “complejos k” esporádicos. Luego se sucede la fase N3, en la que se incrementa gradualmente la amplitud de las ondas cerebrales, con su consecuente disminución de la frecuencia, llegando a las denominadas “ondas delta” (Crispino, 2011; Aserinsky y Kleitman, s/f, en Torterolo, 2020).

Finalmente, se encuentra la fase de sueño REM o sueño paradójico, en la se presenta una similitud con la vigilia en cuanto a la actividad cerebral, acompañado de potenciales breves de alto voltaje que se denominan puntas ponto-geniculo-occipitales (PGO) (Crispino, 2011); acompañado de un movimiento rápido de ojos, característica que le da nombre a esta fase. En esta fase, la temperatura y el metabolismo se incrementan, y se presenta una hipotonía (disminución del tono muscular) (Crispino, 2011). Durante la noche, el ciclo del sueño que comienza en la fase N1, posteriormente atraviesa las fases N2 y N3, y finaliza con la fase REM. Este ciclo se repite hasta 4 o 5 veces por noche (Crispino, 2011).

El cuestionamiento acerca de la función del sueño ha sido recurrente entre los investigadores. El sueño es un estado presente en mamíferos, aves y reptiles. Teniendo presente que es un comportamiento que evolutivamente ha persistido, a pesar de resultar contraproducente para el resto de las funciones vitales que no pueden darse

concomitantemente al sueño, esto parecería ser evidencia de la utilidad imprescindible del sueño para ciertos aspectos vitales. Otras de las características que sustentan la utilidad del sueño se relaciona a las acomodaciones que las distintas especies realizan en su organismo para dar lugar a la actividad del sueño, así como el hecho de contar con un sistema homeostático que se encarga de la regulación de esta actividad o la presencia de efectos significativamente adversos cuando se presenta la privación del sueño (Rechtschaffen, 1998).

En base a la literatura actual, se puede afirmar que el sueño cumple con determinadas funciones complementarias entre sí. La función conocida como movilidad adaptativa, consiste en impedir actividades tendientes a la búsqueda de alimentos y recursos en momentos del ciclo luz-oscuridad que no sean óptimos para el individuo y su especie. Esto optimiza los recursos energéticos del individuo al ahorrar energía en momentos del día que serían más adversos. Por consiguiente, al estar el cuerpo en reposo durante el sueño y no existir interrupciones propias de los estímulos exógenos presentes en la interacción con el ambiente, se logra una mayor eficacia en las funciones de mantenimiento. Estas funciones de mantenimiento incluyen la recuperación de depósitos energéticos, la eliminación de sustancias tóxicas que se acumulan durante la vigilia y el desarrollo del sistema nervioso mediante un adecuado mantenimiento de las sinapsis neuronales (Carrillo-Mora et al., 2013; Crispino, 2011; Matricciani et al., 2019; Torterolo, 2020).

El sueño y sus trastornos son un campo de estudio que cobra cada vez una mayor relevancia en la ciencia y en la clínica, debido a la importancia de sus mecanismos para lograr un funcionamiento adecuado del organismo. Debido al estilo de vida y los cambios de las sociedades modernas, los trastornos del sueño se encuentran cada vez más presentes y pueden generar grandes impactos, tanto sanitarios como socioeconómicos (Lyford-Pike, 2005). Es importante que los clínicos conozcan y sepan diferenciar los trastornos que pueden interferir con la calidad del sueño, partiendo desde el primer nivel de atención en salud (Ferré-Masó et al., 2020).

2. Trastornos del sueño

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5), los trastornos del sueño, denominados en este manual como trastornos del sueño-vigilia, implican insatisfacción con la calidad del sueño, con el

momento en el que sucede y/o con sus características. Un elemento que se comparte entre los diferentes trastornos del sueño es el malestar que se presenta durante el día. Se componen de diez grupos de trastornos, entre los cuales se incluyen: trastornos del insomnio, trastornos de hipersomnia, narcolepsia, trastornos del sueño relacionado con la respiración, trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia, trastornos del despertar del sueño no REM, trastorno de pesadillas, trastorno del comportamiento del sueño REM, síndrome de las piernas inquietas y trastornos del sueño inducidos por sustancias/medicamentos (APA, 2013).

Atendiendo a lo que sucede a nivel internacional, el insomnio aparece como el trastorno del sueño que mayor prevalencia presenta, así como el más conocido (Díaz et. al., 2011). A lo largo de los años, los diferentes criterios diagnósticos han variado, por lo cual, en el presente trabajo se abordarán los criterios más ampliamente aceptados en la actualidad, definidos por la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño (ICSD-3) (AASM, 2014) y el DSM-5 (APA, 2013).

Clasificaciones de los trastornos del sueño

Previo a comenzar a ofrecer definiciones, es pertinente describir el contexto teórico y metodológico desde el cual se posicionan los manuales que abordan los trastornos del sueño. La ICSD surge, desde su primera edición, como un trabajo colaborativo entre cientos de clínicos e investigadores en un intento por definir los trastornos del sueño con un enfoque centrado en el paciente. Este manual fue editado y publicado por la Academia Americana de Medicina del Sueño (AASM, por sus siglas en inglés). Con la creación de este manual, se pretendió proveer al emergente campo de la medicina del sueño con una organización estructural (Chesson, 2013).

Este manual se formuló en torno a las experiencias, manifestaciones y señalamientos que los pacientes con trastornos del sueño realizaban a sus médicos. Inicialmente, la sintomatología general se categorizó entre "no dormir" y "no poder permanecer despierto". Posteriormente se generaron subdivisiones que incluían las variables intrínsecas o factores biológicos y fisiológicos que influyen en la regulación del sueño (como pueden ser la actividad cerebral, la producción hormonal, la temperatura corporal, entre otros). Asimismo, se incluyeron las variables extrínsecas o factores externos que pueden influir en la calidad y cantidad del sueño (el ruido, la luz, los hábitos y horarios laborales). Por otra parte, se incluyen los trastornos del sueño que se caracterizan por conductas anormales durante el sueño, denominados parasomnias (el

sonambulismo, las pesadillas, el bruxismo). Por último, se incluye la categoría "no tan bien definidas", trastornos del sueño que no están categorizados o que no se ajustan a una categoría específica por compartir características de más de una de las categorías (AASM, 2014; Chesson, 2013).

Dada la relevancia que ha cobrado la medicina basada en la evidencia y apuntando a desarrollar este enfoque para el campo del sueño, se propuso realizar la revisión del ICSD-1 para lograr una definición y descripción actualizadas de los trastornos del sueño, así como presentar una estructura con validez científica y lograr una conciliación entre ello y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (Chesson, 2013).

En comparación a la segunda edición, en la tercera, las principales divisiones clínicas permanecen iguales; sin embargo, hay una serie de cambios significativos que pueden observarse en esta tercera edición respecto de las anteriores. Por ejemplo, los diagnósticos de trastorno de insomnio crónico (insomnio psicofisiológico, insomnio idiopático, insomnio paradójico e higiene del sueño inadecuada) fueron combinados dentro de un único diagnóstico de trastorno de insomnio crónico, dejando aparte la categoría trastorno de insomnio de corta duración y otros trastornos de insomnio; este cambio en particular responde a la experiencia clínica y científica que encuentra poco confiable la clasificación anterior, en la medida de que resultaba difícil que los diagnósticos fueran atribuidos en exclusiva a un caso (AAMS, 2014).

Por otra parte, mediante el DSM, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) ha perseguido el objetivo de allanar la comunicación y diagnóstico entre los profesionales clínicos, generando cinco ediciones del mismo, todas con amplia relevancia y con referencias a nivel internacional en los campos de la psiquiatría y la psicología (García Zabaleta, 2018).

La quinta versión del DSM es presentada en 2013, trayendo consigo una variación en la clasificación de los trastornos del sueño, añadiendo una escala según la severidad del mismo. Las características principales de esta quinta versión radican en su carácter descriptivo y no explicativo. La organización de la descripción de los diferentes trastornos se da en capítulos, siguiendo una perspectiva evolutiva que tiene en cuenta el momento evolutivo en que se encuentra la persona para determinar la presencia de factores de riesgo (APA, 2013).

Teniendo presente la clasificación realizada por el DSM-5, es posible encontrar el insomnio dentro de los denominados "Trastornos del sueño-vigilia", los cuales aparecen por primera vez en el DSM-III-R. En esta quinta versión se mantiene el concepto de parasomnias pero se retira la distinción entre este concepto y las disomnias. Otra de las modificaciones respecto a versiones anteriores (DSM-IV) propone un criterio de "agrupamiento" de los Trastornos del Insomnio, atendiendo a la evidencia científica proveniente de la epidemiología, genética y fisiopatología, que arrojan nuevos hallazgos para la evaluación e intervención (APA, 2014).

Trastorno de insomnio

Para el ICSD-3, el insomnio se define como una dificultad para iniciar o mantener el sueño (aun cuando se dan las condiciones adecuadas para dormir), cuando se da la sensación de que el sueño no es reparador, y cuando causa un malestar significativo o deterioro en el funcionamiento diurno. Dependiendo de la gravedad del insomnio, este trastorno estará acompañado de enfermedades comórbidas, riesgo de accidentes, trastornos psicológicos, otros trastornos del sueño, o consumo de determinadas sustancias. Por ende, cuando el insomnio ocurre concomitante a otros trastornos o alteraciones debe garantizarse un diagnóstico diferencial (AASM, 2014).

La edición anterior del ICSD planteaba que el insomnio podía presentarse como un trastorno primario del sueño, o como secundario a un trastorno psiquiátrico primario subyacente, una causa médica o abuso de sustancias. Sin embargo, el grado de solapamiento entre los síntomas de trastornos considerados "primarios" y "secundarios" dificultan en gran manera la diferenciación de los cuadros. Cuando surge de forma secundaria, el insomnio puede seguir un curso independiente, siendo de vital importancia que se aplique un tratamiento específico para éste (AASM, 2014).

Respecto a la definición que presenta el DSM-5, se destaca que el insomnio corresponde a una dificultad para conciliar o mantener el sueño, junto con una sensación de sueño no reparador, presente durante al menos tres noches a la semana, patrón que se extiende por al menos tres meses, y que conlleva un malestar significativo para el sujeto y/o un deterioro en su desempeño ocupacional, social y en diversas áreas del funcionamiento del individuo. Según los criterios diagnósticos presentes en este manual, es necesario descartar que la etiología se deba al consumo de sustancias o a una afección médica (APA, 2013).

Un punto de encuentro entre el ICSD-3 y el DSM-5, responde a la clasificación de insomnio como una entidad propia, con requisitos para su evaluación que implican el cumplimiento de criterios diagnósticos con una definición clara, así como la exclusión de factores médicos, farmacológicos y comorbilidades. A su vez, ambos manuales coinciden en que cuando el insomnio tenga una presentación menor a 3 meses, será considerado de carácter agudo, y si sobrepasa los 3 meses, con una presentación de al menos tres noches a la semana, es considerado de carácter crónico (AASM, 2014; APA, 2013).

Respecto a la epidemiología del insomnio, el DSM-5 estima que un tercio de los adultos presentan síntomas de insomnio, un 6-10% de éstos cumple con todos los criterios de trastorno de insomnio, mientras que un 10-15% manifiesta alteraciones diurnas asociadas. Se señala una mayor prevalencia de trastorno del sueño entre mujeres que entre varones, con una incidencia aproximada de un 44% más en mujeres. Si bien es un trastorno que configura una entidad propia, en un 40-50% de los casos aparece comorbilidad a otros trastornos mentales o médicos (APA, 2013).

En el ICSD-3 se señala que el insomnio crónico se presenta en un 10% de la población; sin embargo, destaca que la prevalencia de los síntomas transitorios es significativamente más alta, de entre un 30 y un 35%. Se señala que es más probable de ocurrir en mujeres, en personas con trastornos psiquiátricos, problemas médicos o abuso de sustancias, personas con vulnerabilidad socioeconómica, adultos mayores o niños con enfermedades crónicas o trastornos del neurodesarrollo (AASM, 2014). Varios de estos puntos coinciden con los propuestos por el DSM-5.

Con respecto a la etiología del trastorno de insomnio, el DSM-5 y el ICSD-3 refieren que se trata de un origen multifactorial, que implica tanto factores intrínsecos como extrínsecos. Dentro de los factores intrínsecos, ambos manuales incluyen a los trastornos psiquiátricos como la depresión y la ansiedad, o deficiencias fisiológicas en la regulación del sueño (AASM, 2014; APA, 2013), como podrían ser las disfunciones en el sistema de activación reticular ascendente (SARA). El SARA está compuesto por una red de núcleos neuronales interconectados, responsables de la liberación de neurotransmisores claves para la regulación de la vigilia y el sueño, así como otros procesos cognitivos que guardan relación con el estado de consciencia. El SARA recibe información de diversas fuentes, como de sistemas periféricos, y tiene la capacidad de detener o mantener la vigilia en respuesta a estímulos externos (Jones, 2003). Por otra parte, en lo que refiere a los factores extrínsecos, ambos manuales

incluyen el consumo de medicamentos o sustancias, los factores ambientales como la luz, el ruido y el estrés, o la hiperactivación cognitiva provocada por el ambiente (AASM, 2014; APA, 2013).

Tanto el DSM-5 como el ICSD-3 destacan las consecuencias a nivel sanitario y socioeconómico que el trastorno del insomnio puede causar, debido a cómo impacta sobre la salud y calidad de vida de las personas que lo padecen. Dentro de las consecuencias se incluyen una disminución en la productividad laboral, en la capacidad para el relacionamiento interpersonal y el desarrollo de actividades cotidianas, así como un aumento en la necesidad de atención médica. Estas consecuencias del insomnio pueden incluir fatiga y somnolencia diurna, afectaciones cognitivas, cambios de humor y ansiedad, mayor riesgo de adquirir enfermedades crónicas tales como la obesidad, la diabetes y enfermedades cardiovasculares, entre otras. Estos efectos varían de persona a persona y dependen de la severidad, duración y frecuencia del trastorno (AASM, 2014; APA, 2013).

3. Evaluación y abordaje clínico del insomnio

Una evaluación clínica precisa del trastorno de insomnio es fundamental para un adecuado diagnóstico y posterior tratamiento. Siendo el DSM-5 y el ICSD-3 los manuales más ampliamente conocidos y utilizados en el abordaje de los trastornos del sueño, resulta pertinente seguir sus lineamientos y criterios diagnósticos. Si bien la AASM intentó realizar la mayor homologación posible entre la estructura y criterios diagnósticos de ambos manuales, no es posible evadir ciertas diferencias como la especificidad del ICSD-3 en cuanto a los trastornos del sueño, a diferencia del DSM-5 (AAMS, 2014).

En lo que refiere al tratamiento, una práctica frecuente es combinar el tratamiento farmacológico, el cual debe ser la menor dosis posible en el menor tiempo de uso posible, con un abordaje psicológico, particularmente desde la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), debido a la evidencia existente sobre la efectividad de estos abordajes combinados en el corto plazo. Es ampliamente esperable que el sujeto con insomnio sea intervenido farmacológicamente en primer lugar, con el fin de aplacar la sintomatología, para posteriormente ser derivado a la terapia (Morin & Espie, 2003).

Si bien la evidencia de la eficacia en el uso combinado de estos tratamientos es limitada, teóricamente se sustenta en la implementación de los rápidos y potentes efectos

de la medicación con los efectos sostenidos en el tiempo de la TCC. Existe el riesgo de asociación de los beneficios de la TCC al efecto de los fármacos, sin integrar apropiadamente la habilidad de autocontrol, obstaculizando posiblemente los efectos sostenidos en el tiempo (Morin & Espie, 2003).

La percepción de gravedad del insomnio puede variar entre los distintos individuos, conformando un carácter subjetivo. Los profesionales se apoyan en distintos criterios para determinar la gravedad, como puede ser el tiempo que se tarda en conciliar el sueño, el tiempo que se pasa despierto durante la noche o la vigilia continua antes de la hora deseada de despertar (Perlis et al., 2022).

En el año 2008 se publica la “Guía para la evaluación y el tratamiento del insomnio crónico en adultos” de la AASM, donde se ofrecen recomendaciones basadas en la evidencia. En lo que respecta a la evaluación, la guía señala como una práctica estándar la evaluación mediante un “historial del sueño”, así como un detallado historial médico y psiquiátrico. Este historial del sueño debería incluir antecedentes de presentación del insomnio, condiciones o rutinas previas al sueño, patrones de sueño-vigilia y otros síntomas asociados al sueño, con sus respectivas consecuencias durante el día. Se recomienda realizar un seguimiento y monitoreo mediante la continuación de este registro durante el tratamiento. Esta información permite establecer el tipo y la evolución del insomnio, así como identificar posibles comorbilidades médicas, consumo de sustancias que alteren el sueño y/o condiciones psiquiátricas comórbidas. (Schutte-Rodin et al., 2008).

Siguiendo los planteamientos de esta guía, para una correcta evaluación del insomnio se debería completar el cuestionario médico-psiquiátrico general para detectar posibles comorbilidades y para conocer si la persona utiliza algún tipo de medicamento. Además, se debería aplicar la Escala de Somnolencia de Epworth (ESS). Esta escala corresponde a un cuestionario autoadministrado que se compone de 8 ítems que apuntan a evaluar el sueño subjetivo. El rango de puntuación se encuentra entre 0-24 y se considera un puntaje normal aquel que es menor a 10. Existen otros cuestionarios que evalúan el sueño y su impacto diurno: el Índice de Severidad del Insomnio (ISI), que evalúa la percepción que tiene el paciente de su insomnio, el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI) que evalúa la percepción subjetiva de la calidad de sueño, la Escala de Severidad de la Fatiga (FSS) que puntúa el nivel de fatiga diurna, y el Cuestionario de Creencias y Actitudes Disfuncionales hacia el Sueño (DBAS) (Schutte-Rodin et al., 2008).

Una vez realizada una correcta evaluación del trastorno de insomnio, es crucial poder establecer un plan de tratamiento efectivo y basado en la evidencia. En lo que refiere a la intervención farmacológica, aún no existe un consenso sobre los medicamentos a utilizar, debido a falta de datos sobre su efectividad o relación costo-beneficio. Por otro lado, el enfoque psicoterapéutico basado en la Terapia Cognitivo-Conductual para el Insomnio (TCC-I) se considera un tratamiento de primera línea y cuenta con evidencia de sus efectos duraderos, aun después de finalizado el tratamiento. Es importante considerar ambas opciones de tratamiento para poder discernir cuál es la más adecuada, en función de las características del paciente y la evaluación clínica. Si bien combinar la TCC-I con medicación puede disminuir el tiempo necesario para ver una respuesta al tratamiento, podría potencialmente disminuir los beneficios a largo plazo de la TCC-I (Perlis et al., 2022).

En lo que respecta a los objetivos que persiguen en general estos tratamientos, se prioriza el mejorar los problemas diurnos asociados al insomnio. Los datos del historial del sueño deben recopilarse antes y durante el tratamiento, así como cada 6 meses en caso de recaída o reevaluación. Independientemente del tipo de terapia que se utilice, la reevaluación debería realizarse cada pocas semanas y/o mensualmente hasta que los síntomas se resuelvan, y luego cada 6 meses, ya que la tasa de recaída es alta (Schutte-Rodin et al., 2008).

Una vez comenzado el tratamiento, algunos indicadores de resultados pueden ser el tiempo de vigilia después del sueño (*wake time after sleep onset* - WASO), la latencia del inicio del sueño (*sleep onset latency* - SOL), la frecuencia con la que se despierta, la duración o la eficiencia del sueño, la mejora de la angustia psicológica asociada al sueño, y la formación de una asociación positiva entre la cama y el sueño (Schutte-Rodin et al., 2008).

Tratamiento psicofarmacológico

Ha sido demostrado que los medicamentos hipnóticos presentan un nivel de eficacia equiparable a la TCC-I durante un tratamiento de carácter agudo (Morin et al., 1999; Smith & Macneill 2002; Wu et al., 2006). Estos estudios además reportan que los beneficios de los medicamentos suelen extinguirse luego de suspender su uso, mientras que los efectos de la TCC-I perduran luego de finalizado el tratamiento. Los medicamentos hipnóticos sedantes corresponden a un grupo heterogéneo de fármacos

que deprimen al sistema nervioso central, y por ello son incluidos en el grupo de los medicamentos ansiolíticos y utilizados para el tratamiento del insomnio (Divins, 2004).

Actualmente dentro de los hipnóticos disponibles es posible ubicar a las benzodiazepinas (conllevan efectos ansiolíticos, anticonvulsivantes, sedantes, hipnóticos y miorelajantes), por ejemplo el Triazolam, Lorazepam, Temazepam, entre otros. Se encuentran también los Compuestos Z (con efectos similares a las benzodiazepinas pero con menos efectos colaterales), por ejemplo el Zaleplon, Zopiclona, entre otros. Los antidepresivos (que presentan acción hipnótica y sedante), agonistas e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, por ejemplo la Amitriptilina y Doxepina, entre otros. Otro tipo de hipnóticos corresponde a los agonistas del receptor de melatonina, por ejemplo el Ramalteón, Agomelatina, Valeriana (planta nativa de Europa y Asia con efectos sedantes), entre otros. Por último, se encuentran los antihistamínicos (actúan sobre los receptores histaminérgicos). Otros hipnóticos actuales incluyen los moduladores del receptor GABA-A, antagonistas del receptor de orexina y agonista del receptor de melatonina-serotonina 5-HT (Chávez, 2017). La mayoría de investigaciones se centran en un uso de medicamentos a corto plazo, generalmente de hasta cinco semanas. El uso crónico de medicamentos hipnóticos debería reservarse para aquellos casos en los que la TCC-I no es efectiva o no está disponible, o según la preferencia del paciente (Sateia et al., 2017).

Conforme los planteos de la "Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico del insomnio crónico en adultos", la administración de medicamentos debería ser considerada, en el marco de un enfoque integral, como uno de los posibles componentes para el tratamiento. Este tipo de intervención debería incluir una adecuada evaluación de las características y causas de este trastorno, atendiendo a las posibles comorbilidades que puedan presentarse (Sateia et al., 2017). Existen cuatro enfoques aprobados por las agencias reguladoras de Estados Unidos, cada uno de los cuales tiene diferentes mecanismos de acción y se respalda en investigaciones para evaluar su seguridad (Perlis et al., 2022).

El primer enfoque farmacológico para el tratamiento del insomnio consiste en el uso de medicamentos sedantes hipnóticos GABAérgicos como barbitúricos (ejemplo amobarbital), benzodiazepinas (ejemplo temazepam), y agonistas de los receptores de benzodiazepina (ejemplo zopiclona). Las benzodiazepinas y los agonistas de los receptores de benzodiazepina han ido reemplazando a los barbitúricos debido a resultados más favorables en términos de seguridad para el usuario. Según lo

investigado, se asume que, debido al efecto facilitador de la actividad del GABA (neurotransmisor inhibitorio regulador de la actividad sináptica) en la corteza, se promueve la inducción del sueño de forma directa. Entre los efectos adversos encontrados dentro de este grupo de medicamentos están las cefaleas, somnolencia, mareos, gastroenteritis, sequedad bucal y palpitations. La posibilidad de aparición de parasomnias se incluye como advertencia dentro del prospecto. También existen preocupaciones respecto a la tolerancia y dependencia a estos medicamentos luego de un uso prolongado (Perlis et al., 2022).

El segundo enfoque farmacológico implica el uso de agonistas de la melatonina (ejemplo ramelteon y tasimelteon). La eficacia de su uso para el tratamiento del insomnio es aún controvertida (Montes et al., 2003). La melatonina es considerada más un cronobiótico (sustancia capaz de ajustar el “reloj biológico”) que un sedante, siendo mayormente indicada para trastornos del ritmo circadiano. El mecanismo de acción de estos medicamentos implica una acción agonista sobre los receptores de melatonina, lo que genera la inducción del sueño y la regulación del ritmo de sueño-vigilia. La melatonina es la sustancia encargada de marcar el comienzo y el final del período oscuro del día, determinando así el inicio o finalización del sueño. Entre los efectos adversos documentados se pueden encontrar la elevación de las enzimas hepáticas, aumento de la probabilidad de sufrir infecciones en el tracto respiratorio y urinario, cefaleas y somnolencia. En el caso de las mujeres, podrían generar un aumento en la secreción de prolactina, si bien la misma resultaría leve y transitoria (Perlis et al., 2022).

Como tercer enfoque encontramos al uso de antagonistas duales de los receptores de orexina. Son fármacos que inciden sobre el sistema de alerta al detener la acción de la orexina (neuropéptidos excitantes que promueven el estado de alerta), manteniendo y consolidando la vigilia. Los antagonistas duales de los receptores de orexina presentan un mecanismo de inhibición del sistema de alerta de orexina, promoviendo el sueño en condiciones de hiperactividad o vigilia condicionada (Perlis et al., 2022). Existe la preocupación de que estas drogas puedan funcionar como generadores de narcolepsia, dado que se ha observado una relación entre ésta y bajas concentraciones de orexina (Nishino et al., 2000). Sin embargo, de acuerdo con Perlis et al. (2022), no se encuentra una fuerte evidencia de que los antagonistas duales de los receptores de orexina generen ninguno de los síntomas asociados a la narcolepsia. Entre los efectos secundarios de estos medicamentos podemos encontrar a las cefaleas, mareos, palpitations, hiperactividad psicomotora, ansiedad, tos, gastroenteritis, sequedad bucal, e infecciones del tracto respiratorio superior.

El cuarto y último enfoque implica utilizar antidepresivos sedantes que contienen doxepina, un antagonista de los receptores de histamina. La doxepina puede contrarrestar la activación histaminérgica, la cual promueve la vigilia, así como modular otros neurotransmisores como la serotonina, la acetilcolina y la norepinefrina. Sus efectos secundarios parecen ser muy reducidos, aunque, al igual que en los agonistas duales de los receptores de orexina, también se advierte la posible aparición de parasomnias (Perlis et al., 2022).

Además de la adecuada elección del tipo de medicación, es de suma relevancia atender al régimen de la dosis para el tratamiento farmacológico del insomnio, especialmente para aquellos sometidos a un largo período de tratamiento. Las dosis nocturnas, intermitentes, o acordes a la necesidad son las opciones disponibles para los clínicos. Si bien no existe un consenso sobre cuál de estos tres regímenes es el más efectivo, de lo que sí hay seguridad es que se debe comenzar con la menor dosis posible para luego incrementar hasta obtener una respuesta al tratamiento. Los pacientes que sostienen tratamientos farmacológicos con medicamentos hipnóticos por meses o incluso años, corren el riesgo de desarrollar tolerancia a la droga (Perlis et al., 2022).

En la guía clínica vigente para el manejo farmacológico del insomnio publicada por la AASM, se señalan las posibles direcciones futuras de investigación. Luego de una revisión de estudios por parte del equipo que desarrolló la guía, quedó en evidencia que existen limitaciones para este abordaje. A pesar de la constatación de la eficacia de las recomendaciones existentes, cabe destacar que la evidencia resulta insuficiente o escasa para el caso de muchas de las drogas que ofrece el mercado. Fruto de la variabilidad de los datos, en especial en aquellos estudios de mayor antigüedad, se vuelve inviable la realización de metaanálisis o comparaciones que arrojen resultados generalizables (Sateia et al., 2017).

A partir de las limitaciones observadas, se proponen algunas recomendaciones para estudios a futuro, entre las cuales se encuentra la definición de criterios de inclusión y exclusión claros para el diagnóstico, desarrollar y utilizar de manera consensuada instrumentos de evaluación que permitan la posterior comparación y análisis entre resultados, realizar análisis estadísticos estandarizados con los datos obtenidos, incluir resultados clínicos objetivos y subjetivos, así como resultados de la calidad del sueño. Se recomienda, también, realizar en la medida de lo posible estudios independientes, ajenos a los intereses de la industria farmacéutica e incluir objetivos de evaluación que atiendan

a las deficiencias en el desempeño diurno en actividades que se encuentran en riesgo por el insomnio, así como objetivos sobre la eficacia del tratamiento en niños y adolescentes (Sateia et al., 2017).

Tratamientos psicológicos

Desde una perspectiva psicológica, los modelos actuales señalan la presencia de comportamientos que se desarrollan a consecuencia del insomnio, tales como permanecer despierto en cama por mayores periodos de tiempo, incremento del esfuerzo para dormir, frustración y ansiedad por no poder dormir, desarrollo de creencias distorsionadas o actitudes hacia el trastorno y sus consecuencias. La intervención psicoterapéutica puede poner el foco en trabajar sobre dichos comportamientos negativos aprendidos que pueden resultar perpetradores del insomnio (Schutte-Rodin et al., 2008).

La efectividad de este tipo de tratamiento ha sido demostrada en adultos de todas las edades, incluidos adultos mayores, tanto para el caso del insomnio primario, como también para los casos de insomnio secundario a trastornos psiquiátricos y/o médicos. En la práctica clínica, este enfoque conforma el tratamiento multimodal denominado TCC-I (Schutte-Rodin et al., 2008).

4. Terapia Cognitivo-Conductual

En la década de 1960, el entonces psicoanalista Aaron Beck comenzó una revolución en el campo de la psicoterapia. Beck postulaba que para que el psicoanálisis pudiera establecerse como una disciplina científica y ser aceptada por la comunidad médica, sus teorías debían ser empíricamente demostrables. Esta postura llevó a Beck a comenzar una serie de experimentos que, contrario a lo que esperaba, no validaron las teorías que venía estudiando y aplicando, sino que lo llevaron a replantearse y buscar otras explicaciones. En este proceso de investigación y práctica clínica, Beck desarrolló nuevas explicaciones a los fenómenos psíquicos y un nuevo modelo de terapia: la Terapia Cognitiva (Beck, 2010).

Al comienzo, Beck se centró en el tratamiento de la depresión por medio de la identificación de patrones disfuncionales de pensamiento y conducta, generando un proceso terapéutico estructurado, de corto plazo y orientado al presente, para modificar estos patrones disfuncionales. Según planteó el autor, la disfuncionalidad en dichos patrones de

pensamiento y sistemas de creencias, serían la causa común de la mayoría de los trastornos psíquicos y generan a su vez patrones de conducta también disfuncionales. En esta línea, el tratamiento se basaba sobre la premisa de que el cambio psíquico puede lograrse mediante la identificación y modificación de estos pensamientos, para así, mediante un cambio cognitivo profundo, obtener cambios duraderos en el humor y el comportamiento del paciente (Beck, 1964 citado en Beck, 2011).

Desde los tiempos de Beck, otros profesionales e investigadores han realizado mejoras y adaptaciones a su modelo terapéutico para poder aplicarlo a una gran diversidad de poblaciones y trastornos. De acuerdo con Judith Beck (2011), si bien la teoría central se mantiene sin grandes cambios, han existido adaptaciones a nivel del foco del tratamiento, su duración, y las técnicas utilizadas. El modelo ha sido adaptado para pacientes de diferentes culturas, niveles educativos, niveles socioeconómicos y edades. Actualmente, se utiliza en todos los niveles de atención en formatos individuales, grupales, familiares, entre otros.

Con el objetivo de comprender el estado del arte en el que se encuentran las TCC, es indispensable realizar un breve recorrido histórico entre las llamadas “olas” o “generaciones” que se han sucedido para dar paso a lo que hoy se conoce y utiliza en el abordaje de diversos trastornos. La primera generación comienza a surgir a mediados del siglo XX, y como fue mencionado, trajo consigo una revolución en lo que se conocía sobre psicología clínica, principalmente dominada por el psicoanálisis (Pérez, 2006).

La terapia conductual (TC) es una orientación terapéutica que parte de la base de que la conducta (tanto adaptativa como desadaptativa) es aprendida y puede ser modificada mediante los principios del aprendizaje. La TC se aparta del objetivo de indagar sobre los posibles conflictos subyacentes y se centra en la conducta observable, lo que la vuelve una terapia empírica fundada en la metodología experimental (Ruiz et al., 2012).

La TC parte de dos ramas importantes de la psicología del aprendizaje: el condicionamiento clásico o pavloviano y el condicionamiento operante de Skinner. El primero de estos, se refiere a un proceso de aprendizaje en el que un organismo aprende, por asociación, a responder ante un estímulo. Los mecanismos básicos del condicionamiento clásico establecen que a un estímulo no condicionado, que por naturaleza desencadena una respuesta (no condicionada), se le puede asociar un estímulo condicionado (introducido) logrando, luego de varias presentaciones conjuntas de los estímulos, que la respuesta incondicionada se vuelva una respuesta condicionada al estímulo condicionado

(Pavlov, 1927). Mientras tanto, el condicionamiento operante es una forma de aprendizaje que establece que al asociar una respuesta a un estímulo, se puede aumentar o disminuir la probabilidad de presentación de la respuesta frente al estímulo, dependiendo de la consecuencia de dicha respuesta. Si la consecuencia es positiva, aumenta la probabilidad de que se de dicha respuesta, mientras que si es negativa, la probabilidad disminuye (Skinner, 1974).

Técnicas como la desensibilización sistemática y la técnica de exposición se basan en los conceptos de Estímulo-Respuesta, especialmente apropiadas para el tratamiento de miedos, ansiedad y obsesiones; mientras que, técnicas como el análisis aplicado de conducta, responderían a los postulados del condicionamiento operante (Pérez, 2006). La desensibilización sistemática consiste en una técnica conductual que se basa en la exposición sistemática y progresiva al estímulo que causa el malestar a fin de generar la habituación al mismo, con lo que se consigue reducir la intensidad de la reacción ante los estímulos ansiógenos (Wolpe, 1958). La técnica del análisis aplicado de conducta se propone la sustitución de conductas no adaptativas por otras adaptativas y deseables. Para ello, se realiza en principio un análisis entre la conducta y aquello que motiva a realizarla, por ende, los estímulos que anteceden a dicha conducta y las consecuencias que conllevan a que se mantenga (Baer et al., 1968).

Alrededor de la década de 1970 se da lugar a la segunda generación de la terapia conductual. Algunas de las terapias más importantes de este período son la terapia racional-emotiva de Ellis y la terapia cognitiva de la depresión de Beck. La primera de estas terapias, parte del supuesto de que no son los hechos en sí los que generan malestar a la persona, sino la evaluación cognitiva, emocional y conductual que la persona hace de dicho hecho. En resumen, se dirige a la modificación de patrones de pensamiento desadaptativos e irracionales. La segunda de estas terapias, parte del supuesto de que la persona genera esquemas de pensamiento que se activan frente a determinados estímulos, por lo que se dirige a modificar dichos esquemas de pensamientos distorsionados y negativos que se activan de forma automática (Ruiz et al., 2012). Estas terapias, aparecen como disidentes del psicoanálisis, y comienzan a consolidarse debido a que evaluaban sus resultados, alcanzando los estándares requeridos de la terapia conductual y de la mano del auge de la Psicología Cognitiva (rama de la psicología que estudia cómo se genera el conocimiento), que comenzaba a aflorar en esa época (Ruiz et al., 2012).

Finalmente, alrededor de la década de 1990 surge la tercera generación, donde las terapias conductuales adoptan un foco en la empiria y en los principios del aprendizaje. Esta

tercera ola de terapias cognitivas y conductuales se presenta especialmente sensible al contexto, y al funcionamiento de los procesos psicológicos, no solo a la forma. Busca la construcción de repertorios flexibles, amplios y efectivos, sustituyendo la exclusiva eliminación de problemas definidos y buscando el desarrollo de estrategias de cambio que partan de la experiencia (Moreno, 2012). En concreto, las terapias que aparecen situadas en la tercera generación son las siguientes: la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 1991), la Psicoterapia Analítica funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991), la Terapia de Conducta Dialéctica (Linehan, 1993), la Terapia Conductual Integrada de Pareja (Jacobson y Christensen, 1996), la Terapia de Activación Conductual (Jacobson et al., 2001) y la Terapia Cognitiva con base en Mindfulness (Segal et al., 2004).

Terapia Cognitivo-Conductual para el insomnio

En lo que refiere al tratamiento del trastorno del insomnio, la guía de práctica clínica de la AAMS señala que la TCC-I, a diferencia de otros posibles tratamientos, presenta evidencia suficiente sobre su eficacia para el abordaje de esta problemática. El grupo de trabajo comisionado por la AAMS realizó una fuerte recomendación a favor de la TCC-I basándose en 49 estudios que respaldan la eficacia de esta intervención. Según consenso, la TCC-I es preferida debido a una serie de características inherentes a este tipo de intervención, asociadas con la efectividad a largo plazo, siendo significativamente superior a otros tipos de intervención como la farmacológica, y el nivel de mejoría de los síntomas con una mínima presencia de efectos colaterales (Edinger et al., 2021). Algunos de los cambios atribuibles a la TCC-I son recogidos por Perlis (2022), entre los cuales es posible encontrar una reducción del tiempo de latencia hasta dormirse desde 45-60 minutos a 20-35 minutos y una reducción de aproximadamente 50% de la severidad de los síntomas posteriormente al tratamiento (Mitchell et al., 2012). Durante un tratamiento agudo, el 60-80% de los pacientes tuvieron una respuesta terapéutica (Morin y Benca, 2012).

La TCC-I es una intervención psicoterapéutica que se basa fundamentalmente en técnicas conductuales y cognitivo-conductuales, debiendo constituir la primera línea de tratamiento, aunque cuenta con una baja presencia en el primer nivel de atención debido a ciertas limitaciones relacionadas a su acceso y posibilidad de continuidad con la intervención. Algunas de sus técnicas principales corresponden a la terapia de restricción del sueño, control de estímulos y técnicas de relajación (López de Castro et al., 2012).

Dentro de las recomendaciones se hace referencia a la modalidad de aplicación del tratamiento. Se reconoció la presencia de ciertas barreras, para algunos pacientes, en el

acceso a las TCC-I dado que representan un coste económico superior a diferencia de los tratamientos farmacológicos, y pueden no encontrarse disponibles en la región donde la persona reside. Además, teniendo presente que el tratamiento para el insomnio es conducido por un profesional de la salud mental, puede encontrarse la barrera del estigma, lo cual supondrá otro impedimento para el paciente en acceder a una TCC-I. Atendiendo a estas variables —posibilidades económicas, formato del tratamiento, duración, preferencias y valores del paciente—, se le recomienda al clínico evaluar en conjunto con cada paciente cuál es la modalidad que mejor se adapta a su caso, manejando opciones como tratamiento individual, tratamiento grupal, tratamientos online, entre otros (Edinger et al., 2021).

Es sugerido, además, trabajar con el paciente de forma previa a iniciar la TCC-I. Es importante aclarar y contribuir a la comprensión de los desafíos e implicancias que conlleva el abordaje del insomnio desde este tipo de tratamiento, entre las cuales se encuentran principalmente la posibilidad de asistir a las sesiones y adherirse a las recomendaciones que se realicen. Se destaca que, usualmente, las mejoras percibidas arrojadas por el tratamiento no revisten un carácter inmediato, como sí sucede en el caso del tratamiento farmacológico, lo que puede conllevar pérdida de la motivación por continuar con la terapia. Por esto, se vuelve de gran importancia colaborar en la construcción de expectativas realistas sobre el tratamiento. Durante el proceso de selección junto al paciente de la opción de tratamiento más favorable, es de gran relevancia recordarle al paciente que las TCC-I suelen producir cambios graduales, pero que resultan mayormente sostenibles en el largo plazo, incluso posterior a la finalización del tratamiento (Edinger et al., 2021)

La evidencia disponible actualmente indica que los efectos no deseados de la intervención, ocurridos al inicio, son leves y se resuelven de forma fluida para la mayoría de los pacientes. Otra de las variables que no puede perderse de vista en la selección del mejor tratamiento para cada paciente, involucra conocer si existen condiciones comórbidas al insomnio, de índole médica o psiquiátrica, y que podrían alterar el balance de los beneficios y riesgos de determinada elección (Edinger et al., 2021).

Si bien la modalidad del tratamiento será un aspecto a evaluar junto al paciente y teniendo presente diversas variables que podrían condicionar la relación de costo/beneficio, existen algunas generalidades a considerar de acuerdo con Pujol et al. (2017). En primer lugar, el tiempo en que transcurren las sesiones suele extenderse entre 6 a 8 sesiones, cuya duración ronda los 30 a 60 minutos y los encuentros son llevados a cabo semanalmente o cada 15 días. Se mencionan, incluso, algunos formatos de TCC-I abreviados que no sobrepasan las 2 sesiones, incluyendo instancias de comunicación de

información relevante al paciente, así como seguimiento telefónico. Para referirse a las técnicas específicamente, serán detalladas a continuación aquellas que han recibido apoyo de las investigaciones (Edinger et al., 2021).

La higiene del sueño implica desarrollar conductas que facilitan el sueño, regulando el momento en el que se va a la cama y el tiempo de permanencia. Esta técnica tiene presente aquellos factores que alteran la arquitectura del sueño. Apunta al desarrollo de conductas relacionadas con la salud, como el consumo de sustancias facilitadoras del sueño (por ejemplo: la vitamina B, el calcio y el triptófano) y la evitación de la nicotina, la cafeína y el alcohol, el ejercicio físico y el control de factores ambientales (privación o exceso de luz solar, exposición a ruidos o temperaturas extremas, etc.) (Varela et al., 2010; Pujol et al., 2017). Cabe señalar que existen algunas conductas que resultan más fáciles de desarrollar que otras. Por ejemplo, mantener un horario fijo para acostarse y levantarse, o controlar ciertos factores ambientales resulta relativamente sencillo, mientras que, irse a dormir evitando aquellos pensamientos que generan preocupación a la persona, resultan de mayor dificultad, debiendo en la mayoría de los casos de acompañarse de psicoterapia para poder realizar dichos cambios (Brown et al., 2022). Es importante resaltar también que esta técnica debe formar parte de una intervención multifactorial y no aplicarse de manera aislada (Edinger et al., 2021).

Otra de las técnicas mencionadas en la literatura es la técnica de control de estímulos, la cual parte de la base de que el sueño depende de un condicionamiento entre la cama, el dormitorio y la hora de ir a dormir (es decir, asociar la hora de dormir, así como el deseo de ir a dormir —estímulo— con la acción de ir al dormitorio y acostarse en la cama —respuesta—). En casos de insomnio, se rompe la asociación, generando que la cama y el dormitorio dejen de relacionarse directamente al momento de descanso y relajación. La aplicación de esta técnica involucra que el paciente desarrolle el hábito de ir a dormir únicamente cuando el sueño es inminente, retirarse del dormitorio cuando no se logre conciliar el sueño, así como evitar realizar, en los horarios que se intenta dormir, otras actividades en cama que se realicen durante la vigilia y sean incompatibles al estado de sueño. Se trabaja el mantener un horario regular para ir a dormir y para levantarse, evitando siestas o momentos fuera de la estructura establecida (López de Castro et al., 2012; Pujol et al., 2017).

En cuanto a la técnica de restricción del tiempo en la cama, la misma se enfoca en garantizar un ciclo sueño-vigilia adecuado, partiendo de la base de que la persona con insomnio tenderá a permanecer más tiempo en la cama despierto. De esta manera, se

busca privar al sujeto levemente del sueño, mediante un aumento en la presión del sueño a la hora de ir a dormir. Se enfoca en la relación entre el tiempo dormido y el tiempo en la cama (eficiencia del sueño) para generar una modificación en el tiempo total del sueño (se disminuye 15 minutos cuando la eficiencia del sueño es menor al 80% y se aumenta 15 minutos cada vez que la eficiencia es del 85-90%), debiendo ajustarse semanalmente. El mínimo tiempo en cama debe ser de 5 horas para evitar la somnolencia diurna (López de Castro et al., 2012). Esta técnica involucra el uso de un registro del sueño, el cual el paciente debe completar durante alrededor de dos semanas. De esta forma se logra llevar un registro y posteriormente estimar el tiempo promedio de sueño del paciente. Cuando es posible determinar una ventana de sueño (tiempo máximo en que el paciente puede permanecer despierto), el paciente puede planificar en función de ésta, la hora en que debe acostarse y levantarse cada día (Pujol et. al., 2017).

Otra de las técnicas se denomina preocupación constructiva, cuyo objetivo se dirige puntualmente a la evitación de pensamientos que obstaculizan la conciliación del sueño. Para llevar a cabo esta técnica, se le solicita al paciente que antes de ir a dormir plasme por escrito aquellas preocupaciones que considera podrían obstaculizar su sueño. Inmediatamente, debe anotar una solución para cada una de dichas preocupaciones. Estos apuntes deben colocarse cerca de la cama, pudiendo ser en la mesa de luz, a fin de promover que el paciente deje de rumiar en estos pensamientos, sabiendo que los mismos ya fueron reflexionados y serán atendidos al día siguiente (Pujol et al., 2017).

Finalmente, otra de las técnicas que han probado su eficacia son las técnicas de relajación (López de Castro et al., 2012). Estas técnicas están enfocadas en buscar la reducción del estado de activación fisiológico o hiperarousal, el cual suele estar presente en pacientes con insomnio, y se ha visto que son efectivas para mejorar el momento de inicio del sueño. Ha sido reciente la incorporación de la práctica de mindfulness en aras de lograr el objetivo de la relajación para promover el sueño (Pujol et al., 2017). La técnica de mindfulness se refiere a la práctica de atención plena y consciente en la situación y momento presente, implicando un control voluntario de los pensamientos (Creswell, 2017). Esta técnica se centra en la evaluación positiva o negativa de aquellos pensamientos y creencias relacionadas con el sueño. Puede actuar como una suerte de reajuste de aquellos procesos cognitivos que interfieren con el sueño (Camino et al., 2022).

5. Conclusiones

El sueño cumple una de las funciones biológicas de mayor relevancia para sostener el correcto funcionamiento del organismo. Se trata de un estado de inconsciencia y menor comunicación con el ambiente, de carácter cíclico y definido por cambios fisiológicos y en la actividad eléctrica cerebral (Crispino, 2011; Torterolo, 2020; Urrestarazu et al., 2015). El sueño, así como otras funciones biológicas, es regulado por patrones endógenos. Esta regulación depende del “reloj interno” pero también es influenciada por factores externos como la luz solar. El momento oportuno y las condiciones en que debe darse el sueño quedan determinados por un equilibrio entre los procesos homeostático y circadiano (Borbély, 1982).

Lo hasta ahora mencionado da cuenta de un comportamiento que ocupa gran parte de la vida de los organismos, y teniendo presente que involucra un estado poco adaptativo para la realización del resto de las funciones vitales, es lógico que se encargue del cumplimiento de funciones de gran importancia, que justifiquen su persistencia en los seres vivos a lo largo de la evolución. El sueño resulta imprescindible para el óptimo funcionamiento del organismo: recupera reservas energéticas, elimina toxinas y permite a todos los sistemas, especialmente al sistema nervioso, funcionar adecuadamente (Torterolo, 2020).

Los cambios que han transcurrido en la humanidad conllevan a que actualmente los trastornos del sueño tengan una alta prevalencia, especialmente el Trastorno de Insomnio. La ICSD-3 (AASM, 2014) y el DSM-5 (APA, 2013), a lo largo de varias ediciones que presentan mejoras y avances en cuanto al diagnóstico del insomnio, establecen que éste se trata de una dificultad para iniciar o mantener el sueño. Estos manuales indican que el insomnio presenta una prevalencia de entre 6-10% en la población, presentando un porcentaje significativamente mayor cuando se acompaña de condiciones comórbidas (APA, 2013; AASM, 2014). Con respecto a la etiología, señalan una multifactorialidad, pudiendo deberse a factores endógenos o exógenos. Así como también es amplia la variedad de consecuencias que el insomnio genera en diversas áreas de la vida de las personas, consecuencias de tipo sanitarias como también económicas. Debido a la alta prevalencia de este trastorno, las severas consecuencias que desencadena, y la frecuente aparición de comorbilidades, es imprescindible realizar un diagnóstico diferencial preciso y certero.

Una vez que se establece el diagnóstico y situación del paciente, aparece la preocupación por el tratamiento. De acuerdo con la bibliografía actual, el tratamiento más

efectivo es aquel que combina los abordajes psicológicos y farmacológicos (Morin & Espie, 2003). Herramientas basadas en la evidencia como la “Guía para la evaluación y el tratamiento del insomnio crónico en adultos” establecen recomendaciones para ambos abordajes. El tratamiento farmacológico debe caracterizarse por su temporalidad, dosificación gradual y análisis detallado del costo/beneficio para el paciente (Sateia et al., 2017). Las drogas mayormente administradas en este tipo de tratamiento corresponden a sedantes hipnóticos GABAérgicos como barbitúricos, benzodiazepinas, y agonistas de los receptores de benzodiazepina (Perlis et al., 2022).

Atendiendo al abordaje psicológico del insomnio, foco temático del presente trabajo, se encuentra la Terapia Cognitivo-Conductual para el insomnio (TCC-I). Es vasta la evidencia y sustento de las diferentes investigaciones para afirmar la eficacia de la TCC-I (Edinger et al., 2021). Dentro de las características que hacen de esta intervención una gran alternativa para el tratamiento del insomnio, se encuentra la efectividad a lo largo del tiempo (a diferencia de la acción aguda y a corto plazo que implican los abordajes farmacológicos) y la casi nula presencia de efectos colaterales. También es importante resaltar algunas desventajas en el acceso a este tipo de tratamiento, entre las cuales se señala el costo económico superior a los fármacos, la posible falta de disponibilidad de profesionales que realicen este abordaje en la región donde habita el paciente, y las barreras asociadas al estigma social que persiste en torno al abordaje psicológico (Edinger et al., 2021).

La modalidad del tratamiento debe ser consignada entre el profesional y el paciente, atendiendo a sus particularidades y posibilidades. Se ha encontrado evidencia que sustenta diversas modalidades de intervención, entre las que se encuentra el abordaje individual, grupal, en línea y de corta duración con seguimiento a distancia (Edinger et al., 2017). Asimismo, son diversas las técnicas que pueden implementarse dentro de las TCC-I, entre las cuales destacan la higiene del sueño, el control de estímulos, la restricción del tiempo en cama, la preocupación constructiva, así como las técnicas de relajación. En el núcleo de estas intervenciones, se encuentra el objetivo de modificación de creencias y hábitos que perpetúan el insomnio y no permiten generar cambios favorables para la mejora de la calidad de vida de la persona (Pujol et al., 2017; Camino et al., 2022).

La relevancia a nivel social de continuar realizando investigaciones sobre la evaluación del insomnio y sus tratamientos, radica en la alta prevalencia de este trastorno alrededor del mundo, y especialmente a sus consecuencias en la calidad de vida de las personas. Los manuales actuales han desarrollado un sustento teórico fuerte que respalda y guía las evaluaciones. Lograr un diagnóstico preciso es fundamental para seleccionar el

tratamiento adecuado a cada caso. La TCC-I ha presentado evidencias de su eficacia, lo que resulta de gran valor para ser sugerida como tratamiento predilecto a los pacientes con insomnio.

Es importante el uso de tratamientos basados en la evidencia, considerando especialmente las graves consecuencias que conllevan los trastornos del sueño. Dada la limitada divulgación de este trastorno a nivel local, es relevante que se realicen más trabajos académicos que acerquen la temática tanto a la academia como a la población general. Como profesionales promotores de la salud mental, es de suma relevancia adquirir un enfoque personalizado que realice una evaluación precisa, atendiendo a las recomendaciones clínicas, así como evitando perder de vista las vivencias subjetivas del paciente, sus expectativas respecto a su recuperación y las preocupaciones en torno a la intervención. Desde el primer nivel de atención en salud, se debe desarrollar una especial atención a los signos y sintomatología del insomnio, dado que una evaluación y abordaje oportunos pueden suponer la reducción del impacto negativo y el favorecimiento de un mejor pronóstico.

Referencias

- American Academy of Sleep Medicine (2014). *International classification of sleep disorders-Third edition (ICSD-3)*. American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baer, D., Wolf, M., & Risley, T. (1968). Some current dimension of applied behavior analysis, *Journal of applied behavior analysis*, 1, 91-97.
- Borbély, A.A. (1982). Sleep Regulation: Circadian Rhythm and Homeostasis. In: Ganten, D., Pfaff, D. (eds) *Sleep. Current Topics in Neuroendocrinology*, 1. Springer: Berlin. https://doi.org/10.1007/978-3-642-68333-6_3
- Borbély, A.A., & Achermann, P. (1999). Sleep homeostasis and models of sleep regulation. *Journal of Biological Rhythms*, 14(6), 557-568. <https://doi.org/10.1177/074873099129000894>
- Brown, F., Buboltz, W., & Sopher, B. (2002). Relationship of Sleep Hygiene Awareness, Sleep Hygiene Practices, and Sleep Quality in University Students. *Behavioral Medicine*, 28(1), 33-38.
- Camino, M., Satorres, E., Delhom, I., Real, E., Abella, M., & Meléndez, J. (2022). Mindfulness-based cognitive therapy to improve sleep quality in older adults with insomnia. *Psychosocial Intervention*, 31(3), 159-167.
- Carrillo-Mora, P., Ramírez-Peris, J., & Magaña-Vázquez, K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 56(4).

- 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.
- Chesson, A. L. (2013). Classification of Sleep Disorders. In C. A. Kushida (Ed.), *Encyclopedia of Sleep*, (27-31). Academic Press.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-378610-4.00008-5>
- Creswell, J. (2017). Mindfulness interventions, *Annual Review of Psychology*, 68, 491-516.
- Crispino, L.(2011). *Principios de Neurobiología*. Prensa Médica Latinoamericana.
- Díaz, R. & Ruano, M. (2011). Prevalencia y persistencia del insomnio crónico. Estudio SUECA II. *Acta Médica Colombiana*, 36(3), 119-124.
- Divins, M. (2004). Hipnóticos y sedantes. Descanso... ¡por fin!. *Farmacia profesional*, 18(3), 38-42.
- Edinger, J., Arnedt, T., Bertisch, S., Carney, C., Harrington, J., Lichstein, K., & Sateia, M. (2021). Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 17(2), 255-262.
- Ferré-Masó, A., Rodríguez-Ulecia, I., & García-Gurtubay, I. (2020). Diagnóstico diferencial del insomnio con otros trastornos primarios del sueño comórbidos. *Atención Primaria*, 52(5), 321-327. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.011>
- García Zabaleta, O. (2018). Los problemas y limitaciones del DSM-5. *Dilemata*, 27, 367-391.
- Golombek, D. A., & Rosenstein, R. E. (2010). Physiology of circadian entrainment. *Physiological Reviews*, 90(3), 1063-1102.

- Jacobson, N. & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*.
- Jacobson, N., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Jones, B. E. (2003). *Arousal systems*. *Frontiers in Bioscience*, 8(4), 438-451.
<https://doi.org/10.2741/1074>
- Kohlenberg, R. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- López de Castro, F., Fernández Rodríguez, O., & Mareque Ortega, M.A. (2012). Abordaje terapéutico del insomnio. *SEMERGEN - Medicina de familia*, 34(8), 233-240.
- Lyford-Pike, A. (2005). *Insomnio: una amenaza oculta*. [Sesión de conferencia]. Centro Clínico Parioli, Roma, Italia.
- Matricciani, L., Paquet, C., Galland, B., Short, M., & Olds, T. (2019). Children's sleep and health: A meta-review. *Sleep Medicine Reviews*, 45, 136-150.
- Miró, E., Cano Lozano, M. D., & Buela Casal, G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14(1), 11-27.
- Mitchell, M., Gehram, P., Perlis, M., & Umscheid, C. A. (2012). Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Family Practice*, 13(4).
- Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): La atención plena/Mindfulness. *Revista internacional de psicología*, 12(1), 1-17.

- Morin, C. M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R., & Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA*, *281*(11), 991-999.
- Morin, C. M., & Benca, R. (2012). Chronic insomnia. *The Lancet*, *379*(9821), 1129-1141.
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60750-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60750-2)
- Morin, C. M., & Espie, C. A. (2003). *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. Kluwer Academic/Plenum Publishers. <https://doi.org/10.1002/0471264385.wei0914>
- Nishino, S., Ripley, B., Overeem, S., Lammers, G.J., & Mignot, E. (2000). Hypocretin (orexin) deficiency in human narcolepsy. *The Lancet*, *355*, 39-40.
- Pavlov, I. (1927). *Los reflejos condicionados*. Trillas.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, *5*(2), 159-172.
- Perlis, M. L., Posner, D., Riemann, D., Bastien, C. H., Teel, J., & Thase, M. (2022). Insomnia. *Lancet*, *400*(10357), 1047-1060.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00879-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00879-0).
- Pujol Salud, J., Romero Santo Tomas, O., & Pujol Sabaté, M. (2017). Abordaje del insomnio en el adulto, *FMC*, *24*(10), 555-563
- Rechtschaffen, A. (1998). Current perspectives on the function of sleep. *Perspectives in biology and medicine*, *41*(3), 359-390.
- Rechtschaffen, A., & Kales, A. (1968). *A Manual of Standardized Terminology, Techniques and Scoring System for Sleep Stages of Human Subjects*. Brain Information Service/Brain Research Institute, University of California.

- Rechtschaffen, A., & Siegel, J. (2001). Sueño y ensoñación. En E. R. Kandel, J. H. Schwartz, & T. M. Jessell (Eds.), *Principios de Neurociencia* (936-947). McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Ruíz, M., Diaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Sateia, M. J., Buysse, D. J., Krystal, A. D., Neubauer, D. N., & Heald, J. L. (2017). Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *13*(2), 307-349.
- Schutte-Rodin, S., Broch, L., Buysse, D., Dorsey, C., & Sateia, M. (2008) Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *4*(5), 487–504.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical Rationale and Empirical Status. En Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan M. (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*, (45-65). The Guilford Press.
- Skinner, B. F. (1974). *Conducta verbal*. Trillas.
- Smith, M., & Macneill, C. (2002). Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia, *American Journal of Psychiatry*, *159*(1), 5-11.
- Sollars, P. J., & Pickard, G. E. (2015). The neurobiology of circadian rhythms. *The Psychiatric Clinics of North America*, *38*(4), 645-665.
- Torterolo, P. (2020). Sobre los sueños. *Anales de la Facultad de Medicina*, *1*(7), 10-19.

Urrestarazu, E., Escobar, F., & Iriarte, J. (2015). El sueño y su patología. *Medicine*, 11(73), 4385-4394. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.02.004>

Varela, L., Rodríguez, T., Ortiz Saavedra, P., & Chávez Jimeno, H. (2010). Valoración de la higiene del sueño mediante una escala modificada en adultos mayores. *Acta Médica Peruana*, 27(4), 233-237.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press.

Wu, R., Bao, J., Zhang, C., Deng, J., & Long, C. (2006). Comparison of sleep condition and sleep-related psychological activity after cognitive-behavior and pharmacological therapy for chronic insomnia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(4), 220-228.

Young, M. W. (2000). The Tick-Tock of the Biological Clock. *Scientific American*, 282(3), 64-71.