



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
PSICOLOGÍA

ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL
TRATAMIENTO DEL INSOMNIO

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

MAYRA BEATRIZ RAMOS ALVEAR

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. JUAN JIMÉNEZ FLORES

COMITÉ: DR. ULISES JIMÉNEZ CORREA

DRA. LUZ MARÍA FLORES HERRERA

MTRO. CÉSAR A. DE LEÓN RICARDI

MTRO. GABRIEL VILLEDA VILLAFAÑA



CIUDAD DE MÉXICO

MAYO, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo I. El sueño	4
1. Sueño.....	4
1.1 Función del sueño.....	6
1.2 Fases de sueño.....	7
1.3 Trastornos de sueño.....	12
Capítulo II. Insomnio	15
2.1 Definición de insomnio.....	15
2.2 Subtipos de insomnio.....	17
2.3 Diagnóstico.....	24
2.4 Epidemiología.....	28
2.5 Modelos de insomnio.....	30
Capítulo III. Tratamiento	37
3.1 Tratamiento Farmacológico.....	38
3.2 tratamiento Cognitivo Conductual.....	40
3.2.1 Higiene de Sueño.....	46
3.2.2 Control de estímulos.....	48
3.2.3 Restricción del tiempo en cama.....	50
3.2.4 Psicoterapia.....	51
3.2.5 Entrenamiento en relajación	52
Capítulo IV. Discusión	59
Referencias Bibliográficas	65

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por todo lo que me ha concedido en cuanto conocimientos, valores y experiencias, pero sobre todo por la familia que he encontrado dentro de ella.

A la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza por ser mi segundo hogar, mi lugar de formación profesional y mi refugio.

A la Clínica de Trastornos de Sueño de la Facultad de Medicina de la UNAM, por todo el aprendizaje, el apoyo, la oportunidad y la confianza que me han brindado.

Al Dr. Ulises Jiménez Correa por su guía, colaboración y paciencia en la elaboración de mi trabajo. Por inspirarme y motivarme a crecer académica y profesionalmente. Agradezco infinitamente todo cuanto ha hecho para ayudarme durante este proceso.

Al Dr. Juan Jiménez Flores por todos los años de trabajo en conjunto, el conocimiento y las experiencias compartidas. Por haber sembrado en mí el gusto por la investigación científica y por su dedicación para formar psicólogos que ejerzan esta profesión con responsabilidad, honradez y eficacia.

A la Dra. Luz María Flores Herrera por su apoyo y sus aportaciones en la elaboración de mi trabajo.

Al Mtro. Gabriel Villeda y al Mtro. César de León por su colaboración y su buena disposición para formar parte de mi comité.

DEDICATORIAS

A Adolfo Ramos Palencia, mi mejor ejemplo de integridad, solidaridad y bondad.

A Zetila Bermúdez por su ejemplo de lucha, fuerza y amor por la familia.

A mis padres, con todo mi cariño por ser mi más grande motor y fuente de inspiración. Sin su ayuda, su amor y su motivación esto no hubiese sido posible. Sabiendo que nunca voy a poder pagar lo que hacen por mí, deseo que sepan que en todos mis logros está también su esfuerzo.

A mi hermano Héctor Dario Ramos, con cariño.

A María de la Luz Vega con mucho amor y agradecimiento por el cariño que me ha dado siempre.

A Ivonne, Liliana, Lulú, Diana y Roxana, mis cómplices y compañeras de vida.

A Mario Antonio Chávez, a su recuerdo que me acompaña siempre.

A mis amigos y amigas por mantenerse siempre cerca en los mejores y peores momentos.

RESUMEN

En este trabajo se analiza al sueño como una necesidad básica del ser humano, además, de ser un factor determinante para la salud y propiciador de una buena calidad de vida.

El estudio del sueño de manera científica comenzó con el primer registro electroencefalográfico, en donde se demostró que la actividad cerebral durante el sueño no solo es cambiante sino que además es distinta de la vigilia.

En 1953 Aserinsky y Kleitman hicieron un descubrimiento que condicionó el futuro de la medicina del sueño, pues al estudiar el movimiento ocular observado en unos niños al estar dormidos descubrieron el sueño MOR (movimientos oculares rápidos) desde entonces se establece una distinción importante entre el sueño No MOR y MOR.

Posteriormente las investigaciones se dirigieron no solo a estudiar y caracterizar a cada una de las fases de sueño, si no que a partir de 1979 con la publicación de la primera clasificación de los trastornos del sueño y del despertar se comenzaron a estudiar también las alteraciones relacionadas con el dormir.

Terminando esta década el insomnio comenzó a entenderse como un síntoma, actualmente es considerado como un trastorno en la Clasificación Internacional de Trastornos de Sueño (ICSD por sus siglas en inglés), caracterizado principalmente por una persistente dificultad para iniciar o mantener el sueño, o de conseguir una duración y calidad adecuadas.

Dada la prevalencia del insomnio se ha puesto especial interés en su adecuado diagnóstico y en dar un tratamiento efectivo a quienes lo padecen. Se ha establecido como estándar de oro para su atención al Tratamiento Cognitivo Conductual, el cual tiene como objetivo principal hacer cambios en el estilo de vida de las personas para promover conductas compatibles con el sueño, así como eliminar pensamientos disfuncionales respecto a su problema, otorgando al paciente la posibilidad de contar con herramientas que le permitan solucionar algún episodio futuro de insomnio.

INTRODUCCIÓN

El interés en el estudio sobre el sueño y sus diferentes trastornos ha tenido un incremento significativo dentro de la comunidad científica. La necesidad de comprender los procesos que se llevan a cabo durante dicho estado así como el efecto que tienen en el desarrollo de las personas y su rendimiento en la realización de distintas tareas, ha impulsado que se realicen numerosas investigaciones.

Se ha tenido evidencia de que existe una importante relación entre la calidad del sueño, la calidad de vida y la salud de las personas lo cual constituye un aspecto clínico de enorme relevancia.

Así lo demuestran las estadísticas al respecto, en donde se reporta que importantes porcentajes de la población sufre de trastornos respiratorios durante el sueño, insomnio y trastorno del ritmo circadiano como resultado de la rotación de turnos (Sierra, Jiménez-Navarro & Martín-Ortiz, 2002).

En este sentido, se estima que en Estados Unidos el costo económico de los accidentes relacionados con la somnolencia, en 1988 superó los 43 mil millones de dólares; en España, el número de accidentes de circulación provocados por conductores somnolientos se eleva a 40,000 al año (Sierra, Jiménez-Navarro & Martín-Ortiz, 2002).

En relación con esto, se sabe que el insomnio es uno de los trastornos de sueño con mayor incidencia afectando a una tercera parte de la población adulta (Morgenthaler, Kramer, Alessi, Friedman, Boehlecke, Brown, Coleman, Kapur, Lee-Chiong, Owens, & Pancer, 2006). Causando, además de la alta propensión a cometer errores y tener accidentes, un importante favorecimiento en el desarrollo de algunas enfermedades y/o la complicación de padecimientos ya existentes.

Estamos, por tanto, ante uno de los mayores problemas de salud de las sociedades occidentales. No obstante, tal como se recoge en un informe estadounidense de 1994 de la National Commission on Sleep Disorders

Research, nos enfrentamos a uno de los problemas médicos más extendidos y a la vez menos comprendidos (Sierra, Jiménez-Navarro & Martín-Ortiz, 2002).

Por tal motivo es importante que los profesionales dedicados al área de la salud cuenten con herramientas adecuadas para el tratamiento del insomnio, logrando con esto que las personas puedan mejorar su calidad de sueño y por lo tanto su calidad de vida.

En este sentido la intervención psicológica juega un papel angular en el tratamiento del insomnio, pues hasta el momento se ha documentado en diversas investigaciones que el TCC es el estándar de oro para tratar dicho trastorno, demostrando que los pacientes aumentan de manera significativa la cantidad y la calidad de sus horas de sueño.

Lo anterior en contraste con el tratamiento farmacológico en el cuál aunque los pacientes logran observar resultados en la primer noche respecto al acortamiento de la latencia a sueño y/o el incremento de las horas de sueño, sin embargo, éste no es necesariamente un sueño de buena calidad, además, se pueden experimentar efectos secundarios desagradables como mareo, caídas y fracturas, entre otros.

Asimismo existe el riesgo de desarrollar síndrome de abstinencia y tolerancia e incluso sufrir insomnio de rebote como consecuencia del uso prolongado de hipnóticos.

CAPITULO I

EL SUEÑO

El sueño es una de las necesidades básicas del ser humano, la importancia de un buen descanso no solamente es fundamental como factor determinante en la salud, sino como elemento propiciador de una buena calidad de vida (Sierra, Jiménez-Navarro & Martín-Ortiz, 2002).

Por esta razón es importante conocer lo que sucede durante este periodo, los beneficios que tiene tanto a nivel fisiológico como a nivel social en las vidas de las personas, además de saber identificar los factores que pueden afectarlo y las consecuencias negativas que puede ocasionar.

1. SUEÑO

Se ha definido al sueño desde diferentes perspectivas dentro de la medicina del sueño, algunos autores lo han considerado como un estado intermedio entre la vigilia y la muerte; en donde por una parte se ha definido a la vigilia como el estado activo de todas las funciones biológicas y psicológicas, y la muerte como la de su suspensión total de dichas funciones (Kryger, 2011).

El sueño es universal y esencial para la supervivencia, y es tan necesario como la comida o la bebida, se sabe que cuando falla el sueño, muchas otras funciones biológicas sufren cambios (Culebras, 2010). Los médicos interesados en el sueño humano deben reconocer sus tres características básicas: (a) el sueño es un proceso cerebral, (b) es un proceso activo, y (c) no es un proceso único (Hirshkowitz, Moore & Minhoto, 1997).

También se considera que es un estado definido por una combinación de características fisiológicas y de comportamiento que suele presentarse con una periodicidad circadiana, es decir, en ciclos de 24 horas. En cuanto al comportamiento, los seres humanos tienden a dormir permaneciendo inmóviles

en posturas estereotipadas en un estado en donde la conciencia del mundo exterior esta marcadamente reducida, sin embargo, es diferente a otros estados inconscientes como el coma o la anestesia debido a su pronta reversibilidad (Carrillo-Mora, Ramírez-Peris, Magaña-Vázquez, 2013) puesto que sólo se da una desconexión parcial del medio comportando una disminución en la percepción sensorial (Vicente, 2010).

El sueño se alterna con la vigilia y su aparición viene determinada por la activación y desactivación de una serie de estructuras neurales que interactúan entre ellas en forma de redes mediante la liberación de neurotransmisores excitatorios e inhibitorios (Vicente, 2010).

La regulación del sueño la ejercen esencialmente 3 sistemas:

- 1) Sistema homeostático. Viene definido por un aumento de la necesidad de dormir de carácter acumulativo a medida que se alarga el periodo de vigilia (Vicente, 2010). De este modo, habitualmente al final del día el ser humano ha acumulado varias horas de vigilia y comienza sentir somnolencia, preludio del episodio principal de sueño.

- 2) Sistema circadiano. En un ser humano, un patrón de conducta habitual es mantenerse despierto por aproximadamente 16 horas durante el día y dormir 8 horas por la noche, todos los días en forma cíclica (Aguirre-Navarrete, 2007) y es el sistema circadiano el mecanismo que determina la ritmicidad de la vigilia y el sueño. La estructura responsable de este aspecto es el núcleo supraquiasmático (SCN), localizado a nivel del hipotálamo anterior, cuya actividad viene determinada por factores genéticos. No obstante, para su correcto funcionamiento requerirá interactuar con agentes externos y así sincronizar los periodos de sueño-vigilia a las necesidades ambientales. El más importante de dichos sincronizadores externos es la luz.

La melatonina es una hormona cuya secreción está estrechamente relacionada con los ciclos de sueño-vigilia, por lo que se le considera un marcador bastante preciso de la ritmicidad inducida por el núcleo

supraquiasmático, en este caso sobre la glándula pineal. Tiene una acción estabilizadora del ritmo circadiano.

- 3) Sistema ultradiano. Este es el sistema que determina la alternancia del sueño lento con el sueño de Movimientos Oculares Rápidos (MOR). Los núcleos implicados en este mecanismo se localizan en su gran mayoría en el tronco del encéfalo y actúan mediante la modulación recíproca de la actividad eléctrica de los grupos neuronales que los constituyen. La sucesión de un periodo de sueño lento y otro de sueño MOR determinan una fase de sueño

Los mecanismos de regulación del sueño homeostático y circadiano interactúan entre ellos, sumando su efecto y haciendo que la tendencia a dormir se produzca tras un periodo de vigilia lo suficientemente prolongado y en sincronía con la disminución de luz (Vicente, 2010).

1.1 FUNCIÓN DEL SUEÑO

Se ha propuesto que el sueño sirve para restaurar los neurotransmisores necesarios para las sinapsis neuronales cerebrales y así reparar el desgaste y consolidar los procesos de memoria ocurridos durante la vigilia. El resultado global será un cerebro despierto más apto para lidiar con las demandas del medio, debido a la adecuada reorganización de sus circuitos neuronales. En consecuencia dormimos para que el sistema nervioso funcione adecuadamente (Jiménez & Contreras, 2011).

En este contexto se sabe que, al dormir, el cerebro reprocessa la información obtenida en la vigilia del día anterior para organizarla y consolidarla. Ello implica el fortalecimiento de sinapsis existentes y la activación de sinapsis silentes e incluso la neoformación de sinapsis.

En consecuencia, dormir es una necesidad fisiológica que un adulto debe cumplir durante más de 6 horas cada noche, lapso en el cual su organismo se recupera físicamente y su cerebro produce nuevas neuronas y recupera los

neurotransmisores necesarios para su funcionamiento adecuado, en la regulación del estado de ánimo y en procesos como la atención, la memoria y la consolidación del aprendizaje (Montes-Rodríguez et al., 2006).

Además de la restauración y la consolidación del conocimiento adquirido durante la vigilia, el sueño se ha relacionado con la conservación energética. El Sueño Lento reduce el metabolismo y la temperatura corporal durante la inactividad, lo que compensa el alto costo energético de la termogénesis (Pedemonte & Velluti, 2010).

Por otra parte, durante el sueño lento se produce un aumento en la síntesis de la hormona del crecimiento, lo que ha llevado a pensar que durante el sueño se produce una restitución tisular con un aumento de la síntesis de proteínas. No obstante, resulta difícil hacer compatible un proceso de tan elevado costo energético con el metabolismo disminuido propio del sueño.

Se tiene evidencia de que la privación crónica del sueño es un problema cuyas consecuencias más habituales son los problemas de vigilancia debido a la somnolencia, las alteraciones neurocognitivas y las alteraciones psicomotoras. Sin embargo, también se producen efectos a nivel más sistémico, puesto que se está demostrando que puede tener un efecto negativo a largo plazo sobre el sistema endocrino, cardiovascular e inmunológico (Vicente, 2010).

1.2 FASES DE SUEÑO

En el pasado el sueño se consideraba un evento pasivo en el cual ocurrían procesos de poca o de escasa relevancia. Sin embargo, a principios del siglo XX y con el desarrollo de la electroencefalografía, se comenzó a evaluar desde una perspectiva muy diferente, más aún con el descubrimiento del sueño de movimientos oculares rápidos (MOR), en 1953 por Aserinsky y Kleitman, que sorprendió a los neurofisiólogos clásicos e inauguró la era moderna de la investigación del sueño. A partir de entonces se desató una explosión de investigaciones en el humano y en modelos animales para desentrañar los

secretos de las diferentes fases del sueño y las aplicaciones clínicas de este nuevo conocimiento (Durán, Miranda & Cintra, 2010).

A partir de estos estudios y mediante el uso de la Polisomnografía (PSG) se han identificado criterios electrofisiológicos que nos permiten saber que el sueño humano se produce en varios ciclos de sueño en donde no se presentan Movimientos Oculares Rápidos (No MOR) y sueño MOR en toda la noche, cada uno de aproximadamente 90 a 110 minutos de duración, que se pueden clasificar además en diferentes fases del sueño.

Durante el sueño MOR, se produce un aumento de la actividad del movimiento del ojo. El sueño MOR también se llama sueño paradójico porque la actividad eléctrica observada en el Electroencefalograma (EEG) es similar a la observada durante la vigilia. Por otro lado, durante el sueño No MOR, que también se describe como el sueño ortodoxo, el EEG muestra actividad de baja frecuencia (Ferrareli & Benca, 2010).

El sueño No MOR es la primera etapa y, según el manual de la American Academy of Sleep Medicine, se divide en tres estadios, cada uno con características particulares:

Estadio N1: El ritmo alfa disminuye y es reemplazado por actividad de frecuencia mixta y baja amplitud en más del 50% de la época (cada época dura 30 segundos). Aparece actividad theta (3.5-7.5 Hz). Este estadio es en realidad una transición entre el sueño y la vigilia. Se observan también ondas agudas del vertex (ondas agudas con duración <0.5 seg sobre la región central que se distinguen de la actividad de fondo). Y los movimientos oculares que se muestran son lentos (ver figura 1).

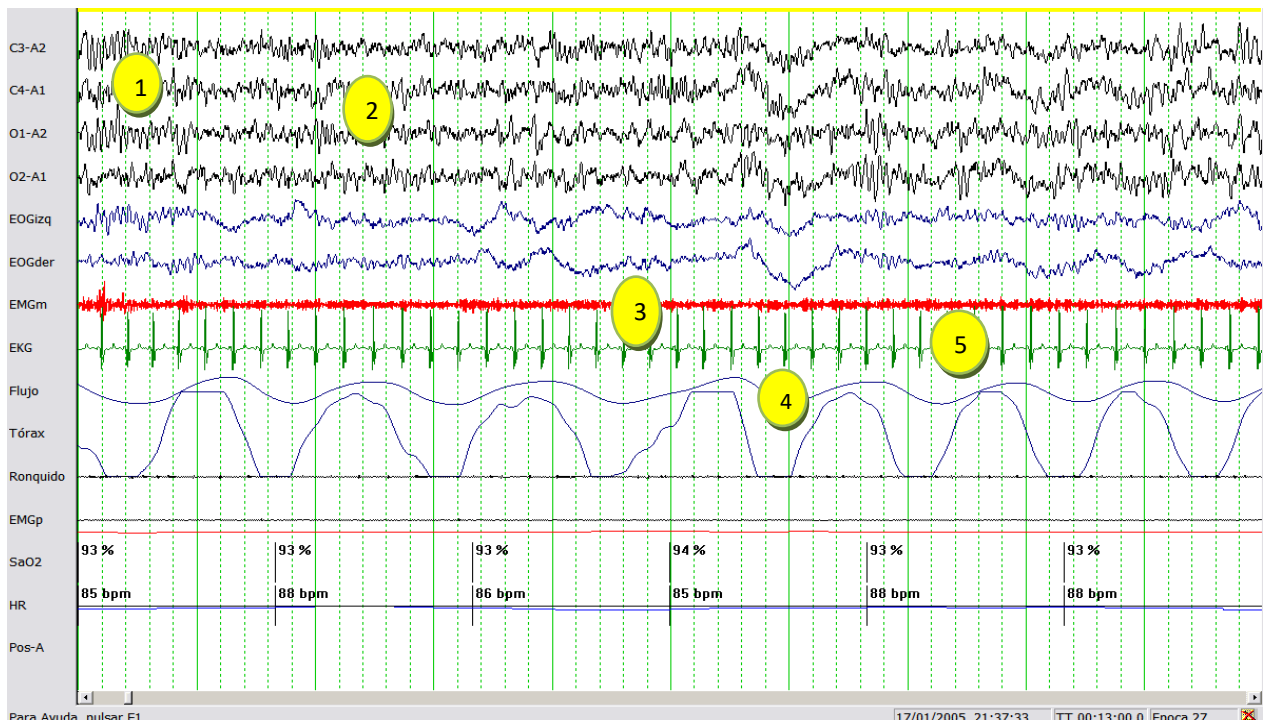


Figura 1. Se observan datos EEG correspondientes a un ritmo alfa disminuido; propio de la fase N1 1) Ritmo EEG alfa, 2) atenuación del ritmo alfa, 3) regulación del tono muscular, 4) actividad respiratoria, 5) pulso.

Estadio N2: Aquí el EEG es generalmente irregular pero contiene, principalmente, periodos de actividad theta, husos de sueño y complejos K. Los husos de sueño son pequeñas ráfagas de ondas de 11-16Hz (generalmente de 12-14 Hz), que ocurren de dos a cinco veces por minuto y tienen una duración >0.5 seg; son máximos en regiones frontales y centrales. Los complejos K son ondas repentinas, de forma puntiaguda, que tienen un componente negativo, seguido de un componente positivo y que se distinguen de la actividad de fondo, tienen una duración total >0.5 seg, usualmente con mayor amplitud en regiones frontales (ver figura 2).

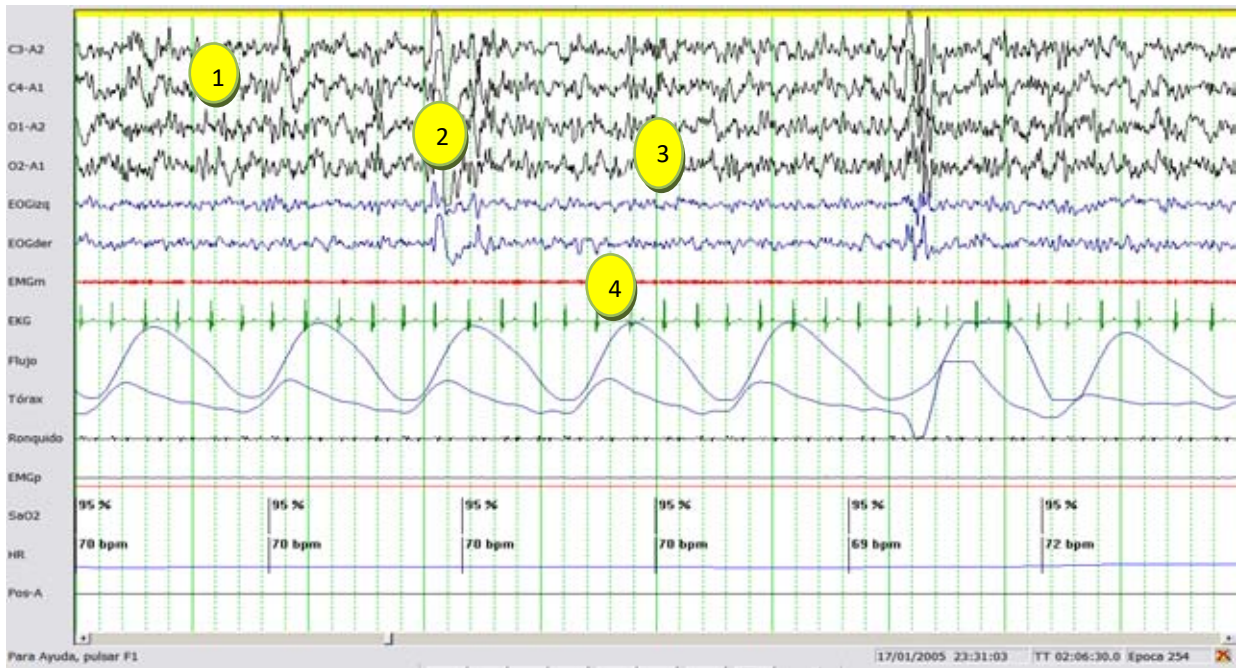


Figura 2. Se observa 1) actividad EEG theta, 2) complejos K, 3) husos de sueño propios de la fase N2 y 4) disminución del tono muscular.

Estadio N3: Aparición de actividad Delta (menos de 3.5 HZ, de amplitud pico a pico >75uv) principalmente sobre regiones frontales. La actividad delta abarca más del 20% de la época (Guarneros, 2013) (ver figura 3).

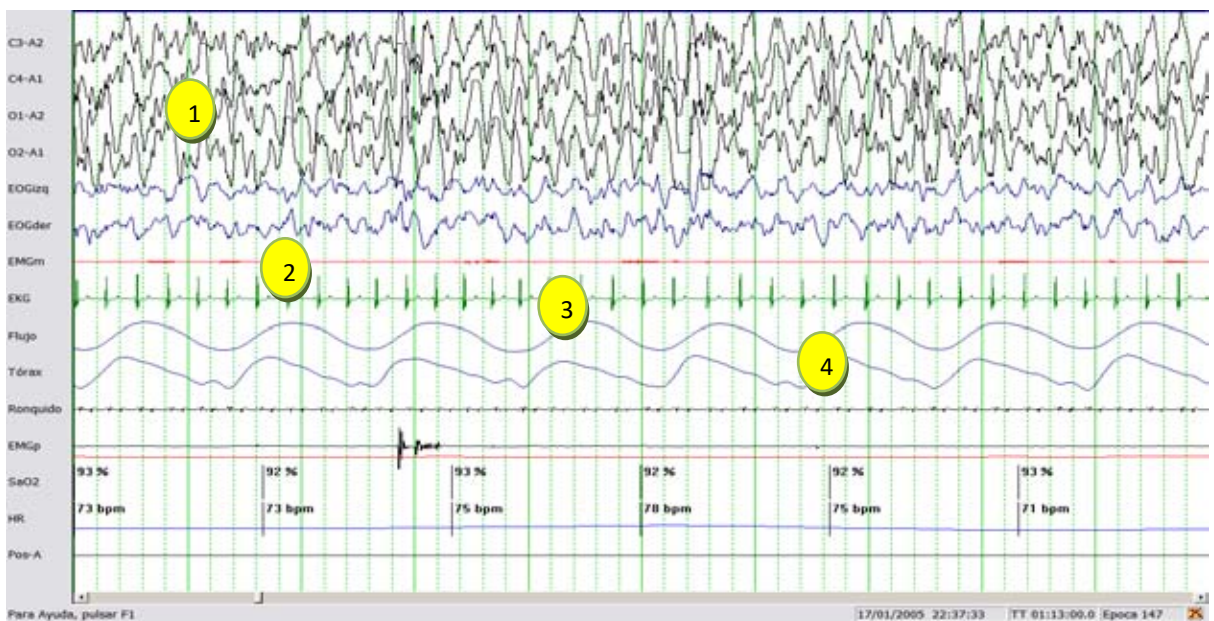


Figura 3. Se observa actividad 1) EEG delta en más del 20% de la época característico de la fase N3., 2) disminución importante del tono muscular, 3) regularización del pulso y 4) de la frecuencia respiratoria.

Sueño MOR. Esta etapa hace referencia a la fase en donde se observa la presencia de Movimientos Oculares Rápidos. En el EEG se observan frecuencias mixtas y bajo voltaje y una atonía muscular debida a la inhibición de las motoneuronas espinales entre la que se intercalas pequeñas clonías o twiches .El sueño MOR ocupa alrededor del 20% del tiempo total de sueño (TTS) (ver figura 4).

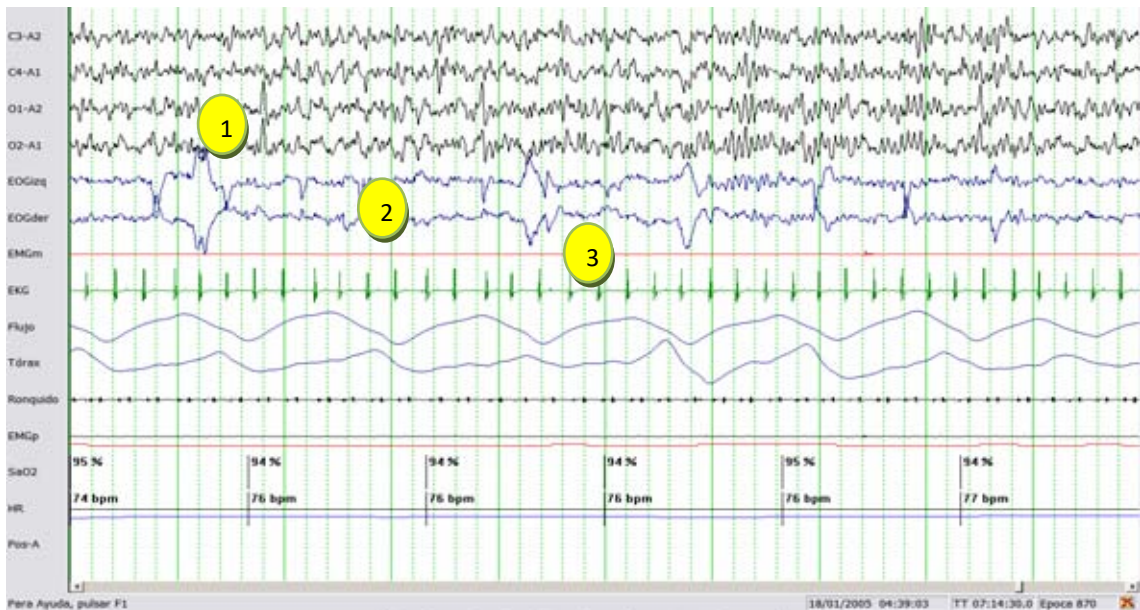


Figura 4. Se observa actividad EEG rápida y de bajo voltaje, movimientos oculares rápidos y atonía muscular característicos del sueño MOR. 1) frecuencias mixtas de bajo voltaje, 2) movimientos oculares rápidos, 3) ausencia de tono muscular.

Vigilia. La vigilia se caracteriza por un ritmo de actividad eléctrica cerebral rápida y de bajo voltaje; se puede registrar actividad tan rápida hasta de 40 Hz (ritmo γ), el cual puede interrumpirse por estímulos auditivos. Este ritmo se supone que está generado por la actividad del asa corteza cerebral-tálamo-corteza cerebral. Hay movimientos oculares coordinados, se observa la presencia de tono muscular y una clara interacción del sujeto con su medio externo (Montes, Rueda, Urteaga, Aguilar y Prospero, 2006) (ver figura 5).



Figura 5. Se observa 1) Actividad EEG alfa, 2) movimientos oculares rápidos, incremento en el voltaje del electromiograma del mentón.

1.3 TRASTORNOS DE SUEÑO

La clasificación de los distintos trastornos del sueño es una tarea que se remonta a finales de la década de los 70, cuando se publicó el primer texto formal, *Diagnostic Classification of Sleep and Arousal Disorders* por la Association of Sleep Disorders Centers (1979), y podría decirse que marcó el inicio de la medicina del sueño como disciplina.

Esta clasificación inicial ha sido objeto de revisión en los últimos 25 años. En 1990 se publicó la *International Classification of Sleep Disorders (ICSD)* con el objetivo de estandarizar los diagnósticos de las patologías del sueño para un mayor entendimiento entre especialistas. A partir de entonces la Academia Americana de Medicina del Sueño (*American Academy of Sleep Medicine, AASM*) ha realizado revisiones del texto original con el propósito de actualizar el contenido (Cambrodí, 2010).

Posteriormente se publicó la ICSD-2 en el año 2005 permaneciendo vigente hasta el año 2013 y en la cual se clasificó los trastornos del dormir en las siguientes 8 categorías (Valencia-Flores, Salín-Pascual & Pérez-Padilla, 2007):

- I. Insomnios.
- II. Trastornos del dormir relacionados a la respiración.
- III. Hipersomnias de origen central no debidas a trastornos del ritmo circadiano, trastornos de la respiración asociados al sueño u otra causa de sueño nocturno alterado.
- IV. Trastornos del dormir del ritmo circadiano.
- V. Parasomnias.
- VI. Trastornos del movimiento asociados al sueño.
- VII. Síntomas aislados, variantes aparentemente normales, problemas no resueltos.
- VIII. Otros trastornos del dormir.

La Clasificación Internacional de Trastornos de Sueño, en su última edición publicada en el año 2014, clasifica a los trastornos del dormir en las siguientes categorías (American Academy of Sleep Medicine, 2014):

- I. Insomnios.
- II. Trastornos del dormir relacionados con la respiración.
- III. Trastornos centrales de hipersomnolencia.
- IV. Trastornos de sueño-vigilia del ritmo circadiano.
- V. Parasomnias.
- VI. Trastornos del movimiento relacionados con el sueño.
- VII. Otros trastornos de sueño.

El interés en el estudio de los trastornos de sueño ha ido en aumento lo cual ha favorecido la constante actualización de la ICSD, permitiendo que los profesionales dedicados al área clínica de la Medicina del Sueño tengan un conocimiento más específico de los distintos trastornos y de sus manifestaciones clínicas, facilitándoles realizar diagnósticos acertados y tratamientos eficaces.

Una vez definido el sueño y descritas algunas de las distintas funciones con las que cumple, nos permite tener una visión más clara de la importancia de dar atención a cualquier trastorno que perturbe dicho proceso impidiendo que se tenga un adecuado descanso.

Es importante tener claro que el sueño es un estado activo en el cuál se llevan a cabo diferentes procesos esenciales para el adecuado funcionamiento de distintos sistemas del organismo e indispensables para la conservación de la salud, así como para mantener un funcionamiento diurno óptimo.

Tener conocimiento de los síntomas que pudieran estar relacionados con un trastorno de sueño es esencial para la detección y tratamiento de cualquier patología relacionada con el dormir.

CAPITULO II

INSOMNIO

La primera referencia que se tiene del insomnio en la cultura occidental, se remonta a los antiguos Griegos. La primera mención de insomnio es en el periodo pre-hipocrático. Posteriormente el primer enfoque científico es encontrado en los escritos de Aristóteles hacia el año 350 A.C., y los primeros registros del tratamiento del insomnio surgieron a partir de esa época. Heráclito de Taras, quien vivió en Alejandría y recomendaba el opio como opción de tratamiento. Aunque hubo gran interés e investigación sobre insomnio en el siglo XX, fue hasta los años 70's que se crean los distintos criterios diagnósticos que describen las diferentes formas del trastorno (Attarian, Nishith, Junquist & Perlis, 2004).

Durante gran parte de los dos milenios pasados, el insomnio fue visto como un fenómeno secundario, atribuido a una gran variedad de causas. Sin embargo, como nuestro conocimiento sobre las características biológicas, psicológicas y conductuales de esta condición ha crecido, un gran énfasis se ha puesto en el insomnio como un trastorno por sí mismo, con una fisiopatología que en muchos aspectos es independiente de la condición primaria (Sateia, 2010).

De esta manera el interés y el estudio sobre el insomnio han ido creciendo y actualizándose dando lugar a numerosas investigaciones tanto básicas como aplicadas que permiten ampliar y puntualizar el conocimiento científico al respecto.

2.1 DEFINICIÓN DE INSOMNIO

El insomnio ha sido definido como un trastorno de sueño que consiste en la persistente dificultad para iniciar o mantener el sueño, o de conseguir una duración y calidad de sueño adecuada para restaurar la energía y el estado de vigilia normal (Sarrais, 2007), esto ocurre a pesar de tener una adecuada

oportunidad y circunstancias para el sueño, y causa alguna forma de deterioro diurno (ICSD, 2014).

Dicha incapacidad puede ser aguda o crónica, representando una dificultad para obtener un sueño reparador. Se puede manifestar en dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes a lo largo de la noche o con despertar temprano con dificultad para volver a dormir (Alvarado, 1997). Estas dificultades se presentan tres o más noches por semana, con una duración entre uno y seis meses y se acompaña de al menos una de las siguientes repercusiones diurnas: fatiga o malestar general; somnolencia; dolor de cabeza; deterioro de la atención, concentración o memoria; bajo rendimiento laboral o social; propensión a errores o accidentes en el trabajo o al conducir vehículos, y trastornos del estado de ánimo como irritabilidad (American Academy of Sleep Medicine, 2005), además, es la alteración más frecuente del sueño y tiene múltiples causas.

Definir la causa de la alteración del ciclo sueño-vigilia en un paciente con insomnio es una tarea compleja dado que es frecuentemente multifactorial. De hecho, la mayoría de los casos de insomnio son causados por más de un factor.

El insomnio puede estar relacionado con la presencia de alguna enfermedad, en cuyo caso pudiera ser que el insomnio forme parte de las manifestaciones de la propia enfermedad o que sea una comorbilidad, entonces habría que establecer un diagnóstico independiente. Pero a la par pudiera estar presentándose por algún trastorno emocional y también se tendría que intervenir al respecto para poder obtener los resultados deseados en el mejoramiento del insomnio.

También se ha encontrado que los trastornos psiquiátricos, como la depresión y la ansiedad pueden ser tanto consecuencia como factor de riesgo de los trastornos del dormir, la persistencia del insomnio está claramente asociada con el incremento en el riesgo de trastornos psiquiátricos y enfermedades médicas (Tafoya & Lara, 2011).

Se han observado altas tasas de pacientes que presentan insomnio en donde además de los factores relacionados con la salud, se ha encontrado una fuerte relación entre estrés, activación e insomnio. Haciendo que las variables psicológicas tales como la percepción del estrés y las habilidades de afrontamiento adquieran importancia dentro del tratamiento del este trastorno (LeBlanc, Mérette, Savard, Ivers, Baillargeon, & Morin, (2009).

Es posible que, después del dolor, el insomnio sea el síntoma más recurrente en la humanidad, dado que tanto una enfermedad física, como factores psicológicos pueden alterar al dormir (Baker, 2009).

Por lo cual es importante que a la par del tratamiento de cualquier trastorno psicológico ó enfermedad médica, se haga también una intervención para mejorar el sueño de los pacientes. Favoreciendo así que un adecuado descanso contribuya a mejorar cualquier otra condición.

Por esta razón es de gran importancia que se entrene formalmente a los médicos y psicólogos tanto a nivel general como a los especialistas, acerca del manejo apropiado de los pacientes con insomnio o cualquier otro trastorno de sueño.

2.2 SUBTIPOS DE INSOMNIO

En las ediciones anteriores de la Clasificación Internacional de Trastornos de Sueño (CITS), correspondientes a la versión de 1990 y la revisión que se hizo en el año 2005, se describían distintos subtipos para distinguir las formas de insomnio primario del insomnio secundario, según las causas, factores perpetuantes y síntomas.

En la CITS del año 2005, la cual estuvo vigente hasta el año 2013, se describían once diferentes entidades:

1. Insomnio de adaptación (insomnio transitorio).
2. Insomnio psicofisiológico.
3. Insomnio paradójico.
4. Insomnio idiopático.

5. Insomnio debido a trastorno mental.
6. Higiene deficiente o hábitos del dormir incorrectos.
7. Insomnio conductual de la infancia.
8. Insomnio debido a consumo de sustancia de abuso.
9. Insomnio debido a condición médica.
10. Insomnio no debido a sustancia o condición fisiológica conocida, inespecífico (insomnio no orgánico).
11. Insomnio fisiológico (orgánico), inespecífico.

Estos subtipos enlistados en la CITS (2005) se definen de la siguiente manera:

Insomnio de adaptación. Es aquel que se presenta ante un cambio de rutina o una fuente de estrés, ya sea positiva o negativa. Habitualmente desaparece junto con la fuente de preocupación o bien, cuando se adapta a la nueva situación estresante.

Insomnio psicofisiológico. Es caracterizado principalmente por activaciones elevadas y asociaciones aprendidas que previenen el sueño lo que da como resultado una queja de insomnio. Los pacientes que tienen este tipo de insomnio presentan dificultad para dormir cuando intentan hacerlo en el lugar en que lo hacen usualmente en casa, pero reportan que en un lugar fuera del habitual consiguen dormir fácilmente, así como cuando no intentan hacerlo.

Las activaciones están asociadas con preocupaciones exageradas de no poder dormir, las personas inician un círculo vicioso que es incompatible con el sueño, de manera que entre más se esfuerzan por conciliarlo más activación se produce y menos pueden conseguir dormir.

Insomnio paradójico. Es también conocido como falsa percepción del dormir y se caracteriza por una queja de insomnio grave que ocurre sin evidencia objetiva de alteración del sueño y sin correspondencia entre la gravedad de la queja de sueño y la alteración diurna. Las personas con esta alteración tienen una marcada propensión a desestimar el tiempo de sueño que están teniendo actualmente. En esencia ellos piensan que es demasiado el tiempo que pasan en desvelo. La gran discrepancia entre los datos subjetivos de latencia al sueño y tiempo de sueño respecto de los datos objetivamente registrados es lo

que distingue a este tipo de insomnio. Además la gravedad de la perturbación nocturna no conlleva somnolencia patológica, ni marcado decremento en el desempeño, ni otras alteraciones en el funcionamiento diurno que son típicas de la privación importante de sueño.

Insomnio idiopático. Es caracterizado por una queja perdurable de insomnio de inicio en la infancia o en la adolescencia temprana. Se presenta dificultad para iniciar el sueño, despertares frecuentes y sueño de corta duración. El insomnio es persistente con pocos periodos de remisión sostenida. Dada su aparición temprana, estabilidad y su curso persistente se piensa que este trastorno aparece genéticamente determinado o por errores congénitos en los sistemas de inducción del sueño, de activación en el cerebro, o ambos. No hay marcadores genéticos consistentes o patología neuronal que se haya identificado entre los que presuntamente sufren esta condición.

Una característica distintiva del insomnio idiopático es la ausencia de algún factor asociado con el inicio o persistencia de la condición incluyendo estresores psicosociales, otros trastornos del sueño, trastornos médicos o medicamentos.

Insomnio debido a trastorno mental. La característica esencial es la ocurrencia del insomnio siendo causado por un trastorno mental subyacente. El insomnio es reconocido como un síntoma de un trastorno mental específico y su curso lo comparte con este trastorno. El insomnio constituye una queja sobresaliente que guía el tratamiento. El comienzo típicamente coincide con el inicio del trastorno mental y disminuye o aumenta de acuerdo con el curso de otros síntomas del trastorno mental.

Insomnio por higiene inadecuada de sueño. Es el insomnio que está asociado a actividades cotidianas que son incompatibles con el mantenimiento de una buena calidad de sueño y un alertamiento diurno normal. La característica principal de este tipo de insomnio es el efecto perjudicial sobre el sueño de las prácticas asociadas al sueño que se llevan a cabo y que están bajo el control conductual del individuo.

El uso frecuente de sustancias como cafeína y nicotina puede producir alertamiento, lo cual dificulta que las personas concilien el sueño. El alcohol puede también interferir con el sueño produciendo despertares durante el periodo de sueño. Tener niveles elevados de ansiedad, estrés y las actividades físicas extenuantes pueden también dar lugar a alertamiento e interrupción del sueño cuando ocurren muy cercanas a la hora de irse a acostar. El uso de dispositivos electrónicos y del internet previo a la hora de dormir es uno de los hábitos incompatibles con el sueño que mayor incidencia tiene entre la población de adultos jóvenes.

Debido a la interdependencia de la vigilia y el sueño, los hábitos que interfieren con la regularidad en el horario y la duración de los periodos de sueño y de vigilia pueden alterar la estabilidad y la cantidad de ambos estados.

Insomnio conductual de la infancia. La característica esencial es la dificultad para iniciar el sueño, permanecer dormido o ambas en ausencia de alguna condición, escenario u objeto específico, lo cual es resultado de la falta de establecimiento de límites por parte del cuidador. Esto se da por la asociación inadecuada que se hace con el sueño, haciendo que el niño tenga una dependencia a una estimulación específica y en ausencia de estas condiciones el inicio del sueño o conciliarlo después de un despertar se demora significativamente.

Insomnio debido a consumo de sustancias. La característica esencial es que es causado o secundario al uso o abstinencia de drogas o sustancias. El consumo de algunos medicamentos bajo prescripción, drogas u otras sustancias puede producir problemas durante los periodos de sueño, sin embargo el insomnio también puede aparecer luego de suspender el uso de la sustancia.

Insomnio por condición médica. La característica esencial es que es causado por un trastorno médico coexistente u otro factor fisiológico. El insomnio puede involucrar problemas para conciliar o mantener el sueño o puede estar caracterizado por preocupaciones acerca del sueño no restaurador o de calidad disminuida. Aunque la dificultad del sueño puede ser vista como un síntoma común de la condición médica identificada, el diagnóstico de

insomnio debido a condición médica suele ser asignado cuando el insomnio causa una marcada angustia o justifica una atención clínica independiente.

Enfermedades en las que se presenta dolor, problemas de la respiración, movilidad limitada o síntomas del SNC pueden ser las principales causales de dificultad para iniciar y mantener el sueño.

Sin embargo a pesar de la definición de cada uno de estos subtipos, en la práctica clínica es difícil discriminar entre cada uno de ellos. Muchas de las características que los definen de manera individual, no son específicas de un solo subgrupo y no facilitaba hacer una distinción entre las presuntas formas “secundarias” de insomnio.

De tal manera que en la CITS de 2014 únicamente se distingue entre insomnio agudo e insomnio crónico.

Insomnio agudo. Se caracteriza por una dificultad a corto plazo para iniciar o mantener el sueño. La queja del sueño se acompaña de malestar diurno y un déficit en el desempeño familiar, social, laboral académico u otras áreas importantes de su funcionamiento. Además, la perturbación y los síntomas diurnos asociados ocurren a pesar de tener suficiente tiempo y circunstancias cada noche para obtener el sueño necesario. El insomnio a corto plazo puede ocurrir de forma aislada o comórbida con algún trastorno mental, condición médica o consumo de sustancias. En muchos casos el insomnio de corta duración dura menos de tres meses y hay una causa identificable que actúa como precipitante. En otros casos, el insomnio ocurre episódicamente, a menudo coincidente con factores de estrés diurnos que lo explican.

Insomnio crónico. El insomnio crónico se diagnostica cuando la molestia se presenta 3 o más noches por semana durante cuando menos tres meses.

Por otra parte el insomnio, puede presentarse de manera secundaria a otros trastornos de sueño como lo son el Ronquido, la Apnea de Sueño (ya sea central, obstructiva o mixta) o el Trastorno de Movimientos Periódicos de las Extremidades, entre otros. En cuyo caso al realizar un estudio polisomnográfico se puede identificar la presencia de estos otros trastornos.

En las siguientes imágenes se señala la presencia de estos trastornos tal como se registra durante la PSG.

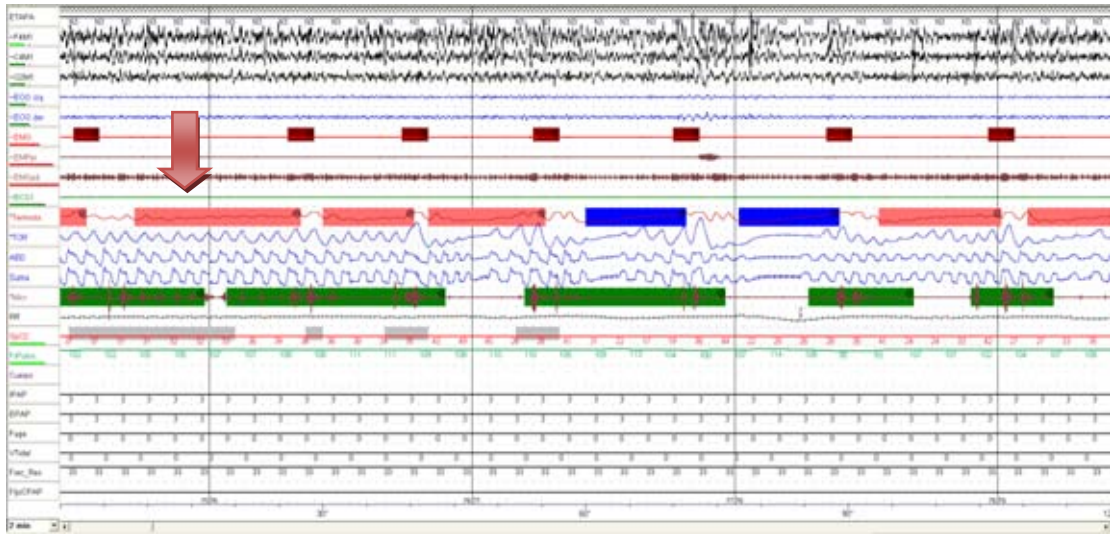


Figura 7. Apnea obstructiva. Se observa como una disminución del 90% en el flujo respiratorio con una duración mínima de 10 segundos, asociado a desaturaciones de oxígeno y activaciones electroencefalograficas. Se caracteriza por la presencia de esfuerzo respiratorio, el cual se observa en los canales de las bandas de esfuerzo en torax (TOR) y abdomen (ABD).

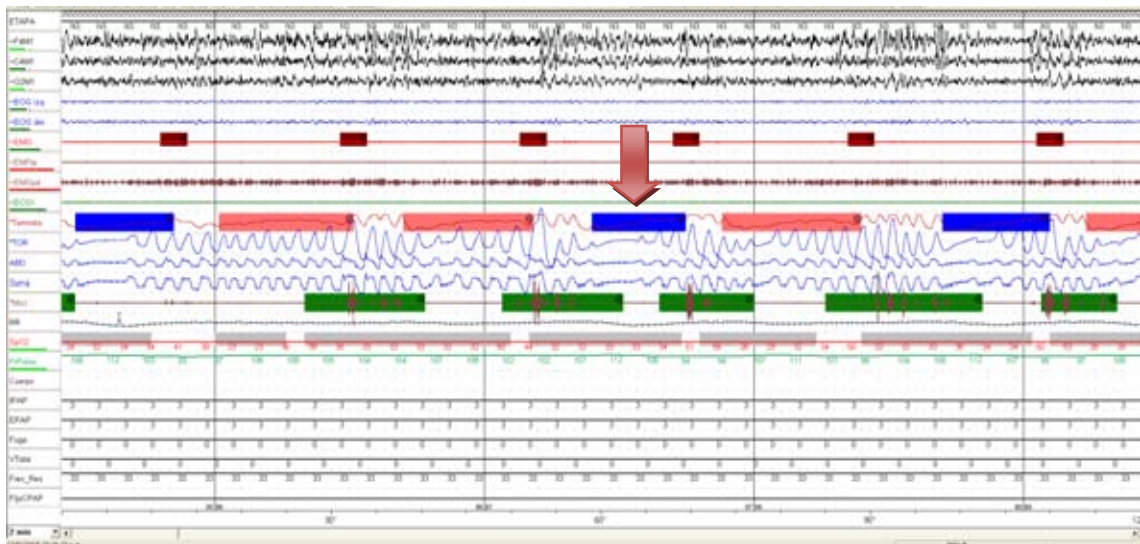


Figura 8. Apnea Mixta. Se observa como una disminución en el flujo respiratorio asociada a la ausencia de esfuerzo respiratorio en la primer parte del evento seguido de la presencia de esfuerzo respiratorio en la segunda parte del evento.

- A. Dificultad para iniciar el sueño, dificultad para mantener el sueño, o despertar prematuro, sueño crónicamente no restaurador de baja calidad. En los niños, la dificultad para dormir se reporta frecuentemente por la persona a cargo del niño y se caracteriza por la resistencia a ir a la cama y la incapacidad para dormir autónomamente, o bien ambas condiciones.
- B. La dificultad para dormir ocurre a pesar de oportunidad y circunstancias adecuadas para dormir.
- C. El paciente informa al menos una de las siguientes formas de alteración diurna asociada con la dificultad para dormir en la noche:
 - i. Fatiga o malestar.
 - ii. Alteraciones en la concentración, atención o memoria.
 - iii. Alteraciones en el funcionamiento social o profesional o bajo rendimiento escolar.
 - iv. Alteraciones en el estado de ánimo o irritabilidad.
 - v. Somnolencia diurna.
 - vi. Disminución en la motivación, energía o iniciativa.
 - vii. Propensión a cometer errores, accidentes en el trabajo o al conducir vehículos.
 - viii. Síntomas de tensión, gastrointestinales o cefalea.
 - ix. Preocupación o inquietud acerca del sueño.

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, en su décima revisión (CIE-10), requiere para el diagnóstico de insomnio que la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, dure al menos un mes y que, además, se acompañe de fatiga diurna, sensación de malestar personal significativo y deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad personal.

Para apoyarnos en la realización del diagnóstico, además de conocer lo criterios con los que debe cumplir el paciente, nos podemos apoyar en la

utilización de herramientas que nos aporten más datos acerca de la sintomatología existente.

La primera de ellas es la realización de una historia clínica, a partir de la cual se podrá recabar datos sobre los hábitos del paciente, horarios, actividades, problemas de salud que pudieran estar influyendo sobre su sueño, consumo de fármacos, drogas y/o sustancias estimulantes, características del lugar en donde duerme y si comparte la cama con alguien más, problemas respiratorios durante el sueño (ronquido y apneas), con la finalidad de tener una visión más amplia y detallada del problema.

El uso de escalas y cuestionarios que aporten datos sobre cómo duermen las personas y como es su funcionamiento diurno, también es de gran utilidad en la realización del diagnóstico. Algunas de ellas son:

- La Escala de Somnolencia Epworth que es utilizada para evaluar la propensión a quedarse dormido durante 8 situaciones diferentes y ha sido acreditada como método rápido, válido y fiable para evaluar somnolencia diurna (Jiménez-Correa et al., 2009). Apéndice 1.
- La Escala Atenas de Insomnio la cual tiene sus fundamentos en los criterios diagnósticos para el insomnio no orgánico de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, 10ª edición. Consta de ocho reactivos. Los primeros cuatro abordan el dormir cuantitativamente, el quinto reactivo la calidad del dormir y los últimos tres el impacto diurno (Neclares & Jiménez-Genchi, 2005). Apéndice 2.
- El Inventario de Depresión de Beck es una de las escalas más utilizadas en el mundo para medir la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas. Consta de 21 reactivos con opción múltiple de respuestas (Jurado et al., 1998). Apéndice 3.
- El Inventario de Ansiedad de Beck es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar sintomatología ansiosa. Consta de 21 reactivos,

cada uno de los cuales se califica en una escala de 4 puntos, en donde 0 significa “poco o nada” y 3 “severamente” del síntoma en cuestión (Robles et al., 2001). Apéndice 4.

- Escala Mexicana de Calidad de Sueño:

La Escala Mexicana de Calidad de Sueño está integrada por 13 reactivos, los cuales evalúan factores como la calidad del sueño, la duración del sueño nocturno y síntomas de trastornos del dormir (Fernández, 2013). Apéndice 5.

Los diarios de sueño también son de gran utilidad en la realización del diagnóstico, además de que pueden servir para realizar el seguimiento y evaluar la evolución del padecimiento. Consta de un registro diario del ciclo sueño-vigilia por al menos dos semanas. En este se registra de manera cotidiana las horas en que se acuesta, se levanta, concilia el dormir y se despierta la persona. Apéndice 6.

Una vez que se confirma el diagnóstico apoyados en la entrevista y en cuestionarios diseñados para identificar dicho trastorno, se procede a realizar la intervención que más corresponda con las necesidades del paciente.

En los puntos expuestos en este capítulo podemos dar cuenta de las modificaciones que se han hecho con relación al insomnio en cuanto a su definición, clasificación y diagnóstico. Los continuos trabajos de investigación así como la práctica clínica por parte de los especialistas en trastornos de sueño han aportado de manera constante nuevos conocimientos al respecto.

De tal manera que podemos sugerir, que el estudio respecto a este tema debe mantenerse en continuo desarrollo e ir en busca de nuevos conocimientos que nos permitan ampliar nuestro saber al respecto, lo cual nos permitirá lograr un mejor manejo de este trastorno.

Tener conocimiento del impacto social que tiene el insomnio es importante y para eso se hace necesario conocer datos acerca de los porcentajes de la población que padecen síntomas de insomnio.

Para esto se han realizado estudios que nos aportan datos epidemiológicos, los cuales revisaremos a continuación.

2.4 EPIDEMIOLOGÍA

El insomnio es la queja de sueño más común en el mundo industrializado y existen a la fecha numerosos estudios epidemiológicos que han documentado la prevalencia del insomnio.

Se estima que una tercera parte de la población ha sufrido síntomas de insomnio (por ejemplo, dificultad para iniciar o mantener el sueño), pero esta cifra disminuye aproximadamente 10% cuando las consecuencias diurnas (como la fatiga) son consideradas. El solo criterio tener insatisfacción con el sueño da una prevalencia estimada entre 9 y 18%, cuando se hace una aplicación estricta del criterio diagnóstico aporta cifras de 6%. La diferencia entre las cifras de prevalencia depende de la definición y la metodología utilizadas en cada estudio (Morin, LeBlanc, Daley, Gregoire & Mérette, 2005).

En Estados Unidos de América, la National Sleep Foundation en conjunto con la Gallup Organization realizaron entrevistas telefónicas a 1000 Americanos para evaluar la prevalencia y severidad del insomnio. Encontrando que aproximadamente una tercera parte de los Americanos reportaron sufrir insomnio. De esos, el 75% reportaron problemas de sueño ocasionales, en promedio con 5.2 noches por mes. El 25% restante de los entrevistados tenían problemas crónicos, con un porcentaje del 16.4 noches por mes (Bains, 2006).

Otros estudios reportan que la prevalencia del insomnio como síntoma oscila entre el 33% al 50% de la población general; el insomnio como trastorno general acompañado de malestar o deterioro en un 10% a un 15%; e insomnio como trastorno específico de un 5% a un 10%. Sin embargo la cifra aumenta en los casos de comorbilidad médica o psiquiátrica. Dada la relación bidireccional del insomnio con los trastornos psiquiátricos y las enfermedades que causan dolor crónico la prevalencia aumenta de un 50% a un 75% (Schuttle, Broch, Buysse, Dorsey, & Sateia, 2008).

También algunos estudios estiman que un 50% de los adultos sufren insomnio en algún momento de la vida y que un 25-35% ha padecido insomnio ocasional o transitorio, estos porcentajes son elevados teniendo en cuenta que la depresión –enfermedad más frecuente en psiquiatría– tiene una prevalencia del 17 % (Sarrais & De Castro, 2007).

La comorbilidad del insomnio con los trastornos psiquiátricos suele ser común y su tratamiento suele ser complicado. De hecho el insomnio es un síntoma frecuente en los padecimientos psiquiátricos como los trastornos de ansiedad, depresión, trastorno bipolar y psicosis.

De acuerdo con una consulta realizada en aproximadamente 1,800 personas en Argentina, Brasil y México por la Sociedad Latinoamericana del Sueño (LASS), casi 70% de los adultos presentan problemas para dormir, en particular insomnio y ronquidos con apneas. En México 30% de la población ha padecido insomnio en algún momento de su vida, 10% de manera crónica. Quienes sufren este padecimiento lo presentan por situaciones emocionales intensas, alguna pérdida afectiva, preocupación, ansiedad, nerviosismo, depresión o temor (González, 2009).

Sin embargo, en la mayoría de estos casos los pacientes que se presentan a consulta médica con estos padecimientos no reciben el tratamiento adecuado para su recuperación, agravando la problemática.

Por otra parte, se han realizado también estudios en los que se examinan datos sobre el impacto que causa el insomnio a diferentes niveles además de los relacionados con la comorbilidad ya sea con padecimientos físicos o con trastornos psiquiátricos. Se ha observado que el insomnio reduce la calidad de vida de las personas quienes lo padecen de manera crónica, aumenta el consumo de fármacos y hace que las personas bajen su nivel de rendimiento y productividad en el ámbito laboral, por tener problemas de tipo cognitivo como menor concentración e incluso dificultad para realizar tareas, además de aumentar los accidentes relacionados con el trabajo (Bains, 2006).

En relación con lo anterior se han estimado los costos tanto directos como indirectos que surgen como consecuencia del insomnio. Se calcula que en

Estados Unidos se generan gastos de aproximadamente 1.7 billones de dólares en relación con la compra de medicamentos ya sea bajo prescripción médica o de venta libre, en cuanto a los costos que se generan de manera indirecta se estima que en servicios se genera un gasto aproximado de 11.96 billones de dólares.

De manera que sumado con el decremento en la productividad, el aumento de ausencias laborales, de accidentes laborales, de tránsito y/o en el hogar, resulta un rango total de costos de entre 30.5 y 107.5 billones de dólares a consecuencia del insomnio (Bains, 2006).

2.5 MODELOS DE INSOMNIO

El interés por definir las causas que favorecen el inicio y la perpetuación del insomnio ha favorecido el desarrollo de diversos modelos que consideran tanto elementos fisiológicos como psicológicos.

Entre los modelos que han cobrado mayor relevancia se encuentran el modelo fisiológico, el modelo de las 3P y el modelo microanalítico del insomnio, los cuales serán descritos a continuación.

Modelo fisiológico

Propone que el paciente insomne es portador de un nivel de activación fisiológico incompatible con el dormir. Las evidencias de dicho estado de hiperactivación provienen del estudio de diferentes variables fisiológicas. En investigaciones realizadas por Bonnet y Arand (1995) se observó que los pacientes que reportan insomnio crónico pueden sufrir de un trastorno más general de hiperactivación, el cual midieron por un aumento en la tasa metabólica en un periodo de 24 horas, concluyendo que este aumento puede ser el responsable, de los síntomas diurnos y de la falta de sueño nocturno.

Modelos de las 3P

Este modelo atribuido principalmente a Spielman, permite explicar los factores implicados en el origen, la aparición y el mantenimiento del insomnio. Según

Spielman (Spielman et al., 1987; Spielman y Glovinsky, 1991), tres tipos de factores actúan en la etiología y curso del insomnio: factores predisponentes, factores precipitantes y factores perpetuantes. El modelo sostiene que el insomnio puede acabar siendo independiente de sus causas, es decir, aparte de los factores precipitantes, otras variables mantienen el insomnio.

Los factores que se consideran predisponentes, precipitantes y perpetuantes se definen de la siguiente manera:

Factores predisponentes

Los factores que se consideran predisponentes están relacionados con la activación cognitiva. Las preocupaciones excesivas podrían ser un factor predisponente del insomnio, causando que los individuos con mayor vulnerabilidad a las preocupaciones o a la rumiación puedan padecer insomnio (Harvey, 2000; Morin, 1993).

Los factores predisponentes más comúnmente hipotetizados incluyen factores demográficos (por ejemplo, envejecimiento, sexo femenino, vivir solo), condiciones familiares / hereditarias (historial personal o familiar de insomnio), factores psicológicos (por ejemplo, ansiedad, Depresión, rasgos de personalidad), factores fisiológicos y de estilo de vida (por ejemplo, la hiperactivación y el tabaquismo). Los factores precipitantes incluyen también eventos de vida estresantes (por ejemplo, un divorcio), así como relacionados con la salud.

Factores precipitantes

Los factores precipitantes más habituales son las situaciones estresantes. Alrededor de un 74% de los insomnes relatan experiencias vitales estresantes concretas al inicio de su insomnio. Los acontecimientos más comunes son los relacionados con pérdidas personales (Healey et al., 1981). También los relacionados con el padecimiento de enfermedades. Este tipo de situaciones se han considerado como precipitantes del insomnio, no obstante, otros autores han señalado como realmente importante las estrategias para afrontar las mismas.

Factores perpetuantes

Se consideran como factores perpetuantes a todas aquellas conductas que refuerzan el insomnio. Según el modelo cognitivo conductual, la persistencia del trastorno se debe a una serie de conductas y cogniciones disfuncionales sobre el sueño (Morin, 1993) y no tanto a las estrategias de afrontamiento o a la tendencia a rumiar en exceso. La perpetuación se explica entonces por la combinación entre patrones de conductas inadecuadas o hábitos previos al sueño incorrectos entre los que se incluyen pasar demasiado tiempo en cama, navegar en internet en la cama, ver televisión en la cama o beber alcohol para promover el sueño, junto con cogniciones disfuncionales con una alta carga emocional, por ejemplo, la preocupación misma por los problemas con el sueño (Matthew & Spielman, 2009).

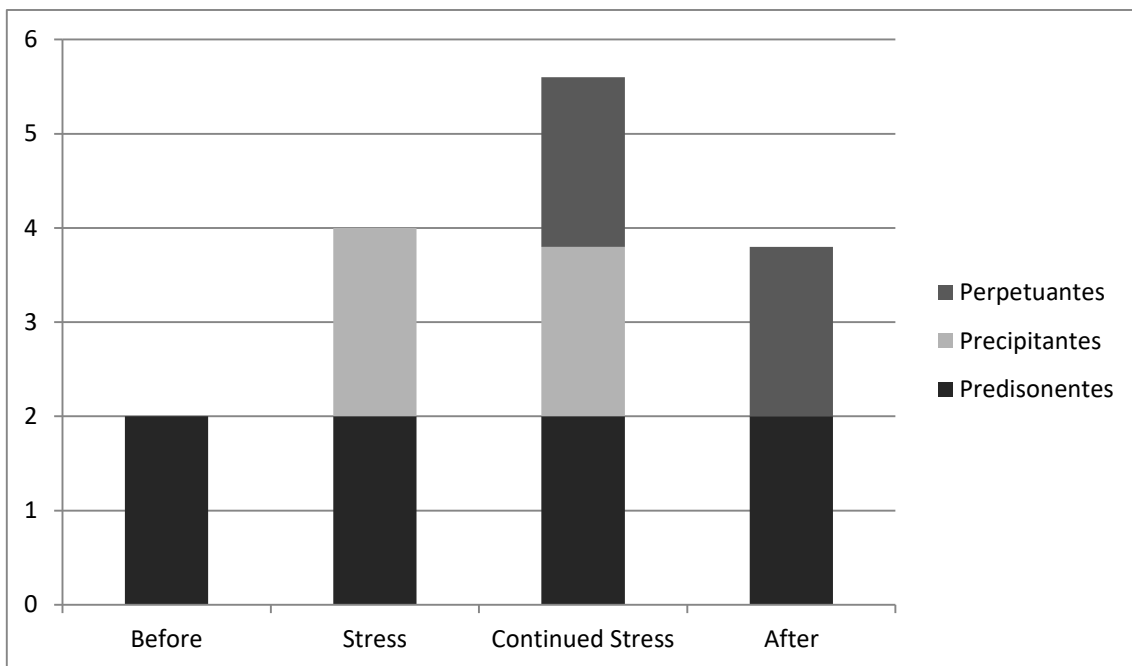


Figura 12. Modelo de Spielman de factores predisponentes precipitantes y perpetuantes en el desarrollo del insomnio (Bains, 2006).

Modelo microanalítico del insomnio

El modelo microanalítico del insomnio (Morin, 1993) consideró nuevamente los factores procedentes de los modelos conductuales pero introduciendo como novedad las cogniciones disfuncionales. De tal forma que para Morin (1993) si se identificaban y reestructuraban las cogniciones disfuncionales el paciente con insomnio mejoraría. Esto sería así porque estas cogniciones estaban interrelacionadas bidireccionalmente con la activación emocional, cognitiva y fisiológica y con los hábitos disfuncionales, que a su vez se retroalimentaban de las consecuencias negativas de no poder dormir.

Los hábitos inadecuados reforzados por las preocupaciones respecto al no poder dormir darían lugar a que la cama se asocie con la activación, es decir después de varias noches sin dormir bien la persona asociará la noche o la hora de acostarse y la habitación en donde duerme habitualmente con el miedo a no ser capaz de dormir. Del mismo modo, las ideas disfuncionales sobre las consecuencias negativas de no dormir o sobre el sueño provocarían más activación, lo que a su vez se vería confirmado por las consecuencias reales que produce el déficit de sueño.

Para explicar esto Morin (1993) afirma que la hiperactivación es la característica principal mediadora del insomnio. Puesto que la activación regula el equilibrio entre el sueño y la vigilia, un nivel excesivo de activación es incompatible con el sueño. Esto se puede manifestar en varios canales: verbal (cognitivo-afectivo), motor (conductual) y psicológico (sistema nervioso central y autónomo).

En un insomne puede predominar la manifestación de la activación en un canal y en otro se puede expresar de un modo distinto, sin embargo la hiperactivación es la ruta común que sigue el insomnio.

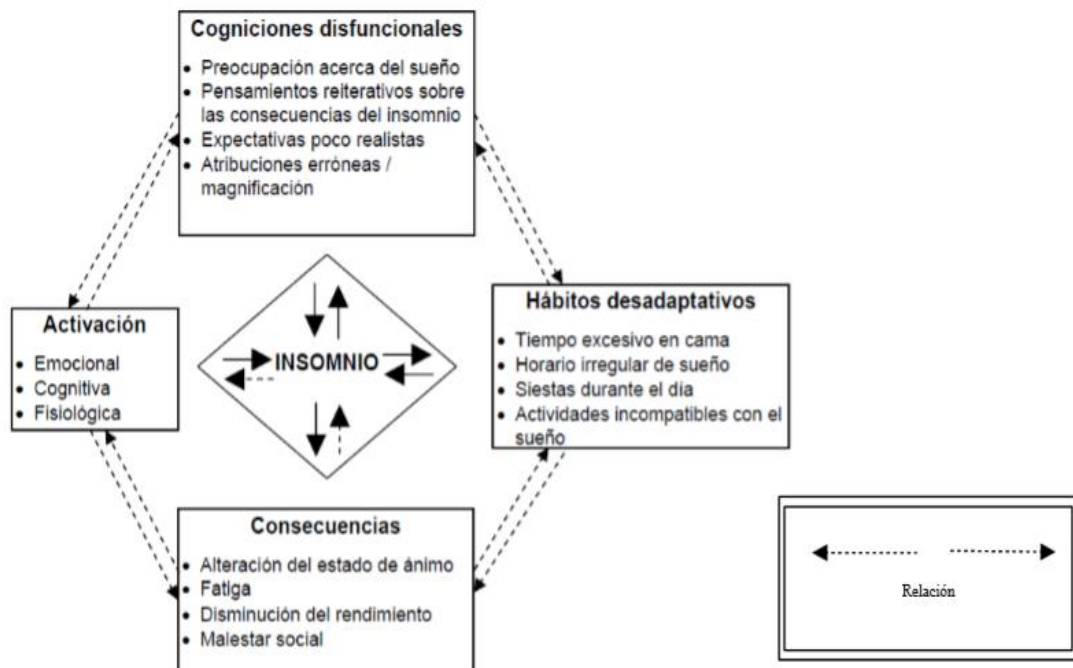


Figura 13. Modelo microanalítico del insomnio (Morin, 1993).

Hay múltiples estímulos que pueden producir un alto nivel de activación ocasionando que se interrumpa la secuencia natural de relajación, somnolencia e inicio del sueño. Se puede dar un condicionamiento con relación a situaciones previas al sueño en cuanto a la rutina a la hora de acostarse o el contexto (entorno del dormitorio) con preocupaciones y miedo con no poder dormir. Por otra parte también puede haber situaciones diurnas que también activen el insomnio. Si una persona interioriza los conflictos psicológicos, estarán activados cuando se acuesten, reforzando el proceso de condicionamiento subyacente.

Unas de las reacciones más típicas ante el insomnio son la preocupación excesiva por el déficit de horas de sueño, los pensamientos reiterativos sobre el cansancio diurno, la tensión muscular y el malestar físico general por dormir mal. Unido a esto se presenta una tendencia a poner más empeño en intentar dormir, lo cual sólo aumenta la ansiedad, hace que la persona esté más activa y se acentúe la dificultad para dormir.

Los síntomas diurnos del insomnio incluyen fatiga, irritabilidad, problemas de concentración y disminución del rendimiento. Estas secuelas hacen que se desencadenen otras cogniciones disfuncionales sobre el sujeto mismo y sobre

el sueño, recordándole lo mal que la pasa por las noches y lo deficiente que es su sueño.

En los casos de insomnio crónico estas ideas están tan arraigadas que los sujetos llegan a pensar que su insomnio es incontrolable, imprevisible y únicamente atribuible a causas externas. Causando que una reacción en cadena de trastorno emocional que causa mayor activación y problemas posteriores de sueño.

A fin de afrontar el insomnio se pueden desarrollar hábitos de sueño desadaptados (por ejemplo, pasar excesivo tiempo en cama, horarios irregulares de sueño-vigilia y periodos de sueño durante el día). Aunque estas estrategias de afrontamiento pueden minimizar temporalmente el déficit de sueño, a la larga interfieren en el efecto sincronizador de un ritmo de sueño-vigilia regular.

El uso temporal y controlado de fármacos inductores de sueño también puede mejorar el sueño, pero su utilización a largo plazo acaba por convertirse en parte del problema.

En contraste con el modelo fisiológico el cual también sostiene que el insomnio es causado por una hiperactivación, el modelo microanalítico de Morin no únicamente se refiere a una hiperactivación a nivel fisiológico sino que también incluye en su análisis factores cognitivos y emocionales.

Los pensamientos reiterativos y las preocupaciones excesivas llevan a los pacientes a mantener hábitos incompatibles con el sueño lo que a su vez causa alteraciones del estado de ánimo y malestar social.

En resumen, según este modelo, el insomnio crónico se mantiene por conductas inadecuadas relacionadas con el sueño y por cogniciones disfuncionales que aumentan la activación. Es por ello que el objetivo principal de la intervención debe centrarse en el círculo vicioso que mantiene el insomnio, es decir en los hábitos de sueño inadecuados y en las cogniciones disfuncionales sobre el sueño.

Estos modelos nos permiten explicar cómo es que aparece el insomnio y cuáles son los factores que favorecen que se mantenga. Dar explicación al fenómeno nos permite comprenderlo de mejor manera y por tanto nos brinda mayores posibilidades de desarrollar intervenciones que nos permitan solucionarlo.

En este sentido es importante analizar y tomar en cuenta todos los factores relacionados con la manifestación del insomnio, ya que dar atención sólo a un aspecto limitara el tratamiento y no favorecería el éxito del mismo.

CAPITULO III

TRATAMIENTO

Se ha mencionado anteriormente la importancia de realizar un diagnóstico y una intervención adecuados para el insomnio. Como ya se revisó anteriormente la prevalencia del insomnio en la población es elevada, sin embargo, en la mayoría de los casos, los pacientes que llegan a consulta con queja de insomnio no reciben el tratamiento adecuado, pues en la mayoría de los casos no se acude a consulta con un especialista en trastornos de sueño.

Aunque el tratamiento farmacológico ha demostrado efectividad, el uso de este recurso se dificulta, debido a que la mayoría de las personas con este problema intentan tratarlo por sí mismas, sin solicitar ayuda del especialista o acuden a consulta con el médico general, quien no siempre hace una prescripción adecuada de los fármacos, lo que provoca efectos secundarios no deseados, incluso, algunos fármacos pueden causar sedación residual y deterioro psicomotor, aún cuando son prescritos por el especialista.

El Tratamiento Cognitivo Conductual para el Insomnio (TCCI) tiene un rango de respuesta favorable, que va del 50% al 80% (Tafoya & Lara, 2011) con un efecto a largo plazo a diferencia de los tratamientos farmacológicos los cuales tienen un efecto agudo (menos de un mes), por tal motivo es el tratamiento de primera elección para el insomnio.

Sin embargo, el manejo efectivo del insomnio no depende únicamente de la elección del tratamiento, se debe comenzar por asegurarse de estar elaborando un diagnóstico acertado y además descartar que se puedan estar presentando algunos otros trastornos del dormir, que afecten de manera simultánea la calidad de sueño de los pacientes (Sakkas & Soldatos, 2006). Una vez determinado esto se puede iniciar con el tratamiento.

3.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico del insomnio como modalidad terapéutica se inició hacia la segunda parte del siglo pasado con la introducción del bromuro y para principios de este siglo hacen su aparición los barbitúricos de los que se sintetizaron aproximadamente 2, 500 variedades en búsqueda de menos riesgo de toxicidad. Con la aparición de las benzodiazepinas, la prescripción de hipnóticos sufrió cambios dramáticos en los últimos 35 años, sobre todo por la presentación de las de marcado efecto hipnótico y de corta duración (Castro, 1997).

Las opciones de tratamiento farmacológicas para el insomnio (incluidas las benzodiazepinas y las no benzodiazepinas) han creado una particular preocupación con respecto a su uso a largo plazo debido a los altos riesgos de generar tolerancia, dependencia física y un efecto de rebote del insomnio (Buscemi et al., 2007). Este “efecto de rebote” ocurre cuando el tratamiento ha sido suspendido, y se acompaña de síntomas de abstinencia tanto físicos como emocionales (O’Donovan & McGuffin, 1993).

En muchos de los casos sucede que los pacientes cuando acuden a consulta esperan que el especialista les prescriba algún medicamento para inducir al sueño, lo cual les brinda mayor seguridad, sabiendo que en caso de no poder dormir, el medicamento hará que les sea posible conciliar el sueño, lo cual reduce su nivel de estrés.

Sin embargo, es importante mencionar que gran parte de los pacientes insomnes sobreestiman su latencia al sueño y subestiman su tiempo total de sueño, por lo tanto en la mayoría de los casos se tiene una mala percepción del dormir. En relación con esto, un estudio reciente señaló que cuando los pacientes se dieron cuenta de cómo su percepción era distorsionada reportaron menos ansiedad y preocupación sobre el sueño (Sakkas & Soldatos, 2006).

En este sentido queda demostrado que no en todos los casos es necesario recurrir a los fármacos para lograr reducir el nivel de estrés en estos pacientes

y el TCCI es de gran utilidad para conseguir reducir tanto el nivel de estrés como el de ansiedad, los cuales son incompatibles con el sueño.

En casos de insomnio crónico en donde el paciente ya consume hipnóticos el TCCI debe combinarse con el consumo de fármacos, sin embargo, es importante que las dosis se disminuyan de manera progresiva hasta lograr que el paciente duerma adecuadamente sin necesidad de consumir fármacos.

Es importante tener claro cuál es el efecto que se busca al usar fármacos. Si se quiere generar tranquilidad en el paciente lo más indicado es utilizar un hipnótico de efecto rápido y vida corta. Si se desea reducir en general el nivel de estrés lo más utilizado son los tranquilizantes de vida media o larga.

Con referente al uso de los antidepresivos para inducir al sueño se debe tomar en cuenta que estos fracturan la arquitectura del sueño y tienen diversos efectos secundarios.

Por otro lado es importante tener en cuenta que mientras los hipnóticos siendo usados por un periodo corto de tiempo pueden ayudar a mejorar el tiempo total de sueño y acortan la latencia al sueño, su uso a largo plazo o su interrupción de manera abrupta puede causar insomnio de rebote.

Esto sucede no solo con las benzodiazepinas de vida corta-media sino también con los hipnóticos llamados medicamentos-Z como el Zolpidem.

BENZODIAZEPINAS

A pesar de que las terapias no farmacológicas son el tratamiento de primera elección, las benzodiazepinas siguen siendo utilizadas de manera frecuente en el tratamiento del insomnio.

Frecuentemente las personas que asisten a consulta por problemas de insomnio han tomado antes fármacos inductores del sueño, en algunos casos con buenos resultados al inicio, sin embargo debido al mal manejo de las dosis y el consumo prolongado, recaen en el insomnio.

Las benzodiazepinas promovidas como hipnóticos representan un costo elevado en los presupuestos de salud pública debido a las altas tasas de consumo y al uso prolongado de estos fármacos sobre todo en población femenina y de adultos mayores.

Otra de las principales problemáticas en relación al consumo de estos fármacos es la asociación de las benzodiazepinas con la somnolencia y los problemas motrices que ponen a las personas en mayor riesgo de sufrir caídas y accidentes de tránsito es elevado (Holbrook, Crowther, Lotter, Cheng & King, 2000). Se estima que los accidentes de tránsito causados por somnolencia rebasan incluso a los causados por el consumo de alcohol.

En este sentido es importante que se tenga especial cuidado en la prescripción de cualquier medicamento para inducir sueño, tener un seguimiento adecuado en consulta es imprescindible para evitar complicaciones a causa de su consumo.

3.2 TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL

El insomnio no es un problema que aparezca de la noche a la mañana. Lo más común es que este aparece en situaciones de estrés elevado, ansiedad y/o depresión, consecuencia de alguna pérdida, problemas laborales, de pareja, entre otros. Sin embargo en algunos casos cuando la situación de estrés desaparece lo hace también el insomnio.

No obstante, los individuos más propensos al insomnio o al condicionamiento pueden desarrollar respuestas negativas a estímulos que en situaciones normales deberían propiciar el sueño (como la cama, la hora de acostarse, el dormitorio). Lo que solía representar el lugar y el momento de relajarse y prepararse para dormir se vuelve un lugar y un momento de tensión y preocupación por no dormir bien y se asocia con el insomnio.

Cuando esto comienza a ser frecuente se desarrolla un proceso de condicionamiento que, con el tiempo, entra en un círculo vicioso de insomnio. Esto sumado a los patrones de conducta incompatibles con el sueño que se

empiezan a adoptar, perpetúan el insomnio y este se vuelve un problema crónico.

Por lo tanto eliminar estas conductas inadecuadas es uno de los factores más críticos en el tratamiento. Y para esto la primera opción de intervención es el TCCI, el cual es reconocido, como ya se mencionó antes, como el estándar de oro para el tratamiento de dicho trastorno de sueño. Siendo una opción de tratamiento más apropiada en comparación con el tratamiento farmacológico.

Esta intervención generalmente incluye medidas de higiene de sueño, terapia de control de estímulos, restricción del tiempo en cama y terapia cognitiva (Perlis et al., 2004).

Esta intervención es de tipo psicológica y se centra en los patrones de conducta desadaptados y las cogniciones disfuncionales que perpetúan los problemas de sueño (Morin,1993).

El TCCI es una intervención que incluye técnicas cognitivas y conductuales que tienen la finalidad de producir un cambio en estilo de vida de las personas, específicamente en sus hábitos de sueño. El objetivo principal de estas intervenciones son los factores perpetuantes o de mantenimiento, es decir, los hábitos de sueño inadecuados y las cogniciones disfuncionales (Perlis, Jungquist, Smith & Posner, 2009).

El modelo conductual, como originalmente lo propone Spielman y colaboradores (1987), postula que el insomnio se produce de forma aguda en consecuencia por una parte de los rasgos y por otra por los factores precipitantes.

Los insomnes frecuentemente desarrollan estrategias para afrontar sus dificultades con el sueño y las repercusiones negativas que tiene en su funcionamiento diurno el hecho de no dormir bien durante la noche (Morin,1993).

A menudo, pasar mucho tiempo en la cama, dormir hasta tarde por la mañana y hacer siestas prolongadas durante el día ayuda a la gente a afrontar a corto

plazo los efectos negativos del insomnio. Pero a largo plazo estas estrategias perpetúan los problemas de insomnio.

Por lo tanto, el componente conductual del tratamiento está basado en una combinación de procedimientos que implican que se busque tener control de los estímulos y que el tiempo en cama se vea reducido.

Estos procedimientos, representan el núcleo de la intervención y están diseñados para eliminar las conductas incompatibles con el sueño, para regular los horarios para dormir, para despertarse y para consolidar el sueño en los periodos más cortos que se pasan en la cama.

La terapia de control de estímulos y la restricción de tiempo en cama han sido considerados como la intervención de primera línea mientras que la higiene de sueño, la terapia cognitiva y el entrenamiento en relajación profunda han sido considerados como intervenciones adyuvantes (Smith, Nowakowski & Perlis, 2003)

El componente cognitivo de la terapia está constituido por técnicas de reestructuración cognitiva, según el modelo de Aaron Beck, Albert Ellis y Donald Meichenbaum, adaptadas para tratar el insomnio. Se enfatiza en la importancia de las cogniciones desadaptadas como, valoraciones erróneas, expectativas poco realistas, atribuciones falsas, entre otras. Esta perspectiva es especialmente relevante en las alteraciones del sueño porque muchos insomnes tienen un tipo de cogniciones disfuncionales que a menudo exacerban lo que de otro modo hubiera podido ser un problema transitorio de sueño.

Además el componente cognitivo de la terapia se centra en corregir las expectativas poco realistas sobre el sueño, examinando las atribuciones falsas sobre las causas del insomnio y valorando de nuevo la percepción de sus consecuencias en el funcionamiento diurno.

Para este propósito se siguen tres fases:

- 1) Identificar las cogniciones disfuncionales específicas de cada paciente.
- 2) Controlar y cuestionar su validez.

- 3) Sustituirlas por otras cogniciones más adaptativas y racionales (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

La terapia cognitiva distingue entre los cambios normales y los patológicos de los patrones del sueño, y en segundo, alivia las preocupaciones excesivas sobre la falta de sueño y sus repercusiones en el funcionamiento diurno. Estas preocupaciones por sí mismas perpetúan un círculo vicioso de insomnio, miedo a no poder dormir, activación emocional y más alteración del sueño.

Aunque las intervenciones se han centrado principalmente en modificar las conductas mal adaptadas, sin poner demasiada atención en las actitudes y creencias subyacentes al insomnio, los objetivos de la intervención cognitiva son particularmente relevantes.

Se tiene evidencia de que la activación cognitiva en forma de rumiación excesiva o de pensamientos intrusivos está más estrechamente asociada con la desorganización del sueño que la activación somática. Algunos autores como Lacks (1987) y Espie (1991) han hecho énfasis en la importancia de la activación emocional como factor mediador potencial.

Por esta razón se sugiere que las cogniciones inapropiadas son importantes en el mantenimiento del insomnio, ya que al producir activación emocional perpetúan e insomnio (Morin, 1993).

Además se ha expuesto que el contenido y el tono afectivo de las cogniciones asociadas al sueño juegan un papel mediador más importante en el insomnio que el nivel de actividad cognitiva por sí solo (Hall, Buysse, Reynolds, Kupfer & Baum, 1996; Harvey, 2002).

De acuerdo con esto, la terapia cognitiva se centra en modificar estas cogniciones centrándose en los procesos de pensamiento que no son funcionales y en las respuestas afectivas a través de procedimientos de reestructuración cognitiva.

Algunos de las ideas erróneas relacionadas con el insomnio son las siguientes:

1. La valoración errónea de las dificultades con el sueño de tipo transitorio es frecuentemente un factor que favorece la aparición del insomnio crónico. Una alteración del sueño tiene más probabilidad de convertirse en un elemento causante de estrés si se percibe como el reflejo de una falta de autocontrol, que si se valora desde el punto de vista de las circunstancias atenuantes. Por ejemplo, interpretar una mala noche como el resultado de un día complicado en el trabajo, o de los problemas familiares, es más adaptativo que atribuirlo a una pérdida de la capacidad de dormir. Esta última puede generar ansiedad e indefensión aprendida y agravar el problema.
2. Las atribuciones falsas de los déficit diurnos al mal dormir pueden alimentar la profecía autocumplida. Los insomnes tienen la tendencia a atribuir todo lo malo del día al hecho de haber dormido mal durante la noche. El cansancio, la falta de energía, el bajo rendimiento, los problemas de concentración y las alteraciones del estado de ánimo frecuentemente se atribuyen a la falta de sueño. Algunas de estas secuelas pueden efectivamente estar relacionadas con la falta de sueño, pero la atribución desmesurada al insomnio puede ser contraproducente.
3. Tener expectativas poco realistas en relación a la necesidad de sueño es también de gran importancia. Los insomnes tienden a creer que se necesita un sueño de mínimo 8 horas de sueño para poder tener un adecuado funcionamiento diurno. Sin embargo, una idea muy rígida al respecto solamente consigue aumentar la ansiedad y favorecer el insomnio.
4. Las reflexiones excesivas, la magnificación, el catastrofismo, las sobregeneralizaciones, contribuyen en este sistema que se autopropaga. Entre los insomnes hay una tendencia a magnificar la dificultad para dormir y las secuelas diurnas. Una preocupación excesiva a veces desemboca en el catastrofismo. Después de varias noches consecutivas sin dormir bien, es frecuente que los insomnes lleguen a un estado de pánico, algunos se preguntan si serán capaces de volver a dormir algún día y otros creen que pueden sufrir un ataque

de nervios si no recuperan pronto el sueño. La amplia variabilidad que presentan los insomnes de una noche a otra en sus patrones de sueño con frecuencia se acompaña de una tendencia natural para recordar únicamente las noches malas y pasar por alto en las que se ha dormido bien. En estos casos los diarios de sueño son de gran utilidad para tener datos evidentes de las horas que duerme el paciente.

5. Las cogniciones disfuncionales sobre el sueño están estrechamente relacionadas con el distrés emocional y los patrones de conducta mal adaptados. El insomnio está frecuentemente acompañado por rasgos mixtos de ansiedad y depresión.

En resumen las metas principales del tratamiento son (Vela, 2007):

- Tratar los cuadros clínicos con los que esté asociado el insomnio, ya sean de manera causal o en forma de comorbilidad.
- Reducir la excesiva activación.
- Cambiar conductas.
- Reestructurar conductas.
- Reestructurar creencias y actitudes acerca del sueño, del insomnio y de sus consecuencias.

Para ello se utiliza un plan de tratamiento de tipo multidimensional que se basa en los siguientes aspectos (Morin et al., 2006):

- Medidas generales de higiene de sueño.
- Psicoterapia, que incluye técnicas cognitivo-conductuales.
- Terapia de control de estímulos.
- Restricción del tiempo en cama.
- Entrenamiento en relajación profunda.

Es importante que el especialista y el paciente revisen y analicen en conjunto cada uno de estos aspectos, ya que el éxito de la terapia depende en gran medida de que el paciente comprenda la importancia de cada uno de ellos y

que adquiriera un compromiso importante de llevar a cabo el tratamiento tal como se le indique.

A continuación serán descritas cada una de estas técnicas de intervención.

3.2.1 HIGIENE DE SUEÑO

La higiene de sueño fue descrita en 1939 por Kleitman y hoy en día sigue siendo una de las intervenciones más conocidas para el insomnio. La educación en higiene del sueño se recomienda junto con la terapia de restricción de tiempo en cama y la terapia de control de estímulos pero no se han encontrado resultados efectivos como monoterapia (Chesson y cols, 1999).

Esta técnica hace referencia a la práctica de hábitos de salud (dieta, ejercicio, ingesta de sustancias) y factores ambientales (luz, ruido, temperatura, tipo de colchón) que pueden beneficiar o perjudicar el sueño (Morin, 1994).

Esta técnica es utilizada con el fin de enseñar al paciente una serie de factores relacionados con el estilo de vida, entre los que se incluyen establecer horarios fijos para acostarse y para levantarse, disminuir el uso de estimulantes, alcohol, el ejercicio, entre otras.

Las medidas típicas de higiene de sueño que se proporcionan al paciente son las siguientes (Perlis, Jungquist, Smith & Posner, 2005):

1. Dormir sólo cuanto se necesite para sentirse bien al día siguiente.

Restringir el tiempo en cama ayuda a consolidar y profundizar el sueño. pasar demasiado tiempo en la cama fragmenta el sueño y hace que sea sólo superficial.

2. Levantarse a la misma hora todos los días, incluyendo fines de semana.

Debe levantarse a una hora regular todos los días sin importar el tiempo que se durmió la noche anterior. Un horario regular para acostarse y levantarse ayuda a regular el reloj biológico.

3. Actividad física regular.

La actividad física favorece el inicio del sueño y que este sea profundo, siempre y cuando no se tenga actividad intensa cerca de la hora de dormir.

4. Asegurar que el dormitorio sea confortable y libre de luz y ruido.

Un lugar confortable para dormir favorece la calidad de sueño y reduce la probabilidad de despertares durante la noche.

5. Asegurar que el dormitorio tenga una temperatura agradable durante la noche.

Demasiado calor o frío durante la noche puede perturbar el sueño.

6. Comer algo ligero antes de dormir y no ir a la cama con hambre.

Ir a la cama con hambre puede perturbar el sueño, comer algo ligero antes de dormir favorece el sueño pero deben evitarse comidas “pesadas”.

7. Evitar ingerir demasiados líquidos durante la tarde.

Reducir la cantidad de líquidos ingeridos cerca de la hora de dormir reduce la probabilidad de despertares para ir al baño.

8. No ingerir bebidas estimulantes.

Las bebidas con cafeína dificultan el inicio del sueño y pueden favorecer los despertares.

9. Evitar ingerir bebidas alcohólicas durante la tarde.

Aunque el alcohol pueda ayudar a algunas personas a iniciar el sueño de manera más fácil, este causa fragmentación del sueño.

10. Evitar el tabaco.

La nicotina es un estimulante. Debe tratar de no fumar cuando tenga problemas para dormir.

11. No llevar los problemas a la cama.

Las preocupaciones producen sueño superficial e interfieren con el inicio del sueño.

12. No esforzarse para dormir.

Esto solo hace que el problema empeore. Si no se puede dormir debe intentar relajarse, evite ponerse en actividad.

13. Retirar los relojes de la vista.

Ver la hora cuando no se puede dormir causa frustración, enojo y preocupación, esto interfiere con el sueño.

14. Evitar tomar siestas prolongadas.

No dormir durante el día aumenta la necesidad de sueño por la noche.

Es importante hacer énfasis en que el cumplimiento de estas medidas es primordial en el tratamiento, los resultados en la mejora del insomnio dependen del apego del paciente a las indicaciones que se le proporcionen.

3.2.2 CONTROL DE ESTÍMULOS

El control de estímulos propuesta por Richard Bootzin consiste en un conjunto de procedimientos de instrucción diseñados para ayudar a las personas que sufren insomnio a fortalecer la relación cama/dormitorio con el sueño, como claves para dormir. Así como restringir las conductas incompatibles con el sueño y regular el ciclo de sueño-vigilia (Bootzin, Smith, Frazen & Shapiro, 2010). Dichos procedimientos son:

- a) Ir a la cama sólo cuando se tenga sueño.
- b) Usar la cama y el dormitorio sólo para dormir y para la actividad sexual (es decir, no para leer, ver la tv, comer o trabajar).
- c) Levantarse de la cama e ir a otra habitación siempre que no sea posible quedarse dormido; quedarse allí realizando, si se desea, alguna actividad tranquila, y volver a la cama sólo cuando se tenga sueño de nuevo.
- d) Repetir este último paso tantas veces como sea necesario a lo largo de la noche.
- e) Levantarse por la mañana siempre a la misma hora aún si se ha dormido mal la noche anterior (Morin, 1994).

Esta intervención se fundamenta en el condicionamiento clásico, tal y como lo presentaba Morin (1993) en su modelo. El principal objetivo es extinguir la respuesta condicionada de excitación ante la cama y de conseguir que se dé una reasociación entre el dormitorio, la cama y la hora de dormir, con el sueño (Perlis, Jungquist, Smith & Posner, 2005).

Según el paradigma del control estimular, el insomnio es el resultado presente un condicionamiento inadecuado, de tal modo que los estímulos temporales (hora de acostarse) y ambientales (cama, dormitorio), que anteriormente favorecían el sueño, se han asociado con vigilia, frustración y activación. Por esta razón el principal objetivo terapéutico consiste en restablecer el control asociado entre el sueño y aquellas condiciones bajo las cuales éste tenía lugar anteriormente (Morin, 1994).

En la siguiente figura se ejemplifica por una parte lo que se busca lograr con la terapia de control de estímulos en contraste con un inadecuado control de estímulos. En esta se plantea como objetivo que el dormitorio y la cama sean utilizados únicamente para la actividad sexual y para dormir, evitando que se lleven a cabo otras actividades que interfieran con el sueño.

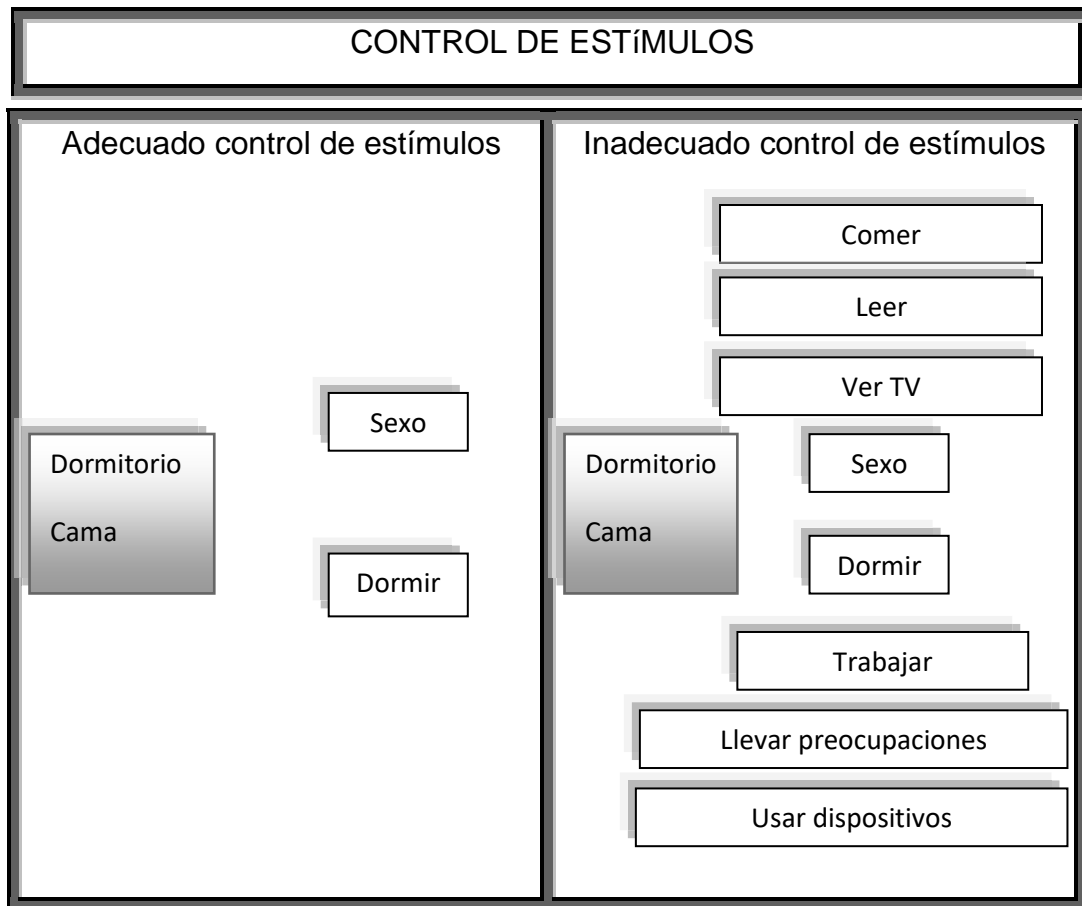


Figura 14. Control de estímulos.

3.2.3 RESTRICCIÓN DE TIEMPO EN CAMA (RTC)

Spielman, Saskin y Thorpy (1987) fueron los primeros en publicar acerca de los efectos favorables de esta técnica en el tratamiento del insomnio. Sin embargo, desde entonces han sido escasos los estudios que evalúen sus beneficios como monoterapia. No obstante suele incluirse en el tratamiento del insomnio en el 30 y el 50% de los casos (Smith et al., 2002).

Los insomnes suelen alargar la permanencia en la cama, acostándose más temprano o levantándose más tarde, por lo que el sueño acaba siendo superficial y fragmentado. Es por ello que ésta técnica trata de reducir las horas de sueño a su tiempo medio de sueño total (Spielman, Yang & Glovinsky, 2011).

El objetivo principal de la RTC es mejorar la calidad del sueño, asegurando un ciclo sueño-vigilia estable. Limitando el tiempo que el individuo pasa en cama con relación al tiempo que en realidad está durmiendo (Siebern, Suh & Nowakowski, 2012).

Con el objetivo de lograrlo se establece una hora fija para acostarse y para levantarse, limitando el tiempo que se pasa en la cama con relación al tiempo que se está durmiendo. Se recomienda que la restricción no sea menos a 4 o 5 horas y que se vaya aumentando la cantidad de sueño de forma paulatina, de 15 a 20 minutos cada semana, hasta que el paciente permanezca siete horas en la cama o hasta que la eficiencia sea óptima (Spielman, Saskin & Thorpy, 1987).

Los principales efectos de la restricción del sueño se asocian con una ligera privación de sueño que, a su vez, promueve un inicio más rápido del sueño, una mejora en la continuidad del mismo y un sueño más profundo. Este tratamiento puede producir somnolencia durante el día y, por tanto, hay que tener una especial precaución cuando se aplica en pacientes que realizan actividades peligrosas (Morin, 1994).

De acuerdo con el modelo de las 3P del insomnio (Spielman, 1987), las prácticas conductuales y las tendencias cognitivas que perpetúan el trastorno

del sueño son a menudo los objetivos principales en la intervención. Muchos de estos factores de perpetuación, tales como pasar demasiado tiempo en la cama, ansiedad previa al sueño, y la preocupación excesiva acerca de déficit de rendimiento durante el día, son abordados por la RTC (Spielman, Yang & Glovinsky, 2011).

Como se mencionó anteriormente, la RTC presenta cambios en cuanto al favorecimiento de lograr un sueño más profundo y más consolidado. Por tal motivo se le considera un "tratamiento activo", incluso si tiene efectos secundarios significativos los pacientes pueden estar seguros de que su problema de sueño se está resolviendo, y esto se traduce en menos preocupación por la noche. Si bien en un inicio no pueden esperar una noche larga de sueño, también hay menos probabilidad de que se presenten noches sin dormir (Spielman, Yang & Glovinsky, 2011).

3.2.4 PSICOTERAPIA

En relación a la psicoterapia como parte del tratamiento del insomnio, ésta puede ser útil como técnica complementaria en el tratamiento de los trastornos del sueño que son ocasionados o exacerbados por problemas psicológicos. El insomnio situacional producido por estresores familiares, maritales o laborales es tratado mejor dirigiéndose a las dificultades subyacentes. La terapia de apoyo y de resolución de problemas, que se focaliza en los factores precipitantes, sería la más apropiada en tales circunstancias (Morin, 1994).

La terapia cognitiva pretende cubrir dos objetivos fundamentales a corto y largo plazo. A corto plazo, eliminar los síntomas y las creencias disfuncionales subyacentes que presenta el paciente. A largo plazo, que adquiera las habilidades necesarias que le permitan, en el futuro, corregir las distorsiones cognitivas que vaya cometiendo y ayudarle a incorporar, como parte de su repertorio habitual, actitudes y formas de funcionamiento más adaptativos y racionales.

Los insomnes poseen un estilo cognitivo ansioso, que intensifica su respuesta afectiva a una mala noche de sueño, por lo tanto, la terapia cognitivo conductual se enfoca en cortar el círculo vicioso del insomnio, angustia emocional, cogniciones disfuncionales y posteriores problemas de sueño (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Los objetivos específicos de la TCCI serán entonces: a) expectativas irreales de sueño; b) errores conceptuales sobre las causas del insomnio; c) errores en las atribuciones/amplificaciones de sus consecuencias; d) ansiedad ante la situación originada por los excesivos intentos por controlar el proceso de sueño y e) indefensión aprendida asociada con la impredecibilidad percibida del sueño (Morin, 1993).

El fundamento para realizar este trabajo terapéutico es que estas cogniciones disfuncionales sobre el sueño son instrumentales, intensificando la activación emocional y exacerbando los problemas de sueño (Morin, 1994).

El supuesto es que, modificando tales cogniciones disfuncionales, se aliviará la angustia emocional y mejorarán los patrones de sueño. La terapia cognitiva implica, pues, identificar las cogniciones disfuncionales sobre el sueño específicas para cada paciente, desafiando su validez, y reemplazándolas por pensamientos más adaptativos y compatibles con el sueño (Morin, 1994).

3.2.5 ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN

Su desarrollo se debe a Edmund Jacobson (1939) quien comprobó en su laboratorio de fisiología clínica de Chicago que tensando y destensando una serie de músculos y percibiendo las sensaciones corporales que se producían, se eliminaban casi por completo las tensiones y contracciones musculares, induciendo un estado de relajación profunda.

El objetivo de este entrenamiento se centra en reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular.

El procedimiento para conseguirlo consiste en tensar y destensar los diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen

en cada situación. Durante la fase de tensión, la contracción del músculo debe notarse, facilitando así la percepción de las sensaciones asociadas a la tensión, a su vez la percepción de la tensión lleva a discriminar mejor y la respuesta de relajación subsiguiente, y a abundar en ella. En la fase de distensión no se debe de realizar ningún esfuerzo activo y simplemente consiste en permanecer pasivo experimentando el alargamiento muscular que se produce al soltar rápidamente toda la tensión.

Como se ha indicado, la ejecución consiste en tensar y destensar inicialmente 16 grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación. A continuación se presentan algunas indicaciones acerca de cómo lograr la tensión en cada grupo muscular.

Indicaciones para llevar a cabo la relajación

1. Mano y antebrazo dominantes.	Apretar el puño dominante.
2. Brazo dominante.	Apretar el codo contra el brazo del sillón.
3. Mano y antebrazo no dominantes.	Apretar el puño no dominante.
4. Brazo no dominante.	Apretar el codo contra el brazo del sillón.
5. Frente.	Levantar las cejas con los ojos cerrados y arrugar la frente.

6. Ojos y nariz.	Apretar los párpados y arrugar la nariz.
7. Boca.	Apretar las mandíbulas, sacar la barbilla hacia fuera y presionar el paladar con la lengua.
8. Cuello y garganta.	Empujar la barbilla contra el pecho pero hacer fuerza para que no lo toque.
9. Pecho, hombros y parte superior de la espalda.	Arquear la espalda como se fueran a unir los omóplatos entre sí.
10. Región abdominal o estomacal.	Poner el estómago duro y tenso.
11. Muslo dominante.	Apretar el muslo contra el sillón.
12. Pantorrilla dominante.	Doblar los dedos del pie dominante hacia arriba.
13. Pie dominante.	Doblar los dedos hacia adentro sin levantar el pie del suelo.

14. Muslo no dominante.	Apretar el muslo contra el sillón.
15. Pantorrilla no dominante.	Doblar los dedos del pie hacia arriba.
16. Pie no dominante.	Doblar los dedos hacia dentro sin levantar el pie del suelo.

Figura 15. Entrenamiento en relajación progresiva (Díaz, Villalobos & Ruiz, 2012).

Además de la relajación muscular progresiva, otra herramienta efectiva para bajar los niveles de ansiedad, ya sea durante el día o previo a prepararse para dormir, es la técnica del control de la respiración.

Estas técnicas tienen como objetivo enseñar a las personas a mejorar la capacidad funcional de sus pulmones, al tiempo que regulan su ritmo natural respiratorio. Se trata de que la persona aprenda el control voluntario de su respiración, de forma que lo pueda aplicar en las situaciones donde la respiración se encuentra alterada. Al conseguir una respiración diafragmática y un ritmo respiratorio lento se reduce la activación fisiológica y psicológica, suscitándose una sensación generalizada de tranquilidad y bienestar (Speads, 1988).

En ocasiones se suelen combinar las técnicas de respiración con imaginación guiada en las formas de entrenamiento de la relajación, aunque, ha recibido poca investigación de apoyo como tratamiento único. La imaginación guiada es generalmente un ejercicio de evocación, ya que los pacientes tienden a elegir imágenes de lugares de su pasado que eran relajantes.

Generalmente, una escena agradable de la naturaleza es ideal. A los pacientes se les pide que cierren los ojos, encuentren una posición cómoda y seleccionen una imagen que encuentren relajante, que hayan experimentado y que sea

relativamente reciente en su memoria. A continuación, se les guía haciendo la imagen lo más realista posible, centrándose en los detalles de la escena y utilizando los cinco sentidos (es decir, visión, oído, olfato, gusto y tacto). Se debe tomar en cuenta que no todo el mundo es bueno con la imaginación, por lo tanto tener precaución con esta técnica (Lichstein, Taylor, McCrae & Thomas, 2011).

Las técnicas descritas en este capítulo conforman el TCCI, considerada el tratamiento de primera elección para dicho trastorno. Respecto a estas técnicas no se tiene evidencia de su eficacia como monoterapias, sin embargo, existen diversos estudios en donde se ha investigado la eficacia del TCCI. En el cuadro siguiente se describen trabajos de investigación que aportan evidencia al respecto.

Eficacia del TCCI

Autor	Titulo	Objetivos	Resultados	Conclusiones
Quesnel, C., Savard, J., Simard, S., Ivers, H. and Morin C. (2003).	Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia in Women Treated for Nonmetastatic Breast Cancer	Este estudio investigó la eficacia de una intervención cognitivo-conductual multimodal para mujeres que habían sido tratadas por cáncer de mama no metastásico.	Entre el 50% y el 100% de los pacientes que completaron la intervención lograron una mejoría del sueño clínicamente significativa en el post-tratamiento, y esta proporción alcanzó entre 71% y 86% a los 6 meses de seguimiento. Estos resultados son consistentes con estudios previos que han documentado la eficacia de los tratamientos psicológicos para el insomnio en la población general. De hecho, entre el 70% y el 80% de las personas que sufren de insomnio primario (es decir, no están asociadas con una enfermedad física) se benefician de una intervención psicológica (Murtagh y Greenwood, 1995).	Los hallazgos mostraron que el tratamiento produjo una mejoría significativa del sueño en todos los pacientes que completaron la intervención. Los datos subjetivos del diario del sueño fueron corroborados por evaluaciones polisomnográficas. Además, las mejoras del sueño se mantuvieron bien con el tiempo. El tratamiento del insomnio se asoció con una reducción significativa de los síntomas depresivos y la fatiga física, así como con un aumento significativo de la calidad de vida.
Morin, C., Bootzin, R., Buysse, D., Edinger, J., Espie, C. and Lichstein, K. (2006).	Psychological and Behavioral Treatment of Insomnia: Update of the recent evidence (1998-2004).	Proporcionar una actualización de la evidencia sobre la eficacia, la efectividad, la durabilidad y la generalización de las intervenciones psicológicas y conductuales para el	El TCCI produjo cambios en los parámetros de sueño de los individuos con insomnio primario o insomnio asociado a condición médica y trastornos psiquiátricos. Nueve estudios han documentado los beneficios del tratamiento del insomnio en adultos mayores o para facilitar la suspensión del medicamento en usuarios crónicos de	La revisión de los estudios realizados entre 1998 y 2004 proporciona evidencia adicional de que las intervenciones psicológicas y conductuales representan una opción de tratamiento eficaz para el manejo del insomnio. Además de los estudios que documentan la

		insomnio.	hipnoticos.	eficacia del tratamiento para el insomnio primario, estudios indican que el tratamiento también es eficaz para el insomnio asociado a condiciones médicas y en menor medida con condiciones psiquiátricas. Los beneficios del tratamiento se mantienen con el tiempo. Todavía hay evidencia limitada de cambios clínicamente significativos más allá de las reducciones de los síntomas de insomnio.
Mitchel, M., Gehrman, P., Perlis, M. and Umscheid, C. (2012).	Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review.	Examinar la evidencia más actualizada que compara el TCCI con medicamentos en pacientes con insomnio primario y comorbido y evaluar la eficacia comparativa de estos tratamientos.	5 estudios cumplieron los criterios para el análisis. La evidencia de grado bajo a moderado sugiere que el TCCI tiene una eficacia superior a las benzodiacepinas y no-benzodiacepinas a largo plazo, mientras que pruebas de grado bajo sugieren que las benzodiacepinas son más efectivas a corto plazo. Muy baja evidencia apoya el uso de TCCI para mejorar los resultados psicológicos.	La evidencia de sugiere que seis meses o más después de que se completa la terapia tiene mayor efectividad que los medicamentos para el insomnio. Se necesita investigación adicional para validar su eficacia en estudios a largo plazo más allá de 1-2 años. También se necesita investigación adicional para establecer el beneficio de la TCCI con respecto a los resultados psicológicos.

Figura 16. Eficacia de la TCCI.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

A continuación presentaré la discusión del trabajo de acuerdo con la literatura consultada. Se buscaron diversas fuentes para definir algunos de los conceptos básicos sobre sueño, que nos ayudarían a comprender de mejor manera al insomnio y posteriormente al TCCI.

Se consideró importante en primera instancia revisar la definición que se le da al sueño en los escritos más actualizados sobre dicho tema.

Existe evidencia de que desde épocas muy remotas el sueño es un tema que ha generado interés entre filósofos y científicos, quienes han intentado dar explicación a lo que sucede en dicho estado. Desde la interpretación del contenido onírico hasta los procesos fisiológicos que se presentan durante el sueño, han sido temas que han propiciado el desarrollo de diversas teorías (Pérez, Salín, Valencia & Castorena, 2009).

Actualmente gracias a la investigación básica y a los avances en tecnología se ha podido estudiar al sueño de manera científica permitiendo con esto dar explicación a grandes interrogantes sobre distintos fenómenos presentes tanto en su manifestación sana como por efecto de su privación, ya sea total o parcial.

Lo que ha llevado a tener conocimiento acerca de las funciones con las que cumple este proceso. Desde su función a nivel fisiológico (Pedemonte, 2010) en donde se incluyen funciones con relación en diversos procesos endocrinos, metabólicos, de crecimiento, del sistema inmune (Morin, 2003) y de restauración de energía (Benington & Heller, 1995), entre otros.

Por otra parte hay algunos autores que hablan de los efectos en las habilidades cognitivas del ser humano, describen efectos a nivel de atención, concentración y memoria (Ramos, 2010).

Y otros autores (Vicente, 2010) describen también la función del sueño con relación en el desempeño diurno de las personas, tanto en ámbitos laborales como del hogar debido al aumento de riesgo de accidentes por la disminución del estado de alerta.

Al mismo tiempo se han realizado estudios en donde se analiza la relación entre el sueño, el estado de salud y el bienestar psicológico de las personas, encontrando una relación directa entre una adecuada calidad de sueño y una óptima calidad de vida (Miró, Cano, & Buela, 2005).

También se ha estudiado también de manera puntual los diferentes fenómenos que perturban la manifestación sana del sueño. Llegando a conseguir clasificarlos. Como ya se abordó de manera detallada en el capítulo II.

En 1979 la Asociación de Centros de Trastornos del Sueño publicó el primer sistema de clasificación de trastornos del sueño que se llamó Clasificación Diagnóstica de los Trastornos del Sueño y la Activación. En esta clasificación a las variantes del insomnio se les agrupó en la sección llamada Trastornos de Inicio y Continuidad del Sueño (TICS); en la que se incluían los síntomas de insomnio en las siguientes categorías:

Psicofisiológico, secundario a trastornos psiquiátricos, asociado con el uso de alcohol o drogas, secundario a trastornos respiratorios o musculares durante el sueño, a otras condiciones médicas, tóxicas o ambientales, insomnio infantil y otras variantes del insomnio.

Años más tarde se pudo identificar que algunos trastornos del sueño descritos en 1979 no habían sido estudiados de forma sistemática por lo que no podía considerarse que en realidad fueran trastornos de sueño en sí mismos. Por esta razón, en 1990 se publicó la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño. En esta clasificación, en el grupo llamado disomnias se describían los síntomas de insomnio provocados por factores intrínsecos o por factores extrínsecos al organismo.

A partir de 1990 se planteó el concepto de 3 insomnios primarios:

- Insomnio psicofisiológico o aprendido.
- Falsa percepción del tiempo de sueño.
- Insomnio idiopático.

Además de insomnios secundarios a enfermedades psiquiátricas, neurológicas, otras condiciones médicas, higiene inadecuada del sueño; entre otras.

Posteriormente en el 2005 se publicó la segunda Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño en la que se describen 11 subtipos de insomnio. En este sistema de clasificación se mantuvo el concepto de insomnios primarios y secundarios.

La carencia de investigación para validar los diferentes subtipos de insomnio, así como la gran frecuencia en la que un mismo paciente podía cumplir con los criterios de diagnóstico de varios subtipos de insomnio (por ejemplo, todos los pacientes insomnes tienen higiene inadecuada de sueño y datos de insomnio psicofisiológico) hizo necesario cambiar el sistema de clasificación (Jímenez, Ramos, Gutierrez, & Marin, 2016).

La última de estas revisiones fue publicada en el año 2014, en donde el insomnio se vio modificado. Actualmente se hace sólo la distinción entre insomnio crónico e insomnio agudo o de corta duración.

En cuanto a datos epidemiológicos del insomnio, se encontró que las tasas reportadas en los estudios varían ampliamente (de 3% a 20%), dependiendo de la población estudiada, el intervalo de tiempo (por ejemplo de 1 año o 10 años) y la definición de insomnio utilizada, es decir, el insomnio como trastorno o como síntoma. Sin embargo, se calcula que aproximadamente el 9% de la población general sufre de manera regular insomnio y alrededor del 30% lo padece de manera ocasional, además se sabe que es más frecuente en mujeres, individuos con trastornos psiquiátricos, comorbilidades medicas y que describen su estilo de vida como estresante (LeBlanc, 2009).

Considerando la prevalencia de este trastorno y la estrecha relación que existe entre calidad de sueño y calidad de vida, realizar un adecuado diagnóstico y dar un tratamiento efectivo al insomnio se convierte en un tema de importancia.

En este sentido se ha considerado a la Terapia Cognitivo Conductual como el tratamiento de primera elección en pacientes con insomnio.

La Terapia Cognitiva formulada y desarrollada por Aaron Beck a principios de los años sesenta, tiene desde sus inicios un marco conceptual coherente para cada uno de los trastornos y un conjunto de técnicas de intervención para el tratamiento de problemas emocionales así como indicaciones claras de cómo conducir el proceso terapéutico (Ruiz, 2012). Además ha sido caracterizada por su marcado interés por poner a prueba y someter a contrastación empírica tanto sus modelos teóricos como sus procedimientos de intervención, siendo una de las orientaciones psicoterapéuticas que mayor número de investigaciones ha generado.

Por otro lado las técnicas conductuales han demostrado ser un complemento importante en la intervención aplicada a diversos trastornos psicológicos, permitiendo así que en el ámbito clínico se puedan brindar resultados favorables que pueden observarse a corto plazo, pero también a largo plazo, pues brindan a los pacientes herramientas para enfrentar, situaciones futuras.

Si bien la finalidad de las técnicas conductuales es lograr, en sí, un cambio en la conducta, en la terapia cognitiva esto significa un medio para conseguir la modificación de cogniciones de los pacientes.

El hecho de hacer cosas que antes no se hacían, permite evidenciar cómo algunos pensamientos influyen negativamente en sus emociones, motivación y conducta.

Estas técnicas permiten que el paciente inicie acciones que le ayuden a reducir los pensamientos obsesivos, modificar actitudes poco adecuadas y obtener sentimientos de bienestar (Ruiz, 2012).

Es el caso del TCCI, la cuál a través de la aplicación de técnicas conductuales y la intervención cognitiva, busca que el paciente insomne al hacer una

modificación de su estilo de vida y de sus cogniciones al respecto a su problema de sueño, adquiriera hábitos compatibles con el sueño e identifique pensamientos erróneos, lo cual le permitirá ir mejorando gradualmente su tiempo y calidad de sueño.

En contraste con el tratamiento farmacológico para el insomnio, el TCCI no dará resultados evidentes en la primer noche, su efecto podrá ser observado, dependiendo del apego de cada paciente, después de un par de semanas, sin embargo, ofrece un efecto de mayor prolongación y sin efectos secundarios adversos.

El uso de medicamentos hipnóticos o benzodiazepinas representa una solución rápida para la mayoría de los pacientes insomnes y dada su naturaleza ansiosa será lo que más le sea atractivo para solucionar su problema, sin embargo, pocas veces se informa acerca de los efectos adversos de dichos fármacos; tales como las altas probabilidades de producir síndrome de tolerancia y abstinencia si no se tiene una adecuada supervisión sobre su consumo.

Es indispensable explicar al paciente que el insomnio no se corrige en una noche y que a medida que modifique sus hábitos de sueño y su estilo de vida la mejoría en el tiempo y calidad de sueño será más evidente y sobre todo perdurable.

En este sentido es importante promover la adherencia al tratamiento y crear conciencia en los pacientes respecto a que el TCCI requiere seguimiento por parte del especialista.

El insomnio y en general los trastornos de sueño, constituyen un problema de salud pública que amerita la creación de programas preventivos y de atención clínica especializada para su adecuado diagnóstico y tratamiento.

Una mejor comprensión de la duración de la enfermedad persistente sería útil para guiar el desarrollo de programas eficaces de prevención e intervención de la salud pública para lograr resultados a largo plazo (Morin, 2009).

La principal implicación de la práctica clínica sería que cuando el paciente reporta insomnio que cumple con el umbral de diagnóstico, los clínicos deben

iniciar el tratamiento y no esperar que la enfermedad remita espontáneamente. Esto es importante debido a que los individuos con insomnio no reciben tratamiento, y el insomnio no tratado se asocia con resultados negativos a largo plazo.

Dada su alta prevalencia y la estrecha relación que existe entre la calidad de sueño y la calidad de vida de las personas, sería importante considerar que se diseñen políticas de salud pública que incluyan la promoción y el favorecimiento de un adecuado descanso, además, de atención especializada a los trastornos de sueño como parte de los servicios públicos de salud.

Es necesario que se realicen estudios epidemiológicos en población mexicana para conocer la prevalencia actual del insomnio, además, de evaluar en nuestra población la efectividad del TCCI en contraste con el tratamiento farmacológico. Por lo tanto futuros trabajos de investigación respecto al insomnio podrían diseñarse con el objetivo de evaluar de manera metodológica la efectividad del TCCI en población mexicana.

Referencias Bibliográficas

Aguirre-Navarrete, R. I. (2007). Bases anatómicas y fisiológicas del sueño. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 15, 2-3.

Alvarado, R., Morales, M. & Espinoza, J. (1995). Frecuencia del insomnio en el área metropolitana de la ciudad de México. *Archivos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía*, 10(3), 130.

American Academy of Sleep Medicine. (2005). International classification of sleep disorders: Diagnostic and Coding Manual 2nd Ed. Westchester IL.

American Academy of Sleep Medicine. (2014). International Classification of Sleep disorders 3ª ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine.

Attarian, H. P., Nishit-Davis, P., Jungquist, C. & Perlis, M. L. (2004). Defining Insomnia. In: Attarian, H. P. *Clinical Handbook of Insomnia*. Humana Press, New Jersey.

Bains, O. S. (2006). Insomnia: Difficulty Falling and Staying Asleep. In: Watson, N. F., Vaughn, B. V. (Ed.). *Clinician's guide to sleep disorder*, (pp. 83-108). New York: Tylor & Francis Group.

Baker, H. I. (2009). El Insomnio. En F.M., Valencia, P. J., Pérez, P. R., Salín, V. S., Meza, (Ed.), *Trastornos del Dormir*. (pp. 615-634). México: Mc GrawHill.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, Guilford Press.

Bennington, J.H. & Heller, H.C. (1995). Restoration of brain energy metabolism as the function of sleep. *Progress in Neurobiology*, 45, 347-365.

Bonnet, M. H., Arand, D. L. (1995). 24-hour metabolic rate in insomniacs and matched normal sleepers. *Sleep*, (18)58, 1-8.

Bootzin, R. R. (2010). Stimulus Control Therapy. In: M. J., Sateia, & D. J., Buysse, (Ed.). *Insomnia: Diagnosis and treatment* (pp. 21-30). UK: Inform Healthcare.

Buscemi, N., Vandermeer, B., Friesen, C., Bialy, L., Tubman, M., Ospina, M., Klassen, T. P. & Witmans, M. (2007). The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults: a meta-analysis of RCTs. *Journal of general internal medicine*, 22(9), 1335.

Cambrodi, R. M. (2010). Clasificación de los trastornos de sueño. En Romero, S. T. *Trastornos del sueño*. (pp. 21-41). Barcelona: Vanguard Gráfico.

Carrillo, M., Ramírez P. & Magaña, V. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: Antología para es estudiante universitario. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 56(4), 5-14.

Castro R. R. (1997). Tratamiento farmacológico del insomnio. *Archivo de Neurociencias*. 2(3), 195-9.

Chesson, A.L., Anderson, W. M., Littner, M., Davila, D., Hartse, K., Johnson, S., Wise, M. & Rafecas, J. (1999). Practice parameters for the nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep*, 22, 1128-1133.

Contreras, G.N. & Jiménez, C.U. (2008). Higiene de sueño. En: Mendoza N. V., Sánchez R.M. & Correa M.E.(Ed.), Estrategias para el control de enfermedades crónico degenerativas a nivel comunitario, (pp. 76-98). México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

Culebras, A. (2010). Case studies in Sleep Neurology Common and Uncommon Presentations. Cambridge: Cambridge University Press.

Díaz, G. M., Villalobos, C. A. & Ruiz, F. M. (2012). La desensibilización sistemática y técnicas de relajación. En: F. M., Ruiz, G. M., Díaz, & C.A., Villalobos, Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales (pp. 327-274). Bilbao: Desclée De Brouwer.

Duran, H. P., Miranda, A. M. & Cintra, M. L. (2010). Ontogenia: del sueño del infante al anciano. En: R. Murillo, (Ed.), Hypnos, investigación básica y clínica del sueño. (pp. 27-45). México: Universidad Anáhuac Mayab.

Espie, C. A. (1991). The psychological treatment of insomnia. USA: Wiley.

Fernández, C.K. (2013). Contribuciones estadísticas en la elaboración de la Escala Mexicana de Calidad de Sueño (Tesis de Especialización en Estadística). Universidad Veracruzana. México.

Ferrareli, F. & Benca, R. M. (2010). Neurophysiology and neuroimaging of human sleep. In: J. W. Winkelman, D. T. Plante (Eds.). Foundations of Psychiatric Sleep Medicine (pp. 36-58). Cambridge University Press.

González, P. A. (2009). Trastornos del sueño. *El Periódico de los Médicos*, 32 (385).

Guarneros, R. D. (2013). Evaluación de un programa psicoeducativo de trataiento cognitivo conductual para pacientes con insomnio. (Tesis de Maestría en Psicología). Universidad Nacional Autónoma de México.

- Hall, M., Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Kupfer, D. J., & Baum, A. (1996). Stress-related intrusive thoughts disrupt sleep onset and contiguity. *Sleep Research*, 25, 163.
- Harvey, A.G. (2000). Pre-sleep cognitive activity in insomnia: a comparison of sleep onset insomniacs and good sleepers. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(3), 275–286.
- Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 869–893.
- Healey, E.S., Kales, A., Monroe, L.J., Bixler, E.O., Chamberlin, K., & Soldatos, C.R. (1981). Onset of insomnia: role of life-stress events. *Psychosomatic Medicine*, 43, 439-45.
- Hirshkowitz, M., Moore, C. A. & Minhoto G. (1997). The Basics of Sleep. In: Pressman, M. R. (Ed), Orr, W.C. (Ed). *Understanding Sleep: The evaluation and treatment of sleep disorders. Application and practice in health psychology.* (pp. 11-34). Washington: American Psychological Association. DOI: 10.1037/10233-000
- Holbrook, A. M., Crowther, R., Lotter, A., Cheng, Ch. & King, D. (2000). The diagnosis and management of insomnia in clinical practice: A practical evidence-based approach. *JAMC 25 Anniversary*, 162(2), 216-220.
- Jiménez, C., Haro, R., Poblano, A., Arana-Lechuga, Y., Terán-Pérez, G., González-Robles, R. O. & Velázquez-Moctezuma, J. (2009). Mexican Version of the Epworth Sleepiness Scale. *The Open Sleep Journal*. 2, 6-10.
- Jiménez, C. U., Ramos, A. M., Gutiérrez, E. R. & Marin, A. H. (2016). Insomnio crónico. En: A. Poblano, U. Jiménez. (Eds). *Trastornos del sueño en casos clínicos.* (pp. 51-69). Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, 21(3), 26-31.
- Kryger, M.H., Roth, T. & Dement, W.C. (2011). *Principles and Practice of Sleep Medicine*, 5th ed. Canada: ELSEVIER.
- Lacks, P. (1987): *Behavioral treatment of persistent insomnia*, Elmsford, NY, Pergamon Press. Cit. en P. J. Hauri (ed.). (1991). *Stimulus control in a group setting. Case studies in insomnia* (pp. 29-47). New York: Plenum Press.
- LeBlanc, M., Mérette, C., Savard, J., Ivers, H., Baillargeon, L., & Morin, C.M. (2009). Incidence and risk factors of insomnia in a population-based sample. *Sleep*, 32,1027-1037.

Matthew R. E. & Spielman A.J. (2009). Non-pharmacological treatments for insomnia. *Journal of Behavioral Medicine*. 32, 244-254. DOI 10.1007/s10865-008-9198-8.

Miró, E., Cano-Lozano, M. C. & Buena-Casal, G. (2005). Sueño y Calidad de Vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 11-27.

Montes-Rodríguez, C. J., Rueda-Orozco, P.E., Urteaga-Urías, E., Aguilar-Roblero R. & Próspero-García O. (2006). De la restauración neuronal a la reorganización de los circuitos neuronales: una aproximación a las funciones del sueño. *Revista de Neurología*, 43(7), 409-415.

Morgenthaler, T., Kramer, M., Alessi, C., Friedman, L., Boehlecke, B., Brown, T., Coleman, J., Kapur, V., Lee-Chiong, T., Owens, J. & Pancer, J. (2006). Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An American Academy of Sleep Medicine report. *SLEEP-NEW YORK THEN WESTCHESTER*, 29(11), 1415.

Montes-Rodríguez, C. J., Rueda-Orozco, P. E., Arteaga-Urías, E., Aguilar-Roblero, R. & Próspero-García, O. (2006). De la restauración neuronal a la reorganización de los circuitos neuronales: una aproximación a las funciones del sueño. *Revista de Neurología*, 43(7), 409 - 415.

Morin, C. M. (1993). *Insomnio: Asistencia y tratamiento psicológico*, Barcelona: Editorial Ariel.

Morin, C. M. (1994). Perspectivas psicológicas en el diagnóstico y tratamiento del insomnio. *Psicología Conductual*, 2(3), 261-282.

Morin, C. M. & Espie, C. A. (2003). *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.

Morin, C. M., LeBlanc, M., Daley, M., Gregoire, J.P. & Mérette, C. (2005). Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Medicine*, 7(2006), 123-130.

Nenclares, P. A. & Jiménez, G. A. (2005). Estudio de validación de la traducción al Español de la Escala Atenas de Insomnio. *Revista de Salud Mental*, 28(5), 34-39.

O'Donovan, M. C. & McGuffin, P (1993). Short acting benzodiazepines. *BMJ*, 306, 945-946.

Pedemonte, M. & Velluti, R. A. (2007). Fisiología general del sueño. Neurofisiología Imaginología cerebral durante el sueño. Master en Sueño: Fisiología y Medicina. (pp. 313-342). España: Viguera Editores.

- Pérez-Padilla, R., Salín-Pascual, R., Valencia-Flores, M. & Castorena, A. (2009). La medicina del sueño: evolución histórica y situación actual. En F.M., Valencia, P. J., Pérez, P. R., Salín, V. S., Meza, (Ed.), *Trastornos del Dormir*. (pp. 23-35). México: Mc GrawHill.
- Perlis, M. L., Smith, M. T., Jungquist, C. R., Nowakowski, S., Orff, H. & Soeffing, J. (2004). Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia. In: Attarian, H. P. (Ed) *Clinical Handbook of Insomnia*. (pp. 155-171). New Jersey: Human Press.
- Perlis, M.L., Jungquist, C., Smith, M.T., & Posner, D. (2009) *Insomnio. Una guía cognitivo conductual de tratamiento*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ramos, A. M. (2016). Síndrome de sueño insuficiente. En: A. Poblano, U. Jiménez. (Eds). *Trastornos del sueño en casos clínicos*. (pp. 70-82). Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. & Páez F. (2001) Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2) 211-218.
- Ruiz, F. M., Villalobos, C. A. & Díaz, G. M. (2012). Terapia Cognitiva En: F. M., Ruiz, G. M., Díaz, & C.A., Villalobos, *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (pp. 363-404). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sakkas, P. & Soldatos, C.R. (2006). Primary insomnia: diagnosis and treatment. In: Pandi_Perumal, S.R. & Monti, J.M. (Ed). *Clinical Pharmacology of Sleep*. (pp. 11-19). Germany: Birkhäuser Verlag.
- Sarraís, F. y De Castro, M. P. (2007). El Insomnio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(1) 121-134.
- 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.
- Siebern, A. T., Suh, S. & Nowakowski. (2012). Non-Pharmacological Treatment of insomnia. *Neurotherapeutics*, 9, 717-712. DOI 10.1007/s13311-012-0142-9
- Sierra, J.C., Jiménez-Navarro, C. & Martín-Ortiz, J.D. (2002). Calidad del Sueño en estudiantes universitarios: Importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental*, 25(6) 35-43.
- Smith M.T., Nowakowski S. & Perlis M.L.(2003). Primary insomnia: diagnostic issues, treatment, and future directions. In: Perlis, M. & Lichstein, K., (Ed). *Treating Sleep Disorders: Principles and Practice of Behavioral Sleep Medicine*. (pp. 214-261). Hoboken: JohnWiley & Sons, Inc.

Smith, M. T., Perlis, M. L., Park, A., Smith, M. S., Pennington, J., Giles, D. E., & Buysse, D. J. (2002). Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *American Journal of Psychiatry*, 159(1), 5-11.

Spielman, A. J., Caruso, S. & Glovinsky, P. B. (1987). A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatric Clinic North America*, 10, 541-553.

Spielman, A. J. & Glovinsky, P. B. (1991). The varied nature of insomnia. In P. J., Hauri (Ed.). *Case studies in insomnia*. New York: Plenum Pres.

Spielman, A.J., Saskin, P., Thorpy, M.J. (1987) Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep*; 10, 45-56.

Spielman, A. J, Yang, CH. M. & Glovinsky, P. B. (2011). Sleep restriction therapy. In: Perlis, M., Aloia, M. & Kuhn B. (Ed.) *Behavioral Treatments for Sleep Disorders*, (pp. 9- 19). Oxford: ELSEVIER.

Tafoya, R. S. y Lara, M. M. (2011). Intervenciones no farmacológicas en el insomnio primario: La evidencia de los ensayos clínicos controlados en los últimos diez años (1998-2008). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(2) 310-335.

Valencia, F. M., Salin, P. R. & Pérez, P. R. (2009). Clasificación Internacional de Trastornos del Dormir. En F.M., Valencia, P. J., Pérez, P. R., Salín, V. S. Meza, (Ed.), *Trastornos del Dormir*. (pp. 187-267). México: Mc GrawHill.

Vela, B. A. (2007). Insomnio. *Master en Sueño: Fisiología y Medicina*. (pp. 313-342). España: Viguera Editores.

Vicente, R. M. (2010). Neurobiología del Sueño. En: Romero, S. T. (Coord.), *Trastornos del Sueño*. (pp. 7- 20). Barcelona: Vanguard Gráfico.

APÉNDICES

APÉNDICE 1

Escala de Somnolencia Epworth

INSTRUCCIONES:

Qué tan frecuentemente **se queda dormido o tiene necesidad de dormir** en cada una de las siguientes situaciones **durante el día**.

1. Sentado leyendo:

Nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
-------	---------	----------------	--------------

2. Viendo la televisión:

Nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
-------	---------	----------------	--------------

3. Sentado inactivo, en un lugar público:

Nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
-------	---------	----------------	--------------

4. Como pasajero en un viaje de una hora (o más) sin paradas:

Nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
-------	---------	----------------	--------------

5. Acostado, descansando por la tarde:

Nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
-------	---------	----------------	--------------

6. Sentado platicando con alguien:

Nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
-------	---------	----------------	--------------

7. Sentado cómodamente después de comer sin haber ingerido alcohol:

Nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
-------	---------	----------------	--------------

8. Viajando en un transporte detenido en el tráfico:

Nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
-------	---------	----------------	--------------

APÉNDICE 2

Escala Atenas de Insomnio

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: ____ Sexo: _____

INSTRUCCIONES: Esta escala está diseñada para registrar su propia percepción de cualquier dificultad en el dormir que usted pudiera haber experimentado. Por favor marque (encerrando en un círculo el número correspondiente) la opción debajo de cada enunciado para indicar su estimación de cualquier dificultad, siempre que haya ocurrido durante la última semana.

Inducción del dormir (tiempo que le toma quedarse dormido una vez acostado).

0. Ningún problema.
1. . Ligeramente retrasado.
2. . Marcadamente retrasado.
3. . Muy retrasado o no durmió en absoluto.

Despertares durante la noche.

0. Ningún problema.
1. Problema menor.
2. Problema considerable.
3. Problema serio o no durmió en absoluto.

Despertar final más temprano de lo deseado.

0. No más temprano.
1. Un poco más temprano.
2. Marcadamente más temprano.
3. Mucho más temprano o no durmió en lo absoluto.

Duración total del dormir.

0. Suficiente.
1. Ligeramente insuficiente.
2. Marcadamente insuficiente.
3. Muy insuficiente o no durmió en absoluto.

Calidad general del dormir (no importa cuánto tiempo durmió usted).

0. Satisfactoria.
1. Ligeramente insatisfactoria.
2. Marcadamente insatisfactoria.
3. Muy insatisfactoria o no durmió en absoluto.

Sensación de bienestar durante el día.

0. Normal.
1. Ligeramente disminuida.
2. Marcadamente disminuida.
3. Muy disminuida.

Funcionamiento (físico y mental) durante el día.

0. Normal.
1. Ligeramente disminuido.
2. Marcadamente disminuido.
3. Muy disminuido.

Somnolencia durante el día.

0. Ninguna.
1. Leve.
2. Considerable.
3. Intensa

APÉNDICE 3

INVENTARIO DE BECK BDI*

Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____
Escolaridad: _____
Ocupación: _____
Domicilio(Colonia y Delegación): _____

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente. Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

- | | | |
|---|--|--|
| 1 | 0. Yo no me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo. | 3. Me siento culpable todo el tiempo. |
| 2 | 0. En general no me siento descorazonado por el futuro.
1. Me siento descorazonado por mi futuro.
2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro.
3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar. | 6 0. Yo no me siento que esté siendo castigado.
1. Siento que podría ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que he sido castigado. |
| 3 | 0. Yo no me siento como un fracasado.
1. Siento que he fracasado más que las personas en general.
2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos.
3. Siento que soy un completo fracaso como persona. | 7 0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo.
1. Estoy desilusionado de mí mismo.
2. Estoy disgustado conmigo mismo.
3. Me odio. |
| 4 | 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo.
1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.
2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo. | 8 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas.
1. Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores.
2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede. |
| 5 | 0. En realidad yo no me siento culpable.
1. Me siento culpable una gran parte del tiempo.
2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo. | 9 0. Yo no tengo pensamientos suicidas.
1. Tengo pensamientos suicidas pero llevaría a cabo.
2. Me gustaría suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad. |
| | | 10 0. Yo no lloro más de lo usual.
1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo.
2. Actualmente lloro todo el tiempo.
3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo. |

- 11 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar.
1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado todo el tiempo.
3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo.
- 12 0. Yo no he perdido el interés en la gente.
1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar.
2. He perdido en gran medida el interés en la gente.
3. He perdido todo el interés en la gente.
- 13 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho.
1. Pospongo tomar decisiones más que antes.
2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes.
3. Ya no puedo tomar decisiones.
- 14 0. Yo no siento que me vea peor de como me veía.
1. Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a).
2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a).
3. Creo que me veo feo (a).
- 15 0. Puedo trabajar tan bien como antes.
1. Requero de más esfuerzo para iniciar algo.
2. Tengo que obligarme para hacer algo.
3. Yo no puedo hacer ningún trabajo.
- 16 0. Puedo dormir tan bien como antes.
1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo.
2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir.
3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir.
- 17 0. Yo no me canso más de lo habitual.
1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo.
2. Con cualquier cosa que haga me canso.
3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa.
- 18 0. Mi apetito no es peor de lo habitual.
1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo.
2. Mi apetito está muy mal ahora.
3. No tengo apetito de nada.
- 19 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente.
1. He perdido más de dos kilogramos.
2. He perdido más de cinco kilogramos.
3. He perdido más de ocho kilogramos.
A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos.
Si _____ No _____
- 20 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes.
1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación.
2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más.
3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba.
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
3. He perdido completamente el interés por el sexo.

APÉNDICE 4

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Abajo hay una lista de síntomas. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuanto le ha molestado cada síntoma durante la **última semana**, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

	POCO O NADA	MÁS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3. Debilitamiento de las piernas				
4. Dificultad para relajarse				
5. Miedo a que pase algo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8. Inseguridad				
9. Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Manos temblorosas				
13. Cuerpo tembloroso				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión, o malestar estomacal				
19. Debilidad				
20. Ruborizarse				
21. Sudoración				

APÉNDICE 5

ESCALA MEXICANA DE CALIDAD DE SUEÑO

*Instrucciones: Lea cuidadosamente antes de contestar y marque la opción con la cual se sienta más identificado **considerando únicamente las últimas 2 semanas.** Conteste todas las preguntas. Toda la información expresada en este cuestionario es completamente confidencial.*

1. ¿Habitualmente a qué hora se acuesta a dormir?					
2. ¿Habitualmente a qué hora se levanta para iniciar sus actividades y ya no se vuelve a acostar?					
3. ¿Cuánto tarda para empezar a dormir desde que se acuesta?					
4. ¿En promedio cuánto tiempo duerme por noche?					
5. ¿Cuántas noches por semana tiene dificultad para empezar a dormir?	0 noches	1-2 noches	3-4 noches	5-6 noches	7 noches
6. ¿Cuántas veces despierta por noche una vez que se ha quedado dormido?	0 veces	1 vez	2 veces	3 veces	4 o más
7. ¿Cuántas noches por semana despierta y ya no puede volver a dormir?	0 noches	1-2 noches	3-4 noches	5-6 noches	7 noches
8. ¿Cuántos días por semana tiene dificultad para levantarse?	0 días	1-2 días	3-4 días	5-6 días	7 días
9. ¿Cuántos días por semana tiene cansancio?	0 días	1-2 días	3-4 días	5-6 días	7 días
10. ¿Cuántos días por semana tiene necesidad de dormir durante el día?	0 días	1-2 días	3-4 días	5-6 días	7 días
11. ¿Cuántos días por semana tiene malestar general por haber dormido mal?	0 días	1-2 días	3-4 días	5-6 días	7 días
12. En general ¿Cómo considera su calidad de sueño?	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
13. ¿Cuántas noches por semana tiene una sensación de intranquilidad o nerviosismo en las piernas que no le permite empezar a dormir?	0 noches	1-2 noches	3-4 noches	5-6 noches	7 noches
14. ¿Cuántas noches por semana despierta con la sensación de que tiene contracciones en las piernas?	0 noches	1-2 noches	3-4 noches	5-6 noches	7 noches
15. ¿Cuántas noches por semana ronca o le han dicho que ronca?	0 noches	1-2 noches	3-4 noches	5-6 noches	7 noches
16. ¿Cuántas noches por semana tiene pausas en la respiración cuando duerme?	0 noches	1-2 noches	3-4 noches	5-6 noches	7 noches