

**Michael L. Perlis · Carla Jungquist
Michael T. Smith · Donn Posner**



INSOMNIO

Una guía cognitivo-conductual
de tratamiento

biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

INSOMNIO

Una guía cognitivo-conductual de tratamiento

MICHAEL L. PERLIS
CARLA JUNGQUIST
MICHAEL T. SMITH
DONN POSNER

INSOMNIO

Una guía cognitivo-conductual de tratamiento

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER**

Título de la edición original:
COGNITIVE BEHAVIORAL TREATMENT OF INSOMNIA.
A Session-By-Session Guide
© 2005, Springer Science + Business Media, INC. Dordrecht, Holanda

Traducción: Jasone Aldekoa

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2009
Henao, 6 - 48009 Bilbao
www.edesclee.com
info@edesclee.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Impreso en España / Printed in Spain
ISBN: 978-84-330-2351-3
Depósito Legal: BI-2629/09
Impresión: RGM, S.A. - Urduliz

A nuestros pacientes: Muchas gracias por enseñarnos tantas cosas que no sabíamos... Esperemos, nosotros también ser de utilidad para vosotros.

A Leisha Smith y Cindy Phillips: Muchas gracias por vuestro apoyo y vuestros esfuerzos, especialmente durante los últimos meses de este proyecto. Vuestro aflujo de energía ha sido un “recurso de contrafatiga” esencial.

A mis progenitores, Edie y Mervin Perlis: Muchas gracias por vuestro amor y apoyo.

A Wally, Dick, Donn y Donna: Mi más sincero agradecimiento por vuestros consejos.

Michael L. Perlis

Brian y Danielle: Gracias por ponerme en contacto con mi profesión y por inspirarme para que me mantenga en continua mejora.

Bob: Soy quien soy, gracias a ti.

Carla Jungquist

A Michelle: Estás constantemente conmigo en las trincheras. No podría hacerlo sin ti, y no quisiera que nadie te sustituyera a mi lado. Gracias.

A Nolan y Hailey: Algún día sabréis cuánto me habéis inspirado cada uno de vosotros. Sólo espero que pueda ofrecerlos lo mismo.

A mis progenitores: Soy agraciada por teneros.

A Meaghan: Eres la persona más fuerte y más dulce que conozco. Gracias por estar ahí.

Michael T. Smith

A Karen: Eres mi epicentro. Sin ti andaría a la deriva. Gracias por ser alguien a quien pueda aferrarme.

A Max: Tú eres quien aporta la alegría y la vitalidad a mi vida. ¡Eres el mejor! Sigue así.

Donn Poster

Índice

Relación de diálogos.....	11
Relación de siglas empleadas en el texto	15
Sobre los autores.....	17
Reconocimientos.....	19
Prólogo de Richard R. Bootzin y Arthur J. Spielman	21
Prefacio.....	25
1. Definición de insomnio	29
2. Marco conceptual de la TCC-I	37
3. Componentes de la terapia.....	43
4. TCC-I sesión a sesión.....	77
5. TCC-I Ejemplos de diálogos sobre las dudas y desafíos de los pacientes	183
6. Ejemplo de caso	205

Apéndices	233
1. Cálculo de la eficiencia de sueño.....	235
2. Ejemplo de catálogo clínico	239
3. Ejemplo de gráficos de tratamiento	241
4. A. Cuestionario para el historial médico.....	243
4. B. Listado de comprobación de síntomas médicos.....	245
4. C. Listado de comprobación de síntomas de trastornos Del sueño	247
4. D. Listado de comprobación del contexto del sueño.....	249
4. E. Índice de motivación para el cambio.....	251
5. Diario de sueño de un único día.....	253
6. Diario de sueño semanal	257
 Bibliografía	 259
 Índice de materias	 267

Relación de diálogos

Diálogo # 1: Descripción de insomnio de un paciente.....	38
Diálogo # 2: El terapeuta se presenta al paciente.....	79
Diálogo # 3: Presentación de opciones de tratamiento.....	92
Diálogo # 4: ¿Debería seguir tomando la medicación actual durante el tratamiento?	95
Diálogo # 5: ¿Por qué no puedo comenzar inmediatamente con el tratamiento?.....	97
Diálogo # 6: Establecer las expectativas para la agenda semanal.	99
Diálogo # 7: Comentario sobre la “mezcolanza” entre el TC y el TTS	103
Diálogo # 8: Presentación de los factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes	105
Diálogo # 9: Establecer la restricción del sueño y el control de estímulos.....	109
Diálogo # 10: ¿Por qué no puedo, como mínimo, descansar en la cama?	112

Diálogo # 11: Confirmar que el paciente entiende su listado de “quehaceres”	115
Diálogo # 12: ¿Qué ocurre si acaba gustándome demasiado quedarme despierto?.....	118
Diálogo # 13: Confirmar que el TTS ha sido calculado y no estimado.....	122
Diálogo # 14: Gestionar la falta de adherencia usando la reestructuración cognitiva.....	128
Diálogo # 15: ¿Cómo,... que tengo que restringirme aún más?	131
Diálogo # 16: Higiene del sueño # 1, Homeóstasis, hora de levantarse y ejercicio.....	134
Diálogo # 17: Higiene del Sueño # 2, Alternativas al ejercicio y ambiente de la habitación	136
Diálogo # 18: Higiene del sueño # 3, Comidas regulares, restricción de fluidos y cafeína	140
Diálogo # 19: Higiene del sueño # 4, Alcohol y nicotina.....	142
Diálogo # 20: Higiene del Sueño # 5, No lleve problemas a la cama.....	144
Diálogo # 21: Higiene del Sueño # 6, No haga esfuerzos por dormirse	147
Diálogo # 22: Higiene del Sueño # 7, Mirar al despertador y evitar la siesta	148
Diálogo # 23: Comentario sobre la percepción errónea del estado de sueño	155
Diálogo # 24: Establecer el estado para la reestructuración cognitiva.....	163
Diálogo # 25: Calcular durante cuántos días ha padecido insomnio el paciente.....	164

Diálogo # 26: Identificar y registrar los pensamientos catastróficos.....	165
Diálogo # 27: Evaluar las estimaciones de probabilidad del paciente.....	167
Diálogo # 28: Determinar la frecuencia real de ocurrencia de las “catástrofes” anticipadas.....	168
Diálogo # 29: Comentar el desajuste entre las estimaciones del paciente y la probabilidad de un resultado catastrófico.....	169
Diálogo # 30: Crear un mantra que contrarreste los pensamientos catastróficos.....	170
Diálogo # 31: ¿Qué ocurre si vuelvo a no dormir?.....	179
Diálogo # 32: Tengo dificultades para rellenar los diarios de sueño.....	184
Diálogo # 33: ¿Por qué he de cumplimentar los diarios de sueño?.....	186
Diálogo # 34: ¿No deberíamos hacer uso de algún equipo sofisticado para medir mi sueño?.....	187
Diálogo # 35: Parece que se me olvida cumplimentar mi diario... ..	189
Diálogo # 36: Me pone muy nervioso la idea de dejar de tomar las pastillas para dormir.....	191
Diálogo # 37: Lo he intentado pero no he logrado dejar de tomar mis pastillas para dormir.....	193
Diálogo # 38: Si no logro dormirme, ¿cómo voy a funcionar?.....	195
Diálogo # 39: No, realmente han existido ocasiones en las que no he funcionado.....	197
Diálogo # 40: Ya he probado material conductual y no ha funcionado.....	199
Diálogo # 41: ¡No hay forma de mantenerme despierto hasta tan tarde!.....	202

Relación de siglas empleadas en el texto

AAMS	Academia Americana de Medicina del Sueño
BDI	Beck Depression Inventory
CITS-R	Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño-Revisada)
CPAP	Sistema de ventilación que aumenta la patencia del flujo aéreo orofaríngeo durante el sueño
CS	Continuidad del Sueño; se refiere a la velocidad con que se inicia el sueño y el grado en que se consolida el sueño.
DMTs	Despertares Matutinos Tempranos
DNTCS	Despertares Nocturnos tras la Conciliación del Sueño
DTCS	Despertares tras la Conciliación del Sueño. Tiempo que permanece Despierto Tras la Conciliación del Sueño
EEG	Electroencefalografía; electroencefalograma
EMG	Electromiografía
EOG	Electrooculografía
ES	Eficiencia del Sueño
ESE	Escala de Somnolencia de Epworth
ESS	Epworth Sleepiness Scale
FDN	Frecuencia de los Despertares Nocturnos
HA	Hora de Acostarse
HPA	Hora Prescrita para Acostarse

HPL	Hora Prescrita para Levantarse de la cama
ICSD	Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño
ICSP	Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg
IH	Ideación homicida
IS	Ideación suicida
ISI	Insomnia Severity Scale o Índice de Severidad del Insomnio
ITR	Índice de apnea del sueño
KSS	Karolinska Sleepiness Scale
LCS	Listado del Contexto del Sueño
LS	Latencia de Sueño
MFI	Multidimensional Fatigue Inventory
NREM	Fase del sueño
OTS	Oportunidad Total de Sueño
PSG	Estudio polisomnográfico
PSQI	Pittsburg Sleep Inventory
PT	Paciente
REM	Fase del sueño
RS	Restricción del sueño
SCI	Síndrome de Colon Irritable
SD	Somnolencia Diurna
SSRI	Modalidad de antidepresivos
STAI	State Trait Anxiety Inventory
TAG	Trastorno de Ansiedad Generalizada
TC	Tiempo en Cama
TCC-I	Terapia Cognitivo-Conductual para el Insomnio
TCE	Terapia de Control de Estímulos
TFC	Tiempo pasado Fuera de la Cama durante la noche (es decir, durante el tiempo en que se esperaba dormir)
TIMS	Trastornos de Iniciación y Mantenimiento del Sueño
TMC	Tiempo Medio transcurrido en la Cama
TMFC	Tiempo Medio Fuera de la Cama
TRS	Terapia de Restricción de Sueño
TTS	Tiempo Total de Sueño

Sobre los autores

Dr. Michael L. Perlis

El Dr. Perlis es profesor asociado de Psiquiatría y del Programa de Neurociencias en la Universidad de Rochester. Es también director del Laboratorio de Investigación del Sueño y director del Servicio de Medicina Conductual del Sueño. Experto en el área de Medicina Conductual del Sueño, entre sus intereses de investigación se incluyen el sueño en los trastornos psiquiátricos y los fenómenos neurocognitivos del insomnio, los mecanismos de acción en la Terapia Cognitivo-Conductual para el Insomnio (TCC-I) y en los hipnóticos sedantes y el desarrollo de tratamientos alternativos para el insomnio. Fue el editor del primer libro de texto en el campo de la Medicina Conductual del Sueño, es miembro del equipo de redacción de la revista *Journal of Behavioral Sleep Medicine* y fue uno de los miembros fundadores del comité de *American Academy of Sleep Medicine*.

Carla Jungquist

La Sra. Jungquist es profesional en Enfermería de Familia especializada en el dolor y el sueño. Trabaja en el Servicio de Medicina Conductual del Sueño, colabora también como asesora médica en el

Laboratorio Investigación del Sueño de Rochester y es una de las participantes en el estudio financiado por el Instituto Nacional de Salud, para evaluar la TCC-I con pacientes de dolor crónico. Miembro del Comité de Directores para la Asociación de ATS que tratan pacientes con dolor crónico, en el momento actual es una candidata al doctorado en la Escuela Universitaria de Enfermería de Rochester.

Dr. Michael T. Smith

El Dr. Smith es profesor asistente de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta en el Escuela Universitaria de Medicina Johns Hopkins. Licenciado en Psicología Clínica, es un reconocido experto en Medicina Conductual del Sueño por la *American Academy of Sleep Medicine*. El Dr. Smith dirige investigación clínica y la practica en el Laboratorio Johns Hopkins de Investigación de Medicina de la Conducta. Su investigación se especializa en las causas y consecuencias neuroconductuales del insomnio y la privación del sueño, particularmente cuando se produce en condiciones de dolor crónico.

Dr. Donn Posner

El Dr. Posner es profesor asistente de Psiquiatría y Conducta Humana en la Escuela Médica Brown. Es también director del Programa de Medicina Conductual del Sueño en el Centro de Trastornos del Sueño de Providence Rhode Island. Ha estado activamente implicado en el tratamiento de pacientes con trastornos del sueño durante los últimos dieciséis años, en once de los cuales ha ejercido como principal supervisor y mentor del grupo de especialistas. Miembro de la *American Academy of Sleep Medicine*, recientemente ha obtenido uno de los primeros certificados expedidos por dicha entidad como especialista en medicina conductual del sueño.

Reconocimientos

En el transcurso de este proyecto hemos tenido la fortuna de disponer del input de muchas personas que son muy activas en el incipiente campo de la Medicina Conductual del Sueño. Consecuentemente, deseamos reconocer y agradecer a todas las siguientes personas por compartir con nosotros su tiempo y sus perspectivas.

Richard Bootzin, Universidad de Arizona
Daniel Buysse, Universidad de Pittsburg

Jack Edinger, Universidad Duke
Ken Lichstein, Universidad de Alabama
Art Spielman, City College de Nueva York
Edward Stepanski, Rush-Presbyterian

Colin Espie, Universidad de Glasgow
Charles Morin, Universidad Laval

Celine Bastien, Universidad Laval
Allison Harvey, Universidad de California en Berkeley

Sara Matteson, Universidad de Rochester, Laboratorio de Investigación Neuropsicológica y del Sueño

Wilfred R. Pigeon, Universidad de Rochester, Laboratorio de Investigación Neuropsicológica y del Sueño

Dr. Michael L. Perlis

Sra. Carla Jungquist

Dr. Michael T. Smith

Dr. Donn Posner

Prólogo

El tratamiento del insomnio ha hecho época. La terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha alcanzado un amplio reconocimiento científico como tratamiento efectivo para una variedad importante de tipos de insomnio. Este enfoque está integrado por una serie de componentes entre los que se incluyen las evaluaciones iniciales, la integración de intervenciones validadas de tratamiento cognitivo-conductual para el insomnio y los métodos útiles que ayuden al paciente a respetar las instrucciones del tratamiento en los intervalos entre sesiones así como una vez finalizado el tratamiento. El manual aporta comentarios útiles sobre las técnicas de evaluación y sobre la funcionalidad de los diarios del sueño, la actigrafía y la polisomnografía en el tratamiento del insomnio.

Aunque muchos profesionales de orientación conductual han experimentado, como mínimo, con alguno de los componentes que constituyen la TCC, son pocos los que han empleado este enfoque en su totalidad y complejidad de modo sistemático. Este manual es un recurso excelente al que pueden recurrir los profesionales para mejorar sus destrezas, a fin de tratar el insomnio con mayor efectividad. El enfoque de los autores nos resuena porque sistemáticamente integran componentes empíricamente validados de la literatura sobre el

tratamiento del insomnio, incluyendo terapia de control de estímulos, terapia de restricción del sueño, educación sobre higiene del sueño y terapia cognitiva, dentro de un único método de tratamiento. Los autores no se han limitado a amontonar al azar una serie de técnicas; todo lo contrario, cada componente ha sido cuidadosamente seleccionado e integrado con los demás. Los autores han estado a la cabecera de la investigación y tratamiento clínico del insomnio crónico. Este manual refleja su experiencia colectiva y su profundo conocimiento del desafío que constituye ayudar a los pacientes con insomnio crónico a mejorar su sueño.

Los manuales, en general, son más útiles para los principiantes, pero este libro ofrece algo a todos los profesionales. A nosotros dos, profesionales maduros, los diálogos entre terapeuta-paciente, las opciones de tratamiento, las explicaciones y el diestro manejo de la potencial resistencia del paciente nos han arrojado mucha luz y nos ha dado qué pensar; y esto ha aumentado nuestro conocimiento y consideración sobre las sutilezas de la tarea clínica. Hay mucha sabiduría en este libro.

Uno de los rasgos particularmente útiles es la amplia muestra de diálogos entre terapeuta y paciente en los cuales se presentan ejemplos del modo en que se introducen los componentes del tratamiento, cómo explicar y justificar el tratamiento, cómo responder a las preguntas que formula el paciente, cómo ayudarlo a una implementación efectiva y el modo de preparar a los pacientes para anticipar problemas y para prevenir recaídas una vez finalizado el tratamiento. El terapeuta es muy efectivo en los diálogos. El tratamiento se dirige de un modo sistemático, se explican detalladamente las bases de las intervenciones terapéuticas y se ilustran metafóricamente y el modo de proceder del terapeuta implica al paciente a fin de lograr su colaboración activa. Además de los detalles descritos en el manual, relativos al cómo y cuándo del método, creemos que se puede aprender mucho a partir del modelado del enfoque terapéutico.

Como muchos lectores ya sabrán, nosotros dos nos identificamos con el desarrollo y evaluación de componentes conductuales únicos del tratamiento del insomnio –terapia de control de estímulos y tera-

pia de restricción del sueño. No se nos ha pasado por alto que la escritura conjunta de este prólogo representa simbólicamente el enfoque TCC para el insomnio (es decir, un enfoque de componentes múltiples que integra diversos aspectos para acoger los diversos determinantes que provocan el insomnio crónico). Los autores del presente manual son tan inteligentes que incluso han aprovechado la oportunidad del prólogo para subrayar que los enfoques de componente único no sirven igualmente a todos los pacientes. Es nuestra obligación ayudar a los pacientes y este manual es excelente al presentar el enfoque directo y efectivo de la TCC dentro del marco de la complejidad que constituye la condición humana.

Dr. Richard R. Bootzin

Profesor de Psicología y Psiquiatría
Director del Programa de Insomnio,
Dep. Psicología y Dep. Psiquiatría
Universidad de Arizona, Tucson, Arizona

Dr. Arthur J. Spielman

Profesor del Dep. Psicología
City College de Universidad de Nueva York
Director Asociado del Centro de Medicina del Sueño
Weill Medical College, Universidad Cornell, Nueva York.

Prefacio

En la actualidad existe una gran cantidad de pruebas que confirman que la Terapia Cognitivo-Conductual para el Insomnio (TCC-I) es efectiva (1;2), tan efectiva como los hipnóticos sedantes durante el tratamiento agudo (4-8 semanas) (3;4) y aún más efectiva a largo plazo (3). En general, la TCC-I produce un efecto de tratamiento medio de una mejoría del 50%, con tamaños de efecto fiables que se aproximan al 1.0 (1;2;4). Los estudios longitudinales aportan pruebas relativas a los efectos sostenidos del tratamiento con respecto a la Latencia del Sueño (LS) y a los Despertares Nocturnos tras la Conciliación del Sueño (DNTCS) y mejorías más considerables con el transcurso del tiempo con respecto al Tiempo Total de Sueño (TTS) (1) (2;5).

Dado que la TCC-I ha sido rigurosa y empíricamente validada, ha llegado la hora de crear un manual de tratamiento que describa el método con concisión y sirva de guía de tratamiento. Este libro cumple dicho objetivo y trata de presentar una descripción que esté suficientemente articulada como para que:

- Los profesionales y estudiantes de otras disciplinas clínicas comiencen con el proceso de aprendizaje y de experimentación de la TCC-I empíricamente validada.

- Los profesionales que ya practiquen medicina conductual del sueño tengan a su alcance información que pueda ayudarles a refinar y/o ampliar sus destrezas TCC-I, y
- Los profesionales dispuestos a hacer pruebas dispongan de un modelo estandarizado de terapia.

A los futuros “usuarios” les recomendamos que la práctica en esta área funciona mucho mejor cuando se recurre al modelo de práctica de aprendizaje y, consecuentemente, les recomendamos que recurran a una serie de experiencias tutorizadas que amplíen los materiales presentados en este libro.

Este manual incluye los siguientes siete apartados:

- La definición del insomnio
- Una breve descripción del marco conceptual de tratamiento
- Una revisión de los componentes de la terapia
- Una guía sesión a sesión
- Una amplia sección de diálogos
- Un ejemplo de caso: Evaluación y Elegibilidad del TCC-I y documentos de muestra
- Apéndices

El título de los dos primeros capítulos es suficientemente claro, y en consecuencia no requiere explicación adicional. El capítulo relativo a los componentes de la terapia revisa las principales modalidades terapéuticas, señala los pacientes apropiados para el TCC-I, sugiere algunas recomendaciones con respecto a las credenciales clínicas, menciona lo que constituye el contexto clínico ideal y sugiere un enfoque de registro útil. El capítulo dedicado a la descripción sesión a sesión establece las tareas y objetivos de cada sesión y ofrece algunas informaciones relativas al contexto y ejemplos de diálogos sobre el modo en que se procede con el tratamiento. Los diálogos no pretenden ser guiones que el terapeuta deba memorizar, sino solamente ejemplos concretos del modo en que se dirige la terapia. El apartado destinado a los diálogos extendidos presenta una serie de ejemplos de preguntas que los pacientes tienden a formular y ofrece algunas muestras de respuestas.

El capítulo destinado al ejemplo de un caso aplica nuestro algoritmo para comprobar si un paciente es o no un candidato idóneo para la TCC-I. Incluimos también un ejemplo de las anotaciones de cada sesión que recogen todo el curso de tratamiento del paciente, juntamente con los gráficos del tratamiento y un ejemplo de informe final para el médico de cabecera del paciente. En los apéndices se incluyen copias de algunos materiales que pueden ser útiles (p.ej., cuestionarios de acogida, diarios de sueño, ejemplos de registros, etc.).

Los principios organizativos del manual son “¿Quién es idóneo para la TCC-I?” y “¿Qué debe saber uno para establecer un servicio de medicina conductual del sueño que esté preparado para ofrecer un tratamiento empíricamente validado, basado en datos y productor de los mismos?” Con respecto a la cuestión de “quién es idóneo”, el enfoque usado en este manual no se basa en el diagnóstico sino en indicaciones. Es decir, presentamos un enfoque algorítmico para el proceso de toma de decisiones. Alguien es elegible para el tratamiento no porque dicha persona satisfaga los criterios de cierto diagnóstico, sino porque los síntomas parecen estar mantenidos por factores que son el foco de atención o son tratables mediante la TCC-I. Esto no equivale a decir que el diagnóstico sea irrelevante. El proceso diagnóstico permite al profesional determinar los restantes factores y enfermedades que requieren tratamiento adicional a la TCC-I o si la TCC-I está contraindicada.

Una última nota preliminar: este manual se centra exclusivamente en la provisión de TCC-I. Al lector que busque una revisión más completa sobre Medicina del Sueño o Medicina Conductual del Sueño se le remite a los siguientes textos: *Principles & Practice of Sleep Medicine*. Eds. Kryger, Roth & Dement. 4ª Edición. W.B. Saunders Co. Philadelphia. 2005; *Sleep Disorders Medicine*. 2ª Ed. Chokroverty. Butterworth-Heinemann. Boston. 1999; *Treating Sleep Disorders: The Principles & Practice of Behavior Sleep Medicine*. Eds. Perlis & Lichtenstein. Wiley & Sons. 2003; *Insomnia: A Clinician's Guide to Assessment and Treatment*. Eds. Morin & Espie. Plenum Pub Corp. 2003.

Dr. Michael L. Perlis
Sra. Carla Jungquist
Dr. Michael T. Smith
Dr. Donn Posner

1

Definición del insomnio

A comienzos de la década de los ochenta, a medida que se comenzaba a oír hablar del movimiento sobre la medicina del sueño, posiblemente el slogan más popular fue el de “el insomnio es un síntoma, no un trastorno”. Presumiblemente, se adoptó esta postura porque genuinamente se creía que el estudio polisomnográfico (PSG) del sueño se destinaba a revelar todas las patologías subyacentes que originan los “síntomas” no sólo del insomnio sino también de la fatiga y de la sensación de somnolencia. Tras más de dos décadas de investigación sobre el sueño y la medicina del sueño, es curioso descubrir que “todo lo viejo es nuevo otra vez”: el insomnio ha vuelto a ser considerado como entidad nosológica. A continuación se presentan las tres definiciones principales del insomnio, seguidas por algunos comentarios relativos a la cronicidad, frecuencia y gravedad. Se incluye esta información a fin de que el lector pueda (1) disponer de una base firme sobre “cómo se define el insomnio” y (2) pueda apreciar algunas de las dificultades asociadas a un enfoque basado en el diagnóstico del problema del insomnio.

Las tres definiciones más frecuentes de insomnio

Insomnio

La Organización Mundial de la Salud define el insomnio como el problema al iniciar y/o mantener el sueño o la queja relativa a un sueño no reparador que se produce durante, como mínimo, tres noches por semana y se asocia con la angustia o incapacidad diurna (6).

Insomnio primario

El término “insomnio primario”, que se ha adoptado por la nomenclatura diagnóstica de Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) (7), se emplea para diferenciar el insomnio que es considerado como entidad diagnóstica distinta del insomnio que es un síntoma asociado a una condición médica y/o psiquiátrica subyacente. La APA especifica unos criterios de duración de un mes y estipula que el diagnóstico se establece cuando la molestia predominante es la dificultad para conciliar o mantener el sueño o la ausencia de un sueño reparador. En ambos casos, la queja debe estar asociada con angustia significativa y deterioro diurno, y no debe ser consecuencia de otros trastornos médicos, psiquiátricos o del sueño.

Insomnio psicofisiológico

Según la nosología de la Academia Americana de Medicina del Sueño (Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño- Revisada) [CITS-R] (8), al insomnio primario se refiere como al “insomnio psicofisiológico”. La definición de la CITS-R está más directamente vinculada a los apuntalamientos etiológicos del trastorno. La ventaja derivada de describir el trastorno con este término consiste en que sugiere el modo en que se inicia y se mantiene el insomnio. El insomnio psicofisiológico se describe como “un trastorno de tensión somatizada y de asociaciones aprendidas que impiden el sueño y que provocan la queja del insomnio y la reducción asociada del funcionamiento durante la vigilia” (8). La “tensión somatizada” se refiere tanto a la sensación subjetiva del paciente como a medidas objetivas de hiperactivación somática durante el proceso de conciliación del sueño. La activación somá-

tica se caracteriza por la actividad del sistema nervioso periférico que se presenta mediante el aumento de la tensión muscular, el aumento de la frecuencia cardiaca, la sudoración, etc. Las “asociaciones aprendidas que impiden el sueño” se refieren al patrón de activación previo al sueño que parece derivarse de un condicionamiento clásico con el ambiente de la habitación, donde las cogniciones intrusas previas al sueño, el aluvión de pensamientos y la rumiación suelen considerarse como indicadores de la activación previa al sueño.

Curiosamente, ninguna de las nosologías acoge formalmente las caracterizaciones clínicas descriptivas de épocas anteriores de insomnio inicial, intermedio o terminal. El *insomnio inicial*, también denominado insomnio “temprano” o insomnio durante la “conciliación del sueño”, describe la situación en la que el paciente encuentra dificultades para dormirse. El *insomnio intermedio*, también denominado insomnio relativo al “mantenimiento del sueño”, describe la situación en la que el paciente se despierta frecuentemente o durante intervalos prolongados. El *insomnio terminal*, también denominado insomnio “tardío”, describe las circunstancias del paciente que se despierta antes de lo deseado y que es incapaz de volver a conciliar el sueño. El hecho de que estos términos no se correspondan con la semántica actual no debería impedir que el profesional recurra a su uso con fines descriptivos.

Características del trastorno (Duración y Gravedad)

Además de presentar una definición específica de la entidad del trastorno/enfermedad, es necesario también calificar la duración y la gravedad de la dolencia definida. En general, la duración se enmarca dicotómicamente en términos de si la dolencia es aguda o crónica. La gravedad se define, con frecuencia, sólo en términos de frecuencia de la molestia.

Duración de la enfermedad

El insomnio que dure menos de un mes se considera, normalmente, como “agudo” y suele asociarse con precipitadores claramente definidos como el estrés, el dolor agudo o el abuso de sustancias. El insomnio se caracteriza como “crónico” cuando los síntomas persisten sin reduc-

ción durante como mínimo un mes, y normalmente durante seis meses o más. No debemos olvidar que estos intervalos son relativamente arbitrarios y que se corresponden con las definiciones médicas tradicionales de lo que constituye períodos de tiempo cortos y largos. En la actualidad, los estudios no emplean modelos de riesgo para evaluar el curso natural del insomnio. En consecuencia, no existe un sistema para definir de un modo definitivo la “cronicidad” en términos que se vinculen con el momento en que el trastorno se convierte en severo, persistente y (en busca de una expresión mejor) “auto-perpetuante”.

Una clave clínica para diferenciar el insomnio agudo del crónico reside en el modo en que los pacientes caracterizan su propio problema. Cuando los pacientes dejan de vincular causalmente su insomnio con los precipitadores y, en lugar de esto, indican que sus problemas de sueño parecen “tener vida propia”, esta modificación en su presentación podría (1) servir para definir la “línea de separación” entre las fases aguda y crónica del trastorno y (2) sugerir cuándo está indicada la TCC-I.

Gravedad de la enfermedad

Normalmente la gravedad se define en términos tanto de la frecuencia como de la intensidad de los síntomas. Ambos dominios pueden aplicarse al insomnio, aunque –como se ha señalado anteriormente– sólo tiende a considerarse la frecuencia de los síntomas como elemento diagnóstico relevante.

Frecuencia

No existen puntos de referencia fijos sobre lo que constituye un síntoma “frecuente”. La mayoría de los investigadores clínicos requiere que los pacientes experimenten problemas de sueño dos o tres noches por semana. Este punto de referencia puede estar más relacionado con el hecho de seleccionar la muestra para la investigación de laboratorio que con la creencia inherente de que menos de tres noches por semana sea “normal”.

La cuestión más importante a este respecto es que para definir la “gravedad” en términos de “frecuencia de síntomas” se reconoce táci-

tamente que (1) los síntomas del insomnio generalmente no ocurren todas las noches y (2) que cuanto más frecuentes sean los síntomas más grave es el trastorno. Aunque esto último parezca tautológico, y para todos los trastornos, es especialmente importante con respecto a cómo considera uno el insomnio. Si el insomnio es más episódico, la aparición de los síntomas puede estar menos relacionada con los factores que se consideran responsables del Insomnio Primario y más relacionada con variables sociales, ambientales y/o circadianas. Por consiguiente, es posible que la TCC-I tradicional no esté indicada para el insomnio menos grave (menos frecuente). Por el contrario, esta forma del trastorno puede manejarse mejor mediante la identificación de las variables que producen el insomnio de un modo intermitente y mediante la aportación de una forma de tratamiento dirigida directamente a los factores idiosincrásicos.

Intensidad

No existen criterios diagnósticos formales relativos a lo que implica “severo” en este dominio. La mayoría de los investigadores clínicos consideran que 30 o más minutos para conciliar el sueño y/o 30 o más minutos despierto tras haber conciliado inicialmente el sueño constituye el umbral entre el sueño normal y el anormal. Sin embargo, en el reciente trabajo de Lichstein y colaboradores se sugiere que este criterio debía modificarse hasta “más de 30 minutos”, porque esta definición se vincula mejor con la aparición de la queja en los estudios de población (9). Aunque ésta pueda parecer una distinción exclusivamente académica, el hallazgo se refiere a la cuestión relativa a lo que en nuestra cultura se considera normal o tolerable y anormal. Además, el límite inferior de lo que constituye “severo” (es decir, 30 minutos) también puede alertarnos en los casos en los que exista una queja subjetiva en ausencia de unos estándares generalmente aceptados relativos a lo que constituye un trastorno del sueño. Por ejemplo, un paciente que se queje de problemas para conciliar el sueño pero manifieste fiablemente latencias de sueño de 15 minutos. Estos casos raros, que no cumplan los estándares definidos, pueden sugerir al profesional que alguna otra intervención puede estar más indicada que la TCC-I.

Con respecto a la cantidad de sueño que es “normal”, muchos investigadores son reacios a fijar un valor para este parámetro. De los investigadores dispuestos a definir “qué es demasiado poco sueño”, la mayoría establece los límites entre 6.0 y 6.5 horas por noche. La falta de inclinación a establecer los parámetros de tiempo total de sueño se debe, en parte, a la dificultad de establecer precisamente lo que es anormal. La representación de lo patológico con una única cifra se confunde excesivamente con otros factores como la edad, sueño previo y el nivel basal de necesidad de sueño del individuo. La falta de un límite establecido de tiempo total del sueño se relaciona también con la posibilidad de que se produzcan problemas de iniciación y mantenimiento del sueño profundo en ausencia de pérdida de sueño. Por ejemplo, el paciente que regularmente necesita dos horas para conciliar el sueño y amplía en dos horas o más su oportunidad para dormir puede no sufrir ninguna pérdida de sueño y presentará tiempos totales de sueño que son, desde cualquier perspectiva, normales.

Ésta es una distinción importante porque a menudo se asume que el insomnio es sinónimo de privación del sueño y que es la pérdida del sueño la que media las secuelas diurnas del trastorno. Aunque ciertamente los síntomas diurnos puedan explicarse mediante la pérdida crónica de sueño, no necesariamente son atribuibles sólo a la falta de sueño, o lo que es lo mismo a las alteraciones en la continuidad del sueño¹. En lugar de esto, la calidad del sueño obtenida por los pacientes con insomnio puede contribuir también de forma significativa a las dolencias cognitivas y somáticas y a la fatiga diurna. Por ejemplo, se ha comprobado que los pacientes con insomnio muestran fiablemente alteraciones micro-arquitecturales del sueño como el aumento en la alta frecuencia de la actividad EEG durante el sueño NREM (10-14). Este tipo de actividad, que parece ser independiente de la continuidad del sueño y de los parámetros de la arquitectura, se ha demostrado que correlaciona con las percepciones del paciente sobre la calidad y cantidad de su sueño (10; 15; 16).

1. Continuidad del sueño: se refiere a la velocidad con que se inicia el sueño y el grado en que se consolida el sueño. Las cinco variables usadas para definir la continuidad son Latencia de Sueño (LS), Despertares Nocturnos tras la Conciliación del Sueño (DNTCS), Tiempo que permanece Despierto Tras la Conciliación del Sueño (TDTCS) y la Eficiencia del Sueño (ES).

Aspectos comunes y problemas con las definiciones actuales

Todas las definiciones anteriores muestran cierto grado de coherencia en términos de lo que “está” y “no está” delineado. Común a todas ellas es que (1) el insomnio se define como una dolencia subjetiva, (2) los pacientes deben referirse a las dificultades para el funcionamiento diurno, (3) no existen criterios específicos con respecto a la cantidad de vigilia que se considera patológica (previa a la conciliación deseada del sueño o los despertares que se producen durante la noche) y (4) no existen criterios relativos a cuál es la cantidad mínima de sueño total para determinar si se corresponde o no al intervalo de lo normal. Estas dos últimas cuestiones ya se han explicado anteriormente. Las dos primeras requieren algunos comentarios adicionales.

Insomnio como una dolencia subjetiva

La definición del insomnio como dolencia subjetiva sin requerir verificación objetiva de señales y síntomas plantea ventajas y desventajas. La ventaja de disponer de criterios subjetivos es que reconoce la primacía de la experiencia de angustia o malestar del paciente. Es decir, realmente son los pacientes quienes solicitan, cumplen y concluyen o finalizan el tratamiento sobre la base de sus percepciones de bienestar. La desventaja que conlleva es que tales medidas, cuando se usan de forma exclusiva, no permiten una caracterización completa ni de la condición del paciente ni del trastorno en general.

Insomnio e incapacidad diurna

La razón por la que se requiere diagnosticar las dolencias o molestias diurnas es que es ausencia de tales dolencias es posible que fenómenos de “sueño breve” puedan ser erróneamente identificados (por el profesional y/o paciente) como insomnio. Muchas de las dolencias asociadas al insomnio son la fatiga, la irritabilidad, los problemas con la atención y concentración y la angustia directamente relacionada con la incapacidad para iniciar y/o mantener el sueño.

Por último, dos de las nosologías clínicas (las definiciones del DSM-IV y WHO) permiten que la queja relativa a un sueño no reparador, en

ausencia de problemas que inicien o mantengan el sueño, sea clasificada como “insomnio”. Presumiblemente esto puede explicarse porque el sueño ligero no reparador no es un “buen sueño”, por lo tanto no es “sueño”, que es técnicamente lo que significa el término insomnio. Aunque esto pueda parecer una cuestión académica, esta licencia reduce sustancialmente los límites diagnósticos entre el insomnio y otros trastornos intrínsecos del sueño. Por ejemplo, los pacientes con apnea obstructiva del sueño y síndrome de piernas inquietas normalmente no presentan dificultades para iniciar o mantener el sueño. De hecho, sus principales quejas se refieren a la somnolencia diurna y a un sueño no reparador. Posibilitar que el sueño no reparador, en ausencia de problemas para iniciar o mantener el sueño, sea clasificado como insomnio empaña la distinción diagnóstica entre estas entidades clínicas.

Comentario final

Somos afortunados por disponer de diferentes nosologías que reconocen el insomnio como un trastorno independiente o primario. Los diversos sistemas de clasificación nos proporcionan los medios para diferenciar tipos de insomnio a partir de la queja presentada y de los factores que presumiblemente precipitan o perpetúan el malestar. Quizá lo que aún deba lograrse, desde la perspectiva de la definición, es que los estudiosos y científicos completen la caracterización de este importante trastorno aportando la formulación de una definición que establezca formalmente los criterios diagnósticos de investigación para el insomnio. Aunque esto no sea (en general) esencial para la práctica clínica o (de forma específica) para determinar en qué casos está indicada la TCC-I, una definición formal y completa permitiría a los investigadores clínicos dirigir estudios más productivos cuando la entidad objeto de estudio puede ser evaluada en su forma “químicamente pura”.

2

Marco conceptual de la TCC-I

En la actualidad casi todas las personas se refieren al tratamiento no farmacológico del insomnio como “terapia cognitivo-conductual”, la perspectiva y los principios básicos que gobiernan el tratamiento (y de hecho los tratamientos principales mismos) son conductuales.

El Modelo Conductual del Insomnio propuesto por Spielman y colaboradores en 1987 (17) es la primera teoría, la más articulada y la más ampliamente citada con respecto a la etiología del insomnio crónico. La perspectiva ofrece un punto de vista muy firme: uno que es inclusivo y permite la explicación, la predicción y el control. En el núcleo de modelo conductual se encuentra una perspectiva de diátesis-estrés que, tomando en cuenta los factores conductuales, facilita (1) conceptualizar cómo se desarrolla el insomnio agudo en una condición crónica y (2) concebir cuáles son los factores que deberían ser objeto del tratamiento. En la Figura 2.1 se observa una representación esquemática del modelo.

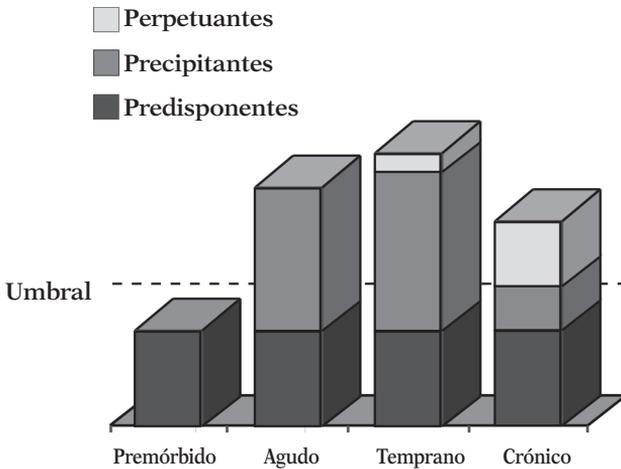


Figura 2.1. Naturaleza de insomnio con el transcurso del tiempo (Modelo de tres factores de Spielman, 1987).

En síntesis, este modelo diátesis-estrés de tres factores defiende que el insomnio se produce de forma aguda en relación tanto a factores predisponentes como a factores precipitantes y que la forma crónica del trastorno se mantiene mediante conductas maladaptativas de afrontamiento (factores perpetuantes). Así pues, un individuo puede ser propenso al insomnio debido a características de rasgo, puede experimentar episodios agudos a consecuencia de factores precipitantes y padecer una forma crónica del trastorno a consecuencia de factores conductuales. Curiosamente, a menudo los pacientes describen su insomnio en estos mismos términos.

Diálogo # 1: Descripción de insomnio de un paciente

Paciente: Comencé con los problemas de sueño hace tres meses, un vez que tuve una entrevista laboral. Siempre he sido una persona tensa y ansiosa pero el estrés de la entrevista pudo conmigo. Lo que no entiendo es que lograra el puesto, desde entonces todo haya ido mucho mejor, y sin embargo siga sin poder dormir. Es como si el insomnio tuviera vida propia.

Los factores predisponentes se extienden a lo largo del espectro biopsicosocial completo. Los factores biológicos incluyen la hiperactivación/hiperreactividad y/o un sistema inherentemente débil para generar el sueño. Los factores psicológicos incluyen la preocupación o la tendencia a la rumiar excesivamente. Los factores sociales, aunque rara vez son el foco de atención en el nivel teórico, incluyen elementos como que la pareja de cama mantenga un horario incompatible de sueño o las presiones sociales/vocacionales para establecer un horario de sueño no común.

Se consideran factores precipitantes los sucesos agudos que interactúan con la predisposición al insomnio del paciente para generar problemas transitorios al conciliar y/o mantener el sueño. Al igual que con los factores predisponentes, los factores que precipitan el insomnio agudo abarcan también el espectro biopsicosocial. Entre los factores biológicos se incluyen las enfermedades y los accidentes médicos, porque estos mismos pueden generar directa o indirectamente el insomnio. Entre los factores psicológicos se incluyen el estrés agudo y/o los brotes de enfermedades psiquiátricas. Entre los factores sociales se incluyen los cambios en el contexto social del paciente que requieren un cambio brusco o la interrupción del ritmo de sueño preferente del paciente (p.ej., la necesidad de cuidar de un bebé durante la noche).

Se consideran factores perpetuantes a la variedad de estrategias maladaptativas que adoptan los individuos ante el insomnio transitorio en un intento por obtener más sueño. La investigación y el tratamiento se han centrado en dos en particular: el exceso de tiempo en la cama y el aumento de las conductas relacionadas con el no-sueño que se ejecutan en la habitación. El modelo de tres factores de Spielman tiende a centrarse en el primero: exceso de tiempo en la cama. Esto se refiere a la tendencia de los pacientes con insomnio a acostarse relativamente más temprano, levantarse de la cama más tarde y/o a dormir la siesta. Tales cambios se ejecutan a fin de aumentar la probabilidad de dormir más. Estas conductas, sin embargo, conducen a emparejar erróneamente la oportunidad de dormir y la habilidad de dormir. Cuanto mayor sea el emparejamiento erróneo más probable es que el individuo pase despierto períodos de tiempo prolongados durante el período determinado de sueño.

Aunque no esté formalmente vinculado al modelo de Spielman, la segunda de las estrategias maladaptativas también se considera como factor perpetuante (el aumento de las conductas relacionadas con el no dormir que se ejecutan en la habitación). Se considera que esto produce un descontrol de estímulos (la reducción de la probabilidad de que los estímulos relacionados con la cama/habitación eliciten una respuesta singular dado que tales estímulos se emparejan con una amplia gama de conductas). Este concepto es central para la perspectiva de Control de Estímulos de Bootzin (18).

Por último, es interesante señalar que mientras que la perspectiva conductual permite el uso del concepto de la activación condicionada, ni el Modelo de Spielman, ni la perspectiva de Control de Estímulos de Bootzin acogen este concepto. A nuestro parecer, ambos se centran en el lado instrumental de la ecuación conductual; en las conductas que mantienen el insomnio. En el caso de la restricción del sueño, la conducta de permanecer cada vez más tiempo encamado es la que conduce a emparejar erróneamente la oportunidad de sueño con la habilidad de sueño. En el caso del control de estímulos, son las conductas relacionadas con el no sueño que se ejecutan en el contexto de sueño, las que generan la asociación entre las claves relacionadas con el sueño y el sueño mismo. Ninguna de las dos perspectivas, en sus formulaciones originales, sugiere directamente que *permanecer despierto en la cama establezca las bases para que se produzcan los fenómenos del condicionamiento clásico*. El repetido emparejamiento de las claves relacionadas con el sueño con el hecho de permanecer despierto y/o con la activación permite que, en el caso del insomnio crónico, las claves relacionadas con el sueño eliciten respuestas de activación y lo hagan en ausencia (o además) de los restantes factores que mantienen el insomnio como una enfermedad crónica.

Es muy probable que la activación condicionada sea un factor o acceso final común hacia el insomnio crónico. En otras palabras, el emparejamiento erróneo entre la oportunidad de sueño y la habilidad de sueño y el escaso control de estímulos pueden perpetuar el insomnio pero sólo lo hacen sobre una base contingente. Cuando se producen las conductas maladaptativas, entonces existe insomnio. Si se modifican o bloquean las conductas maladaptativas, entonces no

hay insomnio. Sin embargo, si la contingencia es prolongada, es muy probable que se produzca el efecto de un condicionamiento clásico: activación condicionada. Este factor puede perpetuar el insomnio de forma no contingente y contribuir a la naturaleza aparentemente auto-perpetuante del trastorno. Si uno contempla la posibilidad de que el insomnio crónico pueda conllevar también un efecto de condicionamiento clásico, esto nos proporciona un modo de comprender dos de los hallazgos más fiables de la literatura sobre resultados del tratamiento. El primero, que la TCC-I fiablemente produce alrededor del 50% de reducción de síntomas durante la fase de tratamiento agudo¹ (p. ej., 3; 4). El segundo, que tras la TCC-I los pacientes continúan mostrando mejoría durante períodos de seguimiento de hasta 12 meses (p. ej., 3; 4). Si sólo los factores conductuales clásicos fueran responsables del insomnio crónico, deberíamos preguntarnos a qué se deben las mejorías que se producen después de la fase aguda del tratamiento.

Si se acepta la posibilidad de la activación condicionada, entonces es posible que estos efectos se produzcan a medida que con el tiempo se reduzca el componente de la activación condicionada (es decir, el repetido emparejamiento de las claves relacionadas con el sueño con el sueño mismo extingue la activación condicionada). En consecuencia, se podría afirmar que el condicionamiento clásico o la activación condicionada es un factor en el insomnio crónico y que es debidamente contemplado en la perspectiva conductual. A fin de elaborar una representación de esta posibilidad, se presenta una versión esquemática de cuatro factores en la Figura 2.2, que incluye este cuarto componente adicional.

1. La media del 50% de cambio entre el pre y el post tratamiento se aplica a la combinación de los síntomas que corresponden a los pacientes aquejados de “No poder conciliar el sueño” (43% de cambio en la latencia de sueño) y “No poder permanecer dormido” (55% en los despertares tras la conciliación del sueño).

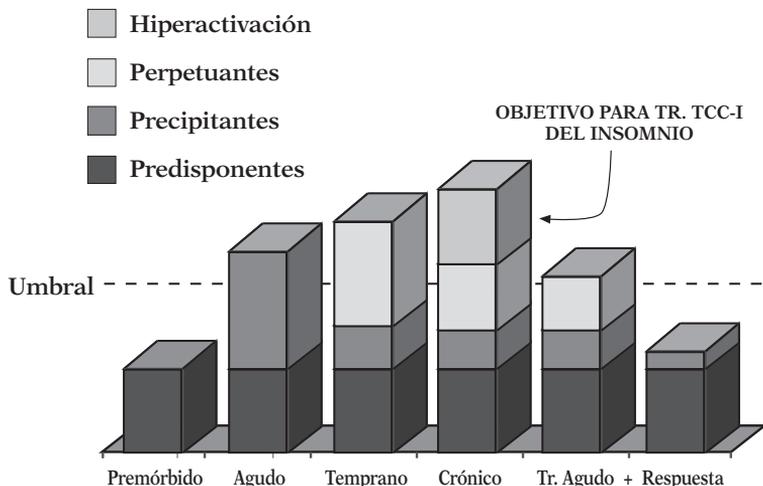


Figura 2.2. Naturaleza de insomnio con el transcurso del tiempo (modelo de cuatro factores). Como se evidencia en la Figura 2.1, el modelo tradicional de Spielman no se prolonga para incluir lo que ocurre tras el tratamiento. Normalmente la representación de este modelo concluye con la “fase crónica”. Los intervalos de “Tr. Agudo” + “Respuesta” se incluyen en esta representación para que el lector pueda apreciar que (1) la TCC-I elimina los factores perpetuantes y, al hacerlo, produce un 50% de cambio y (2) la mejoría continuada con el paso del tiempo puede ser el resultado del contra-condicionamiento de la hiperactivación (De Spielman, 1987).

Por favor, tenga en cuenta que aunque un modelo como el presentado en la Figura 2.2 es plausible y bien adaptado a la perspectiva conductual, existen muchas explicaciones alternativas. Es posible que con una mejoría parcial (1) los pacientes sean más fieles a las buenas estrategias de mantenimiento, (2) los pacientes se preocupen menos a medida que el problema sea menos frecuente/grave y (3) se establezcan las bases para que se produzcan cambios neurohormonales o cerebrales funcionales que permitan la continuación de la recuperación, y demás alternativas.

3

Componentes de la terapia

¿En qué consisten los principales componentes de la terapia?

En este capítulo se describen brevemente cada uno de los tratamientos de primera y segunda línea del insomnio. Se ofrecen explicaciones detalladas e instrucciones específicas en el apartado del manual destinado a la información de “sesión a sesión”. Las terapias cognitivo-conductuales más comunes para el insomnio crónico son: el control de estímulos, la restricción del sueño, la higiene del sueño, el entrenamiento en relajación y la terapia cognitiva. Normalmente la terapia suele incluir tres o más de los componentes anteriores.

Intervenciones de primera línea

El contenido de la “primera línea” es objeto de debate (21; 22). La mayoría de las prácticas clínicas y de los protocolos de los ensayos clínicos adoptan un enfoque de componentes múltiples para el tratamiento; componentes que suelen consistir generalmente en el control de estímulos y/o la terapia de restricción del sueño juntamente con instrucciones para la higiene del sueño.

Terapia de Control de Estímulos (TCE)

Esta modalidad de tratamiento se recomienda tanto para los problemas de conciliación como de mantenimiento del sueño (18; 23). La Academia Americana de Medicina del Sueño (21) considera esta terapia como *el* tratamiento conductual de primera línea para el insomnio crónico. Esto se debe a que esta intervención ha sido ampliamente evaluada como monoterapia y se ha demostrado que produce fiablemente buenos resultados clínicos.

Las instrucciones para el control de estímulos limitan la cantidad de tiempo que uno pasa en la habitación mientras permanezca despierto y el tipo de conductas que uno puede ejecutar mientras permanece en la cama/habitación. Estas limitaciones persiguen fortalecer la asociación entre la cama/habitación/tiempo en la cama con el sueño rápido y bien consolidado. Las instrucciones normales suelen incluir: (1) acostarse con la intención de dormirse sólo cuando se siente sueño, (2) evitar cualquier conducta en la cama o habitación que no sea la de dormir o la de la actividad sexual, (3) salir de la habitación si se permanece despierto más de 15 minutos y (4) volver a acostarse sólo cuando se sienta sueño. Los ítems 3 y 4 se repiten tantas veces como sea necesario. Por último, mantener una hora fija para despertarse y levantarse por la mañana, independientemente de la cantidad de sueño logrado. Algunos profesionales, en un esfuerzo por prevenir la conducta de “mirar al reloj”, animan a sus pacientes a salir de la cama tan pronto como se sientan “claramente despiertos” o experimenten enfado o irritación por el hecho de permanecer despiertos.

Tal y como fue originalmente concebida por Bootzin y sus colaboradores a comienzos de los años setenta (18), esta intervención consiste en una aplicación directa de un principio conductual al problema del insomnio. El “control de estímulos” como concepto (frente a modalidad de tratamiento) corresponde a la idea de que un estímulo puede elicitar muchas respuestas, dependiendo de la historia de condicionamiento. Una historia simple de condicionamiento en la que el estímulo siempre se empareja con una respuesta única genera una elevada probabilidad de que el estímulo produzca sólo una respuesta. Una historia compleja de condicionamiento en la que el estímulo se empareje con diversas respuestas genera una baja probabilidad de que el estí-

mulo produzca una única respuesta. En su aplicación al problema del insomnio, la idea consiste en que las claves normales que se asocian con el sueño (cama, habitación, hora de acostarse, etc.) se emparejan con excesiva frecuencia con respuestas diferentes a la del sueño. Es decir, en el esfuerzo por afrontar el insomnio, el paciente pasa demasiado tiempo despierto en la cama/habitación y ejecuta otras conductas diferentes a la de dormir.

Al paciente, estas conductas de afrontamiento le parecen razonables y razonablemente satisfactorias. Con respecto a esto último, las estrategias parecen funcionar “en algunas ocasiones”. Con respecto al primero, “permanecer en la cama en estado de vigilia” posibilita la oportunidad de obtener más horas de sueño y dispone de la virtud de permitir al paciente, como mínimo, descansar algo. “Ejecutar otras conductas diferentes a la de dormir” en la habitación permite estar “próximo a la cama” por si se genera la sensación de sueño y presenta la ventaja de descarrilar la ansiedad física o cognitiva que podría generarse cuando el paciente “trata de dormir” o “se preocupa por las consecuencias que el no dormir tendrá al día siguiente”. Desde la perspectiva del control de estímulos, estas prácticas (aunque altamente reforzantes) establecen la base para el “descontrol” de estímulos; una probabilidad reducida de que los estímulos relacionados con el sueño eliciten en primer lugar la sensación de sueño y después el sueño mismo.

La implicación terapéutica de esta perspectiva es que el insomnio puede ser tratado mediante el control de los emparejamientos estímulo-respuesta, de modo que la cama, la habitación y el tiempo de cama se reasocian con la respuesta de la somnolencia y la de sueño. Esta reasociación se logra mediante la creación de una nueva historia de condicionamiento que elimine todos salvo dos emparejamientos (cama y el acto de dormir y cama y sexo). Las instrucciones de control de estímulos permiten el establecimiento de una nueva historia de condicionamiento asegurando que el paciente no permanece postrado en la cama períodos de tiempo en los que esté despierto o ejecute otras conductas diferentes a la de dormir. Esto se logra obligando al paciente a salir de la habitación cuando esté despierto por la noche y a volver sólo cuando sienta sueño. Este aspecto del tratamiento se basa en los principios de condicionamiento instrumental. El paciente ejecuta una

conducta voluntaria (levantarse y salir de la habitación) y probablemente se mantiene por diversos reforzadores entre los que se incluye que cuando el paciente vuelva a la cama se duerma rápidamente.

Es también probable que la práctica del control de estímulos pueda conducir a una mejoría del sueño a través del condicionamiento clásico y a través de la manipulación inadvertida de factores que no son conductuales. En el caso del primero, el repetido emparejamiento de cama/habitación/hora de acostarse con el estado psicológico de sueño puede permitir el contra-condicionamiento, donde los estímulos relacionados con el sueño eliciten somnolencia y sueño debido al repetido emparejamiento de los estímulos relacionados con el sueño con el estado fisiológico/ del sistema nervioso central del sueño. En el caso de la última, la práctica del control de estímulos influye también necesariamente sobre la regulación homeostática¹ y circadiana² del sueño.

Abandonar la habitación cuando se esté despierto influirá probablemente sobre la homeóstasis del sueño. Es decir, cuando se practica el control de estímulos, los pacientes suelen perder más sueño que si hubieran permanecido en la cama. Esta pérdida de sueño, al igual que la restricción del sueño, aumenta la somnolencia y establece la base para fortalecer la asociación entre los estímulos que señalan el sueño y el sueño mismo. La regulación del propio horario del sueño suele influir sobre el sistema circadiano del paciente. Es decir, al practicar el control de estímulos es probable que se produzca un mejor alineamiento entre la fase preferida de sueño y el sueño fisiológico. Es probable que este alineamiento promueva directamente un buen sueño y refuerce un buen ritmo circadiano.

La TCE, aunque suele ser bien tolerada en términos generales, puede estar contraindicada para algunos individuos, como por ejemplo para quienes padecen manía, epilepsia y parasomnias, o para quienes estén en riesgo de sufrir caídas. Con respecto a la manía y a la epilepsia, la pérdida de sueño que puede derivarse de la terapia puede indu-

1. La regulación homeostática del sueño se refiere al fortalecimiento del impulso de dormir sobre la base de la prolongación del tiempo de vigilia.

2. La regulación circadiana del sueño se refiere al mecanismo neurobiológico que se considera responsable del “reloj interno” y de establecer el ritmo de los fenómenos biológicos o conductuales durante el curso de un día de 24 horas.

cir a la manía o reducir el umbral de los brotes entre los individuos de riesgo. Con respecto a las parasomnias, la pérdida del sueño relacionada con la TCE puede profundizar tanto el sueño que aumente la probabilidad de que se produzcan fenómenos de activación parcial como terrores nocturnos, sonambulismo o habla en sueños.

Terapia de Restricción de Sueño (TRS)

Esta modalidad de tratamiento se recomienda también tanto para los problemas de conciliación como de mantenimiento del sueño. A diferencia de la terapia de control de estímulos, son escasas las evaluaciones que se han realizado con la restricción del sueño como monoterapia. En consecuencia, la Academia Americana de Medicina del Sueño sugiere que esta intervención sea considerada como “opcional”. Aunque tal designación es coherente con el algoritmo Sackett usado por la Academia para asesorar sobre el contenido de la “validación empírica” (21), la mayoría de los especialistas en medicina del sueño consideran que esta intervención es una parte integral del TCC-I; entre el 30 y el 50% de los estudios usados para evaluar la eficacia clínica de la TCC-I incluyen la terapia de restricción del sueño en los regímenes de tratamiento (20) y los ensayos clínicos más recientes de TCC-I (3; 5) (que son los más amplios y más rigurosos realizados hasta el momento) también incluyen la terapia de restricción del sueño. En consecuencia, aunque los efectos independientes de esta intervención no hayan sido aún bien establecidos, es obvio que la TRS sea considerada como componente esencial de la TCC-I.

La terapia de restricción del sueño requiere que los pacientes limiten la cantidad de tiempo que permanecen en la cama a una cantidad igual a su tiempo medio de sueño total. A fin de lograrlo, el profesional trabaja con el paciente para (1) establecer una hora fija para levantarse por la mañana y (2) reducir la oportunidad de sueño limitando el tiempo que el sujeto pasa en la cama (TC) a una cantidad que equivale a su tiempo medio de sueño total (TST) tal y como se haya reflejado en la línea base de las mediciones del diario del sueño. La forma estándar de esta terapia recomienda que la restricción no sea inferior a 4.5 horas.

Una vez establecida la cantidad de tiempo que el sujeto pasará en la cama, se retrasa por la noche la hora de acostarse del sujeto de modo que su TC coincida con su TST medio. Inicialmente esta intervención genera una pérdida de sueño entre media y moderada. Esta forma controlada de privación del sueño (privación parcial del sueño) normalmente suele corresponder a la reducción en la latencia del sueño y a los despertares que se producen después de la conciliación del sueño. Así pues, durante la fase aguda del tratamiento, los pacientes duermen menos, pero duermen de un modo más consolidado (es decir, concilian el sueño mucho antes y permanecen dormidos durante períodos de tiempo más prolongados). A medida que aumenta la eficacia del sueño, se instruye a los pacientes para que aumenten gradualmente el tiempo que pasan en la cama. El aumento gradual se obtiene a través de intervalos de 15 minutos; sobre la base de los datos recogidos en el diario del sueño cuando éstos muestran que durante la semana anterior el sueño del paciente ha sido eficaz (90% o más del tiempo pasado en cama fue destinado a dormir [TST/TC]). Véase en la Figura 3.1 una representación esquemática de esta intervención. Véase en el Apéndice 1 una explicación detallada de cómo se calcula la eficacia del sueño.

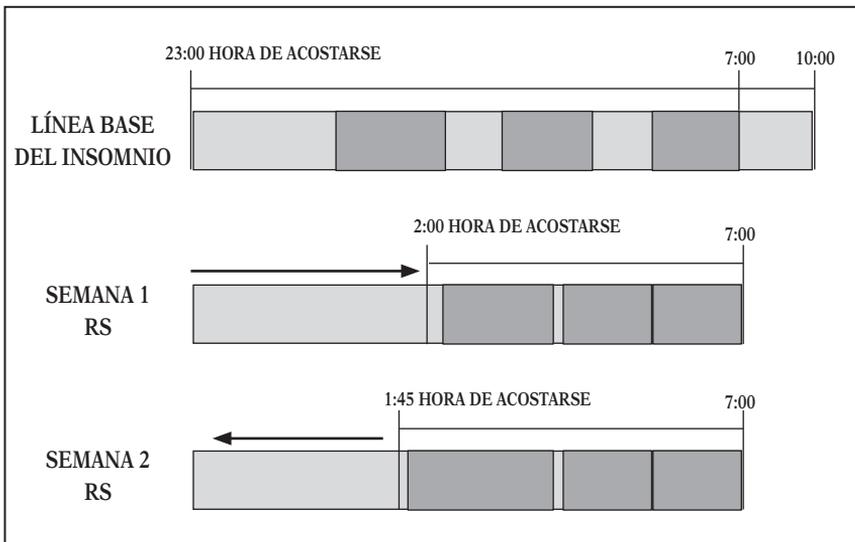


Figura 3.1. Restricción del sueño (RS)

Tres aspectos requieren comentarios adicionales. El primero, que el TC se manipula retrasando una fase el período de sueño del paciente (retrasar la hora de acostarse). Esto, juntamente con el hecho de mantener fija la hora de levantarse, genera la restricción del sueño. Sin embargo, también es posible modificar el TC haciendo que el sujeto se levante antes por la mañana (adelantar una fase la hora de levantarse). Este enfoque no se adopta porque al fijar “la hora de despertarse” a una hora más temprana:

- No se aprovecha de los efectos “curativos” de retrasar la fase del sueño para que se corresponda con el tiempo que es más facilitativo del sueño. Es decir, en un esfuerzo por obtener más sueño, muchos pacientes comienzan a acostarse cada vez más temprano. Uno de los efectos de esta estrategia es modificar su período de sueño de modo que salga fuera del intervalo de tiempo en el que el imperativo biológico (predisposición circadiana) para el sueño sea el más intenso.
- Puede reforzar la tendencia a despertarse excesivamente pronto por las mañanas y
- Reduce la oportunidad de emparejar el “sueño” con la “hora de acostarse/tiempo en cama/habitación”.

El segundo de los elementos se refiere a que los profesionales difieren en muchos de los aspectos metodológicos de la TRS. La formulación original permite a los pacientes un aumento de 15 minutos en su TC únicamente si su sueño muestra una eficacia del 90% a lo largo del curso de una semana. Una eficacia de entre el 85% y el 90% no produce una valoración de aumento, y una eficacia inferior al 85% genera una valoración de reducción adicional de 15 minutos. Con todo, muchas otras variantes son posibles. Por ejemplo, el límite superior podría establecerse en el 85%, o los aumentos o reducciones podrían ser de más de 15 minutos, o las valoraciones para el aumento del tiempo en cama podrían lograrse sobre la base de un calendario que sea más largo o más corto que los intervalos semanales. Tales variaciones no han sido sistemáticamente investigadas. Por lo tanto, para los fines del presente manual, se adoptará el enfoque estándar.

En tercer lugar, debería señalarse que la TRS presenta un par de aspectos paradójicos. Una paradoja es que a los pacientes que manifiestan “no obtener suficiente sueño” es, en esencia, a quienes se les pide que “duerman menos”. La otra paradoja se produce a lo largo del tratamiento. Con la terapia, los pacientes descubren que les cuesta permanecer despiertos hasta la hora prescrita. Esto, si no paradójico, como mínimo es irónico para el paciente que inicialmente presenta dificultades para conciliar el sueño.

Se cree que la TRS es efectiva por dos razones. La primera es que evita que los pacientes afronten el insomnio ampliando su oportunidad de sueño. Esta estrategia compensatoria, al mismo tiempo que aumenta la oportunidad para dormir más, produce una forma de sueño ligero y fragmentado. La segunda razón es que se cree que la pérdida inicial de sueño que se produce con la TRS aumenta la presión homeostática para el sueño, lo que a su vez produce latencias de sueño más cortas, menos despertares tras la conciliación del sueño y una mayor eficacia de sueño.

Por último, deberíamos añadir que la restricción del sueño puede estar contraindicada para los pacientes con historias de manía, apnea obstructiva del sueño, trastornos convulsivos, parasomnias o para quien presente riesgo de caídas.

Educación en Higiene del Sueño

La Educación en Higiene del Sueño se recomienda, juntamente con la TRS y con la TCE, tanto para los problemas de conciliación como de mantenimiento del sueño. También puede ser útil como medio para aumentar el tiempo total de sueño. No se cree que esta intervención sea efectiva como “monoterapia” (21), pero se considera como una parte integral de la TCC-I. Como podría suponerse, la higiene del sueño es una intervención psicoeducativa. Normalmente la terapia consiste en distribuir al paciente un folleto informativo y, a continuación, revisar con él los ítems y ofrecer las explicaciones pertinentes. En la Tabla 3.1 se presenta una muestra típica de las instrucciones de higiene del sueño.

Se cree que la higiene del sueño contempla una variedad de conductas que pueden influir sobre la calidad y cantidad del sueño. Sin

embargo, podremos comprobar su utilidad cuando se ofrece como parte de un enfoque más global. En combinación con otros tratamientos, la eficacia de las instrucciones de higiene del sueño puede relacionarse o no con la veracidad absoluta de las diversas prescripciones. En su lugar, el valor de la intervención puede residir en el modo en que estas prescripciones (1) se readapten al caso individual del paciente, (2) permitan a los pacientes aumentar su conocimiento sobre el sueño y (3) puedan aumentar la adherencia al tratamiento fortaleciendo la alianza terapéutica.

Tabla 3.1. Instrucciones para la Higiene del Sueño

1. Duerma sólo lo que necesite para sentirse descansado durante el día siguiente.

Restringir el tiempo que permanece en cama le ayuda a consolidar y profundizar su sueño. Permanecer en la cama durante períodos de tiempo excesivamente prolongados conduce a un sueño fragmentado y ligero. Levántese a la hora acostumbrada a la mañana siguiente, independientemente de cuan poco haya dormido.

2. Levántese a la misma hora todos los días, 7 días a la semana.

Un horario regular para levantarse de la cama por la mañana regulariza las horas de consolidación del sueño por la noche y ayuda a establecer su “reloj biológico”.

3. Haga ejercicio físico con regularidad.

Planifique los horarios para hacer ejercicio de modo que lo haga 3 horas antes de ir a la cama. El ejercicio facilita el inicio del sueño y su profundidad.

4. Asegúrese de que su habitación sea cómoda y carezca de luz o de ruido.

Un ambiente para dormir que sea confortable y carente de ruidos reducirá la probabilidad de que se despierte durante la noche. El ruido que no le despierte podría también perjudicar a la calidad de su sueño. Disponer de alfombras, cortinas de aislamiento y mantener la puerta cerrada puede ser de ayuda.

5. Asegúrese de que la temperatura de la habitación en la que duerme sea agradable durante la noche.

El exceso de calor o de frío en el ambiente puede perjudicar al sueño.

- 6. Haga las comidas regulares y no se acueste con hambre.**

El hambre puede trastornar el sueño. Algún bocado ligero antes de acostarse (especialmente carbohidratos) pueden ayudarle a dormir, pero evite los alimentos grasientos o “pesados”.
 - 7. Evite el consumo excesivo de líquidos al anochecer.**

Reducir el consumo de líquidos minimizará la necesidad de acudir al baño por la noche.
 - 8. Reduzca o elimine el consumo de productos con cafeína.**

Los alimentos y bebidas con cafeína (café, té, cola, chocolate) pueden generar dificultad para conciliar el sueño, despertares nocturnos y un sueño ligero. Incluso la cafeína consumida durante las primeras horas del día puede afectar sobre el sueño de la siguiente noche.
 - 9. Evite el alcohol, especialmente por la noche.**

Aunque el alcohol pueda ayudar a las personas tensas a conciliar el sueño, provoca despertares nocturnos posteriormente.
 - 10. El tabaco puede afectar al sueño.**

La nicotina es un estimulante. Trate de no fumar por la noche cuando tenga dificultades para dormir.
 - 11. No lleve sus problemas a la cama.**

Planifique un tiempo anterior, durante la tarde para resolver sus problemas o para organizar las actividades del próximo día. Las preocupaciones pueden interferir con la conciliación del sueño y producir un sueño ligero.
 - 12. No haga esfuerzos por dormirse.**

Esto sólo agudiza el problema. En lugar de eso encienda la luz, salga de la habitación y haga algo diferente como leer un libro. No inicie una actividad estimulante. Vuelva a la cama únicamente cuando sienta somnolencia.
 - 13. Coloque el despertador bajo la cama o gírelo de modo que no pueda verlo.**

Mirar la hora puede conducirle a sentirse frustrado, airado o preocupado, sentimientos que interfieren con el sueño.
 - 14. Evite las siestas.**

Permanecer despierto durante el día ayuda a conciliar el sueño por la noche.
-

Intervenciones de Segunda Línea (Tratamientos adjuntos e Intervenciones Alternativo-Experimentales)

Las terapias que se describen a continuación, en general, no suelen ser consideradas de primera línea y a menudo no suelen ser incluidas en la terapia de componentes múltiples. La relegación de estos tratamientos a la “segunda línea” se debe, en algunos casos, a que el tratamiento en su modalidad de monoterapia no se ha demostrado eficaz y, en otros casos, a la inexistencia de datos empíricos sobre la intervención –como monoterapia. Los tratamientos de segunda línea se sintetizan aquí a fin de que el profesional pueda incluir estos componentes si fueran necesarios en algunos casos. Estas intervenciones pueden ser útiles como tratamientos adjuntos que pueden ser desplegados durante la segunda mitad de la terapia para (1) reforzar las respuestas incompletas al tratamiento y (2) para tratar los factores predisponentes y precipitantes que se consideran que siguen contribuyendo sustancialmente al problema.

Terapias Adjuntas

Terapia Cognitiva

Este tipo de intervención es muy apropiada para los pacientes a quienes les preocupen las consecuencias potenciales de su insomnio o para los pacientes aquejados de ideación o preocupación intrusa indeseada. Se han desarrollado múltiples formas de terapia cognitiva para el insomnio. Algunas presentan un enfoque didáctico (23), otras emplean la ideación paradójica (25), otras recurren a la “distracción e imaginación” (26) y aún otras usan una variedad de procedimientos de reestructuración cognitiva (27). Aunque las terapias difieran en su enfoque, todas ellas se basan en la observación de que los pacientes con insomnio presentan pensamientos y creencias negativas sobre su condición y las consecuencias de la misma. Se cree que ayudar a los pacientes a desafiar la veracidad de estas creencias reduce la ansiedad y la activación asociadas al insomnio.

Entrenamiento en Relajación

Este tipo de intervención puede ser muy idónea para los pacientes que describen su insomnio como una “incapacidad para relajarse” (p. ej., el paciente podría decir: “Siento que mi corazón se acelera cuando trato de dormirme”) y/o para los pacientes que se presentan con múltiples dolencias somáticas (p.ej., dolor muscular profundo, dolores de cabeza, problemas gástricos, etc.).

En esencia existen cuatro formas de terapia de relajación. Las diferentes técnicas se dirigen a diferentes sistemas fisiológicos. La relajación muscular progresiva se emplea para reducir la tensión músculo-esquelética (28-32). La respiración diafragmática se emplea para inducir una forma de respiración que es más lenta, más profunda y mecánicamente impulsada desde el abdomen y no desde el tórax. (Conviene señalar que esta forma de respiración se asemeja a la que se produce de forma natural durante la conciliación del sueño). El entrenamiento autogénico persigue el aumento de flujo sanguíneo periférico haciendo que los sujetos imaginen, de un modo sistemático, que cada una de sus extremidades siente calor. El entrenamiento en imaginación logra que cada sujeto seleccione una imagen o recuerdo relajante y que al evocar y dedicarse a la imagen lo haga desde una perspectiva multisensorial.

La mayoría de los profesionales seleccionan el método de relajación óptimo sobre la base de cuál es la técnica que con mayor facilidad aprende el paciente y más coherente es con el modo en que el paciente manifieste su activación. Al igual que las técnicas cognitivas, aprender a usar con efectividad el entrenamiento en relajación suele requerir bastante práctica. Muchos profesionales recomiendan al paciente que ensaye la habilidad durante el día además de practicarla antes de dormirse. Cuando se integra entre las instrucciones del control de estímulos, si el entrenamiento en relajación genera cierta “ansiedad de ejecución” inicial, podría ser recomendable que el paciente lo pusiera en práctica en un recinto diferente al de la habitación. Se remite al lector interesado en obtener información adicional sobre las diversas técnicas de relajación a las siguientes publicaciones:

- Berstein-Berkovec (1996). *Entrenamiento en Relajación Progresiva*. Bilbao. Desclée De Brouwer.
- Smith, J.C. (1992). *Entrenamiento Cognitivo-Conductual para la Relajación*. Bilbao. Desclée De Brouwer.
- Amutio, A. (1998). *Nuevas Perspectivas sobre la Relajación*. Bilbao. Desclée De Brouwer.
- Peurifoy, R.Z.(1997). *Cómo vencer la ansiedad*. Bilbao. Desclée De Brouwer.
- Smith, J.C. (1999). *Entrenamiento ABC en Relajación*. Bilbao. Desclée De Brouwer.
- Hawkins, P.J. (2006). *Hipnosis y Estrés: Guía para profesionales*. Bilbao. Desclée De Brouwer.

Un último comentario: no debería pasarse por alto que algunos pacientes, especialmente quienes presenten un historial de trastorno pánico o ansiedad de ejecución, pueden experimentar una respuesta paradójica ante las técnicas de relajación. Que esto ocurra con una de las formas de relajación, no implica que otras formas provoquen necesariamente la misma reacción.

Fototerapia

La fototerapia suele emplear una “caja de luz” que normalmente genera una luz blanca, o más selectivamente una luz del espectro azul de > 2.000 lux. Si el insomnio del paciente presenta un componente de retraso de fase (es decir, el paciente prefiere acostarse tarde y levantarse tarde), la exposición a luz brillante por la mañana durante un período de 30 minutos o más puede capacitarle para que “sienta somnolencia” más temprano por la noche. Cuando el insomnio del paciente presenta un componente de avance de fase (es decir, el paciente prefiere acostarse temprano y levantarse temprano), la exposición a luz brillante al anochecer (p.ej., entre la 20:00 y la 22:00) puede permitirle permanecer despierto hasta una hora más tarde.

Aunque muchos autores no consideran que la fototerapia constituya una intervención conductual, a menudo es importante integrar el uso de luz brillante en el régimen de tratamiento. Esto es especialmente útil cuando consideremos que los factores circadianos contribuyen

sustancialmente al insomnio y/o cuando el sujeto está padeciendo un empeoramiento de los problemas que coinciden con el retraso de la hora de acostarse, que es parte imprescindible de la terapia de restricción del sueño.

Los efectos de promoción del sueño por efecto de la luz brillante pueden deberse a múltiples mecanismos, incluida la modificación del sistema circadiano, la promoción de la amplitud de las fases circadianas, favoreciendo que el paciente esté despejado durante el día, facilitando el estado de alerta al anochecer, o indirectamente, a través de los efectos antidepressivos de la fototerapia (30-35).

En general se supone que la fototerapia no produce efectos secundarios significativos, pero no es siempre así. La luz brillante ha acelerado la manía severa, pero muy rara vez, si es que ha existido algún caso, en pacientes que no hubieran sido previamente diagnosticados con trastorno bipolar. Otros individuos que pertenecen a la población de riesgo son los pacientes con hipomanía, brotes psicóticos, dolores de cabeza crónicos, problemas oculares o que tomen medicaciones que reconocidamente producen fotosensibilidad. Conviene mencionar que la temporalización inapropiada del tratamiento puede provocar directamente la exacerbación de la enfermedad para la que se ha solicitado ayuda. En consecuencia, la decisión de hacer uso de esta forma de terapia debería estar bien informada (36-42).

Comprensión del sueño

Esta modalidad de tratamiento es muy similar a la terapia de restricción del sueño, a excepción de que la “restricción” se realiza de acuerdo a un esquema de valoración de reducción progresiva. La restricción puede lograrse retrasando la fase de acostarse o avanzando la fase de levantarse por la mañana. De este modo, el tiempo transcurrido en la cama se comprime gradualmente hasta que el paciente alcance el nivel de criterio del tiempo total de sueño. Al igual que en la TRS, este tratamiento modifica incrementalmente el Tiempo en Cama (TC) a lo largo de varias semanas. A diferencia de la TRS, la reducción no es inmediata sino que se produce a lo largo de un período de tiempo previamente especificado. El incremento en reducción se basa en la dife-

rencia media entre el TTS y el TC dividido por 5. De esta manera, durante un período de cinco semanas, se restringe el TC del paciente, que realiza la TRS, y el TC sería prescrito para la primera semana del tratamiento. Esta modalidad de “restricción del sueño” podría ser ideal para los pacientes para quienes *el objetivo de la terapia sea la reducción del TC* (p.ej., pacientes con tiempos totales de sueño virtualmente “normales” pero cuya eficacia de sueño es media o moderadamente baja). Alternativamente, este enfoque podría ser particularmente bueno para los pacientes que no puedan tolerar la reducción inmediata del tiempo total de sueño que se produce en la TRS (28). Por último, el enfoque podría modificarse para que la valoración de reducción se detenga antes de la quinta semana establecida como límite, siempre que se haya logrado entre el 85 y el 90% de eficacia del sueño. En suma, podría pensarse que la comprensión del sueño es una modalidad “más suave y cómoda” de restricción del sueño.

Intervención alternativo-experimental: Neurofeedback

Recientemente, Kayumov y sus colaboradores (2003) (43) han desarrollado una forma de neurofeedback como tratamiento para el insomnio. La señal misma se basa en el perfil espectral de los datos del EEG obtenidos de sujetos que permanecían relajados y con los ojos cerrados. Los datos espectrales del EEG se manipulan a fin de que los cambios en los ratios de la actividad rápida/lenta se correspondan con sonidos similares a la música. Los resultados preliminares de los estudios piloto con esta técnica (feedback real frente a falso) sugieren que el neurofeedback adaptado al individuo (frente al neurofeedback obtenido de un sujeto que no sea el paciente mismo) produce cambios robustos en la continuidad del sueño. Aún está por determinar si ésta será una nueva forma de entrenamiento en relajación, una forma de condicionamiento o una intervención neural. El hecho de que la condición falsa no produzca cambios pre-post significativos, sin embargo, sugiere que esta forma de neurofeedback puede influir directamente sobre la actividad cerebral y llegar a producir una mejoría en el sueño medido mediante la PSG (polisomnografía).

Curso del tratamiento

El régimen terapéutico suele requerir entre 4 y 8 semanas de tiempo con sesiones semanales cara-a-cara entre el profesional y el paciente. Las sesiones suelen oscilar entre 30 y 90 minutos dependiendo de la fase del tratamiento y del grado en que el paciente cumpla con el tratamiento. Este manual describe el tratamiento individual. Existen, sin embargo, datos que sugieren que la alternativa de tratamiento grupal produce resultados similares (44). Es posible que lo más útil sea un enfoque combinado. Es decir, las 2 ó 3 primeras sesiones se realizan de forma individual, las sesiones intermedias se desarrollan como intervenciones grupales y la última o dos últimas sesiones se vuelva al formato de tratamiento individual. La ventaja de tal régimen podría ser que el contexto grupal ofrece un sistema de apoyo para el paciente y lo que puede aumentar el cumplimiento de las tareas siguiendo el ejemplo ajeno.

Las sesiones de ingreso suelen ser de entre 60 y 90 minutos de duración. Durante esta sesión, se recoge el historial clínico y se instruye al paciente para que aprenda a usar los diarios de sueño. Durante la primera sesión no se ejecuta ninguna intervención. Este período temporal (normalmente 1-2 semanas) se emplea para recoger los datos relativos a la línea base del sueño-despertar que posteriormente guiarán el tratamiento de una terapia equilibrada. Las principales intervenciones (control de estímulos y restricción del sueño) se desplegarán a lo largo de la siguiente o siguientes dos sesiones de 60 minutos. Una vez que estos tratamientos hayan sido presentados, el paciente se introduce en la fase de tratamiento en la que el tiempo que permanece acostado se valorará ascendentemente a lo largo de entre las siguientes dos y cinco visitas. Estas sesiones de seguimiento requieren alrededor de 30 minutos, salvo que se integren intervenciones adicionales en el programa de tratamiento. En el caso del presente protocolo, durante la 5ª sesión se ofrece una sesión de Terapia Cognitiva. La última o dos últimas sesiones contienen también componentes destinados a mantener el bienestar y a cómo proceder en caso de que se produzcan recaídas.

Pacientes indicados para la TCC-I

Los terapeutas nunca deberían asumir que todos los pacientes que se les deriven para un tratamiento de insomnio hayan sido bien diagnosticados. Es muy posible que el insomnio sea inestable y/o parte de un trastorno intrínseco del sueño (diferente del insomnio), enfermedad médica o enfermedad psiquiátrica. Así, es importante que el profesional determine en primer lugar si es o no un paciente apropiado para el tratamiento. El modo más sencillo de determinarlo es cuando el paciente se presenta con insomnio primario, o psicofisiológico. Sin embargo, limitar el tratamiento a esta población podría ser excesivamente restrictivo. Aunque haya sido objeto de debate, la mayoría de los profesionales coincidirían (independientemente del diagnóstico) en que los clientes idóneos para la TCC-I son personas que se presentan con:

- Dificultades para conciliar el sueño o para permanecer dormidos.
- Un informe en el que se mencionen uno o más de los siguientes elementos:
 - Aumentan regularmente su oportunidad de sueño para compensar la pérdida de sueño y/o
 - Permanecen acostados y despiertos en la cama durante períodos prolongados de tiempo y/o
 - Ejecutan conductas distintas de las de dormir o mantener relaciones sexuales en la habitación.
- Evidencias de activación condicionada, p.ej., manifiestan sentirse repentinamente despejados al entrar en la cama y/o dormir mejor cuando están lejos de casa (opcional).
- Evidencias de una higiene de sueño pobre [participación en conductas que reducen la propensión al sueño, p.ej., consumo de alcohol como hipnótico, consumo de estimulantes por la noche (opcional)].

Algunos autores sugieren que cuando parezca que el insomnio es secundario a una condición médica o psiquiátrica, entonces el tratamiento para la condición primaria es la única indicación; sobre la base

de que una vez tratada la condición primaria el insomnio secundario se resolverá. Esto implica que la TCC-I no está indicada en estos casos. Sin embargo, recientemente se ha sugerido que no es fácil establecer la distinción entre insomnio primario y secundario (45-47) y existe un cuerpo creciente de literatura que sugiere que el denominado “insomnio secundario” puede ser igualmente responsivo a la TCC-I (48-54).

Un modo de entender por qué esta distinción entre insomnio primario y secundario puede no ser tan relevante consiste en contemplar la cuestión desde el Modelo Conductual del Insomnio tal y como lo presentaron Spielman y sus colaboradores (17). En la Figura 2.1 puede verse un diagrama del Modelo Conductual. Tal y como se ha indicado anteriormente este modelo sugiere que las enfermedades médicas y/o psiquiátricas agudas pueden precipitar un brote de insomnio, pero cuando se diagnostica, trata y/o permanece estable el trastorno original, el insomnio persistente (o residual) es más probable que sea insomnio primario que un insomnio colateral a una enfermedad aguda. Es decir, el insomnio residual y/o insomnio crónico tiende a mantenerse mediante factores distintos a los que precipitaron el episodio agudo. En consecuencia, si existen pruebas de que el insomnio se mantiene por efecto de factores conductuales y/o por una higiene de sueño pobre, el paciente puede ser un buen candidato para la TCC-I, sin ninguna duda, siempre que no se abandone el trastorno “primario”. El modo en que todos estos factores serán diagnosticados y probados se presentará en el apartado destinado a la Sesión 1 (Entrevista de Acogida).

Profesionales indicados para la TCC-I

Tradicionalmente, la TCC-I y/o la TCC para otros problemas de sueño ha sido desarrollada y ofrecida por psicólogos. Además, los proveedores de TCC-I suelen disponer de formación clínica y entrenamiento especializado en medicina del sueño, medicina conductual y/o terapia cognitivo-conductual. El entrenamiento en cada una de estas áreas es vital. Una aproximación general a la medicina del sueño permite al profesional sintonizarse con la presencia del sueño oculto y de trastor-

nos médicos. La experiencia en medicina conductual y terapia cognitivo-conductual aporta al profesional (en general) una comprensión global de los principios y de la práctica de los tratamientos conductuales y (específicamente) la capacidad para dirigir evaluaciones conductuales (p.ej., análisis de contingencia). Además, el profesional con experiencia en medicina conductual y/o terapia cognitivo-conductual suele estar bien versado en la evaluación psicológica y en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos, y es muy probable que defienda una filosofía que subraye el uso de tratamientos empíricamente validados.

A medida que este campo se desarrolle, es muy probable que los médicos y psicólogos de otras áreas deseen integrar las intervenciones de la medicina conductual del sueño en sus prácticas o que desarrollen la especialización en este campo. Esperamos que la información presentada en este manual sirva de modo introductorio. Se supone que la maestría en el área sólo se alcanza con el entrenamiento dedicado (p.ej., prácticas pre o post-doctorales) o, como mínimo, con cursos de formación y entrenamiento con supervisión. Es también probable que los individuos con formación clínica inferior al doctorado deseen incorporar la TCC-I a su trabajo. Una vez más, se recomienda que la información presentada en este manual sea útil de forma introductoria y que la buena práctica dicte la necesidad de supervisión.

Por último, debería señalarse que desde Junio del 2003 existe una Comisión dedicada a conceder credenciales a los especialistas en medicina del sueño. En la actualidad ésta es una certificación ofrecida por la Academia Americana de Medicina del Sueño (AAMS) y está abierta a los profesionales licenciados y doctores. En el futuro, es probable que existan profesionales con titulaciones equivalentes a los masters. Aunque aún pasará algún tiempo antes de que se soliciten estas credenciales para poder ofrecer o cobrar los servicios, debemos ser conscientes de que tales calificaciones podrán ser requeridas en un futuro próximo a cualquiera que se considere experto en la materia. Esto es especialmente importante para los profesionales más jóvenes que acaban de iniciar su formación en esta área. Información adicional sobre la Certificación en Medicina Conductual del Sueño podrá hallarse en la siguiente dirección: www.aasmnet.org.

La relación clínica

Sin ninguna duda el estilo terapéutico varía radicalmente de un terapeuta a otro. Lo que funciona a uno no es útil para el otro. Dicho esto, existen una serie de características que son consideradas como propias de un “buen profesional clínico”. En general, esta serie incluye las destrezas de escucha, una intensa sensación de empatía, el respeto por la autonomía del paciente, buenas destrezas de persuasión y, quizá, sentido del humor. Específicamente, el profesional debe adoptar dos entidades. Por una parte, el profesional debe demostrar su maestría a fin de generar la confianza del paciente en el régimen de tratamiento. Esto es particularmente importante en la fase inicial del tratamiento, cuando el centro de atención se halla en el elemento didáctico de la terapia (Sesiones 1-4). Por otra parte, el profesional debe adoptar un rol menos directivo, particularmente en la última mitad de la terapia. Durante esta fase del tratamiento, será más útil para el paciente que el profesional adopte menos el rol de médico o psicólogo y más de terapeuta físico (entrenador y/o coach). Puede ser difícil de organizar que el paciente vea ambos aspectos del rol del profesional, pero suele generar el efecto deseable de hacer ver al paciente quién tiene la responsabilidad de los logros clínicos positivos en la segunda mitad de la terapia.

Otro ingrediente requerido para el establecimiento de una buena alianza terapéutica es que el terapeuta transmita con claridad al paciente los posibles resultados de la terapia, qué se requiere para el logro de dichos resultados y en cuánto tiempo puede el paciente esperar obtener resultados positivos. Es fundamental que esta información no esté “dulcificada”. Si el paciente espera que la terapia sea fácil y no conlleve sacrificio, probablemente le sorprenderán algunas cosas y/o se sentirá sobrecargado y será mayor la probabilidad de que no cumpla o que abandone el tratamiento. Es esencial que el paciente entienda que sentirá un empeoramiento antes de advertir alguna mejoría. Si el paciente está preparado para esta experiencia, es más probable que “se mantenga firme en el programa” y resista a la fase inicial de la terapia. La alianza terapéutica también se verá fortalecida si se garantiza

que el paciente comprende las razones que subyacen a cada uno de los procedimientos que deberá ejecutar. Algunos pacientes se sienten motivados para hacer “lo que el médico les ha recomendado”, pero en la mayoría de los casos los pacientes tienden a adherirse más al programa cuando saben por qué hacen lo que hacen.

El contexto clínico

¿Cuál es la mejor localización para una clínica de medicina conductual del sueño? No es fácil responder a esta pregunta. El contexto ideal, en muchos aspectos, es un centro para los trastornos del sueño. Esto permite un enfoque interdisciplinar para el diagnóstico y tratamiento y puede ser coherente con las expectativas del paciente en relación a cuál es su trastorno y dónde debe ser tratado. Los centros localizados juntamente con otras especialidades pueden beneficiarse de la afiliación formal con otros especialistas del sueño (pulmonólogos, neurólogos, otorrinolaringólogos, etc.) y fortalecer la credibilidad del centro clínico. La asociación con el centro especializado, a su vez, facilita que el paciente considere a su médico como experto en trastornos del sueño y esto puede favorecer su cumplimiento de la TCC-I. A las clínicas no afiliadas con centros para el tratamiento de problemas del sueño les convendría pensar en cómo subrayar sus credenciales y resolver las dudas del paciente con respecto a si tendrán o no acceso a especialistas reconocidos. Un modo específico de contemplar esto consiste en garantizar que los cuadernillos informativos documenten la naturaleza específica de la clínica y las credenciales de su personal. Un ejemplo de folleto informativo puede hallarse en el Apéndice 2.

La consulta del profesional

Aunque la mayoría de los profesionales familiarizados con la TCC saben que el ambiente de la consulta requiere ciertos “elementos del negocio”, conviene señalar la necesidad de algún equipamiento específico. El tratamiento requerirá una mesa distinta al escritorio del

profesional, una pizarra y posiblemente un sillón reclinable para el entrenamiento en relajación. La mesa permite disponer de un espacio común en el que el paciente y el terapeuta puedan colaborar. Una tercera silla para la mesa podría ser útil cuando se invita al cónyuge o a otra persona significativa a que participe en la sesión. La pizarra ofrece la posibilidad de que el terapeuta represente visualmente los aspectos que considere oportunos (p.ej., esquematizar el Modelo de Insomnio de Spielman, dibujar la arquitectura del sueño con un hipnograma, etc.).

Los registros clínicos

En general, independientemente del tipo de práctica, los registros clínicos sirven a dos fines: (1) documentar el historial clínico del paciente (su diagnóstico pasado y presente) y codificar el plan de tratamiento y (2) proporcionar la documentación requerida en casos de pagos por terceros, cuestiones legales, etc. Para los fines de la TCC-I, los registros clínicos tienen una tercera función, que es la más importante. Sirve como fuente de datos al dirigir la terapia (gráficos para ilustrar la respuesta al tratamiento), programar la evaluación y para la investigación de series de casos clínicos. Con respecto al primer punto, debería subrayarse que los gráficos que describen el progreso del paciente a lo largo del tiempo son de gran utilidad clínica, tanto para el profesional como para el mismo paciente. Para el profesional, los gráficos (que describen medias semanales para cada una de las mediciones de continuidad del sueño basadas en los diarios de sueño [latencia de sueño, despertares tras conciliación del sueño y eficacia del sueño]) permiten comprobar “de un vistazo” si el tratamiento está teniendo o no efecto. Tal información facilita que la terapia “se base en pruebas” y nos proporciona los medios para este fin que depende menos del contenido de las notas del progreso. Al paciente, los gráficos le sirven como reforzador intermedio (pruebas de su progreso). Ejemplos de gráficos de tratamiento que ilustran un curso típico de terapia pueden encontrarse en el Apéndice 3.

Evaluación clínica

Al igual que con la mayoría de las prácticas clínicas, la TCC-I presenta en esencia dos fases: una fase de evaluación y una fase de tratamiento. De modo similar a la mayoría de las prácticas cognitivo conductuales, el proceso de evaluación inicial cuenta con componentes retrospectivos y prospectivos. El componente retrospectivo conlleva la administración de cuestionarios y la entrevista de acogida. El componente prospectivo requiere que los pacientes hagan uso de diarios para registrar sus síntomas diariamente durante una o dos semanas. En el apartado correspondiente a la descripción de sesión-a-sesión se ofrecerá información adicional sobre la entrevista clínica.

Medidas retrospectivas

Existe un sinnúmero de cuestionarios que podrían administrarse para la recogida de información relevante. Para los fines de la práctica clínica conviene hacer un buen uso del tiempo de contacto con el paciente y obtener un perfil completo del mismo sin agobiarle. Aunque la batería de instrumentos habitualmente usada difiere de una clínica a otra, hay unos cuantos cuestionarios que normalmente suelen administrarse, y que, como mínimo, recogen información personal y familiar, sobre el estado anímico y de salud y el perfil del trastorno de sueño. En la Tabla 3.2 se presenta un listado de instrumentos que permiten una evaluación retrospectiva razonable del paciente. La combinación de estos instrumentos no sólo permite al profesional crear un buen perfil clínico del paciente, sino también obtener las pruebas necesarias para decidir si el paciente debería ser derivado a otro profesional porque padece alguna otra enfermedad médica o psiquiátrica no diagnosticada o inestable. Los cuestionarios retrospectivos también ofrecen al profesional las valoraciones globales que hacen los pacientes con respecto a su estado de salud y de sueño. En el Apéndice 4 se incluyen ejemplos de cuestionarios de elaboración “casera” (es decir, creados por la clínica según se necesiten [p.ej., Cuestionario para el Historial Médico (4a), Listado de Comprobación de Síntomas Médicos (4b), Listado de Comprobación de Síntomas de Trastornos del Sueño (4c), Listado de Comprobación del Contexto del Sueño (4d), Índice de Motivación para el Cambio (4e)]).

Tabla 3.2. Cuestionarios útiles para la evaluación de acogida

Nombre del instrumento	Medida de información general	Referencias
Cuestionario de información general Estudio del historial médico	*** *** ***	
Listado de comprobación de síntomas médicos Listado de comprobación de síntomas relativos a trastornos del sueño	***	
Instrumentos psiquiátricos		
Inventario de Depresión de Beck	Gravedad global de la depresión	Ambrossini et al., 1991 (48) Bumberry et al., 1978 (85) Robinson et al., 1996 (86)
Inventario de Ansiedad de Beck	Gravedad global de la ansiedad	Schotte et al., 1997 (87) de Beurs et al., 1997 (88) Osman et al., (89)
Información sobre salud general y sobre dolor		
SF-36 Estudio sobre Salud	Perfil de salud que mide la calidad de vida. Puntuaciones para los factores/subescalas: 1. funcionamiento físico 2. funcionamiento social 3. limitaciones de rol debidas a problemas físicos 4. limitaciones del rol debidas a problemas emocionales 5. salud mental 6. energía/vitalidad 7. dolor 8. percepción general de la salud	Ware et al., 1992 (90) McHorney et al., 1994 (91) Brazier et al., 1992 (92)

Inventario Multidimensional del Dolor	Evaluación completa de la experiencia subjetiva del dolor. Puntuaciones para los factores/subescalas: 1. gravedad del dolor 2. interferencia 3. control de la vida 4. angustia afectiva 5. apoyo social 6. nivel de actividad general	Kerns et al., 1985 (93) Turk& Rudy, 1988 (94)
---------------------------------------	--	--

Instrumentos para el sueño y la fatiga

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg (ICSP)	Gravedad global de los trastornos de sueño. Puntuaciones para los factores/subescalas: 1. calidad subjetiva del sueño 2. latencia del sueño 3. duración del sueño 4. eficacia habitual del sueño 5. interrupciones del sueño 6. uso de hipnóticos 7. disfunción diurna	Buysse et al., 1989 (95)
Índice de Severidad del Insomnio (ISI)	Medida global simple de la gravedad del trastorno	Morin et al., 2001 (96)
Listado de Comprobación del Contexto del Sueño, Escala de Somnolencia de Epworth (ESE)	Medida de la somnolencia diurna	Johns, 1994 (97)
Inventario Multidimensional de Fatiga	Evaluación global de la fatiga	Smets et al., 1995 (98)

Medidas prospectivas

El principal instrumento para la evaluación prospectiva es el diario de sueño. Este instrumento permite al psicólogo (1) evaluar día a día la gravedad del insomnio, (2) identificar las conductas que lo mantienen, (3) determinar el grado en que está presente la arritmia circadiana y (4) recoger los datos necesarios para medir y planificar el tratamiento.

La evaluación mediante los diarios de sueño requiere que los pacientes cumplimenten los registros del diario durante un período de una o dos semanas de modo que las conductas de interés puedan muestrearse a lo largo del tiempo. Al igual que las medidas retrospectivas de continuidad del sueño (p.ej., el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg o el Índice de Gravedad del Insomnio), los diarios de sueño requieren que los sujetos realicen estimaciones sobre aspectos como el tiempo necesario para conciliar el sueño, el tiempo que han permanecido despiertos por la noche, etc. Todas las variables tradicionales relativas a la continuidad del sueño pueden obtenerse mediante los diarios del sueño incluidas la latencia de sueño (LS), la frecuencia de los despertares nocturnos (FDN), despertares tras la conciliación del sueño (DTCS) y tiempo total de sueño (TTS). Además, los datos registrados pueden ser útiles para controlar tres parámetros adicionales y extraer una medida adicional.

La medida adicional se conoce como la eficacia del sueño (% ES). Esta variable representa el *tiempo total de sueño* como un porcentaje del *tiempo transcurrido en la cama* ($[(TTS/TC) \cdot 100]$) y permite al profesional, con una medida única, valorar (1) el grado en que se entremezclan la oportunidad de sueño y la habilidad de sueño y (2) los efectos del tratamiento. Observemos que esta medida también puede obtenerse recurriendo a instrumentos retrospectivos pero casi siempre se calcula a partir de los datos del diario de sueño.

Las variables a controlar son la “hora prescrita para acostarse” (HPA) y la “hora prescrita para levantarse de la cama” (HPL) y la “cantidad de tiempo pasado fuera de la cama durante la noche” (es decir, durante el tiempo en que se esperaba dormir (TFC)). Estas medidas pueden usarse para evaluar el grado de cumplimiento del paciente (véase Sesión 2).

Normalmente, no existen diarios de sueño-vigila comercializados. En los apéndices se incluyen dos a modo de ejemplo. Uno de ellos consiste en un instrumento con una única página por semana y el otro incluye una única página por día (véanse Apéndices 5 y 6). Aunque ambos se emplean para registrar información diariamente durante un período de una semana, ambos formatos presentan ventajas y desventajas. El instrumento de una página semanal es conciso, compacto y fácil de usar tanto para el paciente como para el profesional. La facilidad de uso puede favorecer el cumplimiento del esfuerzo necesario para obtener datos prospectivos. La desventaja es que el paciente puede tender a reproducir entradas previas como clave o pauta al completar las nuevas entradas. Por ejemplo, el paciente puede comprobar que ha estado registrando latencias de sueño de 5 minutos durante los últimos días y ajustar su nueva estimación en relación a estos datos. El instrumento con una página por día ofrece más espacio para mediciones adicionales y puede ser menos intimidante porque el formato de página diaria es más parecido al diario tradicional. La desventaja de este formato es que el “paquete” de siete diarios por semana puede parecerle al paciente “demasiado trabajo” y su uso en la sesión de revisión es más complejo.

La diferencia fundamental entre la medición retrospectiva y prospectiva de la continuidad del sueño es que la estimación obtenida de los diarios de sueño se aplica sólo a un punto del tiempo (la pasada noche) y por lo tanto no requiere que el paciente entienda el concepto de media matemática ni que haga uso de otros recursos adicionales para formar y registrar impresiones relativas a la cantidad y calidad de su sueño.

La principal ventaja de la obtención de estimaciones de sueño de cada noche mediante el uso de diarios del sueño es que permiten al profesional/investigador (1) recoger una muestra razonable sobre la que se pueden calcular medidas de tendencia central y variabilidad noche a noche y (2) realizar análisis de contingencia. Con respecto a este último punto, los especialistas en medicina conductual del sueño muchas veces toman muestras de un repertorio estándar de conductas, de modo que puedan determinar si la existencia o no de ciertos factores tradicionales se relaciona con la incidencia y gravedad de los síntomas de insomnio. Por ejemplo, ¿acostumbra el paciente a dormir

la siesta? ¿Se prolonga fiablemente la latencia de sueño los días que el paciente ha dormido la siesta? Una covariación entre estas medidas sugeriría al terapeuta que la conducta de dormir la siesta debe ser modificada o eliminada. Como muchas de las contingencias conductuales se identifican tan directamente con el insomnio (p.ej., las conductas maladaptativas de prolongar la oportunidad de sueño, las siestas, el consumo de cafeína, el consumo de alcohol como sedante, etc.), algunas veces no se incluyen, o no se miden, en los diarios de sueño. La medición prospectiva, sin embargo, permite la ejecución de un exhaustivo análisis de contingencia cuando así sea necesario.

Debería señalarse también que con la aparición de Internet, ordenadores portátiles, diarios electrónicos, las versiones en papel de los diarios están predispuestas a ser algo del pasado. Entre las ventajas que comporta el uso de las nuevas tecnologías se podrían mencionar:

- A través de los sellos de fecha y hora, el terapeuta puede comprobar cuándo se realizan las entradas.
- Se puede pedir a los pacientes que completen el instrumento entre sesiones.
- No se requiere la introducción de datos secundarios.
- Los datos pueden manipularse y mostrarse con total facilidad.
- Pueden integrarse dentro del diagnóstico medidas de ejecución (p.ej., pruebas de tiempo de reacción).

El papel de la polisomnografía

La medición del sueño mediante la polisomnografía (PSG) conlleva una medición objetiva, una resolución temporal (momento a momento) excelente, mediciones directas y cuantitativas del cerebro y de la actividad somática durante el sueño y la capacidad de resolver subestados (es decir, la arquitectura del sueño) que no se observan a través de otras medidas. En combinación con otras medidas electrofisiológicas (p.ej., electrocardiogramas, flujo aéreo nasal/oral, etc.) esta metodología abrió el camino para las primeras observaciones sobre los trastornos médicos que se producen durante el sueño (p.ej., apnea obstructiva del sueño, síndrome de piernas inquietas, etc.). Consecuente-

mente, el diagnóstico a través de la PSG es el “modelo ideal” para la investigación del sueño y para la medicina neurológica y pulmonar del sueño. Aunque la polisomnografía no se considera integral para la práctica directa de la Medicina Conductual del Sueño, se requiere el conocimiento relativo a la medida para que los especialistas conductuales puedan hacer un buen uso de estos datos, cuando se disponga de ellos, y para que puedan colaborar con otros especialistas médicos.

La ventaja fundamental de la PSG frente al auto-informe y a la actigrafía (véase más adelante) es que esta medida revela que el sueño no es un estado unitario. Es decir, que el sueño no es algo en el que uno “está” o “no está”. Curiosamente, incluso la introspección nos llevaría a esta conclusión. Ciertamente, se percibe que hay un sueño “ligero” y un sueño “profundo”, y un sueño “con sueños” y otro “sin sueños”. Esto mismo sugiere la existencia de entre 2 y 4 estadios o estados del sueño. Con la aparición de la polisomnografía se ha descubierto que tales impresiones se enraízan en algo que puede ser objetivamente medido.

La PGS, tal y como se usa para definir los estados de conciencia, consiste en tres medidas: electroencefalografía (EEG), electromiografía (EMG) y electrooculografía (EOG). Cada una de estas medidas, aunque se basan en diferentes fuentes potenciales, influye sobre corrientes eléctricas que ocurren de forma natural y se radian desde el pericráneo, músculos y ojos. Estas corrientes pueden representarse de forma continuada y agrupadas a lo largo del tiempo. Tales gráficos nos permiten ver en cada momento la actividad del cerebro, la actividad motora y el movimiento ocular. La combinación de estos agrupamientos favorece la detección y categorización de nada menos que cinco estadios del sueño (Estadios 1-4 y sueño REM).

En este momento no se cree que los pacientes con insomnio primario muestren anormalidades clínicamente relevantes en su arquitectura del sueño (proporciones anormales de uno o más estadios del sueño), ni que muestren el tipo de anormalidades cardiovasculares que se observan con el estudio PSG y que corresponden a otros tipos de trastornos intrínsecos del sueño (p.ej., apnea obstructiva del sueño, síndrome de piernas inquietas). En consecuencia, normalmente no se requiere la PSG para la evaluación del insomnio primario o secundario. Sin embargo, si el paciente no responde a la TCC-I o al tratamien-

to farmacológico, normalmente se recomienda el seguimiento con PSG y el procedimiento puede revelar trastornos ocultos (trastornos intrínsecos del sueño cuyas señales y síntomas típicos no están presentes en una entrevista clínica). Por ejemplo, si consideramos que el sueño no reparador es sinónimo (o ejemplo de) insomnio, la PSG podría revelar una patología subyacente conocida como sueño “Alpha-Delta” (también denominado simplemente sueño alpha).

El papel de la actigrafía

La actigrafía permite la evaluación objetiva de los parámetros de continuidad del sueño. La metodología emplea la detección del movimiento y la contabilidad de la actividad para evaluar si el paciente está despierto o dormido. El dispositivo actigráfico mismo se parece a un reloj de pulsera y los datos registrados se sintetizan gráficamente a lo largo del tiempo o cuantitativamente. El dispositivo y un ejemplo de informe de datos se presentan en la Figura 3.2.

Aunque los algoritmos aplicados para el establecimiento de estas determinaciones son ciertamente sofisticados, la idea básica es que “cuando el sujeto se mueve, está despierto” y “cuando está inmóvil, está dormido”. El dispositivo produce datos minuto a minuto que, al fin, permiten el cálculo de las variables habituales de continuidad del sueño. Las principales ventajas que aporta esta estrategia de medición prospectiva son que (1) permite evaluar la continuidad del sueño sin el sesgo del auto-informe o del observador; (2) facilita el cumplimiento por parte del sujeto; (3) presenta una excelente resolución temporal (detecta períodos de vigilia de hasta 30 segundos de duración); (4) permite la evaluación continua durante períodos de hasta 60 días; (5) en combinación con los datos del diario de sueño es útil para la detección de las “percepciones erróneas del estado de sueño” (una condición en la que los sujetos, a juzgar por las medidas objetivas, parecen estar dormidos, pero ellos mismos no se perciben dormidos); (6) puede hacer que el paciente se refiera más verídicamente a la continuidad del sueño en sus diarios de sueño y (7) puede servir para determinar el grado de cumplimiento de los aspectos prescritos en el tratamiento (prohibición de siestas y establecimiento de horarios para acostarse y para despertarse).

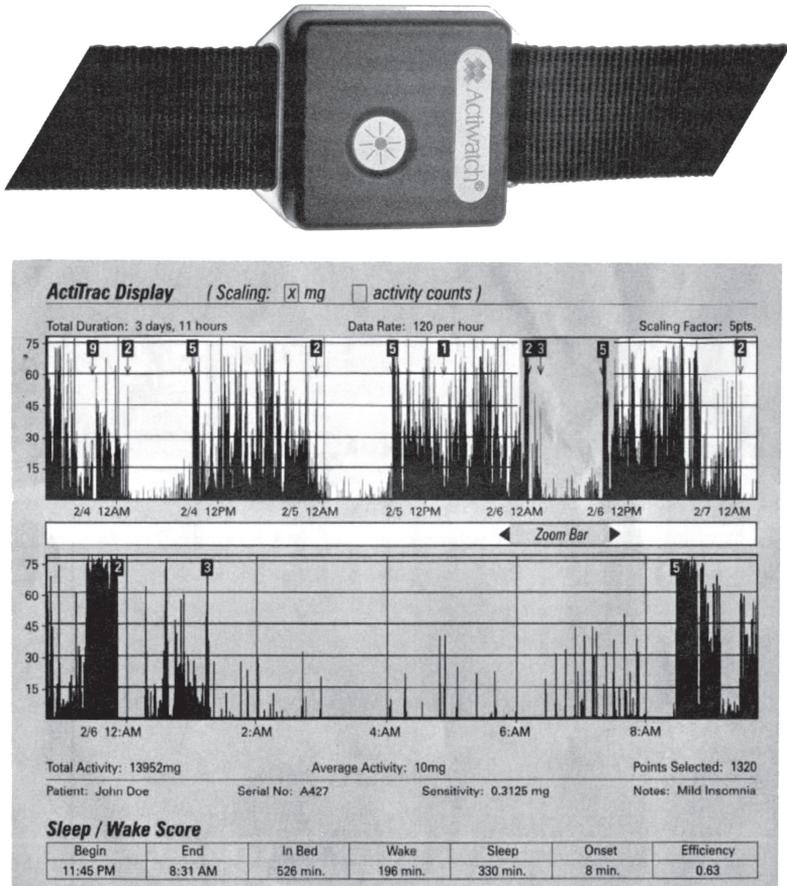


Figura 3.2. Actígrafos (Fotografías cedidas por Mini Mister Co., Mini Mister Co., Inc. 20300 Empire Avenue, Building B-3, Bend, Oregon 97701).

Hasta la fecha, la actigrafía no ha sido un procedimiento estándar ni para el diagnóstico inicial, ni para la medición del grado de cumplimiento del tratamiento, ni para la evaluación del cambio producido por el tratamiento. Es una lástima, porque esta estrategia de medición puede aportar mucha información sobre tales aspectos. En la fase diagnóstica, la actigrafía puede usarse para identificar las anomalías de los ritmos circadianos (p.ej., cambios de fase, etc.) y

para identificar a los sujetos que presentan un grado importante de percepción errónea del estado de sueño (en la actualidad denominado insomnio paradójico). Aunque esta última aplicación no ha sido aún validada (es decir, ¿produce la combinación de los diarios de sueño y la actigrafía medidas comparables de percepción errónea del estado de sueño tal y como se deriva de los diarios de sueño y la polisomnografía?), creemos que puede usarse la combinación de diarios de sueño y actigrafía para alertar al profesional de que la percepción errónea del estado del sueño es un componente significativo del perfil clínico del paciente. Cuando éste sea el caso, se puede esperar, en ausencia de datos empíricos sobre este sujeto, que tal paciente pueda ser menos responsivo al tratamiento.

En la fase de tratamiento, la actigrafía puede usarse para valorar objetivamente los logros en la continuidad del sueño y determinar si el paciente se adhiere no o al tratamiento. Con respecto a esto último, la actigrafía puede usarse para comprobar que el paciente ha cumplido con la fase de retraso de la hora prescrita para acostarse, con la prohibición de la siesta durante el día y con las prescripciones de levantarse de la cama (1) durante la noche al despertarse (control de estímulos) y (2) a la hora acordada por la mañana.

Para los fines del presente manual de tratamiento, suponemos que tales dispositivos suelen ser limitados y, por lo tanto, se usarán fundamentalmente para la evaluación de la percepción errónea del estado de sueño y la adherencia (en los casos que muestren tal necesidad) y con pacientes incapaces de cumplimentar el diario de sueño.

Primer contacto con el paciente

El modo en que los pacientes solicitan o son derivados a los servicios de medicina conductual del sueño suele variar sustancialmente de unos casos a otros. Algunos pacientes acuden por propia voluntad, algunos participan en ensayos de investigación clínica, algunos pueden ser derivados por otros centros y aún otros pueden ser derivados por el médico de cabecera. El “primer contacto”, en la mayoría de los casos, suele ser con el personal de oficina o con los servicios de atención primaria. Algunos centros optan por efectuar selecciones superfi-

ciales en este momento para determinar si el paciente es o no un candidato apropiado para el tratamiento. Alternativamente, el “primer contacto” puede limitarse al registro de una dirección a la que se le enviarán algunos documentos informativos al futuro paciente. La ventaja de esta última estrategia es que, para los pacientes que cuenten con algún sesgo médico con respecto a su diagnóstico y tratamiento, esto les permitirá aclimatarse a la idea de un “servicio conductual”.

Algunos centros podrían recurrir a la Web para ofrecer y obtener información preliminar. La ventaja de tal formato es que de este modo pueden obtenerse algunos o todos los cuestionarios retrospectivos. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el valor de tal “portal” es fundamentalmente de cara a los protocolos de investigación que requieren seleccionar a los pacientes frente a los servicios clínicos que pueden atender mejor a través de contactos cara a cara. Aunque por el momento sólo se ha configurado como instrumento de investigación, un ejemplo de instrumento de estudio en la Web puede hallarse en la siguiente dirección: www.sleeplessinrochester.com.

4

TCC-I sesión a sesión

Primera sesión: Evaluación de acogida (entre 60 y 120 minutos)

Tareas

- Presentarnos al paciente
- Completar los cuestionarios de acogida
- Dirigir la entrevista clínica
- Determinar si el paciente es un candidato para la TCC-I
- Determinar otras opciones de tratamiento
- Presentar una revisión de tratamientos opcionales
- Orientar al paciente en relación al diario de sueño (y actígrafo)
- Recoger las preguntas del paciente y acoger las resistencias
- Establecer la agenda semanal

Objetivos básicos de esta sesión

1. Identificar si el paciente padece un trastorno médico o psiquiátrico inestable o no diagnosticado.
2. Determinar si el insomnio es precipitado y/o mantenido por el consumo/abuso de sustancias o por efectos iatrogénicos de medicaciones concomitantes.
3. Establecer que la TCC-I está indicada.
4. Describir el enfoque, su eficacia, y presentar un resumen del programa.
5. Decidir con el paciente si “éste es un buen momento” para invertir el tiempo y el esfuerzo necesarios para el tratamiento.
6. Para los pacientes que hagan uso de otras opciones de tratamiento o de medicaciones hipnóticas, determinar si disponen de la voluntad para detener el uso de estos agentes y explicar las posibles estrategias.
7. Orientar al paciente en relación al proceso que se requiere para crear un diario de sueño. Si se hará uso del actígrafo, orientar al paciente en su uso. Explicarle por qué se recurre a ambas mediciones.
8. Explicar por qué se necesitan los datos de la línea base. Animar al paciente a no modificar de ningún modo sus horarios ni hábitos cotidianos.

Presentarnos al paciente

Aunque parezca absurdo incluir este punto en el listado de las tareas a realizar, el primer contacto conlleva una serie de momentos críticos durante los cuales el paciente puede estar decidiendo “si quien tiene delante es la persona adecuada para realizar el trabajo”. Aunque en nuestras manos sólo esté especular sobre los factores que influyen en tal juicio, creemos que el profesional debería acoger al paciente de un modo amistoso, cercano e incluso un poco informal, pero a continuación tomar las riendas estableciendo sus credenciales y el programa de la sesión. Por ejemplo:

Diálogo # 2: El terapeuta se presenta al paciente

Terapeuta: Buenos días Sr. Jones, mi nombre es Dr. Smith. Soy el director de este servicio y hoy voy a trabajar con usted para evaluar su problema de sueño. En el curso de la sesión de hoy vamos a comenzar con el proceso de determinar si su insomnio es lo que parece y si nuestro servicio es el apropiado para usted. Para ello, deberemos completar algunos cuestionarios. ...Después los revisaremos juntamente y, a continuación, determinaremos los siguientes pasos a dar.

En la mayoría de los casos, el siguiente paso requiere que establezcamos otra cita, y que entre hoy y la siguiente cita usted y yo recojamos información adicional. Mi parte del trabajo consistirá en contactar con su médico de cabecera (y/o su psiquiatra) para asegurarnos de que no estemos pasando nada por alto... y deberé dedicar cierto tiempo a formular cuál será el plan de tratamiento que mejor se adapte a sus necesidades. En lo que a usted respecta, deberá ayudarnos a caracterizar su insomnio de un modo más completo haciendo uso, para ello, de un diario de sueño (y un actígrafo). Al final de la sesión hablaremos más de esto –y por qué necesitamos tal información.

Bien. Comencemos a trabajar sobre estas cuestiones de fondo. Si tiene alguna pregunta, no dude en formularla. Además, sepa también que en algunos de los cuestionarios se le formularán preguntas bastante personales. Es importante que responda con toda la honestidad que pueda. A medida que finalice un cuestionario, pásemelo para que yo pueda ir analizando sus respuestas.

Completar los cuestionarios de acogida y determinar un índice de gravedad del insomnio

En el contexto clínico, se puede optar por que el paciente cumplimente la batería de cuestionarios en casa o en la sala de espera. Si se dispone de personal del servicio que pueda administrar los materiales al paciente en la sala de espera, sea quien sea el que lo haga, debería explicar la finalidad de tal “paquete” de cuestionarios. Cuando los cuestionarios se cumplimenten en casa (bien en papel o mediante el ordenador), debería hacerse uso de una carta introductoria en la que se detalle dicha información.

La ventaja de la “administración en casa” es que el paciente puede ejecutar la tarea en la comodidad de su propio hogar, cumplimentar la documentación a su propio ritmo y, cuando acuda al servicio, la información ya estará recogida y registrada. La desventaja de la “administración en casa” es que el paciente no puede formular dudas sobre los materiales y/o puede que no esté tan atento a la tarea, dadas las distracciones que pueden surgir en el contexto del hogar. Para las finalidades del presente manual, vamos a suponer que los documentos se cumplimentarán en la clínica y en presencia del terapeuta que tratará al paciente.

Dirigir la entrevista clínica y determinar si el paciente es un candidato para la TCC-I

Tal y como se señalaba anteriormente, en nuestro programa el profesional revisa los materiales a medida que el paciente cumplimenta cada uno de los instrumentos. Esto permite al profesional señalar de manera especial los ítems vinculados con aspectos centrales durante la entrevista. En un sentido muy real, los aspectos centrales son cuestión de determinar si el paciente satisface los criterios de inclusión o exclusión para el tratamiento. Cuando se efectúan ensayos clínicos, el incumplimiento de un criterio de inclusión o el cumplimiento de uno de exclusión conllevará que el paciente sea derivado a algún otro servicio. En la práctica clínica, la determinación de tratarlo o no es más compleja.

La estructura de los siguientes apartados (las indicaciones y contraindicaciones de la TCC-I) adopta un enfoque práctico pero innovador. En lugar de adoptar la determinación de si el tratamiento está indicado o no sobre la base del diagnóstico, proporcionamos un marco o algoritmo para dicha determinación (véase Figura 4.1). El algoritmo determina (1) si el paciente muestra los factores que son objeto de atención para la TCC-I y (2) si la TCC-I está o no contraindicada debido a la presencia de aspectos colaterales que puedan ser confusos.

Indicaciones para la TCC-I

El enfoque más simple consiste en establecer en primer lugar si la TCC-I podría ser apropiada. Esto se hace comprobando los siguientes puntos de referencia:

- *¿Presenta el paciente problemas sustanciales de continuidad del sueño (Trastornos de Iniciación y Mantenimiento del Sueño) [TIMS]?*
¿Necesita el paciente 30 minutos o más para conciliar el sueño?
¿Pasa el paciente 30 minutos o más despierto a lo largo de la noche?
¿Se producen estas dificultades de forma regular a lo largo de la semana (3 noches o más por semana)?

La precisión con que uno aplica la “regla de los 30 minutos” depende en gran medida del contexto de tratamiento. Los protocolos de investigación pueden seguir una aplicación rígida de la regla. En la práctica se requieren diversas consideraciones cuando el paciente no satisface los criterios de gravedad y sin embargo la TCC-I puede seguir siendo adecuada.

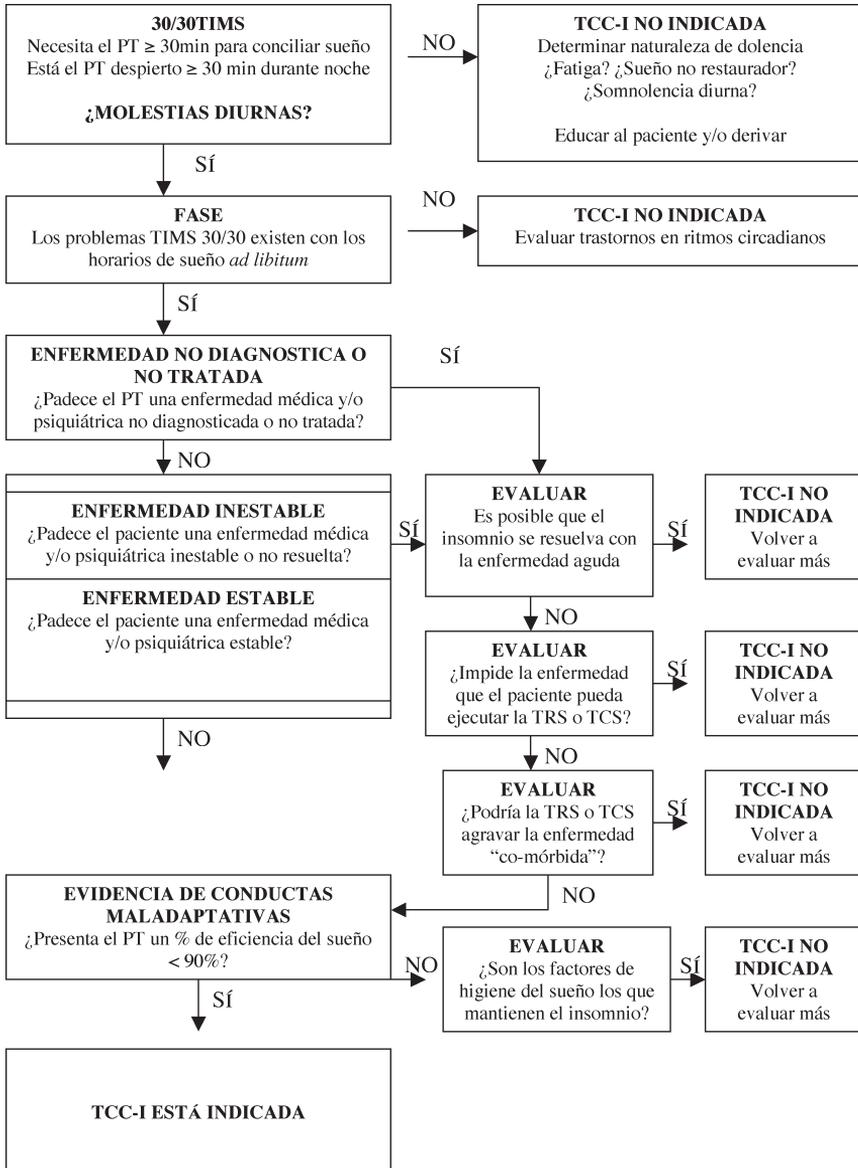


Figura 4.1. Algoritmo de Evaluación: ¿Está la TCC-I indicada?

Los valores inferiores a 30 minutos y/o 3 días por semana (medidos mediante, por ejemplo, algún instrumento de diagnóstico elaborado por el propio profesional o por el ICSP y/o el ISI [véase Tabla 3.2]) pueden sugerir que las quejas fundamentales del paciente se relacionen con un problema de un sueño no restaurador o fragmentado. Tal perfil sugiere muchas veces la presencia de un trastorno intrínseco del sueño (distinto al del insomnio) y por ello puede ser apropiado solicitar una polisomnografía. Aunque no siempre deba ser así. Por ejemplo es frecuente que el paciente ya se haya sometido a una evaluación de PSG y que se le haya diagnosticado un sueño no reparador y/o sueño fragmentado que no se puede atribuir a problemas respiratorios u otros problemas orgánicos. Tal paciente podría beneficiarse de la terapia de restricción del sueño (TRS) a pesar de que no haya satisfecho los criterios de severidad tradicionales. Este ejemplo subraya la necesidad de la evaluación multidisciplinar y la importancia de evaluar a cada paciente sobre la base de sus propias singularidades.

Independientemente de los criterios de gravedad, los problemas de continuidad del sueño que se producen con una frecuencia inferior a 3 días por semana pueden requerir o no TCC-I, pero ciertamente requieren un análisis de contingencia para determinar si existen factores situacionales que sean responsables de la aparición de los problemas para conciliar o mantener el sueño.

- *¿Manifiesta el paciente que su funcionamiento diario se ve afectado por el insomnio?*

Evaluar la posible existencia de deterioros puede ser difícil. Muchos pacientes con insomnio de largo alcance han aprendido a afrontar las consecuencias del mismo. Tal es así que el paciente, ante problemas sustanciales de continuidad del sueño, llegue incluso a negar que padezca consecuencias diurnas. En tales casos suele ser útil desarrollar un examen más profundo. En lugar de preguntar por el déficit, es útil preguntar al paciente qué aspectos de su vida o de su funcionamiento mejorarían si su problema del sueño se resolviera de inmediato.

El deterioro y/o angustia diurnos se evalúan para poder determinar si el paciente, por naturaleza, duerme poco y si el insomnio aparente se produce a consecuencia de un desequilibrio entre el horario de sueño y la necesidad de sueño del paciente. Otra posibilidad con respecto a la ausencia de deterioro diurno es que se haya reducido la necesidad de sueño del paciente por razones médicas y/o psiquiátricas. De forma similar al escenario anterior, aquí también se requiere una evaluación o diagnóstico complementario.

- *¿Existe alguna prueba relativa a que sean los factores conductuales los que mantengan el insomnio?*

Los factores de mantenimiento o conductuales (estrategias compensatorias) pueden identificarse mediante cuestionarios con preguntas sencillas o formulando directamente las preguntas durante la entrevista. En la Tabla 4.1 se incluye una relación bastante completa de factores de mantenimiento o estrategias compensatorias.

Quizá las estrategias compensatorias más comunes y, por lo tanto, las contempladas en primer lugar por la TCC-I son las siguientes. “¿A medida que empeoró el insomnio, cómo afrontaba su cansancio (y o compensaba la pérdida de sueño)?...”

- “¿Acostándose antes?”
- “¿Durmiendo más por la mañana?”
- “¿Echando cabezaditas durante el día?”

Cada una de estas conductas representa el esfuerzo por ampliar la oportunidad de sueño ante la pérdida del mismo. Esta estrategia, aunque pueda parecer válida, genera la desregularización de la “homeostasis del sueño”. Es decir, cuando uno se “duerme por la mañana” o se acuesta antes por la noche, esto podría compensar la pérdida previa de sueño, pero produce el efecto indeseado de reducir la cantidad de tiempo que ha permanecido despierto. Esta reducción del tiempo de vigilia implica que el individuo tenga más saciado el sueño la siguiente vez que desee dormirse. A esta reducción de la “presión de sueño” se conoce como desarreglo de la homeostasis del sueño.

Tabla 4.1. Factores que perpetúan el insomnio

Estrategia compensatoria	Efecto sobre el sueño
Ampliar la oportunidad de sueño	
Acostarse temprano	Desequilibra la “homeóstasis del sueño” generando insomnio y sueño ligero.
Dormirse por la mañana (levantarse tarde)	Posible desregulación circadiana. Desequilibra la “homeóstasis del sueño”.
Dormir la siesta durante el día	Posible desregulación circadiana. Desequilibra la “homeóstasis del sueño”.
Medidas para contrarrestar la fatiga	
Incremento en el uso de estimulantes y/o uso de estimulantes en momentos inapropiados.	Aumenta los estados de activación que interfieren con el sueño
Evitar o reducir la actividad física	Puede desequilibrar la “homeóstasis del sueño”. Puede generar activación condicionada si aumenta el tiempo destinado a descansar en la cama o habitación.
Rituales y estrategias	
Aumentar las conductas de no sueño en la habitación para “matar el tiempo”	Promueve la falta de control de estímulos.
Dormir en espacios diferentes a la habitación	Promueve la falta de control de estímulos.
Ejecutar “rituales” que se consideran aptos para promover el sueño (recorrir a pócimas, infusiones, etc.)	Promueve la dependencia de conductas y la ansiedad anticipatoria cuando no están disponibles.
Evitar conductas que se consideren que inhiben el sueño (p.ej., sexo, salir a la calle antes de acostarse, etc.)	Promueve la ansiedad anticipatoria cuando se producen las conductas.

Estrategias de auto-medicación (sedación)	
Aumento en el consumo de alcohol	Supresión del REM y rebote de la fragmentación del sueño, despertares a horas muy tempranas. Reducción de la auto-eficacia relacionada con el sueño.
Consumo de marihuana	Se sabe poco sobre sus efectos sobre el sueño; la discontinuación/eliminación puede agravar el insomnio. Reducción de la auto-eficacia relacionada con el sueño.
Abuso de sedantes (antihistamínicos)	Aumento de dependencia psicológica de la medicación para dormir. Reducción de la auto-eficacia relacionada con el sueño, resacas matutinas.
Uso de la melatonina como hipnótico	Puede inducir a cambios en los ritmos circadianos, que promueven el insomnio. Aumento de la dependencia psicológica sobre la sustancia para dormir. Reducción de la auto-eficacia relacionada con el sueño. Puede producir la desaparición o el rebote de insomnio durante la noche o la noche siguiente. Falta de regulación de la FDA.

En consecuencia aumenta la probabilidad de que el paciente presente dificultad para iniciar y/o mantener el sueño durante las noches siguientes a la que el paciente compensó la pérdida del sueño. Se cree que a largo plazo, esta forma de desregulación del sueño, en sí misma, perpetúa el insomnio. Tal y como se señalaba previamente, este “efecto” puede cuantificarse usando para ello una medida sencilla que registre la tendencia a aumentar la oportunidad de sueño ante la pérdida del mismo. A esta variable denominamos eficiencia del sueño (%ES). Las eficiencias de sueño < 85% sugieren que existe una confusión o desequilibrio conductualmente mantenido entre la oportunidad de sueño y la “habilidad” de sueño. Las eficiencias de sueño del 90% o superiores pueden sugerir que las quejas fundamentales del paciente no se relacionen tanto con el insomnio sino con factores psicológicos, el problema de un sueño no restaurador, el síndrome del sueño insuficiente u otros trastornos del sueño, médicos o psiquiátricos. Recuerde que es posible que algunos pacientes presenten una eficiencia de sueño baja a pesar de haber disfrutado de una amplia oportunidad de sueño. Aunque esto tienda a ser característico del insomnio agudo, de insomnios secunda-

rios a condiciones médicas o psiquiátricas o a insomnios relacionados con otros trastornos intrínsecos del sueño, estos insomnios “no primarios” también pueden beneficiarse con la TCC-I.

En las consideraciones anteriores queda ausente un factor o condición clínica. El factor no incluido se corresponde con la cronicidad de la enfermedad. Aunque sea importante para la caracterización plena del trastorno clínico (especialmente si uno trata de definir el insomnio de un modo que se aproxime a una definición basada en Criterios Diagnósticos de Investigación), no es esencial para determinar si la TCC-I está o no indicada. Dicho esto, puede ser relevante comprobar si la TCC-I está contraindicada (véase más adelante). De multitud de formas “el tiempo que uno lleva padeciendo insomnio” puede constituir una variable sustitutiva tanto para el historial de la ejecución de estrategias compensatorias maladaptativas como para la “activación condicionada” misma.

Si el insomnio es crónico (>1-6 meses), es extremadamente posible que (1) el paciente haya ejecutado el tipo de estrategias compensatorias que se tratan mediante la TCC-I y/o (2) haya transcurrido suficiente tiempo para que el insomnio sea ahora un fenómeno condicionado. Por lo tanto, se cree que el repetido emparejamiento de los estímulos relativos al sueño con el estado de vigilia y con la activación producen una forma de activación condicionada cognitiva, somática y/o del sistema nervioso central (55; 56) que persiste independientemente de los factores precipitantes o perpetuantes (estrategias compensatorias maladaptativas).

Si el insomnio es transitorio (< 1-6 meses, esto sugiere que los factores precipitantes pueden ser responsables del insomnio. Como se señalará próximamente, factores precipitantes pueden ser una enfermedad médica o mental y estos factores pueden determinar que la TCC-I esté contraindicada. Por otra parte, una buena entrevista clínica y/o análisis de contingencia puede revelar que (1) los factores psicológicos están impulsando el insomnio y se requiera una intervención que probablemente sea distinta de la TCC-I, o (2) el paciente acaba de empezar a recurrir a estrategias compensatoria que minan la buena continuidad del sueño y, en consecuencia, pueda ser ideal una intervención inmediata.

- *¿Hay alguna prueba de que el insomnio se mantenga mediante la “activación condicionada”?*

Durante la entrevista clínica se pueden obtener pruebas relativas a la existencia de la activación condicionada y, con frecuencia, mediante dos únicas preguntas estándares de la entrevista.

La primera, cuando se pide al paciente que describa la última hora del día –de un día normal– los pacientes con insomnio primario a menudo manifiestan sentirse medio dormidos o que se duermen en el autobús durante las primeras horas del día y que por la noche, cuando entran en la habitación, se sienten completamente despejados. Aunque el paciente pueda atribuir esto a haber andado demasiado rápido o a la ejecución de un exceso de rituales previos a acostarse, se cree que esto representa el hecho de la activación, y que la habitación, la cama, la hora de acostarse, etc. son los estímulos elicidores de tal activación.

La segunda, cuando se les pide que describan cómo duermen si cambian de cama, o cuando están de vacaciones, los pacientes con insomnio primario pueden manifestar cierta mejoría en su sueño. Se cree que esto ocurre porque el ambiente nuevo carece aún de los estímulos que normalmente elicitaban su insomnio. Sin embargo, ésta puede ser una clave menos fiable, porque la activación condicionada puede no limitarse a la habitación del individuo sino también extenderse al acto de ir a dormir, a la hora de acostarse, etc. En consecuencia, el paciente puede llegar a dormir igualmente mal en un ambiente novedoso como en el de su propia habitación.

- *¿Es la duración del sueño (TTS) una consideración importante?*

No. Cualquier informe relativo al tiempo total de sueño sólo es significativo si existe un malestar diurno. Esto es, por ejemplo, “Sólo consigo dormir X horas cada noche y por ello me siento muy mal durante el día, como si no hubiera dormido suficiente...” Lo importante en relación a esta afirmación, independientemente del valor que adopte “X”, es la consecuencia de “X”. Por lo tanto, puede argumentarse que no es necesario definir el TTS para saber si la TCC-I está o no indicada. Todo lo que uno debe saber es si existen o no problemas en la continuidad del sueño y secuelas diurnas. Además,

no se sabe aún cuál es el tiempo total de sueño normal y se cree que varía sustancialmente de un individuo a otro.

Contraindicaciones para la TCC-I

Habiendo determinado los casos en los que la TCC-I puede estar indicada, el siguiente paso consiste en considerar los criterios excluyentes y/o determinar cuándo está contraindicada la TCC-I.

- *El paciente padece una enfermedad médica o psiquiátrica que no ha sido diagnosticada, es inestable o puede interferir con la TCC-I.*

Las evidencias relativas a este aspecto pueden extraerse de los cuestionarios clínicos, de la entrevista clínica y/o a partir de la interacción directa con el médico de atención primaria y/o psiquiatra del paciente. En la Tabla 4.2 se incluye una relación de factores comunes que contribuyen a complicar el tratamiento del insomnio.

Cuando es obvio que el paciente padece una enfermedad no resuelta o inestable, el profesional podría optar por retrasar el tratamiento por alguna de las siguientes tres razones:

En primer lugar, se sospecha que el insomnio puede resolverse con la enfermedad aguda o una vez que se haya estabilizado la enfermedad. Si así ocurre, puede ser conveniente informar al paciente de que el insomnio se despejará. Además, debería aconsejarse al paciente que evite el empleo de estrategias compensatorias cuando experimente episodios agudos de insomnio. Información adicional con respecto a las estrategias profilácticas puede hallarse en el apartado dedicado a la prevención de recaídas (Sesión 8).

En segundo lugar, se sospecha que el insomnio no se resolverá pero que la enfermedad aguda impedirá la participación en la terapia o beneficiarse de ella. El paciente puede ser incapaz de participar en la terapia porque físicamente no pueda ejecutar las tareas de restricción del sueño o control de estímulos (p.ej., pacientes con enfermedad aguda que requieren un aumento de sueño o períodos más prolongados de permanencia en la cama, lesiones agudas que impiden que el paciente camine, etc.). En este caso, debería decirse al paciente que dispone de un trata-

Tabla 4.2. Factores Comunes que pueden contribuir o complicar el tratamiento del insomnio

Enfermedad médica

Lesiones cerebrales, hipertiroidismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, hipertensión, enfermedad arterial coronaria, artritis, fibromialgia, dolores de cabeza y brotes de dolor lumbar; trastorno por reflujo gastroesofágico, enfermedad de Parkinson, Alzheimer, diabetes, cáncer, prostatitis hipertrófica benigna, menopausia, etc.

Enfermedad mental

Depresión severa, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés posttraumático, trastorno pánico, trastorno bipolar, demencia, esquizofrenia.

Efectos agudos de la medicación

Alcohol, anfetaminas, cafeína, reserpina, clonide, antidepresivos SSRI, esteroides, L-dopa, theophilina, nicotina, nifedipina, agonistas beta (albuterol), etc.

Efectos por eliminación de la medicación

Benzodiazepinas, barbitúricos, alcohol.

Otros trastornos del sueño

Apnea obstructiva del sueño, narcolepsia, mioclonus nocturno, síndrome de piernas inquietas, trastorno de la fase avanzada del sueño, trastorno de la fase retardada del sueño, trastorno por percepción errónea del estado del sueño, trastorno por pesadillas nocturnas, parasomnias, etc.

Factores situacionales

Estrés vital, duelo, ambiente desconocido de sueño, jet lag, trabajo a turnos.

Fuente: Adaptado de Diagnóstico del Insomnio Primario y Opciones de Tratamiento. Documento de *Comprehensive Therapy*, 2000; 26 (4); 298 -306.

miento efectivo, pero que para maximizar los resultados del tratamiento debería postergarse el comienzo de la terapia. Puede ser útil asegurar al paciente que dispondrá de ayuda en un momento posterior y (si fuera posible) garantizarle el acceso al servicio.

En tercer lugar, se sospecha que la TCC-I agravaría la enfermedad aguda. En muchos casos, la decisión de posponer el tratamiento se basará más en la experiencia clínica que en el peso de los datos empíricos. Por ejemplo, aunque se sospeche que las enfermedades febriles y/o enfermedades infecciosas requieran un aumento de sueño para su recuperación, en el momento actual esto se basa sólo en la sabiduría clínica. Dicho esto, es recomendable respetar la práctica estándar y retrasar el tratamiento del insomnio.

En algunos casos no se requiere la consideración de las cuestiones anteriores porque será obvio que la TCC-I está contraindicada. Para establecer esta determinación, la pregunta que uno debe estar dispuesto a contestar (o a solicitar ayuda para contestarla) es: “¿Producirá el tratamiento una exacerbación de la enfermedad aguda?” Claramente éste es el caso de los pacientes con epilepsia, trastorno bipolar, parasomnias, apnea obstructiva del sueño u otras enfermedades que generen la somnolencia diurna como rasgo del trastorno primario. La pérdida de sueño por la restricción del mismo puede reducir el umbral de los brotes en pacientes epilépticos, puede precipitar la manía en pacientes bipolares, puede impedir la adecuada ventilación en los pacientes con apnea obstructiva del sueño y/o simplemente agravar la somnolencia diurna (SD) hasta el punto de que ya no sea seguro que el paciente conduzca, maneje maquinaria y/o tome decisiones que influyan sobre su propio bienestar y seguridad y/o de quienes le rodean.

Con respecto a este último punto, si la SD está presente, puede ser apropiada una terapia combinada (TCC-I + una sustancia que favorezca la vigilia como el modafinil o methylphenidate). Sin embargo, debería señalarse que los datos existentes sobre esta modalidad de terapia combinada son muy escasos (57). Los datos existentes sugieren que el modafinil (qam 100mg) puede combinarse con la TCC-I y, aunque reduzca la somnolencia diurna, no interfiere con los resultados del tratamiento.

Determinar otras opciones de tratamiento

Una vez que se sepa con certeza que la TCC-I está indicada, se deben presentar al paciente todas las posibles opciones de tratamiento. En el contexto clínico en el que la farmacoterapia es opcional, el profesional debería revisar los “pros” y “contras” de las tres posibles estrategias (TCC-I; farmacoterapia con hipnóticos; farmacoterapia con sedantes antidepresivos) teniendo siempre presente el historial de tratamiento del paciente. La revisión de las opciones de tratamiento ofrece al paciente el conocimiento necesario para adoptar una decisión informada así como la oportunidad de decir lo que desea en relación a su propia atención. Por ejemplo (con un paciente novel en el tratamiento):

Diálogo # 3: Presentación de opciones de tratamiento

Terapeuta: En este punto, creo que dispongo de toda la información que necesito. Lo que me gustaría hacer es revisar con usted las opciones de tratamiento de que dispone. Una vez que hayamos hecho esto y que yo haya respondido a todas sus dudas, le voy a pedir que demoremos una semana el comienzo del tratamiento de modo que usted pueda decidir qué tratamiento desea seguir y, en consecuencia, podamos recoger información adicional mediante los diarios de sueño. Pero no nos apresuremos y consideremos en primer lugar las opciones de tratamiento.

Opción 1. Seguir tal como está pero sabiendo que el insomnio probablemente no es una señal o síntoma de ningún otro problema más grave. La ventaja de esto es que no necesita iniciar ninguna forma de tratamiento ahora mismo. La desventaja es que, probablemente, el insomnio no se resolverá por su propio pie.

Opción 2. En colaboración con el personal médico podemos obtener la prescripción de medicación que le ayude a dormir. En nuestro centro tendemos a trabajar con dos tipos de medicación, una de ellas recibe el nombre de benzodiazepinas (por ejemplo, temazepam) y el otro tipo nonbenzodiazepinas (por ejemplo, solpidem o zaleplon). De ambas, tendemos a recomendar medicaciones como el solpidem o zaleplon porque no suelen interferir

con la calidad de su sueño y no parecen tener contraindicaciones al eliminar la medicación. La ventaja de estos medicamentos es que producen un alivio inmediato y una mejoría de entre el 30 y el 50%, los logros parecen estables en períodos comprendidos entre los 3 y los 6 meses, y los medicamentos tienden a promover un tipo de sueño que parece ser relativamente normal. La desventaja consiste en que los medicamentos no “curan”. Es decir, una vez que deje de tomarlos, lo mejor que puede ocurrir es que vuelva al punto en que comenzó el tratamiento.

Opción 3: Podemos, en colaboración con el personal médico, obtener la prescripción de diferentes tipos de medicación anti-depresiva que muchas veces se emplea para facilitar el sueño. La ventaja con estos medicamentos es que también ofrecen un alivio inmediato, los logros parecen ser estables para períodos prolongados (entre 6 meses y años) y también parecen no generar síntomas durante su eliminación. La desventaja es que estos medicamentos parecen producir efectos más limitados en las personas que tienen problemas para conciliar el sueño, producen logros clínicos de menor alcance, alteran la calidad del sueño y pueden producir efectos colaterales desagradables. Se desconoce aún si estos medicamentos producen logros a largo plazo una vez que su administración se haya eliminado.

Opción 4: Podemos tratar su insomnio con terapia cognitivo-conductual. Ésta es una intervención no farmacológica que requiere de entre 5 y 8 semanas para completar el tratamiento. La ventaja que aporta esta opción es que ha sido muy bien probada: se ha comprobado que produce éxitos clínicos equivalentes (si no mejores) que la medicación y que los efectos que produce son duraderos. La desventaja es que se necesitan entre 2 y 4 semanas para que la intervención comience a producir los primeros efectos, usted deberá comprometerse a un proceso que le llevará entre 5 y 8 sesiones y su insomnio empeorará al comienzo antes de mejorar posteriormente.

Por favor, piense en las dudas que le puedan surgir y a continuación revisaremos qué es lo que debe hacer entre hoy y la sesión de la próxima semana.

Discontinuación del uso de medicación hipnótica sedante

En muchos casos los pacientes acuden a terapia tomando ya diferentes medicaciones. Algunos estarán tomando medicaciones que les ayuden a dormir. Algunos de estos pacientes pueden querer dejar de tomarlas, mientras que otros pueden mostrarse más reticentes a detener la administración de las mismas. Si la medicación ha sido prescrita para el sueño, es muy probable que la TCC-I sea un éxito cuando la medicación se discontinúa antes del tratamiento. Un enfoque positivo para este proceso consiste en colaborar con el médico responsable de la prescripción y establecer juntamente con él un proceso de discontinuación. Muchos investigadores han desarrollado protocolos de discontinuación (58; 59).

La eliminación gradual de la medicación sirve a diversos objetivos. En primer lugar, maximiza la seguridad del paciente durante la discontinuación (p.ej., la eliminación inmediata de benzodiazepinas puede generar brotes). En segundo lugar, si se recogen datos durante este período (p.ej., protocolo de 4 semanas: Semana 1, uso regular de medicamentos; Semana 2, mitad de la cantidad de medicamentos [bien por día o por cantidad]; Semana 3, mitad de la cantidad de medicación; Semana 4, no medicación), es probable que los datos muestren (1) que los efectos negativos de la eliminación, si se producen, tengan una vida corta y (2) que surjan diferencias mínimas entre el uso y no uso de la medicación. En tercer lugar, la retirada previa a la terapia evitará la recaída posteriormente. En la Tabla 4.3 se presenta un listado de medicaciones o medicaciones hipnóticas que se emplean como sedantes.

En algunos casos, los pacientes se presentarán con medicaciones que le han sido prescritas para otro problema pero que produzcan efectos beneficiosos para su sueño (es decir, algunos antidepresivos, etc.). En estos casos, el paciente permanecerá con su medicación y el tratamiento procederá su curso.

Tabla 4.3. Medicaciones.

Nombre comercial	Nombre genérico	Clase de medicación	Indicación FDA	Dosis (mq)	Ti _{nax} min	Vida ½ horas
Ambien	Zolpidem	BZRAs	Insomnio	5-10	30-50	2.5-5.6
Sonata	Zaleplon	BZRAs	Insomnio	5-20	30-60	1-2
Estorra	Eszopiclone	BZRAs	Insomnio	1-3	1.0-1.5	4-6
***	Indipion-IR	BZRAs	Insomnio	10-20	50	1.5
***	Indipion-MR	BZRAs	Insomnio	10-20	60-120	1.5
Dalmane	Flurazepam	Benzodiacepina	Insomnio	15-30	30-60	47-100
Doral	Quazepam	Benzodiacepina	Insomnio	7.5-15	60-90	25-41
Magadan	Nitrazepam	Benzodiacepina	Insomnio	2.5-5.0	30-120	18-25
Prosom	Estazolam	Benzodiacepina	Insomnio	1-2	60-90	8-24
<i>Restoril</i>	Temazepam	Benzodiacepina	Insomnio	7.5-30	20-50	3.5-18
<i>Halcion</i>	Triazolam	Benzodiacepina	Insomnio	0.125- 0.25	50-120	3-4
<i>Xanax</i>	Alprazolam	Benzodiacepina	Ansiedad	0.25-0.5	60-120	9-20
<i>Klonopin</i>	Clonazepam	Benzodiacepina	Ansiedad	0.5-2.0	60-240	19-60
<i>Valium</i>	Diazepam	Benzodiacepina	Ansiedad	2-10	60-120	20-50
<i>Ativan</i>	Lorazepam	Benzodiacepina	Ansiedad	0.5-2.0	120-240	8-24
<i>Elavil</i>	Amitriptilina	Tricíclico	Depresión	25-150	2-8	5-45
<i>Sinequan</i>	Doxepin	Tricíclico	Depresión	25-150	2-8	10-30
<i>Desyrel</i>	Trazodona	Agonista 5HT	Depresión	25-150	3-14	3-10
<i>Serozone</i>	Nefazadona	Agonista 5HT	Depresión	50-150	1	2-4
<i>Seroquel</i>	Quetiapina	Dibenzotracetapina	Antipsicótico	25-50	1.5	4-8
-	Cloral Hidrato	-	Sedación	50-1000	30-60	4-6
<i>Benadryl</i>	Difenhidramina	Antihistamina	Alivio de	25-100	0.25-0.50	3-12

Diálogo # 4: ¿Debería seguir tomando la medicación actual durante el tratamiento?

Paciente: Mi médico piensa que debería seguir tomando el anti-depresivo durante, como mínimo, los siguientes seis meses para mantener a raya la depresión. ¿Interfiere esto con el tratamiento?

Terapeuta: Lo que dice tiene mucho sentido. Trabajemos sobre su problema del sueño. Si tenemos éxito, esto tendrá incluso un valor protector y profiláctico más significativo con respecto a su depresión y facilitará que en seis meses pueda eliminar la medicación antidepressiva y sentirse bien.

Orientar al paciente en relación al diario de sueño

Aunque a la mayoría de los pacientes les resulte familiar la idea de escribir un diario o escribir una agenda, la práctica de hacerlo con fines evaluativos puede ser algo nuevo para ellos. Es imprescindible explicar la finalidad del diario, subrayando que (1) permite el “muestreo” y proporciona estimaciones más aproximadas (es decir, carentes de generalizaciones), (2) si así se requiere, permite al profesional llevar a cabo los análisis de contingencia y (3) constituye la fuente de datos para la terapia y permite realizar la evaluación formal de los resultados del tratamiento, tanto para el individuo mismo como para el centro asistencial en su totalidad.

Es fundamental cumplimentar un ejemplo de registro del diario juntamente con el paciente. En primer lugar, conviene completar todos los aspectos sobre la base de los datos de “su” sueño y vigilia. Como parte de esto, es crítico demostrar que no todas las variables del diario del sueño han de ser “deseos-estimaciones”. La Latencia de Sueño (LS) y los Despertares Nocturnos tras la Conciliación del Sueño (DNTCS) se basan sólo en las impresiones subjetivas del paciente. Dicho esto, es importante asegurarse de que el paciente incluye el tiempo de vigilia como resultado de su despertar temprano por las mañanas y de sus estimaciones sobre los DNTCS. El Tiempo en Cama (TC) y el Tiempo Total de Sueño (TTS) son variables calculadas. El TC se calcula en minutos transcurridos desde que “se apagan las luces” hasta que se “encienden las luces”. Por ejemplo, si las luces se apagan a las 22:00 y las luces se encienden a las 5:00, el TC equivale a 420 minutos. El TTS se calcula sobre la base de $TC - (LS + DNTCS)$. Por ejemplo, si el TC es de 420 minutos y la LS es de 30 minutos y el DNTCS es de 30 minutos ($30 + 30 = 60$ minutos), por lo tanto el TTS equivale a 360 minutos. Tras cumplimentar un ejemplo, conviene que el paciente complete el registro correspondiente a la noche anterior al día de acogida. Si, con dos ejemplos cumplimentados, el paciente parece seguir presentando dificultades para cumplimentar el formulario, contemplaremos la posibilidad de cumplimentar otros ejemplos. Si después de todo, sigue presentando dificultades se puede contemplar la posibilidad de recurrir al actígrafo (si está disponible).

Al finalizar la sesión, sugeriremos al paciente que “duerma como siempre”. Subrayando que es importante obtener una línea base/muestra exacta. Sólo debe modificarse una conducta del paciente relacionada con el sueño: girar el despertador y sólo comprobar la hora al acostarse y al despertarse por la mañana para comenzar un nuevo día. Esto se hace a fin de que los datos recogidos durante y tras el tratamiento sean paralelos a los obtenidos durante la semana en que se registra la línea base. Si se hace uso de actígrafos, el paciente también debería recordar activar el botón de encendido cuando “apague las luces” y desactivarlo cuando “encienda las luces”.

Recoger las preguntas del paciente y acoger las resistencias

Aunque en este punto de la terapia puedan surgir multitud de dudas y resistencias, la preocupación más común de los pacientes suele vincularse al hecho de que el tratamiento no comience de forma inmediata. A continuación se presenta un ejemplo de diálogo para contemplar este aspecto.

Diálogo # 5: ¿Por qué no puedo comenzar inmediatamente con el tratamiento?

Paciente: ¿No hay nada que pueda hacer entre hoy y la próxima semana para mejorar mi sueño?

Terapeuta: Es muy importante no sólo que entienda *qué* pasos ha de dar sino también *por qué* los da. Hoy no disponemos de tiempo para explicar todas las fases ni los motivos de cada una de ellas. Pero recuerde, los datos que recogerá durante esta semana son críticos para poder obtener un cuadro exacto de su problema de sueño y nos servirán como guía de todo el tratamiento.

Quizá le ayude pensar del siguiente modo –digamos que ha acudido a un neurólogo porque sufre de fuertes dolores de cabeza. ¿Tendría sentido que el neurólogo le dijera, “Ah, tiene dolo-

res de cabeza, probablemente se deben a una isquemia cortical localizada, tome usted esta medicación...”? En lugar de esto, ¿no preferiría usted que el neurólogo evaluara mejor su caso antes de comenzar con el tratamiento?

Paciente: Sin lugar a duda. No me gustaría tomar medicación sólo porque mis dolores de cabeza puedan estar relacionados con algo. Me gustaría que el profesional estuviera seguro del diagnóstico antes de comenzar con el tratamiento.

Terapeuta: Exactamente igual aquí. Debemos saber qué es lo que tenemos entre manos...

Paciente: ¿Pero podría decirme sólo algo que me pueda ayudar?

Terapeuta: Como le he dicho, hemos de diagnosticar mejor su problema de sueño antes de comenzar con el tratamiento. Por lo tanto, debemos esperar. Pero además hay como mínimo otras dos razones para esperar.

La primera, algunas de las cosas que vamos a hacer no son tan obvias, y en algunos casos lo que haremos es precisamente contraintuitivo. Necesitaremos del tiempo suficiente para hablar de ello y del tiempo para garantizar que usted entiende “por qué, dónde y cuándo”. Comprender le facilitará la realización de las tareas. Por lo tanto, no debemos apresurarnos.

La segunda, si realiza “sólo una cosa” incorrectamente o esta “única cosa” no le produce ninguna mejoría por sí misma, sólo generará en usted más frustración y menos voluntad por su parte para ejecutar dicha fase cuando le corresponda en el programa completo.

Por lo tanto... confíe en mí cuando le digo que funcionará mucho mejor si esperamos una semana para que pueda decirle no sólo todos los pasos a dar sino también las bases para entender por qué los da, cómo funcionan y cuánto tiempo transcurrirá antes de que tengan efecto.

Establecer la agenda semanal

Conviene establecer las expectativas para la siguiente sesión. Nos aseguraremos de que el paciente sepa que al comienzo de la siguiente sesión como de todas las sesiones posteriores se revisarán los datos del diario de sueño y se evaluará el progreso del paciente de forma sistemática y basándonos en datos.

Diálogo # 6: Establecer las expectativas para la agenda semanal

Terapeuta: La próxima semana cuando venga, en primer lugar revisaremos los datos de su diario de sueño. El plan será que, cuando entre por la puerta, se siente y comience a leer los datos. Mi tarea será calcular sus medias semanales e iniciar la elaboración de un gráfico, que usaremos para trazar su progreso. Ya sé que suena un poco a “mercenario” o a muy comercial... pero casi tan importante como disponer de los datos... es lograr que usted comprenda que el tipo de tratamiento que ofrecemos se basa en los datos que usted nos aporta –que el tratamiento se basa en datos. Estoy seguro de que una vez que entremos en acción, usted también agradecerá el enfoque. La mayoría de los pacientes lo hacen. Por lo tanto, nos veremos la próxima semana, y si a lo largo de esta semana le surge alguna pregunta, especialmente alguna que se relacione con el diario, no dude en llamarme o en enviarme un e-mail.

Segunda sesión: Inicio del tratamiento (entre 60 y 120 minutos)**Tareas**

- Resumir y elaborar el gráfico del diario de sueño
- Determinar el plan de tratamiento
- Revisar los datos del diario de sueño
- Presentar el Modelo Conductual del Insomnio
- Establecer la restricción del sueño y el control de estímulos
- Establecer prescripción (HPA y HPL)
- Establecer estrategia
 - Cómo permanecer despierto hasta la hora prescrita
 - Qué hacer con el tiempo DNTCS

Objetivos básicos de esta sesión

1. Revisar los datos y confirmar que la TCC-I está indicada
2. Seleccionar la modalidad de tratamiento

Si el paciente opta por la TCC-I:

3. Establecer la justificación de la Restricción del Sueño (TRS) y del Control de Estímulos (TCE)
4. Describir el enfoque para la TRS y para la TCE y su eficacia y hacer una descripción del programa.
5. Garantizar el compromiso del paciente con el programa –una semana cada vez.

Debería señalarse con anterioridad que ésta es quizá la sesión que requiere el trabajo más intensivo y difícil de todo el proceso porque exige una gran cantidad de explicación y de persuasión. Se destinará una cantidad de tiempo considerable a lograr que los pacientes infieran por sí mismos algunas de las cosas que podrían presentarse didácticamente. En consecuencia, gran parte de la sesión se destinará a los

textos explicativos y a los ejemplos de diálogos entre profesional y paciente. Con respecto a esto último (y como ya se señala en otros apartados del libro), estos diálogos no tratan de ser guiones prescriptivos ni textos que hayan de ser memorizados, sino más bien ejemplos de cómo uno puede proporcionar la información requerida y las posibles respuestas del paciente.

Resumir y elaborar el gráfico del diario de sueño

Al igual que todas las restantes sesiones, esta comienza con la revisión del diario del sueño. Aunque el profesional pueda acoger el diario del paciente y limitarse a “calcular” las medias, creemos que este proceso es más colaborador si es el paciente quien lee en voz alta los datos. A fin de promover la atención sobre los datos, en oposición a recapitular una noche particular, conviene que el paciente lea todos los datos de la semana correspondientes al parámetro de la continuidad del sueño (línea) y no todos los datos correspondientes a los parámetros de una noche (columna). Se deberían calcular las medias correspondientes a la latencia del sueño (LS), despertares nocturnos tras la conciliación del sueño (DNTCS), tiempo total de sueño (TTS) y tiempo en cama (TC). Además, también deberían calcularse la eficiencia de sueño y el tiempo medio transcurrido en la cama (TMC) y el tiempo medio fuera de la cama (TMFC). En el caso de estas dos últimas variables, el método más fácil para trabajar con ellas consiste en convertirlas en medidas de tiempo transcurrido a partir de puntos fijos. Por ejemplo, el TMC puede representarse como el tiempo en minutos transcurrido desde la media noche (22:00 = -120, 3:00 = + 180 minutos) y el TMFC puede representarse como el tiempo en minutos transcurrido a partir de las 7:00 de la mañana (10:00 = +180, 3:00 = -240 minutos). Un enfoque de este tipo permite calcular medias, desviaciones e intervalos y su conversión en horas de reloj es relativamente fácil. Sin embargo, como estos cálculos pueden ser difíciles para algunos pacientes, es preferible que sea el profesional quien los calcule y que garantice que el diario dispone de espacio para incluir el tiempo de reloj y el “tiempo de desviación” (véase Apéndice 6).

Una vez que se han sintetizado los datos, el profesional debería trazar los valores de la línea base (véase “Gráfico Clínico” en el Capítulo 3) y adoptar la decisión final con respecto a la idoneidad de la TCC-I para el paciente. El primer paso en este proceso (como se sintetiza en la Figura 4.1) consiste en usar el diario de sueño para determinar si el malestar manifestado se adapta bien a la TCC-I. Por lo tanto, las preguntas que deberán responderse en primer lugar son:

- ¿De media, la LS o los DNTCS son superiores a 30 minutos por noche?
- ¿De media, es el % ES inferior al 90%?

Observamos que este juicio no se hace sobre la base de la correspondencia entre el diagnóstico y el tratamiento sino sobre la base de la correspondencia entre los síntomas presentados y el tratamiento. Es decir, ¿muestra el paciente las “conductas maladaptativas” (representadas por una escasa eficiencia de sueño) que serán los “objetivos” para el componente conductual de la TCC-I?

Contando con que el paciente es un buen candidato para la TCC-I, la siguiente pregunta a la que deberemos responder es qué modalidad de tratamiento prefiere el paciente. En la sesión anterior, el paciente ha recibido información relativa a los tres enfoques. La mayoría de los pacientes optará por la TCC-I por alguna de las siguientes dos razones. La primera, porque ya habrán sido tratados o con medicación hipnótica o antidepresivos sedantes y habrán experimentado de primera mano que éstos pueden producir buenos efectos a corto plazo pero presentan riesgos de efectos colaterales como la dependencia, pérdida de la eficacia y la necesidad del consumo a largo plazo para mantener los logros clínicos. La segunda, que los pacientes parecen disponer de un sentido intuitivo de que algo distinto a los precipitantes originales está manteniendo su insomnio y que la TCC-I puede ayudarles a “acceder a la causa” del insomnio.

Para los pacientes que prefieran medicación, quizá sea más idóneo permitirles el mantenimiento de esta opción, al menos durante un tiempo. Es posible que el paciente que prefiera la medicación para participar en la TCC-I obtenga peores resultados de tratamiento, dado

el nivel de colaboración del paciente que se requiere para que la intervención sea satisfactoria. Al abrir esta posibilidad de “autonomía”, el profesional ofrece al paciente la opción de escoger libremente TCC-I en un momento posterior. Para el paciente que opte por la TCC-I, el primer paso consistirá en hacer uso de los datos del propio paciente para demostrar algunos de los principios que son fundamentales para la perspectiva conductual.

Revisar los datos del diario de sueño

Al revisar el diario de sueño con el paciente, el cálculo del TTS y del TC nos ofrece la oportunidad única de establecer los primeros aspectos críticos: que existe una “mezcolanza” entre el TTS y el TC. Esto implica que el paciente está intercambiando la posibilidad de más sueño con la probabilidad de que le costará iniciar el sueño y que éste será fragmentado y ligero. También es importante aprovechar esta primera oportunidad para prestar atención a la tendencia del paciente a permanecer en cama, aunque despierto, porque está “esperando a dormirse” o porque “permanecer tumbado en la cama como mínimo sirve para descansar”.

Diálogo # 7: Comentario sobre la “mezcolanza” entre el TC y el TTS

Terapeuta: A lo largo de la pasada semana usted ha venido durmiendo una media de 5.5 horas por noche. Dicho esto, se aprecia cierta variabilidad con respecto a esta cifra. Dicha variabilidad puede haberse debido a diversos factores entre los que podrían hallarse:

- Cómo durmió la noche anterior.
- A cuánta luz se expuso durante el día.
- Qué y cuándo comió.
- Si realizó o no ejercicio durante el día o si se duchó por la noche.
- Cuántas horas seguidas permaneció despierto
- etc.

Definitivamente, lo obvio es que, de media, usted puede “generar” 5.5 horas de sueño. Un modo de pensar en esta cifra es que representa su “habilidad de sueño”. Es decir, la cantidad media de sueño que usted puede generar.

A partir de su diario de sueño también se aprecia que, como mínimo durante una semana, usted pasó una media de 7 horas por noche en la cama.

Bien, la pregunta que se deriva de esto es: ¿Si puede generar 5.5 horas de sueño, por qué está pasando 7 horas en la cama?

Paciente: Cuanto más tiempo esté en la cama, más dormiré.

Terapeuta: ¿Es esto lo que ocurre de media?

Paciente: No, pero a veces ocurre.

Terapeuta: Muy bien. Pero muchas veces no funciona, porque usted sigue presentando el problema de sueño. ¿No es así?

Paciente: Así es. Pero algunas veces es mejor.

Terapeuta: De acuerdo. Pero otras veces es peor. Usted permanece en la cama por el hecho de que es otra noche sin sueño.

Paciente: Algunas veces. Pero algunas veces se descansa. ¿Y no es el descanso mejor que nada?

Terapeuta: Mirémoslo de este modo. Cuando usted permanece en la cama despierto, un tercio del tiempo obtiene más sueño (por sí mismo lo pongo en duda, pero aceptémoslo como argumento), otro tercio del tiempo como mínimo “obtiene algo de descanso” y el último tercio permanece en cama enfadado o por lo menos “incapaz de no pensar en el asunto”.

Dado que nuestro objetivo es lograr que usted duerma mejor, la conclusión a la que llegamos con esto es que usted está obteniendo un 30% de índice de éxito frente a un 70% de fracaso. ¿Le parece una apuesta acertada?

Paciente: Dicho de ese modo, sospecho que no.

Terapeuta: Muy bien. Dedicemos unos minutos a hablar sobre las consecuencias que se derivan de la “ampliación de la oportunidad de sueño” (es decir, de permanecer durante más tiempo en la cama con la esperanza de obtener más sueño) y las consecuencias de permanecer en la cama esperando a dormirse.

Presentar el Modelo Conductual del Insomnio

Aunque para el profesional no haya duda alguna sobre el valor de este modelo, es fundamental compartirlo con el paciente. Presentar la perspectiva al paciente ofrece al profesional un medio mediante el cual pueda demostrar que es posible que el insomnio “adquiera vida propia”. Esto ayudará al paciente a comprender el sentido de la intervención y es probable que sirva para fomentar su adherencia al plan.

Al presentar el modelo conductual el profesional debería comenzar desde el principio y dibujar el modelo sobre una pizarra (y no presentarlo en un cuadernillo ni mediante una presentación digital). Trazar el modelo sobre la pizarra ralentiza el proceso de explicación y lo hace mucho más accesible al paciente. Una vez que el modelo haya sido elaborado sobre la pizarra, el profesional debería explicarlo aplicándolo al caso único del paciente y emplear la plataforma como medio para ayudar al paciente a deducir que las intervenciones conductuales pueden ser útiles. El siguiente diálogo nos puede servir como ejemplo de cómo se emplea el modelo para presentar y “vender” la terapia de restricción de sueño y de control de estímulos.

Diálogo # 8: Presentación de los factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes

Terapeuta: Ahora que le he presentado el modelo general, destínemos un tiempo a ver cómo se aplica esto a su caso. Con respecto a los factores predisponentes, me parece que algunos aspectos le conciernen directamente:

- Quizá exista alguna predisposición genética dado que su madre también presenta un problema crónico de insomnio.
- Quizá alguna predisposición biológica dada su tendencia a sorprenderse o a tensarse físicamente de inmediato.
- Quizá alguna predisposición psicológica dada su tendencia a “rumiar sobre las cosas” o a preocuparse.
- Quizá alguna predisposición social dado que tiende a acostarse con anterioridad a lo que haría en otras circunstancias, de modo usted y su cónyuge pudieran acostarse a la misma hora.

Con respecto a los factores precipitantes, parece obvio que el hecho de tener que presentarse a las entrevistas de trabajo fue muy estresante para usted y quizá ese hecho explique cómo comenzó el problema del insomnio.

Por último y lo más importante, usted parece haber iniciado la ejecución de múltiples factores conductuales que consideramos responsables de “perpetuar” el insomnio. ¿Podría mencionar algunos?

Paciente: Se refiere a acostarme antes, levantarme más tarde por la mañana (cada vez que puedo), beber como un pez para dormirme por la noche...

Terapeuta: Esos serían. Dedicuémosle un rato a cada uno de ellos, de modo que pueda entender mejor que, aunque estas estrategias puedan parecer buenas, constituyen soluciones a corto plazo con graves consecuencias a largo plazo.

No hay duda de que cuando el insomnio es agudo, acostarse antes y/o levantarse más tarde ciertamente nos permite recuperar parte del “sueño perdido” y nos ayuda a sentirnos mejor durante el siguiente día.

El problema que presenta esta estrategia es que el sueño, por lo menos en parte, se regula homeostáticamente. Lo que significa que existe una presión que va aumentando mientras permanecemos despiertos –una presión para dormir. Cuanto más tiempo llevemos despiertos, mayor es la presión que tenemos

para dormir durante la siguiente noche. Si ya está teniendo problemas para conciliar el sueño, acostarse antes y/o levantarse más tarde reduce esta presión de dormir la siguiente noche. Así pues, aunque usted se sintiera mejor la primera noche que adoptó esa estrategia, es más probable que encuentre dificultades para dormir las noches subsiguientes. No es difícil ver cómo esto se convierte en un ciclo. Una noche de poco sueño, se amplía la oportunidad de sueño. Se amplía la oportunidad de sueño, noche de poco sueño.

Pero el ciclo no es el único problema. ¿Qué es lo que hace cuando no puede dormir?

Paciente: Permanezco en la cama y lo intento y duermo.

Terapeuta: Exactamente. Y ambos “permanecer en la cama” e “intentar dormir” generan consecuencias negativas. Es muy difícil desear la inconsciencia. De hecho, es imposible, y tratar de lograrlo es muy frustrante y molesto. En segundo lugar, y quizá más importante, el repetido emparejamiento de *permanecer despierto en la cama y estar frustrado y/o enfadado en la cama* por la cama, por la habitación, por la hora de dormirse, etc. es un problema muy importante.

Paciente: ¿Cómo así?

Terapeuta: Pongámoslo del siguiente modo. Describame la última hora de su día. Describa un anochecer típico.

Paciente: Normalmente me duermo en el sofá, incluso aunque trate de permanecer despierto y de ver la TV, y después salgo disparado hacia la habitación, algunas veces ni siquiera me cepillo los dientes por temor a que pierda el momento. Entro a la cama y nueve de cada diez veces me siento completamente despejado.

Terapeuta: Muy bien. ¿Y repentinamente se siente despejado porque....?

Paciente: Bueno, quizá porque me dirigí a la habitación demasiado deprisa, o que en vez de tratar de dormirme me puse a pensar en lo que debía hacer al día siguiente.

Terapeuta: Ya sé que parece ser así, pero quizá no tiene nada que ver con caminar demasiado rápido, cepillarse o no cepillarse los dientes. Quizá sea algo diferente.

Paciente: ¿Como qué?

Terapeuta: Hm. Pensemos en una analogía. Soy soltero. ¿Dónde tiendo a cenar?

Paciente: En los restaurantes.

Terapeuta: Cuando estoy en casa, ¿dónde suelo cenar?

Paciente: Frente al televisor.

Terapeuta: Exactamente. Y un domingo mientras veo el partido en la televisión, muchas veces tras una comida copiosa, ¿qué es lo que imagina que me ocurre tras llevar sentado un rato frente a la TV?

Paciente: ¿Siente hambre?

Terapeuta: Bien. Pero no se trata del hambre; se trata del emparejamiento repetido entre la comida y ver la televisión. Se trata de algo que llamamos condicionamiento clásico. ¿Puede ver cómo se corresponde esto con su situación, en la que usted pasa grandes cantidades de tiempo despierto, en la cama frustrado, en la cama alerta, etc.?

Paciente: ¿Me está diciendo que cuando me dirijo a la habitación y de inmediato me despejo completamente equivale a cuando usted siente hambre poco después de sentarse frente al televisor? Me está diciendo que éste es un ejemplo de condicionamiento.

Terapeuta: Efectivamente. Por lo tanto aquí es donde estamos. Debemos buscar un modo de garantizar que se duerma de inmediato y que permanezca dormido durante toda la noche. También debemos garantizar que cuando se despierte, no permanezca ni en la cama ni en la habitación. Pensemos en cada uno de ellos por separado.

Establecer prescripción (HPA y HPL)

Aunque la revisión del modelo conductual es una combinación de lo didáctico y lo socrático, el establecimiento de la prescripción también puede realizarse siguiendo esta misma metodología. Nosotros tendemos a usar el estilo socrático, porque creemos que el paciente es más propenso a adherirse a las normas cuando éstas no son “imperativas” sino más bien “descubiertas” por él mismo, con su lógica interna (sutilmente guiado por el profesional).

Diálogo # 9: Establecer la restricción del sueño y el control de estímulos

Terapeuta: Antes de hablar de la “presión de sueño” y de que haga cosas que, aunque bien intencionadas, reduzcan la presión para dormir, recordemos ¿qué eran estas cosas y qué cree que debamos hacer?

Paciente: Se refiere a mi tendencia a ir antes a la cama, a levantarme más tarde. Por lo tanto, deberé de dejar de hacer estas cosas.

Terapeuta: Sí. Pero existe un procedimiento para enfocar esto de un modo más sistemático, un procedimiento que toma en cuenta su “habilidad de sueño” y que trata de “imprimir la bomba de sueño”.

Esto es lo que trato de decirle. ¿A qué hora necesita levantarse por las mañanas durante la semana para llegar puntual al trabajo?

Paciente: A las 6:00 de la mañana.

Terapeuta: Muy bien. A las 6:00. Dado que su sueño medio es de 5.5 horas por noche y usted debe levantarse a las 6:00, ¿qué hora cree que deberíamos establecer para que se acueste si deseamos que su habilidad de sueño coincida con su oportunidad de sueño?

Paciente: A las 00:30 de la madrugada.

Terapeuta: Efectivamente. Pero como hemos mencionado anteriormente, no sólo estamos tratando con una “mezcolanza” entre lo que su cuerpo puede producir y lo que usted le está pidiendo, también estamos manejando un condicionamiento, con una activación condicionada. ¿Por ende, qué es lo que cree que podría ocurrir durante las primeras noches una vez que haya adoptado este nuevo horario?

Paciente: Puede que siga necesitando mucho tiempo antes de conciliar el sueño, por lo tanto obtendré menos de 5.5 horas de sueño por noche.

Terapeuta: Bien. Pero en este momento, si no lo compensa de ninguna manera, ¿qué es lo que puede ocurrir?

Paciente: Que me voy a sentir fatal.

Terapeuta: Es verdad que se sentirá peor de lo habitual durante el día, y debemos hablar de esto y planificarlo, pero por el momento quedémonos en las consecuencias que se producen durante la noche. Tras unos pocos días sintiéndose somnoliento a la hora de acostarse, descubrirá que le resulta muy fácil dormirse, y ése es nuestro objetivo: proporcionarle la experiencia de conciliar el sueño fácilmente.

Un aspecto adicional. ¿Qué debería hacer cuando se despiere en la cama incapaz de dormirse? ¿Qué es lo que hace normalmente? Permanece ahí, se enfada y se despeja completamente.

Paciente: Algunas veces me quedo en la cama. Ya sabe, está caliente, es agradable. Y otras veces me levanto y veo la TV.

Terapeuta: Muy bien, pero ¿a qué espera mientras permanece ahí?

Paciente: A caerme dormido.

Terapeuta: Eso es. Y a juzgar por sus diarios de sueño vemos que, aunque espere dormirse, usted permanece en la cama durante un período medio de 45 minutos por noche. Recuerde

lo que contaba hace unos minutos sobre lo que ocurre cuando se apresura hacia la habitación tras adormecerse en el sofá.

Paciente: Sí, que me despejo otra vez.

Terapeuta: Así es. Y esto ocurre porque...

Paciente: En tantas ocasiones he permanecido en la cama a pesar de estar despierto.

Terapeuta: Efectivamente. Por lo tanto, queremos evitar este escenario. Queremos asegurarnos de que usted sólo está en la cama y en la habitación cuando sienta sueño o mientras esté dormido.

Paciente: Entonces, si me despierto a media noche, ¿es mejor la otra estrategia, la de ir a ver la TV?

Terapeuta: Sí. Su instinto era y es bueno. Pero permítame hacerle una pregunta. ¿Cuándo empieza a adormecerse mientras está en el sofá, qué es lo que hace?

Paciente: Normalmente duermo un poco. Por lo menos logro robar un poco de sueño sobre el sofá.

Terapeuta: Muy bien. Pero desafortunadamente éste es un tipo de oportunidad perdida, una oportunidad perdida para emparejar la somnolencia con el sueño en la cama y en la habitación. ¿Entiende a qué me refiero?

Paciente: Pero lo que ocurre es que si lo intento en la cama, me despejo completamente.

Terapeuta: Ya. Ya lo sé. Hemos hablado de ello. ¿Entonces qué cree que necesita hacer si ocurre esto?

Paciente: ¿Me está tomando el pelo? ¿Quiere que me levante otra vez y que vuelva al sofá?

Terapeuta: Efectivamente.

Paciente: Voy a ser como un yo-yo las primeras noches.

Terapeuta: Así es. Pero esto es algo a corto-plazo y con el paso del tiempo si continúa despierto y fuera de la cama, ¿qué cree que sucederá?

Paciente: Supongo que llegará el momento en que sienta tanto sueño que tendré que dormirme cuando me acueste.

Terapeuta: Eso es. Por lo tanto ésta es la regla de oro: cada vez que se acueste o se duerme rápidamente o sale de la cama.

Es probable que el paciente presente algunas resistencias en este punto. La resistencia al control de estímulos suele aparecer como un argumento de que “el descanso en la cama es mejor que permanecer completamente despejado”. Debe prestarse mucha atención y mucho cuidado a explicar por qué no necesariamente ocurre así.

Diálogo # 10: ¿Por qué no puedo, como mínimo, descansar en la cama?

Paciente: De acuerdo, creo que he entendido la cuestión del condicionamiento, pero siempre he pensado que si, por lo menos, logro descansar un rato, eso será mejor que nada, ¿no?

Terapeuta: Me alegra que sea usted quien saque este aspecto a relucir. Creemos que el sueño desempeña tres funciones como mínimo. Dos de esas funciones son relevantes para la cuestión de si “permanecer tumbado en la cama” sirve o no para descansar.

Una de ellas es conservar energía y la otra se relaciona con reparar y rejuvenecer el cuerpo. Digamos que estoy de acuerdo con usted en que permanecer tumbado en la cama proporciona tanto descanso –es tan conservador de la energía– como lo es el sueño. Incluso aunque así fuera –lo que dudo– usted sigue estableciendo las circunstancias para un condicionamiento maladaptativo (ya sabe, emparejar la cama, la habitación, etc. con el hecho de permanecer despierto, molesto, etc.) Y está perdiendo los aspectos restauradores del sueño.

Paciente: Quizá, pero igualmente iría a perder los aspectos restauradores del sueño. Por lo tanto, mejor descansar que nada.

Terapeuta: Bien. Digamos que prefiere el descanso a la oportunidad de “deshacer el insomnio”. ¿A qué tipo de descanso nos referimos? Dejando a un lado el hecho de que la mitad del tiempo que *no es realmente de descanso* porque usted está molesto y enfadado y concentrado en los relativamente escasos instantes en los que se siente “a gustito”, quizá esto que obtiene tampoco tenga valor como “descanso” propiamente dicho.

Permítame hacerle una pregunta. ¿Estaría usted dispuesto a aceptar que cuando alguien es anestesiado (inconsciente e inmovilizado) que esto, como mínimo, produce el mismo “descanso” que cuando permanece en la cama sin poder dormir?

Paciente: Imagino que sí.

Terapeuta: Bien. Existe un amplio cuerpo de investigación que muestra que cuando el sueño se reemplaza por la anestesia, los sujetos, si se les permite que duerman normalmente la siguiente noche, muestran una forma de sueño similar a la que tendrían si hubieran estado completamente privados del sueño la noche anterior. Esto sugiere que la inmovilidad y esta forma de inconsciencia no constituyen un sustituto del sueño y que aparentemente no genera mucho descanso.

Por lo tanto, parece mucho mejor prescindir del “descanso” y emplear el tiempo en el que no pueda dormir para deshacer el insomnio.

Paciente: Parece que sí.

Terapeuta: Inadvertidamente le he presentado un ejemplo de intercambiar un logro a corto plazo por uno a largo plazo. Permítame dedicar unos minutos a explicitar esto. Voy a elaborar un gráfico para mostrarle qué es lo que quiero decir cuando llamo a esto “clíper” (véase Figura 4.2).

Terapeuta: En el escenario al que nos hemos referido hasta ahora, descansar representa esta parte de la curva. Para explicar el caso acepto que usted obtiene cierto beneficio al permanecer

en la cama y “descansar”. Pero, tal y como se representa en la curva, se trata de un logro a corto plazo. A largo plazo constituye un coste. El coste es que el insomnio continúa siendo reforzado a largo plazo. ¿Puede pensar en otro ejemplo de algo que equivalga a este lado de la “ecuación”?

Paciente: Acostarse temprano tras una o dos noches malas.

Terapeuta: Muy bien. ¿Por qué es esto un mal negocio?

Paciente: Esa noche podré conciliar el sueño fácilmente, y eso es fantástico, pero si lo que usted dice es verdad sobre la existencia de una cantidad fija de sueño que puedo lograr, entonces es muy posible que me despierte a media noche.

Terapeuta: Así es.

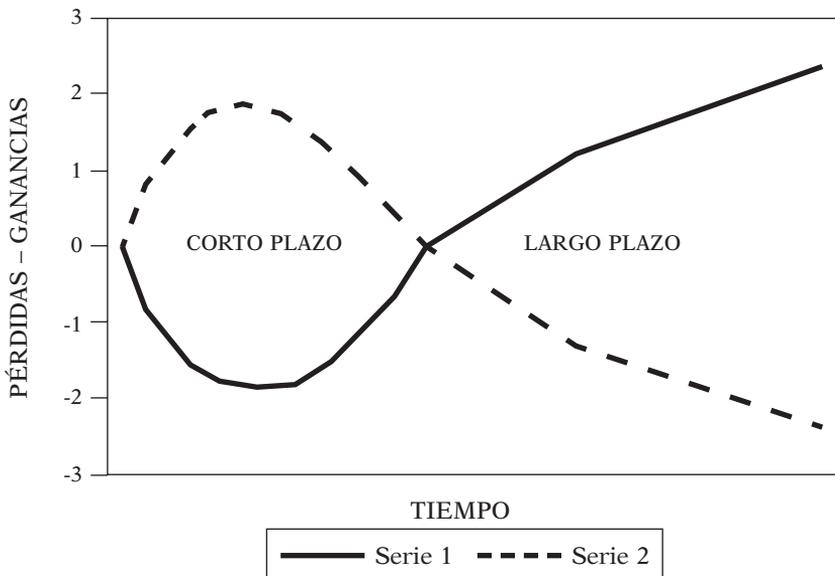


Figura 4.2. “Clíper”.

Establecer la estrategia

El principal objetivo es asegurar al 100% que el paciente comprende las prescripciones y presentar un plan que contemple (1) las actividades mientras el paciente pone en práctica la restricción de sueño y el control de estímulos y (2) la preocupación del paciente con respecto a la fatiga y a los niveles de somnolencia durante la primera y segunda semanas del tratamiento.

Diálogo # 11: Confirmar que el paciente entiende su listado de “quehaceres”

Terapeuta: Ahora dediquemos un poco de tiempo a hablar sobre cómo han de funcionar las cosas durante los siguientes días, para que podamos “deshacer este problema de insomnio” a corto plazo y establecer la posibilidad de descondicionarlo a largo plazo. ¿Qué es lo que le estoy pidiendo?

Paciente: Debo acostarme a la misma hora todas las noches. Debo levantarme a la misma hora todos los días. Si tengo dificultades para conciliar el sueño, o si me despierto a media noche, tengo que salir de la cama.

Terapeuta: Exactamente. Entonces, ¿cómo sabrá cuándo ha de salir de la cama?

Paciente: ¿Después de media hora?

Terapeuta: No. No hay descanso para la fatiga. En el momento preciso en que se dé cuenta de que está completamente despejado o comience a enfadarse, entonces se levanta.

Paciente: ¿No implica eso que acabaré durmiendo menos? Va a ser catastrófico.

Terapeuta: Curioso, poco antes ha empleado la misma expresión. Pero curiosamente, aunque sea catastrófico, usted espera sobrevivir.

Paciente: Estupendo... Sobreviviré pero a muy corto plazo.

Terapeuta: Sí, durante unos pocos días va a ser muy duro, pero no tardará mucho hasta que su cuerpo vuelva a la vereda. Una vez más se trata del clíper, un sacrificio a corto plazo para un logro a largo plazo. ¿Qué más hemos de hacer durante los siguientes días?

Paciente: Me parece que eso es todo.

Terapeuta: Casi. ¿A qué hora debe acostarse y a qué hora levantarse? ¿Por qué?

Paciente: Debo acostarme a las 00:30 de la madrugada y levantarme a la 6:00 de la mañana.

Terapeuta: Muy bien, y, ¿por qué? ¿No implicará esto que usted obtenga menos horas de sueño que lo habitual, especialmente los primeros días? ¿Por qué vamos a proceder de un modo tan ridículo? Quiero decir que después de todo, usted vino y dijo “No puedo conciliar el sueño y permanecer dormido” y yo, de hecho, le estoy diciendo “Por lo tanto no duerma” o de otro modo “Bien, duerma menos”. ¿No es esto un poco anormal?

Paciente: Asegura ahora que parece anormal, pero me ha estado contando que lo que pretendemos es “imprimir la bomba de sueño”. Usted quiere hacer uso de mi insomnio para ayudarme a conciliar el sueño más rápido y a permanecer dormido durante más tiempo.

Terapeuta: Muy bien. Y si tenemos éxito al emparejar repetidas veces la cama y la habitación con el acto de conciliar el sueño inmediatamente y permanecer dormido durante ese tiempo, ¿qué creemos que ocurrirá?

Paciente: En algún momento mi insomnio remitirá.

Terapeuta: Así es, el insomnio se descondicionará.

Paciente: Muy bien. En suma, me voy a sentir muy mal durante el día y me voy a aburrir como un hongo por la noche, pero esto es lo que me conviene por el asunto del clíper, un sacrificio a corto plazo para un logro a largo.

Terapeuta: Sí señor. Pero no estoy seguro de que necesariamente se trate de un sufrimiento o sacrificio, por lo menos no completamente. Por lo tanto, pensemos en cosas que pueda hacer por la noche cuando usted no pueda dormir, cosas que le diviertan o que le proporcionen algún disfrute. Y durante los siguientes días pruebe a hacerlas pero sólo cuando no pueda conciliar el sueño o se despierte por la noche.

Se debería destinar un tiempo real a la elaboración, conjunta con el paciente, de un listado completo y a reforzar la idea de que el tiempo que se permanezca despierto debería experimentarse como positivo. Como mínimo son dos las razones para especificar que la experiencia debería ser positiva. La primera, que los pacientes son más propensos a ejecutar las prácticas de control de estímulos si el ejercicio en sí es agradable. La segunda, que el fomento de las experiencias positivas promueve un cambio positivo, de forma que el objetivo del paciente evolucione de “tratar de dormirse o volver a dormirse” a “cómo disfrutar del tiempo que permanezco despierto”. Esto también puede servir para reducir la ansiedad anticipatoria y/o para descarrilar la ansiedad de ejecución que se asocia con los problemas de conciliación y mantenimiento del sueño.

Un modo de ayudar a los pacientes a disfrutar de su tiempo mientras permanezcan despiertos consiste en identificar un listado de películas que siempre han deseado ver o clásicos que les gusten. Armados de tal listado, se pueden alquilar las películas para verlas “sólo por la noche”. Tanto si son películas, libros o hobbies, lo importante es destinar tiempo de antemano a generar ideas y no dejar al paciente para que lo haga a media noche.

Diálogo # 12: ¿Qué ocurre si acaba gustándome demasiado quedarme despierto?

Paciente: ¿Qué ocurre si me divierto demasiado? ¿No existe la posibilidad de que esto pueda producir aún más insomnio, de que pueda acabar despierto toda la noche?

Terapeuta: Me alegro de que me pregunte eso. Es posible que le atrape lo que está haciendo y que permanezca despierto durante la mayor parte de la noche. Pero recuerde que nuestro plan no consiste en resolver lo que ocurra esta noche, sino generar cambios a largo plazo. ¿Cómo cree que dormirá la siguiente noche si respeta el horario?

Paciente: Estaré agotado, pero supongo que antes o después dormiré muy bien, aunque durante el día me sienta destrozado. Y no estoy seguro de que pueda permitírmelo.

Cómo gestionar el exceso de somnolencia diurna

Una vez más, se debe destinar tiempo a este aspecto. ¿Le preocupa al paciente el riesgo de accidente o lesión en el trabajo o de camino al trabajo? ¿Sugieren los datos de la Escala de Somnolencia de Epworth que esta persona se halla en riesgo de un exceso de somnolencia diurna? En tal caso, el profesional debería considerar una de cuatro posibilidades. En primer lugar, ¿podemos llevar a cabo la parte fundamental de la restricción inicial del sueño (durante los primeros 3-5 días) en un fin de semana o durante un puente? En segundo lugar, ¿podemos hacer corresponder la primera semana completa de restricción de sueño con unas vacaciones o con una baja médica? En tercer lugar, considerar la comprensión del sueño como una alternativa a la TRS. En cuarto, ¿es el paciente un candidato idóneo para una terapia estimulante (modafinil, metilfenidate)? La experiencia de que se dispone sobre este enfoque es muy breve pero parece constituir una forma muy prometedora para atajar este problema (57).

Un inconveniente derivado de la acomodación de las preocupaciones del paciente por las consecuencias directas del empeoramiento del sueño (por el tratamiento previo de la somnolencia diurna, por organizar la TRS en un período de tiempo más seguro o por alterar la terapia misma) es que esto mismo podría minar uno de los aspectos más sutiles de la terapia. Si al paciente se le permite “hacer seguras” las condiciones, esto mismo elimina la oportunidad de evaluar la veracidad de sus miedos a que la pérdida del sueño tenga resultados catastróficos. Dejando así un rastro de ansiedad con respecto a que el tratamiento no funcionará o no se generalizará a las condiciones del mundo real. Tan importante como esto es que el profesional halle el equilibrio entre el beneficio de esta consideración cognitivo-conductual, las preocupaciones manifestadas y el bienestar del paciente.

Un último comentario sobre la práctica de la restricción del sueño. Se debe ejecutar un plan con respecto a cómo permanecerá el paciente despierto hasta la hora señalada (HPA, hora prescrita para acostarse). Tal y como se ha especificado en uno de los diálogos, los pacientes muchas veces se adormecen en el sofá durante la última o últimas horas antes de acostarse. Tal “siesta” probablemente contribuye a los problemas de conciliación de sueño del paciente (debido al efecto que produce sobre la homeóstasis del sueño) y ciertamente reducirá el valor de la fase en que se posterga la hora de acostarse. La cuestión para la presente sesión es si debemos ejecutar un plan proactivo o reactivo. Se puede defender que es mejor determinar, sobre la fuerza de los datos, si realmente se produce tal problema en lugar de tratar de manejarlo a priori. En cualquier caso, el profesional debería estar seguro de poder seguir de cerca la adherencia para que pueda evaluar prospectivamente esta cuestión.

Un comentario final sobre el control de estímulos. Aunque no exista ninguna prohibición con respecto a “implicarse excesivamente mientras se esté fuera de la cama” existen muchísimas conductas que en las que uno puede implicarse y que pueden ser contraproducentes o que pueden alimentar otros problemas. Uno de éstos es el relacionado con la exposición a la luz. Durante la noche incluso la luz de nivel bajo puede producir alteraciones de fase (60, 62), que a su vez podrían

exacerbar el insomnio o incluso producir un nuevo factor perpetuante para el trastorno primario. Otro problema se relaciona con lo que se come y se bebe durante la noche. Debería evitarse la ingesta de alimentos porque esto puede contribuir al aumento indeseado de peso. El exceso de bebida durante la noche, particularmente el consumo de alcohol, puede conducir a un rebote del insomnio, la inercia del sueño al despertarse (falta de alerta al despertarse) y/o a problemas de exceso de consumo de alcohol. Finalmente, el ejercicio –aunque sea algo muy idóneo durante el día– por la noche puede provocar problemas al iniciar o reiniciar el sueño, sobre todo, cuando se hace ejercicio en un intento por agotar el cuerpo.

Tercera sesión: Valoración del sueño e higiene del sueño (entre 45 y 60 minutos)

Tareas

Sintetizar y representar gráficamente el diario de sueño
Evaluar logros y cumplimiento del tratamiento
Determinar si es recomendable una valoración al alza
Revisar higiene del sueño

Objetivos básicos de esta sesión

1. Revisar los datos y confirmar que es recomendable una valoración al alza.
2. Evaluar los logros y cumplimiento del tratamiento. En el caso de que el cumplimiento no haya sido fiel, focalizar la sesión en este problema.
3. Establecer los ajustes necesarios en los horarios del sueño del paciente:
 - a. En caso de logros clínicos positivos ($ES > 90\%$), aumentar la oportunidad total de sueño
 - b. En caso de logros marginales o no logros (ES entre 85 y 90%), mantener el horario y ofrecer una explicación al paciente.
 - c. En caso de logros negativos ($ES < 85\%$) reducir la oportunidad total de sueño y explicar los motivos al paciente.
4. Revisar la higiene del sueño y adaptar las prescripciones al caso individual.
5. Continuar asegurando el compromiso del paciente con el programa.

Sintetizar y representar gráficamente el diario de sueño

Como en todos los contactos clínicos que se produzcan en el despacho, esta sesión comienza con una revisión del diario del sueño y con la representación gráfica de los valores medios de sueño obtenidos durante la semana. Antes de calcular las medias semanales, el terapeuta debería calcular a mano cada uno de los valores de tiempo en cama (TC) y tiempo total de sueño (TTS). Este ejercicio se requiere para comprobar que el paciente está “registrando fielmente” todas las entradas tal y como se comprometió. Desafortunadamente, a menudo algunos pacientes “suponen o estiman erróneamente” las tres variables estándar de la continuidad del sueño, incluso aunque hayan sido asesorados debidamente. Cuando ocurra esto, el inicio de la sesión debe destinarse a insistir en la necesidad de completar los diarios con precisión tal y como se le ha instruido.

Diálogo # 13: Confirmar que el TTS ha sido calculado y no estimado

Terapeuta: Puede estar preguntándose por qué me tomo el trabajo adicional de comprobar sus cálculos. Lo he hecho para que podamos estar seguros de que su cálculo del TC y del TTS es exacto. Al revisar su diario se observa que se ha tomado el tiempo y el cuidado necesarios para rellenarlo. Lo único que no parece coincidir son los valores totales de sueño. Parece como si los hubiera estimado. En el futuro, recuerde que sus entradas sobre el tiempo total de sueño han de ir en coherencia con las restantes entradas.

Por favor, recuerde que ésta es una variable que se ha de calcular. Tómese el tiempo necesario para restar al tiempo total que permanece en la cama tanto su latencia en la conciliación del sueño como la cantidad de tiempo que pasa despierto durante la noche, para calcular así su tiempo total de sueño. De este modo, su TTS siempre será el reflejo de estas otras cifras que ha estimado. Corrijamos estos números antes de seguir con el plan de hoy.

Una vez que todos los valores del diario se hayan confirmado, se deberían calcular las medias semanales. De suma importancia son dos valores: la Eficiencia del Sueño y el Tiempo Total de Sueño. Si los pacientes adultos muestran una media semanal $< 90\%$ de eficiencia de sueño (algunos profesionales aceptan una eficiencia $< 85\%$ en ancianos), esto sugiere que no se ha producido una respuesta adecuada a la terapia de restricción del sueño y/o de control de estímulos. Esto, junto con la ausencia de una caída precipitada en el gráfico de TTS, muestra que el paciente no ha cumplido las recomendaciones del tratamiento. Un modo de evaluar con más precisión el cumplimiento consiste en usar la información de los diarios para realizar una evaluación formal relativa a la no adherencia al programa.

Falta de adherencia

Los datos del diario de sueño pueden emplearse para calcular la falta de adherencia con respecto a las prescripciones semanales propuestas. Esto puede lograrse de diversos modos (63). Uno de éstos se basa en el hecho de que como la “hora para acostarse” y la “hora para levantarse” están prescritas y como existe una prohibición relativamente absoluta de permanecer en la cama mientras se esté despierto o de dormir siestas durante el intervalo de las 8 semanas de tratamiento, estos parámetros pueden ser comparados con los que se describen en los registros semanales del diario. En nuestras manos, estas mediciones se recogen como desviaciones entre los tiempos prescritos y los tiempos manifestados (en minutos). Todos los datos necesarios se pueden extraer de los diarios siempre que (1) la hora prescrita para acostarse (HPA) y la hora prescrita para levantarse (HPL) estén registradas en este documento y (2) se añada una medida adicional al complemento estándar: el tiempo fuera de la cama (TFC).

Por ejemplo, si la hora de acostarse del paciente se establece a la media noche y su hora para levantarse se determina a las 6:00 y el paciente señala en el diario de un día determinado:

- Me acosté a las 11:30
- Un DTCS (tiempo Despierto Tras la Conciliación del Sueño) de 60 minutos
- Un TFC durante la noche de 30 minutos
- Me levanté a las 6:30 de la mañana y una siesta de 30 minutos

Entonces la medida de cumplimiento equivaldría a la suma de los minutos desviados del tiempo prescrito que es de 120 minutos de incumplimiento para ese día. Se pueden calcular las medias de estos valores, como de las variables de continuidad del sueño, para extraer la media de incumplimiento semanal. No existen criterios formales en relación a lo que constituye un incumplimiento en esta medida, pero parece que unos 30 minutos por día puede ser una medida adecuada.

Si a partir de los datos del diario es obvio que no se producen logros clínicos significativos durante la primera semana de tratamiento, y existen pruebas mediante la medida de adherencia de que el paciente no ha cumplido los regímenes de la terapia de restricción del sueño y/o control de estímulos, entonces este problema antecede a todas las consideraciones restantes. La sesión deberá destinarse completamente a los factores que impidieron que el paciente se adhiriera al programa. La sesión se destinará o al esfuerzo por restablecer el cumplimiento o a la decisión de postergar o discontinuar el tratamiento. Normalmente, la falta de adherencia se deriva de tres fuentes: el paciente (1) quiso pero no pudo convencerse a sí mismo para hacerlo, (2) simplemente no pudo hacerlo y (3) no quiso hacerlo.

“Quiso pero no pudo convencerse a sí mismo para hacerlo”.

A menudo los pacientes se muestran completamente de acuerdo durante la sesión con los conceptos, pero descubren que “no pueden hacer lo que deberían hacer” cuando tratan de retrasar su hora de acostarse o tratan de salir de la habitación cuando se despiertan durante la noche. Al igual que ocurre con las adicciones, parece producirse un proceso completo de auto-disuasión. Por ejemplo:

“Esta noche no, comenzaremos mañana”.

“Realmente siento sueño, ya sé que debería quedarme levantado, pero quizá debería ‘aprovechar el momento’ del sueño”.

“En la cama estoy calentito y cómodo, si me levanto el frío de la noche me despejará por completo”.

En estos casos se requiere más trabajo cognitivo vinculado a tales procesos de pensamiento. Se puede revisar la cuestión de los logros a corto y a largo plazo (véase Figura 4.2) o acometer las cogniciones descarriladas usando un procedimiento heurístico diferente.

Nuestro enfoque para esta forma de falta de adherencia se basa en el concepto (y eslogan) “No conviene permanecer despierto cuando la razón duerme”. El concepto, aunque no esté empíricamente validado, es que el control del pensamiento y del impulso se ven comprometidos durante la fase nocturna del día. Esto puede deberse a que los sistemas de los lóbulos frontales que son responsables del control del pensamiento y de los impulsos son los primeros sistemas en “apagarse” (desde el punto de vista polisomnográfico), son los que más comprometidos se ven por la fatiga y la somnolencia y quizá los más sujetos a la variación circadiana. Con respecto a este último punto, es posible que la función del lóbulo frontal se reduzca durante la noche independientemente del sueño que se sienta, de la fatiga o de la privación del sueño. En consecuencia, los pacientes pueden ser anormalmente susceptibles a la “lógica irracional” o a la “pérdida de la razón basada en la motivación” en el mismo momento en el que más la necesiten: cuando tratan de poner en práctica la restricción del sueño y el control de estímulos. Enmarcar de este modo el problema de la falta de adherencia es útil para que el paciente considere que su falta de adherencia “no fue por su culpa”. Evidentemente, su falta de adherencia es comprensible. Si el paciente entra en esta situación sabiendo que existe una base biológica para ser vulnerable al incumplimiento, esto podría ayudarlo a permanecer más vigilante (es decir, para redoblar sus esfuerzos contra la “auto-disuasión” (“No necesito salir de la cama porque...”).

“Simplemente no pude hacerlo”

En este momento el paciente también parece haber “comprado el modelo”, y se manifiesta convencido para seguir las prescripciones. Pero, en lugar de respetar las prescripciones, el paciente señala que no pudo permanecer despierto hasta la hora establecida o que no pudo levantarse de la cama cuando se despertó.

Dado este escenario, puede ser conveniente que el terapeuta desarrolle un plan para ayudar al paciente con la falta de adherencia. Son múltiples las estrategias posibles para lograr que el paciente cumpla con el retraso de fase prescrito para la hora de acostarse (es decir, permanecer despierto hasta la hora señalada). Entre ellas pueden encontrarse:

- Evitar las posturas yacentes durante las últimas 1 a 3 horas de la noche.
- Planificar actividad física durante las últimas horas de la tarde.
- Comprensas frías para las extremidades o para la parte más estrecha de la espalda.

Estrategias más agresivas, que requieren mucha cautela y experiencia incluyen:

- Exposición a luz brillante durante las últimas horas de la tarde.
- Uso cauteloso de la cafeína durante las últimas horas de la tarde.
- Uso de estimulantes (modafinil o methylfenidate).

Estas estrategias, aunque potencialmente sean efectivas, conllevan el riesgo de exacerbar el problema original o de crear problemas nuevos.

Lograr que el paciente se adhiera al componente de control de estímulos de la terapia puede ser más desafiante. Además de las intervenciones cognitivas (persuasión basada en los conceptos de “clíper” o “sueño de la razón”) y la estrategia de refuerzo conductual (participa-

ción en actividades de ocio sólo durante la práctica del control de estímulos) previamente recomendadas, no se puede hacer mucho más para ayudar al paciente con la adherencia a este aspecto del tratamiento, con la única excepción de que el uso matutino de estimulantes podría bloquear suficientemente las consecuencias negativas del control de estímulos para promover una mejor adherencia.

Otra posibilidad consiste en evaluar en qué grado la percepción errónea del estado de sueño (discrepancia subjetiva-objetiva) es un rasgo del insomnio presentado. Esto puede ser importante porque es posible que la medida de auto-informe de la línea base de la continuidad de sueño del paciente estuviera más influenciada por factores perceptuales que por problemas “reales” en la conciliación o mantenimiento del sueño. Si éste fuera el caso, abreviar el sueño del paciente hasta la media que ha manifestado puede haber conllevado mayor pérdida de sueño de lo normal con la aplicación de la TRS, dejando así al paciente tan privado de sueño que realmente no pueda permanecer despierto hasta la hora prescrita. El empleo del actígrafo durante la fase de elaboración de la línea base resuelve este problema. Si no se empleó el actígrafo durante la semana de elaboración de la línea base, y está disponible, se podría contemplar la posibilidad de obtener datos mediante el actígrafo y el diario de sueño durante la segunda semana. Esto permitirá evaluar si existe una discrepancia sustancial entre el TTS manifestado y el TTS objetivamente medido.

“No quise hacerlo”

En este caso, el paciente simplemente no ha “comprado” el modelo, y la cuestión para el profesional es “¿Qué probabilidad existe de que la información y persuasión adicionales sean efectivas?” Nuestro enfoque en estos casos suele ser la adopción de una postura más provocativa; hacer saber al paciente que es libre para tomar su propia decisión y que una de esas decisiones es simplemente la de no proceder con el tratamiento en este momento.

Diálogo # 14: Gestionar la falta de adherencia usando la reestructuración cognitiva

Terapeuta: Muy bien. Aquí es donde nos encontramos. En este punto, usted conoce las cifras tan bien como yo. Si sigue el régimen que hemos establecido, es probable que mejore entre un 30 y un 50% a corto plazo y que esta mejoría sea aún mayor a largo plazo. Usted sabe que lo que queremos requiere un intercambio –“el dolor a corto plazo a cambio del éxito a largo”. Parece que usted ha considerado que el dolor a corto plazo no merece la pena. Ciertamente es libre para tomar esta decisión y si es éste el camino que ha elegido, realmente hemos acabado. Quizá éste no sea el momento apropiado para ejecutar este trabajo. Pero permítame una vez más enmarcar este aspecto. Cuénteme una vez más desde cuándo padece el problema del insomnio.

Paciente: 5 años.

Terapeuta: Muy bien. ¿Ha tenido problemas de insomnio todas las noches de estos 5 años?

Paciente: Probablemente no – 5 días por semana probablemente.

Terapeuta: Bien. Pensemos que han sido 3 días por semana. Por lo tanto si el año tiene 52 semanas (pongámoslo en 50) y si ha tenido problemas de insomnio 3 días por semana, entonces al cabo del año usted ha tenido 150 noches de insomnio. Esto equivale aproximadamente a 750 noches y días realmente desagradables durante el curso de los últimos 5 años. ¿Está de acuerdo con los cálculos?

Paciente: Supongo.

Terapeuta: Bien. ¿Recuerda el “clíper”? A eso nos estamos refiriendo. Yo le pido que cambie 14-21 noches realmente malas para evitar otras 750. A mi me parece un buen negocio, pero es a usted a quien corresponde elegir. ¿Deberíamos intentarlo una semana más o deberíamos optar por interrumpir el tratamiento? Y recuerde que si interrumpe el tratamiento no ocurre nada. Es su insomnio. Si quiere mantenerlo, es suyo. Por lo tanto, ¿qué escoge, 14-21 a cambio de 750 o dejarlo estar?

Alternativas a los problemas de falta de adherencia

Los últimos párrafos se han destinado a los problemas derivados de la falta de adherencia. Es decir, el escenario en el que los sujetos no muestran logros clínicos y existen pruebas de no adherencia. Los escenarios alternativos (todos los cuales se basan en la asunción o evidencia de que el paciente ha cumplido) son (1) los logros han satisfecho las expectativas (eficiencia de sueño $\geq 90\%$), (2) los logros han sido marginales (eficiencia de sueño entre el 85% y el 90%) o (3) no se han producido logros ($< 85\%$). A continuación consideremos cada uno de estos casos.

Eficiencia de sueño $\geq 90\%$

Éste es el resultado ideal. En este caso, el tiempo prescrito de permanencia en la cama se prolonga durante 15 minutos, permitiendo una valoración potencial al alta del tiempo total de sueño de 15 minutos. Este incremento, estándar para el enfoque de Spielman, puede parecer indebidamente escaso a algunos pacientes (y también a algunos profesionales). Presumiblemente, el incremento es óptimo porque genera menos riesgo en caso de una repentina inversión de los logros. Es decir, en caso de que el paciente no aumente su tiempo total de sueño (TTS) dado un aumento de la oportunidad total de sueño (OTS), es menos probable que la reducción en el cociente de eficiencia del sueño (ES) caiga por debajo del nivel que constituye una eficiencia de sueño razonable. Por ejemplo, si la oportunidad total de sueño prescrita es de 300 minutos y el paciente muestra una eficiencia de sueño del 90% (270 minutos) entonces un aumento en la OTS a 315 minutos sin el correspondiente aumento en el tiempo total de sueño (270 minutos) produce aún una eficiencia de sueño del 85% (270/315). Así pues no existe una involución de los logros y no se requiere una revaloración a la baja de la oportunidad del sueño.

Eficiencia de sueño entre el 85% y el 90%

En este caso, la hora prescrita para acostarse no se modifica, y no se realiza una valoración al alza del tiempo total de sueño. La hora prescrita para acostarse y la oportunidad de sueño del paciente seguirán siendo las mismas. La no obtención de logros óptimos durante la primera semana de terapia de restricción del sueño no necesariamente debería ser causa de alarma. Algunos pacientes requieren una mayor acumulación de deuda de sueño para la consolidación del mismo. Si el curso clínico se mantiene durante la siguiente semana, quizá sea necesaria una reevaluación. Las cuestiones que deberían contemplarse en tal momento se vinculan con la precisión de los datos de auto-informe (si el paciente cumplimenta los diarios en base a hechos o sobre la base de lo que cree que el profesional busca o desea ver), con el grado en que pueda estar implicada la percepción errónea del estado de sueño o con la posibilidad de existencia de algún factor médico, psiquiátrico o de consumo de sustancias oculto que esté impidiendo el progreso.

Eficiencia del sueño <85%

El modo de manejar este escenario es algo controvertido. Según la formulación de Spielman sobre la Terapia de Restricción del Sueño (TRS) (19), una eficiencia de sueño inferior al 85% requiere que la oportunidad de sueño sea restringida aún más, prescribiendo una fase de retraso adicional en la hora de acostarse. En la formulación original, no está claro si esto procede de acuerdo con la regla de los 15 minutos o si debería usarse una nueva media del tiempo total de sueño para reestablecer la hora prescrita para acostarse. Es probable que la aplicación algorítmica de cualquiera de ambas estrategias sea efectiva, siempre que el profesional cuide que el paciente no perciba como “castigo” la valoración a la baja.

Diálogo # 15: ¿Cómo... que tengo que restringirme aún más?

Terapeuta: Parece como si la cantidad de restricción del sueño que hemos prescrito no haya sido adecuada para lograr la eficiencia de sueño que buscamos. La experiencia me dice que cuando ha ocurrido esto ha sido conveniente volver a calcular –recalibrar, si lo prefiere– la restricción de sueño.

Paciente: Tengo la mala sensación de que está a punto de decirme algo que no deseo oír.

Terapeuta: Efectivamente. Ya sé que la idea de una restricción aún mayor en este momento puede parecerle difícil –como algo que no puede hacer o como si fuera lo último que desearía hacer. Sin embargo, me preocupa que si permitimos que usted se mantenga a este nivel de restricción del sueño, puedan transcurrir muchas semanas sin lograr nuestros objetivos. En este caso, sólo prolongaríamos su sufrimiento, sin ningún logro potencial. Si aumentamos la restricción en este momento, es posible que le genere una incomodidad a corto plazo pero nos amplía la oportunidad del éxito a largo plazo.

Paciente: Bien. El “clíper”. Ya sé.

Terapeuta: Piense en ello de este modo. Piense en los momentos en los que se hace una dieta. Si usted había eliminado sus alimentos favoritos de su dieta (digamos los helados y las galletas), ¿cómo se sentiría?

Paciente: Bueno, seguramente echaría de menos esos alimentos y quizá sentiría un poco más de hambre de lo habitual.

Terapeuta: Muy bien. ¿Pero cuánto peso cree que perdería?

Paciente: Ya he probado eso. No se pierde mucho.

Terapeuta: Muy bien. ¿Qué es lo que ha de hacer, entonces?

Paciente: Le escucho. Debería esforzarme más en el proceso. Hacerlo de modo más sistemático, como el contar calorías y calcular cuánto menos he de ingerir para producir la pérdida de peso. Sentiré más hambre –seguro– pero obtendré resultados y probablemente de forma más rápida.

Terapeuta: Así es. Aquí se aplica la misma idea. Hemos estado calculando mal la reducción requerida de calorías. Tras una semana no es fácil estar seguro.

Por lo tanto, la elección está en sus manos.

Podemos dejar las cosas tal como están, pero si dentro de una o dos semanas nos encontramos en el mismo caso, puede estar seguro de que le recomendaré una restricción adicional del sueño. Si lo hacemos ahora, en una semana aproximadamente habremos acabado con esta parte del tratamiento porque o usted habrá comenzado a mostrar un progreso positivo y seremos capaces de aumentar la cantidad de sueño o sabremos con seguridad que necesitamos alguna otra estrategia.

Revisar la higiene del sueño y adaptar las prescripciones al individuo

El primer paso de esta intervención conlleva, la mayoría de las veces, ofrecer al cliente algún cuaderno explicativo. Tras esto, se revisan y se explican los diferentes ítems. La Tabla 3.1 contiene una serie de instrucciones relativas a la higiene del sueño. Debería señalarse que en esta formulación se adoptan muchos elementos de otras terapias. Por ejemplo, los ítems 1, 2, 12 y 14 se consideran tradicionalmente como parte de la terapia de restricción del sueño y/o control de estímulos.

La educación sobre higiene del sueño es muy útil cuando se adapta al análisis conductual de las conductas de sueño/vigilia del paciente. El proceso de adecuación permite al profesional (1) demostrar el grado en que comprende las circunstancias individuales del paciente (reconociendo qué ítems se aplican a su caso y cuáles no) y (2) revisar críticamente las reglas, que en muchas circunstancias son excesivamente “absolutistas”. Veamos dos ejemplos:

- La admonición para evitar los productos con cafeína puede estar, en general, construida de forma excesivamente simple. Las bebidas con cafeína pueden usarse para combatir la fatiga

diurna (especialmente durante la fase aguda de la terapia) y, si su eliminación se temporaliza debidamente, pueden incluso aumentar la habilidad del sujeto para dormirse.

- La prohibición relativa a dormir siestas puede no ser práctica. Los sujetos de mayor edad o aquellos con demandas extremas de ejecución laboral pueden necesitar precisamente compensar la pérdida de sueño. Un enfoque más considerado con respecto a las siestas podría conllevar el contar con la hora de la siesta, la duración de la misma y el modo en que se maneja el sueño nocturno los días en los que el sujeto haya dormido la siesta. Las siestas durante las primeras horas del día permitirán la existencia de una mayor presión homeostática para el sueño nocturno (evitando despertares por efecto de la onda lenta del sueño y el sufrimiento de los efectos adversos de la inercia de sueño).

Por último, puede defenderse que el aspecto más importante de la educación sobre higiene del sueño se deriva no tanto de los “consejos” ofrecidos sino del intercambio mismo. Una revisión meditada y elaborada puede fomentar la confianza del paciente en su terapeuta y en el régimen de tratamiento. Tal aumento de confianza puede, a su vez, conducir a una mayor adherencia con los aspectos más difíciles de la terapia.

El procedimiento ideal para la administración de la higiene del sueño es el siguiente:

1. Proporcionar al paciente el listado de las normas y hacer que las lea en voz alta, una por una.
2. Revisar el “imperativo” y explicar los motivos científicos que se encuentran tras la práctica clínica.
3. Lograr que el paciente comente cómo se aplican las normas a su caso.
4. Lograr que el paciente elabore un listado de ítems “a hacer” en la contraportada del cuadernillo (p.ej., comprar mantas nuevas, comprar un nuevo sistema para el cerramiento de las ventanas, etc.)

El terapeuta debería quedarse con una copia del listado de “tareas a hacer” para poder recurrir a ella durante la próxima sesión (es decir, determinar si los ítems relativos a la higiene del sueño han sido ejecutados o considerados). A continuación se presenta un prototipo de diálogo entre el terapeuta y el paciente para cada uno de los ítems de la higiene del sueño.

Diálogo # 16: Higiene del sueño # 1, Homeóstasis, hora de levantarse y ejercicio

Paciente: 1. Duerma sólo lo que necesite para sentirse descansado durante el día siguiente.

Terapeuta: ¿Recuerda que durante el primer día hablamos sobre el establecimiento de la homeóstasis? Bien, a esto se refiere exactamente esta primera regla. La restricción del sueño trata de consolidar su sueño aumentando su estado de vigilia y reduciendo su tiempo de permanencia en la cama. Tras las primeras semanas de restricción del sueño, usted debería sentirse mucho más descansado, pasando incluso menos tiempo en la cama.

Paciente: 2. Levántese a la misma hora todos los días, 7 días a la semana.

Terapeuta: En un sentido estrictamente real esto es cuestión de entrenamiento. Su cuerpo es entrenado, está aprendiendo cuándo permanecer dormido y cuándo despertarse. Acostarse siempre a la misma hora y despertarse siempre con un despertador fijado a la misma hora produce efectos de condicionamiento sobre el cuerpo, de modo que, con el tiempo, el cuerpo aprende cuándo despertarse y cuándo dormirse.

Paciente: ¿Tendré que hacer esto durante toda mi vida? ¿Significa esto que tendré que usar el despertador todos los días y nunca poder dormir más por la mañana, ni siquiera los fines de semana, nunca más?

Terapeuta: Sí y no. Como le he dicho, es cuestión de entrenamiento. Mientras esté en proceso de entrenamiento el régimen es estricto. Una vez que ya haya entrenado, las cosas se relajarán.

Paciente: ¿Cuánto durará el entrenamiento?

Terapeuta: Primero tenemos las 6-8 semanas que usted “entrenará” conmigo, pero a fin de no despertarle expectativas falsas prefiero adoptar una postura conservadora, y yo diría que entre 1 y 3 meses. Y cuando decida comenzar a “dormir más” los fines de semana, puede hacerlo (si mantiene los logros que ha obtenido durante el tratamiento), siempre que “respete el juego”. Es decir, si quiere dormir una hora más, muy bien, pero debería retrasar 60 minutos la hora de acostarse la noche siguiente. De este modo mantiene constante la cantidad de “presión” de sueño. Una cosa: Quizá prefiera considerar con cautela los cambios repentinos y grandes de su horario de sueño. Es posible planificar a lo largo de 4 semanas los 60 minutos de aumento, de modo que cada fin de semana añada 15 minutos a su hora de levantarse.

Por lo tanto, a largo plazo probablemente será capaz de “dormir más” durante los fines de semana, siempre que siga un plan. Pero hablemos del despertador. En el momento presente, usted probablemente querrá y necesitará usar el despertador de forma permanente.

Aquí está la razón. Muchas personas no se toman la molestia de poner el despertador porque saben que se despertarán con tiempo para comenzar el día. Para las personas que duermen bien y que están felices con sus patrones de sueño, esto funciona bien. Para las personas con problemas de insomnio, no hacer uso del despertador es un problema. Esto es así con los pacientes que presentan insomnio nocturno medio o tardío, porque confiere una función adaptativa al trastorno. Pongámoslo de otro modo, si atribuimos una finalidad al insomnio (cualquier finalidad) nos costará mucho más librarnos del “porque el insomnio no es algo completamente negativo –al menos me despierta por las mañanas”. El uso del despertador garantiza que el insomnio no sirva a ninguna finalidad.

Paciente: 3. Haga ejercicio con regularidad

Terapeuta: Se sabe que el ejercicio altera la naturaleza del sueño. Aunque no se sepa con certeza si el ejercicio diario provoca que la persona se duerma más rápidamente o que permanezca dormida durante más tiempo (de hecho, las pruebas existentes hasta el momento parecen sugerir que el ejercicio no es útil para esto), es obvio que se modifica la “arquitectura del sueño”. Básicamente, el ejercicio parece acelerar la velocidad a la que uno desciende al sueño profundo (estadios 3 y 4) y promueve cantidades más intensas y/o más largas de sueño profundo. Probablemente ambas cosas.

Éste puede ser el momento idóneo para dibujar un hipnograma en el encerado y comentar los estadios del sueño y las características y funciones putativas de los diferentes estadios del sueño. Tal demostración puede ser interesante y ofrecer al paciente una visión más completa de los factores relacionados con su insomnio que, a su vez, producirán el efecto de aumentar su adherencia al tratamiento.

Diálogo # 17: Higiene del Sueño # 2, Alternativas al ejercicio y ambiente de la habitación

Terapeuta: Curiosamente, puede que no sea el ejercicio físico per sé, sino el cambio en la temperatura del cuerpo que se produce con el ejercicio físico. La idea es que cuando aumenta la temperatura corporal, el enfriamiento que se produce al tumbarnos para dormir ocurre de un modo mucho más radical, y es este fenómeno el que está relacionado con el fomento de la onda lenta del sueño. Teniendo esto en cuenta, ¿qué otro modo se le ocurre para aumentar la temperatura de su cuerpo sin realizar ejercicio físico?

Paciente: Un baño caliente.

Terapeuta: Efectivamente. Hay una serie de estudios que demuestran que un baño relativamente caliente una o dos horas antes de ir a la cama produce el mismo efecto sobre el sueño que el ejercicio aeróbico. Además, disponer de un ritual previo a la hora de acostarse también es bueno –en parte por la cuestión de las señales a las que nos hemos referido anteriormente. Y, en parte, concederse cierto tiempo para descomprimir y “poner el día a dormir” le ayudará a conciliar el sueño.

Paciente: 4. Asegúrese de que su habitación sea cómoda y carezca de luz o de ruido.

Terapeuta: A este respecto hay una serie de cuestiones. La primera de las cuales es la expectativa de las personas de que el nivel bajo de ruido o de luz no debería impedirles que concilien el sueño ni que sea causa de despertares nocturnos. Bueno, esto puede ser cierto cuando uno es adolescente o está en la veintena, sin embargo, a medida que uno aumenta en edad estos elementos pueden molestar mucho al sueño. Y francamente, incluso en los casos en los que las personas manifiestan que estas cosas no les causan ningún problema, suelen afectarles más de lo que son conscientes.

Pensemos, por ejemplo, en las personas que viven en las proximidades de un aeropuerto. Se realizó un estudio PSG para observar la actividad cerebral de tales personas y se descubrió que, aunque la mayoría de las personas manifestara no advertir los aviones que volaban sobre ellos, cada vez que pasaba un avión se producía una activación EEG. Este tipo de activación, de hecho, se asocia estrechamente con la somnolencia y la fatiga diurna.

Por lo tanto, ¿cuál es la moraleja de esta historia...?

Paciente: Ir a casa y asegurarme de que la habitación está mejor aislada del ruido y de la luz.

Terapeuta: Efectivamente. Acudir a casa y realizar la evaluación.

Al amanecer, ¿está la habitación completamente oscura? Si no, quizá se requiera algún arreglo en las ventanas. Con las ventanas cerradas, ¿se puede escuchar con facilidad el ruido de la calle o de los vecinos? En caso afirmativo, quizá le convenga aumentar la cantidad de aislamiento en la pared, doble acristalamiento, etc. La mayoría de estas opciones le llevarán tiempo y además mucho coste económico, pero merece la pena el coste de tiempo y dinero que conllevan.

Paciente: ¿Qué hay de los generadores de ruido blanco o estos generadores de sonidos para dormir que alguna vez he visto en los catálogos de los aviones y que incluyen sonidos de ballenas o del mar?

Terapeuta: ¿Recuerda el estudio del aeropuerto? El ruido es ruido, y es preferible eliminar la aparición de sonido en el ambiente en el que duerme. Pero si ahora no es el momento de renovar la casa, un generador de sonido estaría bien siempre que el sonido que genera sea monótono. Por lo tanto, el sonido de las ballenas queda eliminado, el sonido del mar está bien, pero probablemente los denominados sonidos blancos o “rosas” son lo mejor. A propósito, hay empresas que venden formas de sonido blanco con fines relajantes, y éste puede ser el mejor compromiso entre un sonido agradable y la necesidad de que sea invariante.

Paciente: 5. Asegúrese de que la temperatura de la habitación en la que duerme sea agradable durante la noche.

Terapeuta: La regla general suele ser que cualquier temperatura extrema perjudica al sueño. Esto es tan obvio que no necesita que se lo diga. Quizá no tan obvio es que siempre se ha dicho que “al sueño le gusta el frío”.

Como ya hemos comentado anteriormente, la temperatura corporal varía a lo largo de las 24 horas del día y la mayoría de las personas prefieren períodos de sueño que se producen durante el momento del día en que nuestra temperatura corporal sea baja.

Suponiendo que existe una relación causal en esto, y existen algunos datos que lo sugieren, diríamos que dormir en un ambiente fresco facilita la conciliación del sueño. Dicho esto, es importante que no tengamos demasiado frío. El remedio consiste en buscar una temperatura fresca pero no fría y en disponer de más mantas. Disponer de más mantas de las que consideremos necesarias es una buena idea porque algunos estadios del sueño requieren que nos protejamos más que en otros de la temperatura ambiente.

Dependiendo de la presión de tiempo que uno tenga, comentar la poiquiloterma del sueño REM suele despertar el interés de la mayoría de los pacientes. Para los profesionales que no estén familiarizados con este fenómeno, a continuación se presentan las ideas básicas. La termorregulación se trastoca, si no se interrumpe completamente, durante el sueño REM. Esto es así de diversas maneras. La termogénesis se para a consecuencia de que la pérdida repentina y global de la tensión músculo-esquelética (1) interfiere con la producción tónica de calor e (2) impide la respuesta de temblor a la hipotermia. Además, se deteriora la capacidad para disipar calor debido a la vasoconstricción periférica (previene el enfriamiento por radiación) y la inhibición de la respuesta de sudoración (enfriamiento por evaporación). La incapacidad para termo-regular durante el sueño REM, juntamente con el hecho de que los interruptores de encendido del sueño REM se encuentran en las partes primitivas del cerebro, ha llevado a algunos investigadores a afirmar que el sueño REM es filogenéticamente más viejo y a caracterizarlo como “sueño reptil”.

Díálogo # 18: Higiene del sueño # 3, Comidas regulares, restricción de fluidos y cafeína

Paciente: 6. Coma las comidas regulares y no se acueste con hambre.

Terapeuta: El hambre puede perjudicar al sueño. Un pequeño bocado, especialmente de carbohidratos, antes de acostarnos puede ayudarnos a dormir, pero evite las comidas grasas y pesadas que pudieran iniciar el reflujo gástrico y ocasionar despertares a media noche.

Paciente: 7. Evite el consumo excesivo de líquidos al anocheecer.

Terapeuta: Reducir los fluidos al anocheecer puede minimizar los despertares nocturnos. Por regla general, límitese a 1 taza de líquido (1/2 lata de refresco) durante las últimas 4 horas antes de acostarse.

Paciente: 8. Reduzca o elimine el consumo de productos con cafeína.

Terapeuta: Aunque éste pueda parecer uno de los “mandamientos del sueño” más veraces, quizá las cosas no sean siempre así, y a mi parecer, quizá se exagere un poco. Algunas veces las personas que padecen insomnio eliminan completamente los productos con cafeína de su dieta o rutina. Esto puede ser un error. Como la mayoría de las cosas en la vida, todo depende de “Cuánto y cuándo”.

A mí me parece que un enfoque más productivo es aquel que recurre al uso de la cafeína de un modo más terapéutico. El café, por ejemplo, por la mañana puede ayudarnos sustancialmente a combatir los efectos adversos del mal sueño de una noche. El café por la tarde, puede servir para combatir la tendencia natural hacia la “fatiga” vespertina, algo que puede verse incrementado o no por el insomnio. El café a primera hora del atardecer puede ayudarnos a permanecer despiertos hasta más tarde.

La combinación de los dos últimos podría ayudar a aumentar la “presión de sueño”. Por último, si se calcula bien la temporalización, la retirada de cafeína puede ayudar a las personas a sentir sueño a una hora a la que normalmente les cuesta conciliarlo. La clave está en descubrir cual es la cantidad suficiente y cuándo dejarla. Esto, evidentemente, no es algo fácil de hacer. Depende de su sensibilidad (historial de consumo previo), del metabolismo de su organismo, el tipo de cafeína y su voluntad para descubrir por ensayo y error lo que le funciona y no le funciona.

Estas son algunas reglas generales que pueden serle de utilidad, especialmente durante el curso del tratamiento que desarrollaremos ambos:

- Si los efectos clínicos de la cafeína duran entre 4 y 6 horas (con una vida media química de 8 a 14 horas), entonces su último consumo debería ser entre 4 y 6 horas antes de la hora prescrita o deseada de acostarse.
- Si opta por consumir cafeína durante el día, especialmente si habitualmente no toma café ni té, proceda de forma conservadora con respecto al número de veces y cantidad que consume cada vez.
- Esté preparado para limitar o aumentar la cantidad que consume, pero no realice estos ajustes de un día para otro. Es preferible recoger datos durante toda una semana y establecer los ajustes basándose en medias semanales relativas a cómo se siente durante el día y cómo ha dormido por la noche.
- Por último, la cafeína debería ser completamente evitada si es una persona propensa a la ansiedad o padece algún problema médico que desaconseje el consumo de cafeína.

Si se incluye la cafeína por su potencial terapéutico, el terapeuta debería añadir un apartado en el diario del sueño, de modo que los efectos de esta intervención también puedan ser monitoreados y regulados.

Diálogo # 19: Higiene del sueño # 4, Alcohol y nicotina

Paciente: 9. Evite el alcohol, especialmente por la noche.

Terapeuta: Al igual que con la cafeína, esta cuestión también es más compleja de lo que se podría pensar a primera vista.

El alcohol es la mejor y la peor pastilla para dormir del mundo. Para las personas que tienen problemas para desenchufar al final del día o que son propensas a sentirse molestas, con estados anímicos negativos o se sienten agravadas al anochecer, el alcohol les es útil. Promueve la relajación y presenta propiedades ansiolíticas reales (elimina la ansiedad) y además también puede promover directamente el sueño dados sus efectos sobre el SNC.

PERO-

“Lo que el alcohol proporciona, también lo quita”. Tiene una vida media relativamente corta, que produce un rebote de activación y rebote de insomnio, y puede tener un efecto deshidratador suficientemente intenso que esto mismo sea motivo para que la persona se despierte. En conclusión: cantidades moderadas de alcohol pueden ser útiles para fomentar la relajación y para facilitar la conciliación del sueño. Beber para dormirse fácilmente puede producir efectos contraproducentes. Uno puede dormirse fácilmente pero seguramente esto le llevará a despertarse de madrugada.

Dediquemos un poco de tiempo a revisar la cantidad de alcohol que consume y a comprobar si lo emplea con fines hipnóticos. Pero antes de empezar con esto quiero que sepa que mi interés con respecto a su consumo de alcohol se limita estrictamente a los efectos de éste sobre su sueño. Una vez que los conozca puedo hacerle recomendaciones con respecto a los cambios que quizá le convenga hacer. Decidir si sigue o no sigue estas recomendaciones está en sus manos. Lo principal es que sepamos en qué grado el alcohol es un factor y de qué modo puede estar interfiriendo con su sueño, de modo que usted pueda adoptar una decisión informada.

NOTA: En algunas ocasiones el profesional está genuinamente preocupado porque el consumo de alcohol sea el responsable de despertares medios o terminales. En estos casos, el profesional puede adoptar una postura más firme. Lo que puede lograrse haciendo que el paciente evite o reduzca el consumo de alcohol durante una semana o dos de modo que sus efectos sobre la continuidad del sueño puedan evaluarse empíricamente.

Paciente: 10. El tabaco puede afectar al sueño.

Terapeuta: El tercer verso de la misma historia. Por una parte la nicotina es un estimulante. El consumo de estimulantes mientras trata de dormirse tendrá un efecto previsible –costará más dormirse. Por otra parte, prescindir de la nicotina –especialmente para los grandes fumadores– puede producir más activación fisiológica que el hecho de saciar la necesidad. Por lo tanto la conclusión es,

- Fumar por encima de su nivel de consumo medio tendrá efectos perjudiciales para el sueño.
- Fumar por debajo de su nivel de consumo medio tendrá efectos perjudiciales para su sueño.
- Fumar a horas a las que normalmente no lo hace (como fumar por la noche para “matar el tiempo”) tendrá efectos perjudiciales para su sueño.

Como en los casos anteriores, lo que nos concierne es determinar si las veces que se despierta a media noche están ocasionadas por la eliminación de la nicotina.

Tanto para el alcohol como para la nicotina, la evaluación retrospectiva de las conductas de consumo del paciente durante la entrevista inicial puede haber generado alguna preocupación con respecto a la importancia de estos factores. Si contamos con esta fortuna, se puede iniciar el análisis de contingencia durante la semana de línea base añadiendo ítems adicionales a los diarios de sueño. Tal evaluación permitirá al terapeuta y al paciente determinar si existe o no una asociación

entre el consumo de estas sustancias, la eliminación de las mismas y la aparición de insomnio medio o terminal. Desafortunadamente, a menudo ocurre que la información relativa al consumo de sustancias sólo se manifiesta verídicamente en momentos posteriores del tratamiento. En consecuencia, los análisis de contingencia se despliegan cuando el paciente está siendo parcialmente tratado y, por lo tanto se puede subestimar la importancia del alcohol y de la nicotina como factores mediadores. Una señal de que estos factores pueden estar en juego es que el paciente muestre logros iniciales con la restricción del sueño, que se reduzcan con el tiempo y con la valoración al alza del tiempo total de sueño.

Diálogo # 20: Higiene del Sueño # 5, No lleve problemas a la cama

Paciente: 11. No lleve sus problemas a la cama.

Terapeuta: Esto parece increíblemente obvio, pero hablemos de ello porque hay dos cosas que hacen que esto sea más interesante de lo que parece a primera vista.

En primer lugar, como sabe, el sueño no es un estado unitario: una cosa en la que se sumerge, permanece dentro y de la que reaparece entre 6 y 8 horas más tarde. En lugar de esto el sueño consiste en, como mínimo, 5 subestadios, que creativamente han sido denominados Estadio 1, Estadio 2, Estadio 3, Estadio 4 y sueño REM. En grupo, los estadios del 1 al 4 reciben el nombre de “no REM”. El sueño REM, del que seguro que ha oído hablar, se asocia con el acto de soñar. Pero quizá no sepa que la mayoría de las personas se despiertan brevemente tras el sueño REM, durante un período de entre 10 y 90 segundos en cada ocasión. En las personas que duermen bien, estos despertares no suelen experimentarse de forma consciente en el momento, y la mayoría de las veces uno no se acuerda de ellos por la mañana.

Pero aquí es donde reside el problema: el sueño REM es un estado de intensa actividad cerebral y los despertares que le siguen suelen caracterizarse también por una intensa activación cerebral. Por lo tanto, un modo de pensar en esto es que a lo largo del curso de la noche habrá 4 ó 5 ocasiones en las que el cerebro dispone de la oportunidad de “atrapar el hilo de la vigilia”. Si “lleva sus problemas a la cama”, tendrá 4 ó 5 ocasiones para que éstos le saluden por la noche. Como decíamos anteriormente, no debemos atribuir ninguna función al insomnio (un tiempo para resolver un problema).

La segunda cuestión interesante es si merece la pena pensar en los problemas durante la noche. Existe toda una línea de investigación en cuyo desarrollo estamos interesados y que denominamos crononeuropsicología. Ésta es una palabra muy grande para decir que pensamos que la función cognitiva varía drásticamente dependiendo de la hora del día.

La principal idea es que durante la noche (la fase nocturna de un día de 24 horas), es muy probable que la mayoría de las personas estén “cognitivamente deterioradas” aunque no lo sepan. Creemos que está relacionado con el hecho de que el cerebro no se duerme repentinamente y que algunas partes del mismo se duermen antes que otras y/o permanecen más o menos dormidas incluso cuando el resto del cerebro permanece despierto. La parte del cerebro que con más probabilidad permanece dormida a media noche tiene que ver con la focalización de la atención, el pensamiento lógico y la evaluación de lo que es un pensamiento o conducta razonable y no razonable. Con estas funciones comprometidas (de un modo que se asemeja mucho a lo que ocurre cuando uno ha bebido en exceso), es fácil ver por qué uno podría pasar con excesiva facilidad de lo que es una resolución de problemas a una simple preocupación inútil. Teniendo esto en cuenta, puede ver que ésta es otra razón para dejar el “pensar en los problemas” para otro momento del día.

Conclusión: Cuando se acueste para ir a dormir o cuando se despierte a media noche, no trate de resolver problemas ni de preocuparse en la cama. Un modo de evitar esta situación consiste en elaborar antes de acostarse un listado de las cosas que ha de atender al día siguiente. Si se despierta aún pensando en estas cosas, salga de la cama y haga algunas anotaciones. Cuando se sienta convencido de que ya ha colocado en el papel suficiente material de sus pensamientos como para poder “tomar el hilo” la siguiente mañana, vuelva a la cama.

Previamente en este capítulo, como parte del comentario relativo al cumplimiento (“Quise pero no pude”), se ha introducido el concepto de “No conviene permanecer despierto cuando la razón duerme”. Aquí hemos vuelto a emplear el concepto en la medida en que se aplica a los despertares nocturnos y a la vulnerabilidad a preocuparse. Recuerde que, en este momento, estas ideas son verdades clínicas. Tienen cierto valor como recursos para la TCC-I, pero están pendientes de demostraciones formales relativas a su veracidad.

A este respecto se puede añadir mucho más. Por ejemplo, se puede explicar la idea de la relajación cognitiva. Alternativamente, se puede mencionar la idea de entrar en el círculo vicioso de la preocupación, activación e incapacidad para dormirse, cuando se reflexiona sobre aspectos importantes de la vida en la cama. La cantidad de tiempo y la manera de explicar este importante aspecto de la instrucción de higiene del sueño variará, obviamente, dependiendo de la orientación clínica del terapeuta.

Diálogo # 21: Higiene del Sueño # 6, No *haga esfuerzos* por dormirse

Paciente: 12. No *haga esfuerzos* por dormirse.

Terapeuta: Ésta es una cuestión muy importante, algo que es sorprendentemente obvio y sin embargo no tan obvio. Por una parte, es obvio que usted no puede ordenarse (o forzarse) a estar relajado y en paz, incluso más obvio aún, no puede obligarse a estar “inconsciente”. Sin embargo, irónicamente, oigo una y otra vez esta expresión: “Yo trataba de dormirme y...” Aquí está la ironía, el mero acto de tratar de conciliar el sueño es incompatible con lo que uno trata de hacer. Usted no puede relajarse y esforzarse al mismo tiempo. No puede desenfocar y desengancharse de sus pensamientos mientras éstos estén focalizados y usted participe en una tarea –“tratar de dormirse”.

El sueño no puede obligarse ni desearse y a pesar de que sepamos esto, tratamos de “caer dormidos”.

En esta coyuntura cierta perspectiva puede ayudarnos. Busquemos una analogía que aunque un poco simple es auténtica.

Dormir es como hacer surf. Usted se puede preparar para hacer surf, puede disponer de todo el equipo necesario, pero al final, todo lo que puede hacer es remar y esperar a la ola. Usted no puede hacer que venga la ola; sólo puede estar ahí para cuando llegue. De algún modo, todo esto de la higiene del sueño es muy parecido a eso, pretende que la persona esté preparada para subirse a la tabla cuando llegue la ola.

Si el paciente disfruta de la analogía, se puede destinar más tiempo a la misma, desentramando todas las similitudes potenciales. ¿La ola es...? ¿La tabla es...? ¿El traje de neopreno es...? ¿La mejor hora para hacer surf es...? ¿Y esto es equivalente a...? Pero tanto si se profundiza como si no en el símil, es importante que el paciente comprenda la idea de que uno sólo puede optimizar la probabilidad del sueño, no puede forzarlo.

Diálogo # 22: Higiene del Sueño # 7, Mirar al despertador y evitar la siesta

Paciente: 13. Coloque el despertador bajo la cama o gírelo de modo que no pueda verlo.

Terapeuta: Si ha puesto el despertador, no es necesario mirar la hora a media noche. Además, más importante aún, mirar el reloj sólo puede llevarle a preocuparse o a frustrarse y en ausencia de cualquier otra cosa, la preocupación y la frustración son “buenos fuelles” para el insomnio.

Paciente: 14. Evite las siestas.

Terapeuta: Aunque la mayoría de las personas que padecen insomnio no echan o no pueden echar siestas, y puede parecer una obviedad, para nosotros es un aspecto importante a considerar porque puede convertirse en problema durante o después de la terapia.

La mayoría de las personas con insomnio experimentan una fatiga intensa (debilidad física o mental), pero no el tipo de somnolencia que les permita dormirse durante el día. Durante las primeras semanas de la terapia esto puede cambiar. Podría llegar a sentir que quiere y que puede dormir la siesta.

Hay dos escuelas de pensamiento que se refieren a este particular. Una sugiere que deberían evitarse las siestas. La otra permite que el paciente duerma alguna siesta siempre que se sigan determinadas “normas”. Ambas escuelas de pensamiento se adhieren a la idea de que, por lo menos a corto plazo, cada individuo puede generar una cantidad fija de sueño. Por lo tanto, si la persona duerme durante el día, le queda menos sueño disponible para la noche.

Piense en ello en estos términos. Si tiene una cuenta bancaria y para cada día hay un depósito de 6 € y cada día gasta 6 €, ¿Qué ocurrirá la noche en la que durante el día haya retirado 1 €?

Paciente: No dispondré de los 6 € que necesito por la noche, y me quedarán sólo 5 €.

Terapeuta: Así es. ¿Qué hará para evitar sobrepasar su cuenta?

Paciente: Los días que ya haya gastado 1 € durante el día, sólo me quedarán 5.

Terapeuta: Sí señor. Y esto es exactamente lo que propone una de las escuelas de pensamiento. Si duerme la siesta durante el día, entonces tendrá que ajustar las horas por la noche. En términos prácticos, esto implica que usted deberá retrasar su hora de acostarse la misma cantidad de tiempo que haya dormido durante la siesta.

A este respecto existen también otras dos reglas generales. En primer lugar, las siestas de duración corta interfieren menos con la regulación del sueño nocturno. Por lo tanto es mejor que las siestas sean menores de una hora, y probablemente lo mejor es limitarse a 30 minutos si quiere garantizar que se despertará despejado de la siesta. En segundo lugar, dormir durante las primeras horas del día interferirá menos con la regulación del sueño nocturno.

Paciente: Esto me parece bastante complicado. Quizá sea preferible no pensar en la siesta.

Terapeuta: Muy bien. Eso es lo que opina la otra escuela de pensamiento. Durante la terapia, evite las siestas.

Por favor, recuerde que si comienza a sentir mucho sueño durante el día de modo que crea estar en riesgo de caer dormido en el momento o lugar inapropiado, esto sí puede ser un problema serio que debemos contemplar.

Tras completar las instrucciones relativas a la higiene del sueño, el terapeuta debería sintetizar las tareas de la semana, elaborar una copia del listado del paciente sobre las tareas de la higiene del sueño y presentar el concepto relativo a que entre las siguientes 1 y 3

sesiones las visitas serán más breves porque fundamentalmente se destinarán a la valoración del sueño.

Un último punto con respecto a la higiene del sueño y al ambiente de la habitación. Curiosamente se ha desarrollado muy poca investigación sobre las superficies sobre las que se duerme y/o sobre los efectos que produce el hecho de cambiar de ambiente de sueño. En ausencia de datos fiables, “invertir” en el propio ambiente de sueño (nuevo colchón, almohadas, camas, color de la pared y/o iluminación, etc.) puede, por lo menos, producir el efecto de ayudar al paciente a mantenerse “alerta” al proceso de cambio. Además, también parece probable que las alteraciones significativas en el ambiente de sueño puedan reducir las asociaciones negativas que existan con la habitación y puedan promover la mejora del sueño debilitando el “poder” que tiene la habitación para elicitar la activación condicionada. Por último, la selección cuidadosa de un nuevo colchón y almohada puede promover la mejoría del sueño reduciendo la incomodidad y/o dolor ortopédico.

Cuarta sesión: Valoración del sueño (entre 30 y 60 minutos)**Tareas**

Sintetizar y representar gráficamente el diario de sueño

Evaluar logros y cumplimiento del tratamiento

Determinar si es recomendable una valoración al alza

Objetivos básicos de esta sesión

1. Revisar los datos.
2. Evaluar los logros y el cumplimiento del tratamiento. En el caso de que el cumplimiento no haya sido fiel, focalizar la sesión en este problema.
3. Establecer los ajustes necesarios en los horarios del sueño del paciente:
 - a. En caso de logros clínicos positivos ($ES > 90\%$), aumentar la oportunidad total de sueño
 - b. En caso de logros marginales o no logros (ES entre 85 y 90%), mantener el horario y ofrecer una explicación al paciente.
 - c. En caso de logros negativos ($ES < 85\%$) reducir la oportunidad total de sueño y explicar los motivos al paciente.
4. Continuar asegurando el compromiso del paciente con el programa.

Sintetizar y representar gráficamente el diario de sueño

Como en todos los contactos clínicos que se produzcan en el despacho, esta sesión comienza con una revisión del diario del sueño y con la representación gráfica de los valores medios de sueño obtenidos durante la semana. Deberían calcularse las medias y compararlas con las semanas anteriores.

Evaluar logros y cumplimiento del tratamiento

La cuestión principal de esta sesión es, en este punto (si no antes), si el paciente ha comenzado a mostrar señales de una respuesta clínica. ¿Muestra el paciente adulto una media semanal de eficiencia de sueño > 90% (o en caso de pacientes ancianos una ES entre 85 y 90%) y muestra el gráfico del TTS una caída precipitada?

Si la respuesta es afirmativa, la sesión debería centrarse en:

- Valoración al alza del TTS.
- Revisión de las cuestiones relativas a la higiene del sueño que iban a ser ejecutadas como tareas para casa.
- Una revisión de las estrategias que ayudan al paciente a permanecer debidamente alerta durante el día.
- Una revisión de las estrategias que ayudan al paciente a permanecer despierto hasta la hora prescrita de acostarse.
- Una revisión de las estrategias que ayudan al paciente a poner en práctica un buen “control de estímulos”.

Si no hay logros clínicos positivos y existen pruebas en el diario de sueño de que el paciente no se ha adherido al plan, entonces el profesional debe reevaluar qué forma de incumplimiento está en juego. En los casos en que el paciente “*simplemente no pudo*” cumplir o “*quiso pero no pudo*” cumplir, el profesional debe evaluar qué es lo que el paciente “no pudo hacer”. En la mayoría de los casos el “no pudo” se refiere o a la incapacidad del paciente a permanecer despierto hasta la hora prescrita o a la incapacidad para levantarse de la cama en mitad de la noche.

La luz brillante al atardecer, la cafeína por la tarde o una dosis de modafinil por la mañana puede servir para aumentar el tiempo total de vigilia del paciente durante la fase diurna. La terapia cognitiva adicional puede asistirle en los esfuerzos por practicar el control de estímulos. Una maniobra adicional que también puede servir es hacer que los pacientes “llamen” a un contestador automático a media noche y animarles a que expresen sus sentimientos sobre la práctica de control

de estímulos en ese momento (y uno mismo como profesional comprometerse a escuchar cualquier expresión de “virulencia”).

En los casos en los que el paciente persista con que “*no quiso*” cumplir, puede ser recomendable evaluar factores adicionales que puedan estar impidiendo el cumplimiento. Por ejemplo, la apatía que puede asociarse con la depresión. Este esfuerzo continuado por garantizar el cumplimiento y los logros del tratamiento subrayan que el proceso de evaluación es un quehacer continuo. De hecho, es posible que, en este contexto, el paciente pueda compartir información que de otro modo se acallaba o que ha llegado a reconocer que era más importante de lo que parecía. También existe la alternativa de sugerir al paciente que abandone el tratamiento y hacerle saber que el profesional estará disponible en otro momento en que esté más dispuesto a “dar una oportunidad” al tratamiento. Cuando una oferta de este tipo se presenta juntamente con la garantía de acceso inmediato al servicio en el futuro, esto ayuda a mostrar que la recomendación para discontinuar los servicios no trata de ser punitiva.

Por último, si no hay logros clínicos y existen pruebas del diario de sueño de que el paciente ha cumplido con las prescripciones, entonces el profesional debe reevaluar el caso. Cuestiones importantes en este punto son:

¿Hay pruebas de...

- Que el insomnio es sobre todo una “percepción errónea del estado de sueño”?
- Que en este caso hay una presencia mayor de lo normal de activación fisiológica en el insomnio primario?
- Que existe una arritmia circadiana que no ha sido detectada o atendida?
- Trastornos ocultos del sueño o enfermedad médica/psiquiátrica que no ha sido detectada o contemplada?
- Consumo o abuso de sustancias que no ha sido detectado o contemplado?

“Percepción errónea del estado de sueño” (Insomnio Paradójico)

Como se indicaba en la Sesión 3, si el paciente presenta un componente importante de percepción errónea del estado del sueño como parte de su insomnio primario, este tipo de insomnio puede no ser responsivo, o no tan responsivo, a la TCC-I (p.ej., 64). Para determinar si éste es un factor significativo, uno puede derivar al paciente para que se le realice un estudio de PSG o realizar un diagnóstico adicional en el que se monitoree el sueño del paciente con una actígrafo y con medidas del diario de sueño.

La cuestión que se plantea aquí es, “¿Por qué no se evalúa la percepción errónea del estado de sueño durante la semana de elaboración de la línea base?” La respuesta es que la percepción errónea no es una contraindicación para la TCC-I. Por el momento se desconoce si los pacientes con discrepancias subjetivo-objetivo significativas son menos responsivos o no responden en absoluto a la TCC-I. El diagnóstico en este punto consiste en explicar la falta de respuesta y de esclarecer las alternativas previamente mencionadas como moderadores primarios de la falta de respuesta.

Si se determina que el paciente presenta un componente sustancial de percepción errónea del estado de sueño, el profesional deberá (1) explicar y arrojar luz sobre esta condición al paciente y (2) experimentar con cada una de las modalidades de tratamiento para ver si se producen mejorías terapéuticas y qué modalidad es la más efectiva.

Con respecto a las explicaciones que pueden proporcionarse en tales casos al paciente, el siguiente diálogo sirve como ejemplo de cómo puede contemplarse tal problema.

Diálogo # 23: Comentario sobre la percepción errónea del estado de sueño

Terapeuta: Los datos que hemos recogido durante las últimas semanas sugieren que usted sufre una forma rara de insomnio, un tipo que no entendemos muy bien. Permítame contarle qué es lo que sabemos. Los datos del actígrafo que hemos recogido sugieren que si fuéramos a hacer un estudio de su sueño:

- No habría pruebas de otros trastornos del sueño que podrían explicar su insomnio y
- La medida de su actividad cerebral durante la noche, produciría unos resultados equivalentes a los del sueño normal.

Sin embargo, a pesar del “cuadro” de un sueño perfecto (o casi perfecto), por la mañana usted manifestaría que le había costado mucho conciliar el sueño y/o que ha permanecido despierto durante períodos prolongados de tiempo por la madrugada. En suma, no coincidiría su medida del sueño y su sensación del mismo.

Paciente: ¿Qué es lo que quiere decir? ¿Me está diciendo que las personas pensarían que estoy mintiendo o inventándolo?

Terapeuta: No, no se trata de que alguien piense que esté mintiendo o inventando cosas. Simplemente ocurre que no sabemos qué hacer con este escenario. Lo que le interesa saber es que hay una cantidad considerable de investigaciones sobre esta área y que existen algunas buenas ideas sobre la mesa.

Una idea es que existe este tipo de actividad cerebral que normalmente no se mide a través de los estudios tradicionales del sueño y que esta actividad se asocia con un nivel de “participación” o “conciencia” que normalmente no ocurre en el sueño.

- Por “participación” o “conciencia” me refiero a un nivel de alerta durante el sueño que no es normal.
- Por “participación” o “conciencia” me refiero a la capacidad para recordar acontecimientos que ocurrieron durante el sueño y que la mayoría de las personas olvidan.

No significa que usted pueda hacer cálculos, juegos mentales o aprender otro idioma mientras duerme, es como si una grabación estuviera en marcha y usted fuera más consciente que el resto de ella. La mayoría de las personas no “escucharían” la grabación en primer lugar, y si lo hicieran, por la mañana no recordarían haberla escuchado.

Usted por el contrario, aunque no recuerde necesariamente qué grabación ha estado en marcha o qué es lo que ha dicho, podría reconocer más información de la grabación si se le volviera a presentar durante el día.

Pero independientemente de que reconozca o recuerde que la grabación estaba en marcha o reconozca o recuerde “qué es lo que decía”, usted tendría la sensación de que le costó muchísimo conciliar el sueño y/o que usted estaba despierto durante períodos largos de la noche y de que percibiría su sueño como ligero.

Por lo tanto, la cuestión que nos atañe es cómo logramos cambiar ese tipo de actividad cerebral y/o distanciar su conciencia de las cosas que ocurren mientras debería estar dormido.

No lo sabemos.

Lo que sabemos, dada su experiencia con el tratamiento hasta la fecha es que la restricción del sueño (encender el termostato) y el control de estímulos (favorecer una buena asociación entre cama/habitación/hora de acostarse y sueño) no lo logran. Por lo tanto, permítame explicarle algunas alternativas de tratamiento y, a continuación, decidamos qué dirección tomar en adelante.

Entre las posibilidades existentes están el entrenamiento en relajación y el uso de hipnóticos sedantes. Con respecto al último de estos, se han formulado hipótesis relativas a que la percepción errónea del estado de sueño ocurre en asociación con un aumento del procesamiento sensorial y de información antes y durante la conciliación del

sueño y durante el sueño NREM y con la no participación de la amnesia mesógrada que se produce con el sueño de EEG normal (55; 56). Si esta perspectiva hipotética fuera real, o parcialmente real, sugeriría que esta forma de insomnio se trata mejor con los hipnóticos que se sabe que reducen el procesamiento sensorial e informativo y la formación de memoria a largo plazo. Así pues, para esta clase de insomnio, las benzodiacepinas comunes pueden producir más alivio que otras sustancias GABAérgicas como el zolpidem y/o zaleplon. Aún se desconoce si tal tratamiento puede mantenerse con seguridad y efectividad a largo plazo. La prescripción continuada de tales sustancias controladas debería ser contingente con que el paciente siga cumplimentando los diarios de sueño y con los encuentros regulares con el terapeuta.

Activación fisiológica

Aunque difícil de probar, algunos pacientes manifiestan hiperactivación fisiológica y este aspecto de su insomnio puede ser suficientemente intenso como para resistir al aumento de presión homeostática para el sueño que se produce por efecto de la restricción del sueño. En esta coyuntura existen dos soluciones potenciales: (1) continuar aumentando la presión de sueño retrasando aún más la hora de acostarse del paciente o (2) contemplar directamente la cuestión de la hiperactivación fisiológica, añadiendo alguna forma de entrenamiento en relajación al formato estándar de TCC-I. Tal y como se ha señalado anteriormente, no tendemos a retrasar la hora de acostarse del paciente más allá de un límite determinado. Dado este sesgo, puede ser útil aumentar el tratamiento con entrenamiento en relajación. Como se ha mencionado también, como mínimo existen tres tipos de entrenamiento en relajación (p.ej., Respiración diafragmática, Relajación muscular progresiva, Entrenamiento autogenético).

Cuando se añade una de estas formas de terapia al régimen clínico, el profesional puede optar por continuar el tratamiento durante 1 ó 2 sesiones adicionales. Si la ampliación del tratamiento no produjera los

resultados deseados, dentro de este período temporal, el terapeuta debería contemplar cada una de las restantes alternativas.

Arritmia circadiana

La nosología de la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño (ICSD) dispone de una variedad de trastornos que se corresponden con la amplia categoría de trastornos del ritmo circadiano. Aunque se conceptúen como entidades diagnósticas categóricamente distintas, muchos investigadores clínicos opinan que estos tipos de trastornos se producen a lo largo de un continuo y que puede haber rasgos prominentes en lo que de otro modo sería claramente un insomnio primario (p.ej., 65). En el contexto del presente comentario, la falta de respuesta o respuesta escasa a la TCC-I puede sugerir que la arritmia circadiana puede ser un rasgo potencial del problema de sueño y que requiere atención. Tales pacientes pueden beneficiarse si se amplía la TCC-I estándar con fototerapia (terapia de luz brillante) o con melatonina. [Información adicional sobre el presente tema puede hallarse en Lack et al. *Circadian rhythm factors in insomnia and their treatment*. In: *Treating Sleep Disorders: The Principles and Practice of Behavioral Sleep Medicine* (2003)]. Si se añade fototerapia al régimen clínico, el profesional puede optar por continuar durante 1 ó 2 sesiones más con el tratamiento.

Trastornos ocultos del sueño o enfermedad médica/psiquiátrica

En ambos casos, es probable que el terapeuta necesite recomendar al paciente que realice un diagnóstico adicional. En el caso de trastornos ocultos del sueño, puede estar indicado un estudio PSG para comprobar si puede estar en juego un trastorno intrínseco del sueño del cual el paciente no muestra señales o síntomas tradicionales. En el caso de enfermedades médicas ocultas, se recomienda la realización de analíticas completas. Un intercambio de ideas con el médico de cabecera sobre la falta de resultados clínicos y el deseo de colaborar sobre el caso pueden ser muy beneficioso.

Consumo o abuso de sustancias

Una conversación franca con el paciente sobre su consumo de sustancias puede ser y puede no ser productiva. Recordar al paciente que la única finalidad de la recogida de información es la explicación de los factores que puedan estar interfiriendo con el tratamiento, en este momento, podría generar un intercambio honesto. Si no obtenemos información del paciente, la PSG puede producir señales de uso o abuso de sustancias (aumento de la latencia REM, aumento de la actividad Sigma en el sueño EEG [artefacto agonista del receptor BZ o GABA]) o información directa que se obtenga de las analíticas (si se solicitan análisis toxicológicos).

Para los dos últimos casos (Trastornos ocultos del sueño o enfermedad médica/psiquiátrica, Consumo o abuso de sustancias) es probable que las derivaciones para diagnósticos adicionales constituyan el punto final de la terapia. El paciente debería ser informado de esto y animado por saber que el terapeuta colaborará en la derivación para llegar hasta la “raíz del problema”. Una vez más, manifestaremos al paciente que una vez que el trastorno oculto sea diagnosticado y permanezca estable, estaremos a su disposición y le garantizaremos acceso inmediato a nuestros servicios.

Quinta sesión: Valoración del sueño (entre 60 y 90 minutos)**Tareas**

Sintetizar y representar gráficamente el diario de sueño
Evaluar logros y cumplimiento del tratamiento
Continuar con la valoración al alza del TTS
Terapia cognitiva para las creencias negativas sobre el sueño

Objetivos básicos de esta sesión

1. Revisar los datos.
2. Evaluar los logros del tratamiento.
3. Establecer los ajustes necesarios en los horarios del sueño del paciente:
 - a. En caso de logros clínicos positivos (ES > 90%), aumentar la oportunidad total de sueño
 - b. En caso de logros marginales o no logros (ES entre 85 y 90%), mantener el horario y ofrecer una explicación al paciente.
 - c. En caso de logros negativos (ES < 85%) reducir la oportunidad total de sueño y explicar los motivos al paciente.
4. Dirigir terapia cognitiva para las creencias negativas sobre el sueño.
5. Continuar asegurando el compromiso del paciente con el programa.

Sintetizar y representar gráficamente el diario de sueño

Como en todos los contactos clínicos que se produzcan en el despacho, esta sesión comienza con una revisión del diario del sueño y con la representación gráfica de los valores medios de sueño obtenidos durante la semana. Deberían calcularse los valores medios y compa-

rarse con los valores semanales medios. Conviene evaluar el funcionamiento y molestias diurnas, así como el cumplimiento de las prescripciones relativas a la higiene del sueño. Se valorará el sueño mediante el porcentaje medio de ES.

Terapia cognitiva para las creencias negativas sobre el sueño: una estrategia que contrarreste las sobreestimaciones de probabilidad

La reestructuración cognitiva es una forma básica de terapia de la TCC para la depresión (66) y para los trastornos de ansiedad y pánico (67). Hace algunos años recomendábamos que esta forma de terapia podía aplicarse al tratamiento de las preocupaciones relacionadas con el sueño (27). Aunque no existan estudios relativos a la eficacia o eficiencia de este enfoque terapéutico específico como monoterapia, disponemos de datos de efectividad relacionados con su uso como parte de un programa más global (49; 68). Además, su efectividad con los problemas relacionados (69; 71) y su utilidad clínica en el tratamiento del insomnio, sugiere que es un componente importante a incluir en la TCC-I.

La reestructuración cognitiva para el insomnio se centra en el pensamiento catastrófico y en la creencia de que la escasez de sueño *es probable* que tenga consecuencias devastadoras. Aunque la psicoeducación pueda contemplar este tipo de cuestiones, otro ingrediente de la reestructuración cognitiva consiste en lograr que los propios pacientes descubran que sus estimaciones no son necesariamente reales. Cuando se desarrolla este ejercicio con el paciente, debe presentarse de un modo considerado, un modo que evite cualquier viso de pedantería, proteccionismo o condescendencia por parte del terapeuta.

El proceso consiste fundamentalmente en 8 pasos.

1. Establecer el estado para la reestructuración cognitiva.
2. Calcular durante cuántos días ha padecido insomnio el paciente.
3. Identificar y registrar entre 3 y 10 pensamientos catastróficos.
4. Evaluar las estimaciones de probabilidad del paciente.

5. Determinar la frecuencia real de ocurrencia de las “catástrofes” anticipadas.
6. Comentar el desajuste entre las estimaciones del paciente y la probabilidad de un resultado catastrófico.
7. Crear un mantra que contrarreste los pensamientos catastróficos.

El siguiente diálogo ilustra el modo de aplicación de esta forma de TCC-I. Para los fines del presente ejemplo, sólo se han identificado tres pensamientos catastróficos. Sin embargo, a algunos pacientes les cuesta más identificar las preocupaciones que experimentan. En la Tabla 4.4 se presentan algunos ejemplos que pueden servir de forma orientativa al profesional.

Tabla 4.4. Preocupaciones y Pensamientos catastróficos frecuentes

Si no duermo bien esta noche....	
Preocupación	Pensamiento catastrófico asociado
Estaré irritable y desagradable con mi mujer	Mi mujer me abandonará o solicitará el divorcio
Estaré irritable y desagradable con mis hijos	Mis hijos me odiarán –nunca volverán a hablarme
Quiero socializar bien	Perderé a mis amigos
Funcionaré mal en el trabajo	Seré despedido
Cometeré algún error en el trabajo	Mataré a alguien
Cometeré algún error en el trabajo	Seré denunciado
Seré despedido	Me arruinaré
Me sentiré mal	Enfermaré
Me marearé	Moriré
Perderé la cabeza	Enloqueceré –sufriré una crisis nerviosa
No me dormiré	Permaneceré despierto toda la noche
Caeré dormido tras el volante	Estropearé el coche
Sufriré un accidente	Tendré un accidente y me mataré o mataré a alguien
Mi aspecto será el de una persona mayor y poco atractiva	Las personas se alejarán de mí porque sentirán asco.

Diálogo # 24: Establecer el estado para la reestructuración cognitiva

Terapeuta: Como ha podido observar, el trabajo que hemos desarrollado hasta la fecha no se ha centrado en el rol de la preocupación sobre el insomnio. Ya sé que algunas personas piensan que esta tendencia a preocuparse es lo que origina el insomnio –y quizá esto sea así en los orígenes del problema, en gran medida, sin embargo creemos que una vez cronificado el insomnio se mantiene o permanece a consecuencia de los factores que venimos comentando. Si recuerda el Modelo Conductual o de Spielman, ¿puede recordar los tipos de cosas que identificamos como “factores perpetuantes” del insomnio?

Paciente: En este momento casi puedo recitarlos como una oración.

Terapeuta: Muy bien, recítelos como una oración.

Paciente: Ampliar la oportunidad de sueño, consumir alcohol como pastilla para dormir, permanecer en la cama sea la hora que sea...

Terapeuta: Muy bien. ¿Cuáles son las tres maneras que las personas emplean para ampliar su oportunidad de sueño?

Paciente: Acostarse temprano, dormirse por la mañana y dormir siestas durante el día.

Terapeuta: Así es. Y puede ver que hemos trabajado para distanciarnos de estos problemas. (Un momento muy oportuno para sacar los gráficos y revisarlos con el paciente).

Pero es un hecho que la preocupación no es irrelevante. Realmente puede generar un brote de insomnio y en el insomnio crónico puede arrojar leña al fuego.

Por lo tanto, quiero dedicar la sesión a centrarnos en este aspecto y que ambos participemos en un juego. Es un juego un poco ridículo pero sepa que cuando lo hayamos acabado, la conclusión del mismo le será de utilidad.

Paciente: Vale. Juguemos.

Un ejemplo de tabla de datos para este ejercicio se presenta en la Tabla 4.5.

Tabla 4.5. Reestructuración cognitiva – Muestra de tabla (Número de días con insomnio 1.500)

1	2	3	4
Hecho	Certeza Al permanecer despierto y sin poder dormir en la cama	# de que ocurra el hecho	# de que ocurra el hecho dada la certeza
Permanecer despierto toda la noche	85%	1	1200
Sufrir un acci- dente de coche	80%	2	1200
Ser despedido	0	0	1300

Diálogo # 25: Calcular durante cuántos días ha padecido insomnio el paciente

Terapeuta: Empecemos por imaginar durante cuánto tiempo ha sufrido insomnio. Si recuerdo bien me dijo que siempre había dormido mal, pero que el insomnio realmente había comenzado con el nacimiento de su primer hijo. ¿Eso sería hace 10 años?

Paciente: Sí, eso es bastante cierto, pero mi hijo ya tiene 11.

Terapeuta: De acuerdo. De media, ¿cuantas malas noches de insomnio diría que ha tenido por semana?

Paciente: Bueno, ha ido empeorando con el tiempo, por eso me cuesta decirlo.

Terapeuta: Muy bien. ¿Sería correcto decir que al comienzo entre 2 y 3 noches por semana y que ahora es entre 4 y 5 noches por semana?

Paciente: Bien.

Terapeuta: Por lo tanto si hay 52 semanas al año, pongamos que son 50 para facilitar los cálculos, y usted ha padecido insomnio durante los últimos 11 años, digamos que 10, esto equivale a que ha sufrido insomnio durante 500 semanas. Y si usted lo ha padecido, una media de 3 veces por semana, entonces calculando a la baja, en total ha pasado 1500 noches de insomnio.

Permítame anotar esto en el encerado (escribir en la parte superior del esquema “1500 noches”).

El componente más importante del siguiente paso es que se conduzca la preocupación del paciente hasta su extremo lógico: que se identifique el escenario del peor caso y que se encuadre como un hecho posible (p.ej., fatiga —> accidente de tráfico).

Diálogo # 26: Identificar y registrar los pensamientos catastróficos

Terapeuta: Acomódese un poco en el asiento. Si lo desea, cierre los ojos e imagine que está en la cama. Recuerde el tiempo previo al que solicitó tratamiento. Lleva 30 minutos tumbado en la cama, quizá más, ¿qué tipo de pensamientos le brotan en la cabeza?

Paciente: Hombre, ¿no voy a dormirme nunca?

Terapeuta: Y cuando piensa, “no voy a dormirme nunca”, ¿qué es lo que realmente le preocupa, cuál es el peor escenario posible?

Paciente: Voy a permanecer despierto toda la noche.

Terapeuta: Bien. Que va a permanecer tumbado en la cama y despierto toda la noche. Permítame escribirlo en el encerado (escribir en columna 1: “Permanecer despierto toda la noche”). ¿Qué otros pensamientos surgen?

Paciente: Si estoy despierto toda la noche, mañana me sentiré terriblemente mal.

Terapeuta: Bien. Digamos que permanece despierto toda la noche y que se sentirá increíblemente mal a la siguiente mañana. ¿Qué podría ocurrir si este fuera el caso?

Paciente: Podría sufrir un accidente de tráfico de camino al trabajo porque he dormido tan poco.

Terapeuta: ¿Es este un pensamiento que se le ocurre mientras permanece despierto en la cama?

Paciente: Sin ninguna duda. Creo que voy a estar tan fatigado y cansado que voy a salirme de la calzada y chocarme contra un árbol o contra alguna otra cosa.

Terapeuta: Muy bien. Voy a anotarlo en el gráfico (escribir en columna 1: “Accidente de coche”). ¿Qué otros pensamientos surgen mientras está en la cama y piensa que nunca caerá dormido?

Paciente: Voy a estar tan confuso al día siguiente, que no podré rendir en mi trabajo.

Terapeuta: Y cuando piensa que “No funcionaré en el trabajo”, ¿cuál es la preocupación real en este caso, cuál sería el peor escenario?

Paciente: Que voy a ser despedido. Que perderé mi trabajo.

Terapeuta: Muy bien. Voy a anotarlo en el gráfico (escribir en columna 1: “Ser despedido”)

Diálogo # 27: Evaluar las estimaciones de probabilidad del paciente

Terapeuta: Ahora tenemos tres cosas en el encerado. La pregunta que quisiera formularle es la siguiente: ¿Cuándo permanece en la cama, completamente despierto, con qué certeza cree que cada una de estas cosas puedan ocurrir?

Paciente: Con bastante certeza.

Terapeuta: ¿Al 100% de certeza? ¿Al 90% de certeza? ¿Qué grado de convencimiento tiene en ese momento en el que piensa?

Paciente: No sé, quizá estoy seguro en un 85%.

Terapeuta: Muy bien (escribir en columna 2: “85%” seguridad). ¿Qué certeza siente, mientras está despierto en la cama de que vaya a “sufrir un accidente de tráfico”?

Paciente: Quizá un 80% de seguridad. Me cuesta decirlo, porque bajo esas circunstancias siento de forma diferente.

Terapeuta: Ya sé. Espere un poco con ese pensamiento. (Escribir en columna 2: “80” seguridad). Una vez más. ¿Qué certeza cree que tiene de ser “despedido del trabajo”?

Paciente: Un 90% de certeza. Esto me preocupa mucho.

Terapeuta: Muy bien. (Escribir en columna 2: “90%”).

Diálogo # 28: Determinar la frecuencia real de ocurrencia de las “catástrofes” anticipadas

Terapeuta: Muy bien, a la siguiente columna y preguntas. ¿Cuántas veces ha pasado toda la noche sin dormir? ¿En cuantas ocasiones ha sido el insomnio tan malo que ni siquiera echara una cabezadita?

Paciente: Eso es difícil de contestar. Difícil de saber si he dormido algún momentito, pero si tuviera que dar una respuesta firme, quizá una vez – quizá ni siquiera eso.

Terapeuta: Sé que cuesta decirlo. Digamos que una vez. (Escribir en columna 3: “una vez”). ¿Cuántas veces ha dormido tan mal que al siguiente día haya sufrido un accidente?

Paciente: De hecho, en 11 años he tenido dos accidentes y estoy seguro de que una de esas veces tuvo que ver con el insomnio. Lo recuerdo bastante bien.

Terapeuta: Muy bien. Pongamos que ambos accidentes se relacionaron con el insomnio (Escribir en columna 3: “dos veces”). ¿Cuántas noches ha dormido tan mal que al día siguiente funcionara tan mal en el trabajo que fuera despedido?

Paciente: Nunca. Esto es más una preocupación. Tiendo a pensar en el momento en que llegará hasta el trabajo.

Terapeuta: Muy bien. (Escribir en columna 3: “Nunca”).

Diálogo # 29: Comentar el desajuste entre las estimaciones del paciente y la probabilidad de un resultado catastrófico

Terapeuta: Aquí llega la parte lúdica de este ejercicio. Un modo de pensar y de juzgar el grado en que ciertas estimaciones son o no razonables consiste en ver cómo se adaptan a “los hechos”.

Para hacerlo debemos comparar los acontecimientos reales que hemos enumerado en este listado con la frecuencia con que hubieran debido ocurrir dados su grado de certeza o seguridad y el número de oportunidades que ha habido para que tales acontecimientos ocurran.

Comencemos por *permanecer despierto toda la noche*. Si ha tenido insomnio durante 1500 noches y su certeza sobre la posibilidad de permanecer despierto toda la noche fuera razonable, usted lo hubiera experimentado en el 85% de las ocasiones en que ha tenido un brote de insomnio, por lo tanto sería $0.85 \times 1500 = 1275$ veces. Bueno, pongamos que 1200 veces. (Escribir en columna 4: “1200”).

Cojamos ahora el ejemplo de *sufrir un accidente*. Si ha tenido insomnio durante 1500 noches y su certeza sobre la posibilidad de sufrir un accidente fuera razonable, lo hubiera sufrido en el 80% de las ocasiones en que ha tenido un brote de insomnio, por lo tanto eso sería $0.80 \times 1500 = 1200$ veces. (Escribir en columna 4: “1200”).

Vayamos ahora al ejemplo de *ser despedido*. Si ha tenido insomnio en 1500 noches y su certeza sobre la probabilidad de ser despedido fuera razonable, lo hubiera experimentado en el 90% de las ocasiones que ha tenido un brote de insomnio, lo que equivaldría a $0.90 \times 1500 = 1350$ veces. Pongamos que 1300 veces. (Escribir en columna 4: “1300”).

Aquí llega la parte interesante. De algún modo, cuando permanece despierto en la cama parece razonable pensar y con un grado de certeza alto, que es probable que:

- Permanecerá despierto toda la noche.
- Sufrirá un accidente de tráfico.
- Será despedido.

Pero su experiencia le dice algo diferente. Su experiencia le muestra que éstos son “sucesos de baja probabilidad”. De hecho, estos sucesos ocurren con muy baja probabilidad. Dado el número de veces en que han ocurrido hasta la fecha, la probabilidad se aproxima más a

0.06% incidencia de no dormirse (frente al 85%)

0.13% incidencia de sufrir accidente (frente al 80%)

0% incidencia de ser despedido (frente al 90%)

En otras palabras, todos estos acontecimientos, que parecen posibilidades muy inminentes cuando trata de dormirse, presentan realmente una probabilidad de ocurrir inferior al 1%.

Diálogo # 30: Crear un mantra que contrarreste los pensamientos catastróficos

Terapeuta: *Conclusión:* Cuando encuentre problemas para conciliar el sueño y comienza a pensar “Si no puedo dormirme podría...” es útil contrarrestarlo con “No podría ... De hecho, es muy poco probable que yo...” El mero hecho de pensar que las preocupaciones catastróficas son “improbables” es útil. Nos gusta referirnos a esto como al “mantra” de contrarreste. Algo que usted pueda decir a su propia cabeza y que, de algún modo, promueve la “relajación” –el “des-estrés”.

Pruébalo – piense “improbable”. Hagámoslo con un ejemplo.

Paciente: Mañana estaré tan cansado que sufriré un accidente.

Terapeuta: ¿Qué probabilidad existe de que esto ocurra dado el número de veces que ha conducido a su trabajo tras una noche de mal sueño?

Paciente: No es muy probable.

Terapeuta: ¡Ésa es la respuesta!

Sexta sesión: Valoración del sueño (entre 30 y 60 minutos)**Tareas**

Sintetizar y representar gráficamente el diario de sueño

Evaluar logros del tratamiento

Seguimiento: Creencias negativas del sueño

Continuar con la valoración al alza del TTS

Objetivos básicos de esta sesión

1. Revisar los datos.
2. Evaluar los logros del tratamiento.
3. Establecer los ajustes necesarios en los horarios del sueño del paciente:
 - a. En caso de logros clínicos positivos (ES > 90%), aumentar la oportunidad total de sueño
 - b. En caso de logros marginales o no logros (ES entre 85 y 90%), mantener el horario y ofrecer una explicación al paciente.
 - c. En caso de logros negativos (ES < 85%) reducir la oportunidad total de sueño y explicar los motivos al paciente.
4. Contemplar las cuestiones restantes sobre los pensamientos y creencias negativas sobre el sueño.
5. Continuar asegurando el compromiso del paciente con el programa.

Sintetizar y representar gráficamente el diario de sueño

Como en todos los contactos clínicos que se produzcan en el despacho, esta sesión comienza con una revisión del diario del sueño y con la representación gráfica de los valores medios de sueño obtenidos durante la semana. Deberían calcularse los valores medios y compararse con los valores semanales medios. Conviene evaluar el funciona-

miento y las molestias diurnas, así como las relativas a la higiene del sueño. Se valorará el sueño mediante el porcentaje medio de ES.

NOTA: Algunos profesionales emplean un modelo de 6 sesiones y por ello incluyen en esta sesión las estrategias para la prevención de recaídas. En el presente modelo las sesiones sexta y séptima se destinan a garantizar que el paciente mantiene su “momento al alza”. Estas sesiones también pueden usarse para ofrecer tratamientos adjuntos/ adicionales (entrenamiento en relajación, terapia de luz brillante, terapia cognitiva adicional, etc.) a los pacientes que hasta ese momento sólo hayan logrado una respuesta parcial. Por el momento no existe una definición formal de lo que constituye una “respuesta parcial”. Una buena regla general es controlar la propia sensación de logro del paciente. Su grado de satisfacción con el tratamiento. ¿Siente que “debería” haber progresado más?

Séptima sesión: Valoración del sueño (entre 30 y 60 minutos)**Tareas**

Sintetizar y representar gráficamente el diario de sueño

Evaluar logros del tratamiento

Seguimiento: Creencias negativas del sueño

Continuar con la valoración al alza del TTS

Objetivos básicos de esta sesión

1. Revisar los datos.
2. Evaluar los logros del tratamiento.
3. Establecer los ajustes necesarios en los horarios del sueño del paciente:
 - a. En caso de logros clínicos positivos (ES > 90%), aumentar la oportunidad total de sueño
 - b. En caso de logros marginales o no logros (ES entre 85 y 90%), mantener el horario y ofrecer una explicación al paciente.
 - c. En caso de logros negativos (ES < 85%) reducir la oportunidad total de sueño y explicar los motivos al paciente.
4. Contemplar las cuestiones restantes sobre los pensamientos y creencias negativas sobre el sueño.
5. Continuar asegurando el compromiso del paciente con el programa.

Sintetizar y representar gráficamente el diario de sueño

Como en todos los contactos clínicos que se produzcan en el despacho, esta sesión comienza con una revisión del diario de sueño y con la representación gráfica de los valores medios de sueño obtenidos durante la semana. Deberían calcularse los valores medios y compararse con los valores semanales medios. Conviene evaluar el funciona-

miento y molestias diurnas, así como las relativas a la higiene del sueño. Se valorará el sueño mediante el porcentaje medio de ES.

Al igual que en la sesión anterior, ésta también será usada para ofrecer tratamientos adjuntos/adicionales (entrenamiento en relajación, terapia de luz brillante, terapia cognitiva adicional, etc.) a los pacientes que hasta este momento sólo hayan logrado una respuesta parcial.

Octava sesión: Valoración del sueño (entre 30 y 60 minutos)**Tareas**

Sintetizar y representar gráficamente el diario de sueño
Evaluar logros del tratamiento (globalmente)
Comentar la prevención de recaídas

Objetivos básicos de esta sesión

1. Revisar los datos (valores semanales).
2. Evaluar los logros del tratamiento.
3. Comentar la prevención de recaídas
 - Revisar la perspectiva conductual sobre el insomnio
 - Comentar el enfoque para mantener los logros clínicos
 - Comentar qué hacer cuando rebrote el insomnio

Sintetizar y representar gráficamente el diario de sueño (Valores semanales)

Como en todos los contactos clínicos que se produzcan en el despacho, esta sesión comienza con una revisión del diario del sueño y con la representación gráfica de los valores semanales medios de sueño.

Evaluar logros del tratamiento

En esta sesión se dedica tiempo adicional a revisar los logros obtenidos durante el intervalo completo del tratamiento, con particular énfasis en los logros a partir de la línea base. Esto se consigue encuadrando los datos en términos de cambio pre-post para todos los parámetros de continuidad del sueño y/o ilustrando el cambio con ayuda de los gráficos del proceso. Conviene subrayar que los datos longitudinales sugieren que los logros de tratamiento son extremadamente duraderos en el tiempo (72; 73).

Comentar la prevención de recaídas

Revisar la perspectiva conductual sobre el insomnio

Es recomendable revisar “cómo comienza el insomnio” (refiriéndose una vez más al Modelo Spielman/Conductual) y cómo se mantiene a lo largo del tiempo. Un modo de ejecutar esta tarea consistiría en *hacer que el paciente mismo dibuje el modelo* en el encerado y, a continuación, explique al terapeuta qué son los factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes, y ofrecer ejemplos específicos que se apliquen a su situación. Este tipo de intercambio también concede al paciente y al terapeuta la oportunidad de identificar los factores de riesgo de que vuelva a ocurrir y los pasos que podrían adoptarse para reducir tal riesgo.

Comentar el enfoque para mantener los logros clínicos

La cuestión principal en este punto es qué aspectos del tratamiento deben seguir siendo ejecutados y cuáles no una vez finalizado el período de tratamiento supervisado. Suponiendo que el tratamiento ha sido satisfactorio, hay elementos que el paciente no necesitará hacer más, o por lo menos no de forma regular. Por ejemplo, con el paso del tiempo puede ser permisible ejecutar en la habitación conductas distintas a las de dormir o mantener relaciones sexuales (p.ej., leer en la cama). Sin embargo, una serie de prescripciones deberían ser mantenidas o eliminadas de forma gradual. Un ejemplo de una prescripción que probablemente será a largo plazo es la de mantener estable –o fija– la hora de acostarse y de levantarse. Que el paciente mantenga fijos o flexibles estos horarios depende de cada caso. A algunos pacientes, como a éstos que sufren insomnio idiopático (crónico), puede serles preferible mantener unos horarios estrictos que no varíen a lo largo del tiempo. A otros pacientes, quizá a la mayoría, les será más recomendable la valoración lenta y progresiva al alza del tiempo en cama y del tiempo total del sueño. Para estos sujetos, una vez que la valoración al alza se discontinúe y se establezcan horarios regulares para acostarse y para levantarse, es posible que el paciente los considere como puntos de referencia. Es decir, desviarse de los puntos de refe-

rencia no necesariamente significa que se produzca una recaída. Una noche de horarios rígidos no fijó su sueño y una noche sin horarios tampoco lo romperá. En consecuencia, es posible que una o dos noches por semana el paciente pueda prescindir del despertador y dormir durante más tiempo. Esto sólo sirve si el paciente vuelve a su horario regular la mayoría de los días de la semana. Este tipo de horarios pueden parecer más normales. Si se logra, sólo debería hacerse a condición de que no se olviden algunas advertencias. La primera, el paciente sólo debería dormir más los días predeterminados, por ejemplo, los fines de semana, y nunca dormir más tras una noche de insomnio. La cantidad de sueño adicional permitido durante los “días flexibles” debería restringirse a no más de 30 ó 60 minutos porque los intervalos más largos conllevan el riesgo de deprimir la homeóstasis. La segunda, cuando trate de dormir más por la mañana, el paciente puede descubrir que, a pesar de no haber encendido el despertador, se despierta a la hora de siempre. En tales casos el paciente debería permitirse la oportunidad de volver a dormir, pero a condición de que sólo permanezca despierto en la cama una cantidad pequeña de tiempo. Aquí también las reglas del control de estímulos pueden ser de utilidad de modo que sólo se permanezca despierto durante un intervalo breve (es decir, 15 minutos o menos) y que cuando el paciente tenga la sensación de estar “completamente despejado” o irritado por no ser capaz de dormirse otra vez, salga de la habitación.

Aumentar los logros clínicos

Se puede defender que, cuando la TCC-I se practica de un modo estandarizado (tal y como se describe en el presente manual), la finalización del tratamiento tras las 6 u 8 sesiones es prematura. Si esto fuera así, entonces debería haber más cosas que el paciente pudiera hacer, fuera de la terapia misma, para aumentar sus logros clínicos.

La prueba para saber si el tratamiento se ha concluido prematuramente es la cantidad escasa de cambio pre/post tratamiento en el TTS. Es decir, para el final de la terapia, el TTS normalmente sólo alcanza un nivel que es comparable, o levemente superior, a las medidas de la línea base. De hecho, el aumento medio en el TTS sobre la línea base suele ser del 6% (4).

Una postura de pensamiento con respecto a los logros mínimos en el TTS defiende que esto no prueba que se requiera más terapia o que el paciente pueda hacer más cosas. En lugar de esto, el TTS se concibe como variable próxima a la necesidad de sueño. La necesidad de sueño, a su vez, se considera como una característica de “rasgo” estable. En consecuencia, el objetivo de la terapia no es aumentar la necesidad de sueño sino sólo garantizar que el sueño es fácil de conciliar y reiniciar y que uno duerme con eficiencia. Según esto, no hay nada adicional que el paciente deba hacer para aumentar sus logros clínicos.

La otra postura, que es próxima a la de los estudios longitudinales del insomnio, defiende que el TTS puede aumentar con el tiempo y sin necesidad de intervención adicional. Estas mejorías pueden atribuirse a una variedad de consideraciones entre las que se incluyen: los efectos a largo plazo del buen control de estímulos sobre el sueño, descondicionamiento de la activación, cambio en las creencias negativas sobre el sueño y pérdida del sueño, los efectos persistentes de una buena higiene del sueño, etc. Así pues, mientras el paciente espere mejorar con el tiempo (véase Figura 4.2), no necesita hacer nada adicional para aumentar sus logros clínicos que nos sea el mantenimiento de las prácticas buenas y la gestión cuidadosa de las reapariciones agudas.

Comentar qué hacer cuando rebrote el insomnio

La principal idea a infundir es que el paciente volverá a experimentar insomnio y que los brotes transitorios son esperables y normales. Incluso es posible que el insomnio agudo sirva para manejar algunos estreses vitales transitorios. Debe recordarse al paciente que hay multitud de cosas que pueden provocar un brote de insomnio y que lo principal que uno puede hacer para protegerse de la aparición de un nuevo episodio de *insomnio crónico* es: (1) no compensar la pérdida de sueño, (2) realizar inmediatamente los procedimientos de control de estímulos y (3) reiniciar la restricción del sueño por si el insomnio persiste después de unos días. Si el insomnio se mantiene (persiste durante 1-2 semanas), el paciente debería saber que siempre será bienvenido

si vuelve al tratamiento y que se le garantizará acceso inmediato a lo que probablemente será un tratamiento a corto plazo. A continuación se presenta un ejemplo de intercambio entre el profesional y el paciente con respecto al tema de la reaparición.

Diálogo # 31: ¿Qué ocurre si vuelvo a no dormir?

Paciente: Por lo tanto, ¿qué ocurre si vuelvo a tener problemas con el sueño?

Terapeuta: Bien. ¿Qué cree que debe hacer en primer lugar cuando vuelva a pasar una mala noche?

Paciente: ¿Restringir?

Terapeuta: Bueno, eso podría equivaler a anticiparse en exceso. La restricción del sueño, en realidad, es un procedimiento empleado para el insomnio crónico o cuando la presión homeostática se emplea para promover la latencia breve de sueño y el aumento de eficiencia de sueño. En este punto, ese no es su problema. Simplemente permanece despierto, y lo que no queremos hacer es emparejar de nuevo el hecho de permanecer despierto con la cama, la habitación, etc. ¿Para manejar este problema qué cree que debería hacer?

Paciente: ¡No permanecer en la cama!

Terapeuta: Bingo. Este aspecto del control de estímulos es para toda la vida. No sirve para nada permanecer en la cama incómodo y/o despierto durante períodos de tiempo prolongados. Recuerde la regla, en el momento preciso en que tenga la certeza de estar completamente despierto y/o molesto por ello, salga de la cama.

Pero digamos que ocurre lo peor, usted activa el control de estímulos y el insomnio se mantiene durante varios días (digamos una semana), entonces, ¿qué debería hacer?

Paciente: ¿Restringir?

Terapeuta: Sí señor. ¿Y qué significa esto?

Paciente: Bueno, se supone que he de mantener un diario durante una semana, al final de la misma calcular las medias del tiempo total de sueño y del tiempo en cama y después hacer uso de esto para establecer un nuevo horario de sueño. Es decir, restaré al tiempo total de sueño la hora en que he de levantarme por la mañana, y ésa será la hora de acostarme durante toda la siguiente semana.

Terapeuta: Parece correcto, póngame un ejemplo.

Paciente: Suponga que calculo que duermo una media de 5 horas por noche durante una semana y que debo levantarme a las 6 de la mañana. Eso significa que deberé acostarme a las 1:00 de la madrugada.

Terapeuta: “Muy bien” ¿Cuál es el siguiente paso?

Paciente: Cada semana recupero 15 minutos si mi eficiencia de sueño es $> 90\%$, me mantengo igual si está entre el 85% y el 90% y restrinjo aún más si es $< 85\%$. ¿Y durante cuánto tiempo se supone que debo hacerlo?

Terapeuta: Una buena pregunta. Si obtiene buenos resultados por su propio pie y restablece la eficiencia y tiempos de sueño razonables, es fabuloso. Por otra parte si le cuesta hacerlo a solas, o le preocupa la existencia de nuevos factores que entren en juego, eso puede requerir una nueva evaluación, entonces ya sabe dónde encontrarme. Una cosa que puedo garantizarle es el acceso directo al servicio.

Por último, merece la pena mencionar que los logros del tratamiento con el paso el tiempo se mantienen o aumentan. Es decir, los índices de recaídas son pequeños siempre que el resto de las cosas se mantenga igual (ninguna enfermedad nueva, nacimiento de hijos, etc.) y que el paciente continúe con sus buenos hábitos. De los pacientes que experimentan recaídas, la historia parece invariablemente la misma. El paciente ha funcionado bien durante un tiempo, pero en algún momento comenzó con brotes transitorios de insomnio que ignoró

entonces porque había estado durmiendo bien. Sin embargo, transcurrido cierto tiempo, el pánico se reinstaura y en lugar de comenzar por la TCE y TRS auto-dirigidos, el paciente tiende a ejecutar las mismas conductas que perpetuaron el episodio anterior. Si este patrón se mantiene, el paciente habrá esperado demasiado tiempo y tenderá a experimentar otro brote de insomnio crónico. Cuando se reinicia el tratamiento, estos pacientes tienden a mostrar una recuperación muy acelerada. Curiosamente, tales pacientes aunque conozcan los procedimientos que han de ejecutar, funcionan mejor en el contexto de la terapia breve donde son ayudados y guiados durante las primeras pocas sesiones. En el análisis final, el mensaje a llevar a casa es “no dejemos que los rescoldos del insomnio transitorio se conviertan en un incendio”. La sesión finaliza ofreciendo al paciente un cuadernillo que le ayude a recordar cómo mantener los logros (véase Figura 4.3).



Dos mandamientos sagrados:

I. Nunca permanecer en la cama más de 10-15 minutos (molesto, frustrado o sólo en alerta).

II. Nunca compensar una mala noche (No acostarse temprano, quedarse en la cama por la mañana ni echar siestas)

Recuerde el mantra:

Si no es hoy – entonces será mañana.

Esto es – quizá hoy duerma mal pero mañana por la noche seguramente dormiré bien.

Figura 4.3. Dos mandamientos para la prevención de recaídas.

5

TCC-I Ejemplos de diálogos sobre las dudas y desafíos de los pacientes

Las siguientes páginas se destinan a las preocupaciones o problemas que encuentran los pacientes durante su proceso de tratamiento en la TCC-I. Muchas, si no todas las áreas de interés se refieren a todo el curso completo de la terapia y no específicamente a una u otra sesión. Por lo tanto, en este apartado del manual, organizaremos los comentarios sobre la base del contenido y no sobre el número de sesión.

Preocupaciones sobre los diarios de sueño

Los diarios de sueño son fundamentales para el desarrollo de la TCC-I. Constituyen la fuente de datos de esta forma de terapia que está guiada por ellos. Curiosamente, aún siendo imprescindibles para el tratamiento, a algunos pacientes les cuesta cumplir este aspecto central de la terapia. A algunos pacientes les preocupa que los datos que registren sean exactos (especialmente si tenemos en cuenta que una de las recomendaciones iniciales suele ser que eviten mirar al reloj). Para otros pacientes, la tarea misma puede ser dema-

siado extraña o puede parecer redundante con la información que ya ofrecen en la entrevista de acogida. Y aún para otros pacientes, el problema se relaciona con la falta de medición objetiva.

Cuestiones relativas a la precisión de los informes

Diálogo # 32: Tengo dificultades para rellenar los diarios de sueño

Paciente: Si no he de mirar al reloj, ¿cómo voy a escribir el diario?

Terapeuta: La mayoría de las personas disponen de un sentido bastante bueno del tiempo que ha transcurrido y suelen hacer estimaciones razonables de cosas tales como “cuánto tiempo necesitó para dormirse”, “cuánto tiempo permaneció despierto después de haberse dormido”, etc. Cuando medimos estas cosas recurriendo a sistemas más sofisticados, hemos descubierto que la mayoría de las personas establecen estimaciones bastante exactas de tales variables, digamos que de entre 5 y 30 minutos, con respecto a lo que señalaban las medidas objetivas.

Es cierto que algunas personas son menos precisas en sus juicios que otras, pero incluso en tales casos suelen hacerlos de un modo razonablemente fiable –y esto es lo más importante para nosotros. Si todas sus estimaciones son fiablemente bajas, seguimos siendo capaces de controlar cómo cambian estas estimaciones con el tratamiento –y en suma– es el cambio (la medida de mejoría) lo que nos interesa.

Paciente: ¿Qué ocurre si no sé si estoy despierto o dormido?

Terapeuta: Hágalo lo mejor que pueda. Para nuestros fines no existen categorías intermedias. Usted está despierto o dormido. Escoja lo que considere más oportuno y anótelos en el diario. Las únicas entradas incorrectas en el diario son las que “no

se han realizado” o los signos de interrogación. Escriba siempre una cifra. Asumiremos que ese número refleja su mejor estimación.

Si desea una regla general aquí le ofrezco una: si no está seguro, es probable que durante mucho del tiempo en cuestión, usted estaba despierto, por lo tanto contabilícelo como “despierto”.

Paciente: Algunas veces parece como si me despertara montones de veces durante períodos muy breves de sueño. ¿Qué debería hacer en estos casos?

Terapeuta: Como siempre depende de la pregunta en cuestión. Si la pregunta es “¿Cuántas veces se despertó la pasada noche después de haber conciliado el sueño?”. Entonces determine su mejor estimación.

Por ejemplo, si le parece que se despertó una docena de veces, el número de su registro debería ser “12”. Si le parece que sólo duraba 1 ó 2 minutos, entonces cuando se le pregunta “¿Cuánto tiempo permaneció despierto después de haber conciliado el sueño?”, entonces tendrá que escoger una cifra entre 12 y 24 minutos que le parezca idónea, la que mejor represente su sensación del tiempo que había permanecido despierto.

Paciente: ¿Qué ocurre con las siestas? Casi nunca duermo la siesta, pero algunas veces me tumbo y descanso, aunque normalmente nunca me duerma. ¿Cómo debo registrar esto?

Terapeuta: A lo largo del curso de la terapia, hablaremos repetidas veces sobre el problema de “saber cuándo duerme uno” o de la “percepción del sueño”. Por el momento, cuando registre las siestas en el diario suponga que duerme durante todo el tiempo, salvo que esté seguro del tiempo que ha dormido o no ha dormido durante la siesta.

Cuestiones relativas a la necesidad de cumplimentar diariamente los diarios

Diálogo # 33: ¿Por qué he de cumplimentar los diarios de sueño?

Paciente: No entiendo. He rellenado todos los cuestionarios de sueño y ahora tengo que volver a hacerlo con los diarios. ¿Por qué no es adecuada la información que ya he dado?

Terapeuta: Buena pregunta. Gran parte de la información que ofrece en los cuestionarios es muy útil, y nosotros no necesitamos recoger información adicional. Pero en el caso específicamente relacionado con su problema de sueño, necesitamos información recogida de forma diaria durante una o dos semanas, de modo que podamos ver cuánta variabilidad existe de un día a otro y qué factores pueden estar contribuyendo a ella.

Además existe una cuestión general relativa a cómo las personas se forman impresiones relativas a su enfermedad y, en este mismo orden, cómo llegan a formarse impresiones sobre cualquier cosa que ocurra en sus vidas de forma variable. La mayoría de nosotros no recordamos cada instante (lo que quizá sea bueno). La mayoría establecemos “reglas generales”. Las tres reglas generales que más solemos usar para obtener generalizaciones son: primacía, saliencia y recencia. Éstos son principios útiles pero desafortunadamente tienden a sesgar las “medias” de las personas hacia los extremos. Los diarios nos permiten evitar esto y basar nuestras medias en la medición repetida de las cosas que nos interesen.

Cuestiones relativas a la falta de medición objetiva

Diálogo # 34: ¿No deberíamos hacer uso de algún equipo sofisticado para medir mi sueño?

Paciente: Me sorprende realmente que no haya algún equipo más sofisticado para medir mi sueño y que usted se fíe de los “diarios”. Incluso el término me parece un poco inapropiado. Me parece como si estuviera tomando notas de mi vida amorosa.

Terapeuta: Le entiendo perfectamente. Pero le garantizo que no vamos a pedirle que recoja información sobre su vida amorosa.

Como puede ver en el formato de los diarios, estamos interesados en cosas muy específicas, la mayoría de las cuales se relaciona con nuestras impresiones cotidianas de su sueño. El término “diario” puede ser algo desafortunado porque no da credibilidad al valor de la evaluación basada en la medición repetida. Los datos que recogemos de este modo son básicos para obtener una imagen exacta de su problema de sueño y nos servirán para dirigir el tratamiento.

Paciente: Bien. ¿Pero, por qué es de auto-informe? ¿No existe algún otro sistema algo más sofisticado que pueda usar para recoger la información cotidiana sobre mi sueño?

Terapeuta: De hecho lo hay. Podríamos estudiar su sueño en el laboratorio de sueño o incluso enviarle a casa con un equipo de medición ambulatoria. Y quizá aún lo hagamos. Pero, la experiencia nos dice que en la mayoría de los casos, los datos de auto-informe diarios aportan la información que necesitamos para diagnosticar y tratar con efectividad su insomnio.

Paciente: Si usted lo dice. Pero ¿cómo puede ser esto mejor que los datos objetivos?

Terapeuta: Ahora también vuelve a aparecer la palabra: “mejor”. Es cierto que el equipo más sofisticado es más objetivo y también es cierto que tal equipo nos permite prestar atención a factores que no podemos evaluar con los diarios de sueño. Pero por el momento, el factor que más nos interesa es el que le llevó a solicitar tratamiento en primer lugar; el hecho de que usted *sentía* que no estaba durmiendo muy bien.

Lo fundamental para nosotros es modificar su sentimiento de que no duerme bien de forma programada y sistemática. Si no tuviéramos éxito con esto durante las siguientes 2 a 4 semanas, entonces sí recurriremos al equipo más sofisticado para poder ver qué estamos pasando por alto. ¿Me explico?

Paciente: Sí. ¿Pero por qué no ahorrar el paso y realizar desde el comienzo esta evaluación más exhaustiva?

Terapeuta: Cierto. Los procedimientos “exhaustivos” son caros y ni usted ni su seguro médico estarían dispuestos a pagar por tales cosas salvo que estén indicadas. En este caso, indicado significa que usted requiere una evaluación adicional porque usted no ha respondido a la primera línea de tratamiento. Pero no desearía dar una impresión errónea, la vasta mayoría de los pacientes que son atendidos en este servicio mejoran y mantienen sus logros sin requerir evaluación adicional. Por lo tanto es prudente y sabio esperar a comprobar que esté indicada la evaluación sofisticada antes de recurrir a tales procedimientos.

Cuestiones relativas a la capacidad para cumplimentar los diarios de sueño

Diálogo # 35: Parece que se me olvida cumplimentar mi diario

Paciente: Parece que se me olvida cumplimentar el diario cada día. Algunas veces, transcurridas unas horas lo recuerdo, pero entonces me cuesta especificar las cantidades. Por lo tanto suelo decidir que al día siguiente lo haré mejor, pero parece que siempre lo olvido.

Terapeuta: Como sabe, realmente necesitamos esos datos. En consecuencia, necesitará buscar el modo que le ayude a recordarlo.

Algo que puede probar es colocar el diario sobre su almohada cada mañana, de modo que cuando vuelva a la cama por la noche esté allí para recordarle que ha de cumplimentarlo. Después, colóquelo a los pies de la cama, aproximadamente donde apoyará sus pies cuando se levante por la mañana. Una vez más esto le forzará a ver el diario, y en ese punto podrá recordar rellenarlo inmediatamente y volverlo a colocar sobre la almohada.

Problemas relacionados con la medicación

Si el sueño del paciente es “perfecto” con hipnóticos y el paciente no desea detener la farmacoterapia, es improbable que se presente solicitando tratamiento. En los casos en que tales pacientes soliciten tratamiento, su objetivo suele ser eliminar la medicación tras la TCC-I. En consecuencia, la pregunta es, “¿Es ésta una estrategia viable?” Consideramos que normalmente es mejor que el cliente abandone la medicación antes de que comience el tratamiento por tres razones. La primera, que permitirá al profesional establecer una línea base del aspecto del sueño del paciente mientras éste no tome

medicación. La segunda, ayuda a evitar la eliminación postratamiento. Es decir, el paciente puede obtener logros importantes con la TCC-I, logros que pueden invertirse temporalmente si se elimina la medicación durante o después de la terapia. La tercera es que el uso concomitante de los hipnóticos junto con la TCC-I puede interferir en las atribuciones del paciente sobre la eficacia de la TCC-I.

Sin embargo, debería señalarse que a menudo el sueño del paciente no suele ser “perfecto” con los hipnóticos, especialmente si se ha estado usando la medicación durante mucho tiempo. Multitud de estudios demuestran que el sueño de pacientes con insomnio es sorprendentemente similar con y sin medicación (74). Un último comentario sobre este particular es que muchos pacientes solicitan tratamiento TCC-I mientras siguen tomando sedantes. Esto ocurre, en parte, probablemente porque el paciente no desea tomar medicación de forma continuada y, en parte, porque las medicaciones no le ofrecen lo que constituye un “buen sueño”. Así pues, es probable que la mayoría de los pacientes se interese y cumpla con el esfuerzo de discontinuar la farmacoterapia y de hacerlo al inicio del tratamiento.

Por último, está la pregunta “¿Ofrece la medicación hipnótica una eficacia sostenida y/o un potencial curativo?” En ausencia de datos que sugieran lo contrario, parece que el uso a largo plazo de hipnóticos sedantes es paliativo. En el mejor de los casos, la medicación sirve para aliviar los síntomas, siempre que el paciente se mantenga en la medicación. En el peor, algunos o todos los hipnóticos sedantes producen tolerancia, favorecen el rebote de insomnio y suprimen las formas de sueño que se cree que tienen funciones como la de consolidación de la memoria (75-78), regulación del estado anímico (79-81) y restauración de tejidos (82; 83). Esto se ha observado especialmente con las benzodiazepinas y parece que no es tan atribuible a los sedantes de nueva generación de la clase de las benzodiazepinas no-benzo. Dado el peor escenario posible, y la eficacia a largo plazo demostrada de la TCC-I, el curso de tratamiento más racional consistiría en hacer que el paciente discontinúe el uso de hipnóticos. El siguiente diálogo sirve para ilustrar cómo se presenta a un paciente el tema de la discontinuación de la medicación:

Diálogo # 36: Me pone muy nervioso la idea de dejar de tomar las pastillas para dormir

Paciente: Si voy a dejar de tomar la medicación para dormir, ¿puedo esperar hasta acabar con el tratamiento?

Terapeuta: El objetivo es que deje de tomar la medicación *antes* de que comience el tratamiento. Son muchas las razones para proceder así, una de las cuales y no la menos importante es que necesitamos entender cómo es su sueño en estado natural, sin que haya tomado medicación.

Paciente: Le puedo decir cómo es porque dejé de tomar la medicación un día hace tres semanas y no dormí nada.

Terapeuta: Me lo puedo imaginar. Estas medicaciones, cuando se dejan de tomar abruptamente, pueden causar lo que denominamos “un rebote de insomnio”. Esto implica una recurrencia del insomnio en una forma que será probablemente más severa que la que tenía antes de comenzar a tomar la medicación. Esto es un efecto del fármaco y no un problema de desenmascarar su insomnio, tal y como existe hoy. Probablemente entren en juego también algunos factores psicológicos. Es decir, puede haber creído que no dormiría sin las pastillas y que cuando dejara de tomarlas probablemente comenzaría a preocuparse por el sueño. La combinación de su expectativa, la preocupación por no dormir y juntamente la eliminación de la medicación generaron seguramente el resultado: “No logró dormir nada”.

Paciente: ¿Entonces, qué puedo hacer? No puedo pasar por eso otra vez, es una auténtica tortura.

Terapeuta: El plan consiste en desacostumbrarse progresivamente de la medicación para minimizar los efectos de la eliminación. Aunque duerma peor durante un período breve, una vez que haya eliminado por completo la medicación durante una semana aproximadamente, puede descubrir que su sueño mejora espontáneamente. Para muchos de nuestros pacientes que usan hipnóticos de forma crónica, una vez transcurrida la

fase de eliminación descubren que su sueño es tan bueno como solía serlo antes de comenzar a usarla. Y muchos pacientes descubren, irónicamente, que una vez transcurrida la eliminación, su sueño es similar con o sin medicación.

Paciente: Bueno, es interesante. ¿Cuál es la otra razón para detener la medicación?

Terapeuta: Bien. El tratamiento requiere por su parte un trabajo muy duro y se necesitará tiempo hasta restablecer un buen sueño. No quisiéramos que apechugara con todo este trabajo, comenzara a dormir bien y *después* se desacostumbrara de la medicación. Porque esto sólo daría lugar a lo que acabamos de relatar, que su sueño se deterioraría otra vez por un tiempo.

Paciente: Me está diciendo que es preferible prescindir primero y después arreglar el sueño.

Terapeuta: ¡Exactamente!

Paciente: ¿Qué ocurre si mi médico de cabecera no estuviera dispuesto a que deje de tomar la medicación?

Terapeuta: En la mayoría de los casos, a los médicos les alegra que sus pacientes reduzcan el uso de medicación para el sueño. Esto se debe a que existe un consenso generalizado respecto a que los hipnóticos no “curan”, no producen un sueño normal e incluso pueden llegar a ser psicológicamente adictivos. Por lo tanto, con toda probabilidad su médico estará a favor de esta medida. Pero, no olvide que todos nosotros estamos luchando en el mismo frente y que estamos contemplando su caso de un modo colaborador, por lo tanto, si me lo permite yo hablaría con su médico de cabecera y juntamente podríamos elaborar un plan.

Paciente: Realmente confío en que vaya bien, por lo tanto comenzaré a reducir la medicación esta misma noche.

Terapeuta: Como acabamos de mencionar, debemos consultarlo con su médico de cabecera y establecer un plan para apartarle de la medicación. Deseamos maximizar la probabilidad de una eliminación progresiva y satisfactoria.

Paciente: ¿Y esto por qué? Hace seis meses no tomaba medicación, entonces ¿por qué no puedo volver a aquello ahora? No puede hacerme ningún mal.

Terapeuta: Tiene razón. Probablemente no le causará ningún daño. Pero es posible. Algunas veces la eliminación repentina no sólo puede ser incómoda sino también peligrosa. Como mencionábamos anteriormente, la eliminación repentina puede generar brotes, dependiendo de las medicaciones. Por lo tanto es preferible que se lo consultemos a su médico y que trabajemos en colaboración con él/ella.

Cómo gestionar el caso de un paciente que no haya comenzado a reducir el uso de medicación

Diálogo # 37: Lo he intentado pero no he logrado dejar de tomar mis pastillas para dormir

Terapeuta: En sus diarios observo que sigue tomando medicación para dormir. ¿Qué ocurrió para no comenzar con la reducción?

Paciente: Bueno, intenté eliminarla, pero después de tres días sin dormir nada no podía soportarlo más y volví a tomarlas.

Terapeuta: Sin ninguna duda es muy duro. Y aunque sea triste decirlo, esto requerirá más de tres días. Su sistema necesitará una semana o más para volver a la normalidad. Casi como con cualquier cosa, la persistencia es la clave. Cuando dejó la medicación durante tres días para luego volver a tomarla, sencillamente sufrió sin ninguna razón. Por lo tanto, sería mejor no comenzar con el proceso otra vez hasta que no esté dispuesto a soportarlo en su totalidad. Una vez que comience a reducir la medicación, el objetivo es eliminarla por completo y permanecer sin medicación hasta el final. Quizá le ayude pensar de este modo: esto será mucho más fácil que dejar de fumar o de beber. Una semana y ya estará.

Paciente: ¿Volveré alguna vez a la medicación?

Terapeuta: Esperamos, que si tiene éxito con la terapia, no volverá a necesitar recurrir a las pastillas para dormir de forma regular.

Paciente: No sé si podré hacerlo. Creo que lo intentaré durante otros tres días y luego volveré a caer.

Terapeuta: Quizá le ayude pensar que hay una luz al final del túnel y que debe permanecer en el camino para llegar hasta allí. Si sigue entrando hasta medio túnel y después se da la vuelta y sale, no logrará alcanzar el punto al que se dirigía, y volverá a estar en el mismo punto de partida una y otra vez. La moraleja de la historia: una vez en el túnel, siga la luz y no pare hasta no haberlo cruzado de parte a parte.

Paciente: ¿Y si no llego nunca?

Terapeuta: Confiamos sinceramente en que hará su trabajo correctamente, logrará alcanzar el otro extremo del túnel. De todos modos, si vemos que tras una semana o dos esto no funciona con usted –independientemente de los ajustes que debemos hacer– siempre podemos volver a hacer uso de la medicación. Posiblemente recurriríamos a algún tipo de medicación diferente a la que está tomando ahora. Pero cruzaremos el puente cuando lleguemos a ese punto. Por ahora nos toca cruzar el túnel.

Paciente: ¿Qué ocurre si la pérdida de sueño se prolonga más de unos pocos días... si se mantiene durante semanas? ¿No me perjudicará no dormir nada?

Terapeuta: Sí. Pero la cantidad de sueño perdido tendría que ser sustancial. Si hacemos uso de los datos de que disponemos sobre investigación con animales, estaríamos hablando de meses de *privación total del sueño* para producir enfermedades graves e incluso así sería reversible. Lo principal a recordar es que obtendrá un beneficio. Es como el lema de los atletas “Sin dolor no hay loor”

Preocupaciones sobre los efectos negativos del tratamiento

¿Cómo aborda el profesional a la persona a quien le preocupa que los efectos colaterales negativos transitorios de la TCC-I puedan interferir en su funcionamiento cotidiano? Este aspecto también ha sido contemplado en la Segunda Sesión del capítulo anterior, con un diálogo en el que se comentaban las cuestiones relativas a la relación entre los logros a corto y a largo plazo (véase también Figura 4.2).

Diálogo # 38: Si no logro dormirme, ¿cómo voy a funcionar?

Paciente: Bueno. Bien. No me voy a morir, ni estaré grave, pero ¿qué hay de los efectos que el no dormir o no dormir bien tendrán sobre mi trabajo? Mi puesto es importante y necesito estar al 100%. No me puedo permitir estar a medias.

Terapeuta: Comprendo. ¿Qué ocurría en el pasado antes de que comenzara a usar la medicación?

Paciente: Era terrible. Estaba medio dormido y mareado, y no podía pensar con claridad. ¡Simplemente no podía funcionar!

Terapeuta: Por lo tanto, ¿pidió la baja?

Paciente: No, acudía al trabajo, pero fue insoportable.

Terapeuta: Y mientras estaba ahí, ¿fue capaz de ejecutar alguna tarea?

Paciente: Algunas sí, pero no tantas como me hubieran gustado.

Terapeuta: ¿Llegaron a sus oídos comentarios al respecto de alguno de sus compañeros?

Paciente: Muchas personas me decían que tenía aspecto cansado.

Terapeuta: Sí, ¿pero comentaron algo sobre su trabajo?

Paciente: No, no exactamente.

Terapeuta: ¿Cometió algún error grave que le perjudicara o que pusiera en peligro su puesto?

Paciente: No, nada de eso.

Terapeuta: ¿Cuánto tiempo llevaba teniendo dificultades de sueño antes de comenzar con el uso de la medicación?

Paciente: Como mínimo unos cuatro meses.

Terapeuta: Por lo tanto, durante ese tiempo usted andaba privado de sueño, pero funcionó suficientemente bien en el trabajo y consiguió ejecutar sus cometidos y no ser despedido.

Paciente: Bien, pero fue muy duro.

Terapeuta: Por supuesto. Estoy convencido de que fue duro, pero usted nunca dejó de funcionar. Se sentía cansado y desgastado pero funcionó razonablemente bien. ¿Y tampoco acabó con una enfermedad grave?

Paciente: ¡No puedo vivir así!

Terapeuta: Y nadie se lo está pidiendo. Recuerde, el plan consiste en mantenerle alejado de la medicación durante el tiempo suficiente como para limpiar su sistema. Después, trabajaremos juntamente de un modo eficiente para conseguir que su sueño se enderece. Del mismo modo que cuando comenzó el insomnio, se enfrenta a varias semanas de poco sueño y de sensaciones desagradables. A diferencia de cuando comenzó el insomnio, esta vez dispone de un objetivo por el que hacerlo y un plan para abordarlo. Esta vez hay “una luz al final del túnel”.

¿Cómo aborda el profesional a la persona a quien le preocupa que los efectos colaterales negativos transitorios de la TCC-I puedan interferir en su funcionamiento cotidiano y que haya experimentado resultados negativos relacionados o atribuibles a la falta de sueño?

La “clave” aquí consiste en hallar algún aspecto de la vida del paciente que funcionó durante el período de tiempo en el que experimentó las consecuencias negativas. La idea es lograr que centre su atención en el hecho de que fue la incomodidad la que le incapacitaba y no una incapacidad para funcionar. Una vez que el paciente comprende esto, estará más dispuesto a tolerar la incomodidad.

Diálogo # 39: No, realmente han existido ocasiones en las que no he funcionado

Paciente: Durante el tiempo en que estuve privado de sueño, a menudo dejé de ver a mis amigos y dejé de salir. Fue terrible.

Terapeuta: ¿Ha habido ocasiones en las que se haya forzado a sí mismo para salir y encontrarse con amigos o para ir a trabajar?

Paciente: Sí, algunas veces tenía que hacerlo, pero me resultaba extremadamente duro.

Terapeuta: ¿Qué ocurrió?

Paciente: Solía salir, pero no me divertía. Me arrastraba y tenía que empujarme todo el tiempo.

Terapeuta: ¿Era capaz de conversar, comer, etc.?

Paciente: Sí pero...

Terapeuta: ¿Puede recordar algún momento específico de estos?

Paciente: Sí, la graduación de mi nieto.

Terapeuta: ¿Se divirtió algo? ¿Rió en algún momento? ¿Se sintió orgulloso?

Paciente: ¡Absolutamente, me sentí muy orgulloso!

Terapeuta: Por lo tanto, no todo su tiempo fue desastroso. Estoy seguro de que fue duro y usted se sintió muy cansado, pero también se divirtió. Compare ese momento con otro en el que permaneciera sentado en casa. ¿Se divertía entonces?

Paciente: No, la mayor parte del tiempo estaba luchando por permanecer despierto.

Terapeuta: Hm. En consecuencia, ¿podríamos pensar que no compensar producía un resultado mejor? Es decir, salir y hacer algo (incluso aunque no se sintiera plenamente bien) es preferible a permitir que el insomnio obtenga lo mejor de usted (forzándolo a hacer algo menos deseable).

Paciente: Sí, supongo que puedo entender lo que dice.

Terapeuta: Avancemos un paso más. Tras una mala noche, o una serie de noches malas, cuando reordenaba su vida para acomodarse al hecho de que se sentía mal, esto implicaba que el insomnio necesariamente tenía resultados negativos para usted. No hay modo de saber qué hubiera ocurrido si usted no hubiera cejado. Quizá las cosas hubieran ido bien, o mejor que bien. Pero, en lugar de esto, reorganizando sus horarios, lo único que se aprende o se experimenta es que el insomnio conduce a cosas negativas.

Y si esto no fuera suficiente, al acomodarse al insomnio procediendo con más pasividad, es mayor la probabilidad de que persista o incluso empeore el insomnio. Esto se debe a que mientras uno permanece en casa “compensando la pérdida de sueño” es probable que sea menos activo físicamente, se incline más a dormir en el sofá y a acostarse antes y a permanecer más tiempo en la cama. Todas estas cosas ciertamente empeoran el insomnio, y todo ello por tratar de sentirse mejor.

¿Cómo aborda el profesional al paciente que conoce parte o todo el protocolo de tratamiento: “Ya he estado ahí, ya lo he hecho”?

En esta coyuntura pueden hallarse dos tipos de situaciones. Una en la que el paciente manifieste, “ya he estado ahí, ya lo he hecho” y, realmente, está familiarizado con la palabrería, pero no ha puesto en práctica nada equivalente al tratamiento estándar. Alguien que ha visto en la televisión programas relativos al tratamiento del insomnio incluso con control de estímulos.

Por ello, es imprescindible que el terapeuta comience por preguntar qué intervenciones ha practicado el paciente y que éste aporte los nombres y detalles de las prácticas y describa también en qué medida cada una de ellas ha sido o no ha sido efectiva. En el momento en que la práctica no se asemeje a la “realidad”, el profesional explica al paciente la terapia real y qué diferencias importantes existen entre lo que él haya practicado y la experiencia que se le propone ahora. En los momentos en los que sus prácticas se asemejen a lo “estándar”, el

terapeuta se centra en el hecho de que la práctica es sólo, o sobre todo, efectiva como parte de un programa completo de tratamiento. A continuación se presenta un ejemplo.

**Diálogo # 40: Ya he probado material conductual
y no ha funcionado**

Paciente: No estoy muy seguro de por qué estoy aquí. Mi médico ya ha trabajado conmigo con material conductual.

Terapeuta: ¿Se refiere a su médico de cabecera? ¿El profesional al que acude para las revisiones y cada vez que se siente mal?

Paciente: Sí.

Terapeuta: ¿A qué se refiere cuando dice material conductual?

Paciente: Me dio un listado de recomendaciones y después hicimos algo que se llamaba “control de estímulos”.

Terapeuta: El listado, ¿era una relación de “Qué hacer y qué no hacer” donde, por ejemplo, se le recomendaba que evitara los productos con cafeína?

Paciente: Sí. Eso es.

Terapeuta: Bien. A esto nos referimos como instrucciones de higiene del sueño. La idea reside tras estas recomendaciones es que existe una variedad de cosas que uno puede hacer y que uno no puede y que le facilitarán la conciliación y el mantenimiento del sueño. Es muy buena la idea de un listado de “quehaceres”, pero es demasiado simple y demasiado absoluta. Más importante, los datos muestran claramente que las instrucciones de higiene del sueño no son, en sí mismas, efectivas.

Paciente: Mi médico también practicó conmigo la restricción del sueño.

Terapeuta: ¿En qué consistió esto?

Paciente: En acostarme más tarde. Él me dijo que a media noche, pero normalmente solía acostarme a las 23:45 y me levantaba a una hora fija.

Terapeuta: ¿A qué hora se levantaba?

Paciente: A la hora de siempre: 7:30 de la mañana.

Terapeuta: Hm. Ciertamente existen algunas similitudes entre lo que usted hizo y el tratamiento, pero también hay una serie de diferencias que son críticas para el desarrollo apropiado de esta terapia. Por ejemplo, una parte muy real de la TRS es la necesidad de restringir la cantidad de tiempo de sueño que uno obtiene durante unas semanas. A esto subyace la idea de hacer uso de la pérdida de sueño para garantizar que las personas disponen de la experiencia de caerse dormidos rápidamente. Tal y como le prescribía su médico, usted ha obtenido 7 horas y 30 minutos de sueño. Es probable que esto no haya producido el tipo de pérdida de sueño necesario para producir latencias de sueño breves o una eficiencia de sueño alta.

La conclusión aquí es que aunque muy bien intencionado, lo que le propuso su médico de cabecera no era el tratamiento estándar; ni tampoco el tipo de terapia que se ha estudiado en los ensayos clínicos y que se ha demostrado efectiva.

Paciente: ¿Por lo tanto, hice parte del tratamiento, pero no todo?

Terapeuta: Así es. Parece como si las formas de tratamiento en que participó son muy similares a las que hacemos aquí. Pero hay muchas diferencias fundamentales. Entre estas diferencias se incluyen:

- Cambios menores en los protocolos de tratamiento para que se adapten mejor a su caso.
- El tratamiento será desarrollado de un modo guiado y supervisado. Es decir, trabajaremos codo con codo para garantizar que usted está haciendo lo que se supone que debe y cuando se supone que debe. Algo equivalente a disponer de un entre-

nador físico, alguien que trabaja con usted para ayudarle a lograr lo que de otro modo sería demasiado difícil.

- Nuestra forma de tratamiento se basará en datos. Es decir, tomaremos mediciones semanales, de modo que sepamos con precisión “cómo lo estamos haciendo” y podamos hacer las modificaciones oportunas de su tratamiento sólo a la luz de “los datos”.

Conclusión: Piense en el insomnio como en un muro que ha de ascender y superar. Con muy buenas intenciones, alguien le dijo, “Ya sé lo que usted necesita, necesita una escalera”. Y tenía razón; usted necesita una escalera. Pero en vez de darle la escalera le puso en las manos dos raíles y algunos peldaños. Y usted hizo lo mejor que pudo para construir la escalera. Pero el problema es que sólo contaba con un par de peldaños y éstos se colocaron en el extremo inferior. En consecuencia, usted se alzó del suelo, pero no lo suficiente para ascender el muro. Mi trabajo consiste en proporcionarle más peldaños y en espaciarnos apropiadamente para que pueda llegar hasta lo alto del muro.

Preocupaciones sobre la restricción del sueño y el control de estímulos

Gran parte de la resistencia a procedimientos como la restricción del sueño y el control de estímulos se deriva del temor a los efectos que tal privación de sueño produce en el funcionamiento diario. Las cuestiones sobre la resistencia, la productividad y la enfermedad surgen de un modo muy similar a como se han comentado en relación a los miedos vinculados a la reducción de la medicación. Por lo tanto las estrategias empleadas para superar la resistencia a la reducción de la medicación pueden utilizarse igualmente en este caso y no necesitan elaboración adicional. Sin embargo, suelen aparecer algunas preocupaciones relacionadas exclusivamente con los procedimientos y, en algún punto de la terapia, habrán de ser contempladas.

Como es habitual, las claves para la reducción de la resistencia conllevan la presentación de una buena justificación y explicación de las técnicas a emplear y la garantía de que el paciente desarrolle una expectativa positiva sobre lo que ocurrirá. Una vez hecho esto, es probable que el paciente siga planteando preguntas relativas al mejor modo de ejecutar los procedimientos. Con respecto a la restricción del sueño y al control de estímulos, puede ser necesario destinar una buena cantidad de tiempo a establecer los recursos que sirvan al paciente para permanecer despierto durante muchas horas al anochecer y por la noche, tal y como requieren estas intervenciones.

Diálogo # 41: ¡No hay forma de mantenerme despierto hasta tan tarde!

Paciente: ¿Cómo voy a mantenerme despierto hasta las dos de la mañana? No hay forma de hacerlo.

Terapeuta: ¿Ha estado despierto alguna vez hasta las dos de la mañana?

Paciente: Bien, supongo que sí, como el día de Nochevieja, pero eso es diferente. Estaba ocupado en la fiesta de fin de año en 1999, pero, de hecho, ésa fue la última vez que lo hice.

Terapeuta: Creo que acaba de dar en el clavo. Una de las cosas que lo hizo posible, distinto del hecho de que fuera más joven, es que estaba “ocupado”. Por lo tanto, una respuesta a su pregunta “¿Cómo voy a aguantar hasta las dos de la mañana?” consiste en planificar tanta actividad por la tarde como nos sea posible.

Paciente: Sí, pero sólo hay ciertas actividades que yo pueda hacer razonablemente por la noche.

Terapeuta: Cierto, pero con todo puede ser útil elaborar un listado de las cosas que puede hacer a esas horas. Esto puede requerir cierta planificación. Por ejemplo, quizá desee alquilar algunas películas, adquirir nuevos juegos para el ordenador o comprar materiales para comenzar un nuevo proyecto artísti-

co. Lo importante en este caso es identificar qué actividades le ayudarán a que transcurra el tiempo y a que su experiencia sea agradable –esto y garantizar que por la noche no se descubre sin nada que hacer, somnoliento o durmiendo literalmente en el sofá.

Paciente: Todo esto está muy bien, pero sigo pensando que no podré estar activo todas las noches. Y algunas de las cosas que sugiere, como la de ver películas, pueden ayudarme a dormir.

Terapeuta: Normal. Habrá ocasiones en las que sea inevitable sentir sueño, pero sigue habiendo pasos que puede tomar para garantizar que permanece despierto. Cuando se siente, asegúrese de que se sienta derecho en la silla o en el sillón, de modo que si comienza a dormitar, se sorprenderá y se despertará. Cuando llegue el punto en que se duerma mientras permanezca sentado, levántese y refrésquese la cara y la nuca con agua fría. Estos pasos deberían producir el efecto deseado de permitirle mantenerse sentado durante más tiempo. Pero si vuelve a sentirse somnoliento, repita los mismos pasos y esto debería ser suficiente hasta llegar a la hora indicada.

Paciente: No puedo vivir así mi vida; es de locos.

Terapeuta: Ya sé que le parece absurdo. Trate de recordar que esto es a corto plazo. Nadie espera que viva una vida como ésta. Recuerde que a medida que mejore su sueño ampliaremos la cantidad de tiempo que permanecerá en la cama. A medida que obtenga más sueño con mayor eficiencia, esperamos que sienta menos sueño por la tarde y llegará el momento en el que dispondrá de una hora de acostarse más temprana. Recuerde que hay una luz al final del túnel.

Paciente: ¿No podría acostarme un par de horas antes y ver qué es lo que ocurre?

Terapeuta: ¿No lo ha hecho en el pasado?

Paciente: Sí

Terapeuta: ¿Y cuál fue el resultado?

Paciente: Bueno, supongo que normalmente me despierto más veces por la noche y me levanto demasiado temprano por la mañana y no me vuelvo a dormir.

Terapeuta: Por lo tanto, acostarse antes por la noche no le ha funcionado. Probemos esto durante un par de semanas.

Paciente: Bueno, veámoslo.

Terapeuta: Un último aspecto del que me gustaría que tomara nota. La primera vez acudió solicitando ayuda para su sueño, su queja principal era que no podía conciliar el sueño. ¿Ahora de qué estamos hablando? De “no poder permanecer despierto”. ¿Irónico, verdad? ¿Debemos estar en el camino correcto, no cree?

Paciente: (Se ríe). Supongo que sí.

6

Ejemplo de caso*

Fecha de Evaluación. 7 de Julio de 2004

Información Identificativa. Samuel Busch, de 62 años de edad, casado, americano blanco que trabaja a media jornada como asesor financiero. Un hijo de 29 años de edad y una hija de 31 años de edad, ambos con la misma esposa. Índice de Masa Corporal = 27.3.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA E INFORMACIÓN SOBRE EL SUEÑO

Descripción del problema. “Me cuesta conciliar el sueño desde que estaba en la universidad. Últimamente ha empeorado y temo que me impida recuperar un puesto a jornada completa”.

Funcionamiento diario/Síntomas. El Sr. Busch manifiesta despertarse con la boca seca y con dolores de cabeza 1 ó 2 mañanas por semana. Asegura que su fatiga diurna interfiere con su habilidad para

* NOTA: Este ejemplo de caso no ha sido extraído de un caso individual y, como tal, no representa a ningún paciente. El nombre usado para identificar al paciente en este caso es ficticio. El informe mismo es más extenso de lo habitual para la práctica clínica. La amplitud de esta revisión persigue una finalidad educativa.

trabajar y para disfrutar del ocio. Expresa una preocupación específica porque el problema del insomnio pueda interferir con sus planes de recuperar una jornada laboral completa.

Historia del problema presentado. El Sr. Busch experimentó insomnio por primera vez durante la época en que estaba estudiando en la universidad y los problemas de iniciación y mantenimiento del sueño le han estado molestando intermitentemente desde entonces (0-3 noches por semana). Indica que toleró sus dificultades de sueño, que surgían periódicamente durante épocas de estrés, hasta el año 2001. En ese momento su problema de conciliación del sueño empeoró en asociación a algunos problemas laborales (reducción del capital de la empresa y reducción de plantilla). En respuesta a las demandas de su puesto de trabajo, comenzó a trabajar hasta altas horas de la noche y trataba de afrontar la fatiga diurna consumiendo grandes cantidades de cafeína (entre 9 y 15 tazas diarias) durante los días de labor y durmiendo hasta bien entrada la mañana los fines de semana. El año 2002 su contrato laboral no fue renovado, según sus palabras, a consecuencia de la reestructuración de la plantilla. En 2003, experimentó un segundo estresor vital importante cuando su esposa fue diagnosticada con cáncer de útero. En ese momento engordó 15 Kg. y su insomnio empeoró hasta el grado de comenzar a ser un problema importante todas las noches. Entonces solicitó por primera vez evaluación y tratamiento para su trastorno del sueño.

Tratamiento previo para trastorno del sueño. En Febrero del 2002, el Sr. Busch fue diagnosticado por el Dr. Pickwick en el Centro Dickens de Trastornos del Sueño, en Atlanta, Georgia. Solicitó ayuda en ese momento impulsado por su mujer, quien se quejaba porque el paciente roncaba excesivamente durante la noche. Además de los problemas para la conciliación y mantenimiento del sueño, manifestó que, en ese momento, experimentaba somnolencia y fatiga diurnas muy intensas. Se sometió a un estudio PSG y los resultados indicaban la presencia de una apnea obstructiva del sueño media (ITR 10 por hora). No se hallaron indicios de ningún otro

trastorno intrínseco del sueño. Para el tratamiento, se recomendó al paciente que perdiera peso y que por las noches hiciera uso del CPAP (una forma de ventilación, que aumenta la patencia del flujo aéreo orofaríngeo durante el sueño). El Sr. Busch manifestó haber perdido 12 Kg., lo que mejoró considerablemente sus ronquidos y su somnolencia diurna, pero seguía presentando problemas para conciliar y mantener el sueño. Manifestó no tolerar el aparato para la facilitación de la respiración, que según él “empeoraba” aún más su insomnio.

Tras prescindir del CPAP, solicitó tratamiento a su médico de cabecera quien trabajó con el Sr. Busch para reducir el consumo de cafeína y para cuidar las cuestiones relativas a la higiene del sueño. Desde entonces ya no toma café después de las 12:00 del mediodía y realiza ejercicio de forma regular 3 veces por semana entre 30 y 60 minutos cada vez. Su médico de cabecera también le prescribió 20mg. de amitriptilina. El Sr. Busch manifestaba que esta medicación era beneficiosa porque le permitía dormirse rápidamente. También manifestaba que sus despertares nocturnos se habían aliviado, y según su esposa, la medicación había logrado que sus ronquidos fueran menos graves.

Desafortunadamente estos logros iban acompañados por efectos anti-colinérgicos [glándulas parótidas crónicamente hinchadas). Estos efectos colaterales fueron intolerables para el paciente y tres meses después hubo de discontinuar el uso de amitriptilina. Desde entonces el Sr. Busch se ha beneficiado del temazepam y del zolpidem. Sin embargo ni su médico de cabecera ni él mismo desea hacer uso a largo plazo de estas medicaciones. En el momento actual el Sr. Busch ha dejado de tomar medicación por temor a que le genere adicción. En Junio del 2004, el Sr. Busch fue reenviado a la consulta del Dr. Pickwick por sus problemas de insomnio persistente. Tras un examen físico y un nuevo estudio PSG (el cual revelaba que su ITR se hallaba dentro de los límites normales (4/hora)], el Dr. Pickwick derivó al paciente al Servicio de Medicina Conductual del Sueño para su evaluación y tratamiento.

Continuidad/Calidad del sueño. En los últimos 6 meses el Sr. Busch manifiesta haber sufrido problemas para conciliar el sueño con una latencia del sueño de entre 90 y 120 minutos, 4 o más noches por semana, incluidos los fines de semana. Aunque su latencia de sueño, según el paciente, varía de una noche a otra señala que rara vez concilia el sueño en menos de 30 minutos. Indica también que se despierta 2 ó 3 veces por noche durante un tiempo total de entre 30 y 60 minutos, 4 veces por semana aproximadamente. Señala no despertarse temprano por la mañana y manifiesta dormir una media de entre 5 y 6 horas cada noche.

El Sr. Busch afirma que cuando trata de conciliar el sueño o de volver a dormirse, rumia y se siente cognitivamente activado (“No puedo apagar mi mente”) a pesar de sentirse cansado y fatigado durante el día. El contenido de su pensamiento suele focalizarse en los problemas cotidianos. Le preocupa también la calidad de su sueño. Además, cuando se despierta a medianoche se enfurece por su falta de sueño y le preocupa su funcionamiento laboral del día siguiente. El Sr. Busch señala que cuando duerme en ambientes desconocidos (viajes por motivos laborales o por vacaciones), su insomnio es menos grave bajo estas condiciones. Por último, el Sr. Busch indica que a menudo le cuesta levantarse por la mañana y que si puede permitirse lo podría dormir hasta bien entrada la mañana (equivalente hasta las 8:30).

Hábitos y ambiente de sueño. El Sr. Busch duerme con su esposa en una cama de 180 cm., con almohada. El colchón y las almohadas fueron renovadas hace menos de tres años. Su horario de sueño preferente es desde las 22:00 a las 6:00 de la mañana, adaptando esto de las 22:00 a las 8:00 durante los fines de semana. Su esposa se acuesta antes (a las 21:00) y se levanta antes que el Sr. Busch (a las 5:30 de la mañana) por motivos laborales. Su esposa le ha dicho que presenta un sueño agitado y que se mueve constantemente por la noche. El Sr. Busch manifiesta que el ambiente en el que duerme es cómodo pero que no está bien aislado ni de la luz ni del sonido (la habitación no permanece a oscuras una vez que haya amanecido). La temperatura

de la habitación se mantiene relativamente templada. Señala ver la televisión y leer en la cama. Señala también que duerme con la radio encendida por el “ruido blanco” que produce y porque se despierta fácilmente por los ruidos exteriores. Ya no toma café tras las 12:00 del mediodía, pero el Sr. Busch bebe un par de Martinis por la noche, tres en ocasiones especiales. Este patrón se ha mantenido invariante desde finales de la cuarentena. Niega que use el alcohol como sedante (para ayudarlo a dormir o a permanecer dormido). El paciente señala haber dejado de fumar 10 años atrás (había fumado 1 paquete diario durante 32 años).

Señala que sus horarios de comida son regulares, correspondiendo la hora de la cena con las 19:00 horas aproximadamente, y en algunas ocasiones toma algún pequeño bocado antes de acostarse. A continuación “desenchufa” viendo las noticias, trabajando o haciendo pequeñas tareas relativas a su trabajo o a sus planes. Hacia las 21:00 inicia su rutina de acostarse. Hacia las 21:30, cuando su mujer ya se ha dormido, se acuesta y enciende la televisión. Cree que no “trata” de dormirse hasta las 22:00. Señala que a pesar de su somnolencia diurna rara vez es capaz de dormir la siesta y, en consecuencia, ni siquiera lo intenta salvo alguna vez al mes, algún domingo por la tarde.

HISTORIA FAMILIAR Y SOCIAL

El paciente vive con su esposa de 54 años de edad. Tienen dos hijos de 29 (varón) y 31 (mujer) años, que en la actualidad son jóvenes adultos sanos e independientes. El Sr. Busch es hijo único, sus dos progenitores fallecieron hace unos 10 años y ambos de enfermedad cardiovascular. Su padre había sido un abogado prominente completamente sumergido en su trabajo y que frecuentemente se había quejado de insomnio pero que nunca había solicitado tratamiento. Su madre había trabajado como enfermera a media jornada. El Sr. Busch niega que en su familia hubiera existido algún historial psiquiátrico. El paciente manifiesta que había disfrutado de una infancia relativamente feliz sin ningún historial de abuso físico o sexual. Se caracteriza a sí mismo como un estudiante serio, muy deportista

durante su juventud. Se graduó con muy buenas calificaciones y posteriormente en la Universidad de Pennsylvania también obtuvo muy buenos resultados. Conoció a su esposa en la universidad. El Sr. Busch califica su matrimonio como “mejor que la mayoría”, “mucho mejor del que se pueda esperar o incluso imaginar...”. El diagnóstico de cáncer de su esposa fue valorado como “lo peor que me ha ocurrido en la vida”, pero es optimista con respecto al pronóstico. A la Sra. Busch le habían practicado una histerectomía y su estado actual es de buena salud.

INFORMACIÓN MÉDICA Y PSIQUIÁTRICA

Historial médico. El paciente niega cualquier complicación perinatal, había superado todas las fases evolutivas dentro de los marcos normales y se describe a sí mismo con una “infancia sana” a excepción de sus frecuentes infecciones de laringe, las cuales desaparecieron tras una tonsilectomía (1950). El historial médico adulto del paciente se caracteriza por una lesión cerebral con pérdida de conciencia (1960); dolor lumbar crónico y dolor en las extremidades inferiores (desde Bachillerato) [El Sr. Busch cree que estos problemas son secundarios a las lesiones deportivas causadas mientras practicaba baloncesto]; frecuente acidez de estómago, particularmente tras comidas copiosas, sin secuelas nocturnas (desde 1975); síndrome de colon irritable (SCI) (desde 2000); problemas en la vesícula biliar (1995). Su condición de dolor crónico no severo se resuelve bien con ibuprofeno. Trata su problema de reflujo gastroesofágico con dosis diarias de ranitidina. El síndrome de colon irritable sólo brota durante períodos de estrés y en el momento actual no está siendo tratado. El problema de la vesícula biliar fue satisfactoriamente tratado mediante una colecistectomía (1995).

Medicaciones presentes. Ranitidina 75mg. (diario), ibuprofeno 600 mg. (2 días/semana para el dolor lumbar).

Historial psiquiátrico. El Sr. Busch niega la existencia de tratamiento u hospitalización por problemas psiquiátricos o psicológicos. Nie-

ga también cualquier historial de ideación o intento suicida. Sobre la base de su auto-informe es probable que sufriera un trastorno significativo de adaptación con estado anímico depresivo tras la pérdida, el año 2002, de su posición de socio trabajador en la empresa y el diagnóstico de cáncer de su esposa un año después.

Examen del estado mental. El paciente es un caballero muy acicalado y con aspecto distinguido. Se presenta con un maletín de piel, pantalones de color caqui y camisa abotonada, mientras sostiene una taza de café. Su habla es normal en lo que respecta al volumen, ritmo y tono. Su actitud es agradable y cooperativa. Su afecto es eutímico, apropiado al contenido. Describe su estado anímico como “bueno, pero algo irritable”. Parece ser medianamente auto-crítico. El Sr. Busch niega cualquier ideación, intento o plan suicida/homicida ni presente ni pasado. Niega padecer miedos o fobias pero admite ser un tanto preocupadizo y que bajo situaciones de estrés podía destinar el 50% del día a preocuparse. Sin embargo, cuando no se halla en situaciones de estrés o presión su preocupación remite. Los contenidos de su pensamiento se centran en sus síntomas presentes sin ninguna evidencia de creencias extrañas o alucinatorias. El Sr. Busch está orientado con respecto a la persona, al lugar y al tiempo. Sus procesos de pensamiento son lógicos y dirigidos a objetivos, sin muestras de confusión. Su insight, juicio y control de impulsos parece ser bueno. Su inteligencia parece estar por encima de la media, aunque su CI no sea formalmente evaluado.

SÍNTESIS DE LOS RESULTADOS DE LAS MEDICIONES DE EVALUACIÓN

Como parte de su evaluación de acogida, al Sr. Busch se le administraron ocho instrumentos que recogen información específicamente relacionada con el sueño y el estado anímico. Esta información se presenta a continuación y se cuantifican las molestias del sueño del paciente, la posible influencia sobre el trastorno del estado anímico y el estado de pre-tratamiento del paciente.

INSTRUMENTO	MEDIDA DE	INTERVALO DE Puntuación	Puntuación DEL PACIENTE
ISI ¹	Gravedad del insomnio	0-28	19
PSQI ²	Trastorno de sueño	0-21	15
ESS ³	Somnolencia diurna	0-24	9
KSS ⁴	Somnolencia diurna	0-9	6
MFI ⁵	Fatiga general	0-20	12
	Fatiga física	0-20	10
	Reducción de la actividad	0-20	14
	Reducción de la motivación	0-20	12
	Fatiga mental	0-20	17
BDI ⁶	Depresión	0-63	10
STAI ⁷	Ansiedad	0-80	40
POMS(SF) ⁸	Puntuación total	0-145	57
	1. Tensión/ansiedad	0-25	18
	2. Depresión/desánimo	0-25	7
	3. Ira/hostilidad	0-25	18
	4. Vigor	0-25	12
	5. Fatiga	0-25	13
	6. Confusión	0-20	9

Los instrumentos utilizados en este caso se corresponden con la versión inglesa, a continuación se detalla a qué corresponden las siglas en cada caso. Algunos de estos instrumentos cuentan también con versiones en castellano.

- | | |
|--|---|
| 1. ISI- Insomnia Severity Scale | 2. PSQI- The Pittsburg Sleep Inventory |
| 3. ESS- The Epworth Sleepiness Scale | 4. KSS- The Karolinska Sleepiness Scale |
| 5. MFI- The Multidimensional Fatigue Inventory | 6. BDI- The Beck Depression Inventory |
| 7. STAI- The State Trait Anxiety Inventory | 8. POMS- The Profile of Mood States |

Los datos recopilados a partir de estos instrumentos son coherentes con la entrevista clínica. El Sr. Busch muestra moderadamente un trastorno severo del sueño e insomnio, niveles entre moderados y altos de somnolencia (relativas a las normas de insomnio) y fatiga moderada –que es sobre todo evidente y severa en las medidas de fatiga mental. De particular importancia es que ambas medidas de somnolencia (juntamente con un Hx de OSA) sugieren que el paciente puede estar en riesgo, dados los efectos colaterales de la TCC-I, de empeoramiento de la somnolencia diurna excesiva durante el tratamiento.

En el dominio del estado anímico, el Sr. Busch parece mostrar más ansiedad que depresión y este resultado es paralelo a las altas puntuaciones en las escalas 1 y 3 del Perfil de Estados Anímicos (POMS). Aunque ninguna de las puntuaciones del estado de ánimo se corresponde con los intervalos patológicos, los valores son próximos a los umbrales clínicos indicativos de la necesidad de atención.

CONCEPTUACIÓN DEL CASO

Factores socioeconómicos y culturales. Desde una perspectiva general, las dolencias del Sr. Busch pueden conceptuarse como originadas a partir de una devaluación social de la importancia del sueño y de la hipervaloración de la productividad. Se podría decir que estos sentimientos prevalecen aún más en el clima de la compañía donde el Sr. Busch ostentaba un puesto de alto ejecutivo. En este contexto, trabajar hasta altas horas de la noche es la norma. La fatiga y los efectos de la privación del sueño suelen minimizarse y se recurre a conductas compensatorias para mitigar tales efectos pero que contribuyen directamente al desarrollo del insomnio crónico (p.ej., uso crónico de estimulantes, horarios irregulares para acostarse/levantarse, consumo de alcohol como hipnótico, etc.). En suma, es probable que el telón cultural, incluida la subcultura de la propia familia de origen del Sr. Busch, haya contribuido sustancialmente al curso clínico de su trastorno del sueño.

Factores sociales y conductuales. El Sr. Busch describe multitud de factores que son coherentes con el rol potencial del modelado y condicionamiento clásico en el mantenimiento de su insomnio. Con respecto al modelado, parece que el Sr. Busch ha adoptado un enfoque del trabajo y de la vida equivalente al modelo de funcionamiento de rol provisto por su padre. Aprendió a una edad muy temprana a conceder una importancia extrema al trabajo y a la ejecución a expensas del mantenimiento de un estilo de vida bien equilibrado. El padre del Sr. Busch (presumiblemente su primer modelo de rol masculino), según palabras del propio paciente, sacrificó una rutina

diaria sistemática y los horarios de sueño/vigilia para lograr el éxito laboral. Como se señalaba anteriormente, su padre sufría de insomnio. Aunque fuera un problema crónico, el padre del Sr. Busch no solicitó atención médica y esto ha podido transmitir el mensaje de que la carencia de sueño no debería ser considerada como un problema significativo. En coherencia con esta conceptualización parece que el Sr. Busch sólo solicitó tratamiento ante la insistencia de su esposa y tras unos 40 años después de que el problema se manifestara por primera vez.

Con respecto al rol potencial del condicionamiento, su presentación es coherente con el número de factores que apuntan hacia la posibilidad de que la hiperactivación condicionada pueda desempeñar un rol en el mantenimiento de su queja de insomnio crónico. El Sr. Busch señala que, a pesar de sentirse fatigado durante el día, a la hora de acostarse se siente en situación de alerta y preocupación, sugiriendo que la cama y la habitación operan como estímulos condicionados que eliciten activación cognitiva que interfiere con la iniciación y mantenimiento del sueño. Pruebas adicionales de la asociación aprendida y discriminativa de activación con la cama y la habitación son sugeridas por la observación del Sr. Busch según la cual cuando duerme en un nuevo contexto, como la habitación de un hotel, presenta menos problemas para conciliar el sueño. El Sr. Busch describe también una queja habitual entre los pacientes con insomnio primario, es decir, el contenido del pensamiento anterior al sueño se centra en su incapacidad para conciliar el sueño y para permanecer dormido y en las consecuencias potenciales sobre su trabajo de la falta de sueño. Tales cogniciones negativas pueden conducir a la ansiedad de ejecución y pueden condicionarse inmediatamente con el estado previo al sueño.

Sucesos vitales. Los estresores vitales parecen estar desempeñando un rol importante en el origen de los problemas crónicos de sueño del Sr. Busch. Sus episodios agudos originales de insomnio fueron probablemente precipitados por una combinación del retraso de fase y

del estrés asociado con la vida escolar y/o exámenes finales en la universidad. El insomnio, que ahora es crónico, posiblemente haya sido precipitado (como trastorno crónico) por los acontecimientos que ocurrieron entre 2001 y 2003. Como se ha señalado anteriormente, durante este tiempo el Sr. Busch experimentó un aumento significativo de estrés laboral, el desarrollo de una higiene del sueño inapropiada en asociación con el estrés laboral (p.ej., trabajar hasta altas horas de la noche, aumentar el consumo de cafeína, reducir el ejercicio físico y durante los fines de semana ampliar su período de sueño), un aumento significativo de peso y, por último, la pérdida de su puesto de trabajo, juntamente con el estatus y los honorarios elevados que le correspondían. El estrés derivado del diagnóstico de cáncer de su esposa también parece haber sido un “factor precipitante” significativo para el insomnio hasta el grado de no permitir al Sr. Busch el tiempo de recuperación suficiente de los estresores de los dos años previos.

Genética y tratamiento. El Sr. Busch describe algunos rasgos que parecen hacerlo particularmente vulnerable a la hiper-reactividad y/o hiperactivación fisiológica. Se describe a sí mismo con un estilo de personalidad orientado a los objetivos, duro y perfeccionista. Afirmaba que a menudo “reaccionaba en exceso” ante estresores menores y que generalmente suele tener dificultades para calmarse físicamente una vez que se haya sentido agravado. El Sr. Busch también se describe como “hiper” y bromea diciendo que debe tener el “ritmo metabólico de una ardilla”. Por último, se caracteriza como “preocupadizo”. Cada una de estas características representan o corresponden a formas de activación que probablemente contribuyen al insomnio (así como a otras condiciones relacionadas con el estrés como la acidez de estómago, el SCI y el dolor músculo-esquelético crónico). Por último, el Sr. Busch parece predispuesto al trastorno de retraso en la fase del sueño como se evidencia por su tendencia (tanto de joven adulto como en la actualidad) a retrasar su período de sueño durante los fines de semana.

CONCEPTUACIÓN GENERAL

El insomnio crónico del Sr. Busch puede entenderse globalmente desde el contexto de un modelo conductual del insomnio (Modelo de Spielman o el Modelo de Insomnio de 3 factores).

El Sr. Busch muestra diversas características que pueden identificarse como factores predisponentes entre los que se incluyen la hiper-reactividad, la hiperactivación somática y la tendencia hacia la preocupación y la rumiación. Cada uno de estos factores probablemente hace que el Sr. Busch sea vulnerable al insomnio, particularmente en épocas de estrés. El Sr. Busch manifiesta diferentes incidencias que podrían identificarse como factores precipitantes, entre los que se incluyen, aunque no se limiten sólo a estos, los acontecimientos que se derivaron de la pérdida de su puesto de trabajo y de la enfermedad de su esposa. Por último, el Sr. Busch participa en una variedad de conductas que pueden caracterizarse como “factores perpetuantes” que fueron/son implementados para compensar el insomnio y la fatiga diurna. En lugar de corregir el problema, estas estrategias sirven para mantener el insomnio (en ausencia de los factores precipitadores originales) y/o contribuyen al desarrollo de la hiperactivación condicionada que es característica del insomnio crónico. El Sr. Busch comenzó a ejecutar algunas estrategias maladaptativas como dormir más horas los fines de semana, beber cantidades excesivas de cafeína y permanecer demasiado tiempo en la cama en estado de vigilia en un esfuerzo por obtener más sueño, etc. Cada una de estas estrategias trastoca la regulación homeostática y circadiana del sueño y aumenta la probabilidad de que la cama y la habitación se conviertan en estímulos clásicamente condicionados del estado de vigilia. Prueba de la presencia de activación condicionada en el caso del Sr. Busch parece ser su afirmación relativa a dormir mejor cuando se encuentra en un ambiente diferente (cambio en los estímulos condicionados) así como que experimenta un abrupto aumento en la activación cognitiva cuando se acuesta para dormir.

DIAGNÓSTICO Y RECOMENDACIONES

Impresión diagnóstica

El Sr. Busch satisface visiblemente los criterios del insomnio primario. Muestra también cierta tendencia a la preocupación excesiva que podría o no estar estrechamente relacionada con el estrés. En este momento, no parece que la preocupación limite su capacidad para el funcionamiento diurno. Su tendencia a la preocupación y sus síntomas de ansiedad serán monitoreados a lo largo del curso del tratamiento para que podamos evaluar mejor si el paciente sufre también un trastorno de ansiedad diagnosticable. Por último, deseáramos seguir evaluando para determinar si el paciente sufre un auténtico retraso de fase.

- Eje I: 307.42 Insomnio primario
309.28 H/O trastorno de adaptación con estado anímico ansioso y depresivo
r/o factores co-mórbidos o contribuyentes:
- Factores circadianos (retraso de fase)
 - Trastorno de ansiedad generalizada
- Eje II: Diferido
- Eje III: Dolor lumbar, acidez de estómago, SCI, H/O OSA
- Eje IV: Pérdida de puesto relevante de trabajo en 2002 y desde entonces sólo asesor a media jornada.
Esposa diagnosticada de cáncer en 2003.
- Eje V: GAF actual: 61

NOTA: Con fines pedagógicos este apartado se centrará específicamente en la aplicación de nuestro algoritmo para determinar si el Sr. Busch es o no un candidato idóneo para la TCC-I.

30/30 DIMS

Necesita el PT \geq 30min. para conciliar el sueño	Sí
Permanece el PT \geq 30min. despierto durante la noche	Sí
Presenta el PT alguna molestia diurna vinculada al insomnio	Sí

FASE

Los problemas 30/30 DIMS existen con los horarios de sueño preferentes	Sí
--	----

Comentario: Existe tanto un historial como una práctica presente según la cual la fase del paciente retrasa sus horarios preferidos de sueño. Con todo el paciente sigue mostrando problemas DIMS.

ENFERMEDAD NO DIAGNOSTICADA O NO TRATADA

Padece el PT una enfermedad médica y/o psiquiátrica no diagnosticada o no tratada	Sí
---	----

Comentario: El paciente puede estar sufriendo un trastorno de ansiedad no diagnosticado, pero tal y como se ha evaluado aquí no se dispone de datos suficientes para establecer un diagnóstico firme. Sin embargo, incluso si el paciente sufriera un trastorno de ansiedad generalizada, esto no necesariamente contraindicaría el uso de la TCC-I. Más importante es si el trastorno de ansiedad podría interferir o empeorar con la TCC-I.

ENFERMEDAD INESTABLE

Padece el paciente alguna enfermedad médica y/o psiquiátrica inestable o no resuelta	Sí
--	----

Comentario: Con prudencia se podría decir que la acidez de estómago, el SCI y el dolor lumbar del paciente son problemas médicos no resueltos. Una vez más, la cuestión es si la enfermedad inestable interfiere o empeora con la TCC-I.

EVALUACIÓN

¿Es posible que el insomnio se resuelva con la enfermedad aguda? No

Comentario: Las condiciones médicas del Sr. Busch pueden considerarse como condiciones médicas no resueltas –condiciones que ocurren periódicamente. Como el insomnio es persistente y severo, y el síndrome de colon irritable, la enfermedad de reflujo gastroesofágal y el dolor lumbar son episódicos, parece evidente que el insomnio se produce con independencia de estas condiciones. Dicho esto, si las restantes condiciones también fueran persistentes y severas, sigue habiendo evidencias suficientes para sugerir que la TCC-I está indicada sobre la base de la existencia de factores conductuales claros (factores perpetuantes). Sin embargo, quizá sea recomendable un tratamiento más agresivo para cada una de las condiciones médicas y contribuir a una mejor respuesta al tratamiento de la TCC-I.

EVALUACIÓN

¿Impiden las enfermedades que el paciente participe en la TRS o TCE? No

EVALUACIÓN

¿Perjudicarán la TRS o la TCE las enfermedades “co-mórbidas”? No

Comentario: Es posible que la pérdida de sueño derivada de la TRS o de la TCE agrave el síndrome de colon irritable, la enfermedad de reflujo gastroesofágal y/o el dolor lumbar. En ausencia de datos sustanciales sobre estos sujetos, es preferible asumir que el tratamiento podría exacerbar tales condiciones –pero sólo de forma temporal. Sobre esta base, la TCC-I no está contraindicada, pero es conveniente planificar el potencial empeoramiento de estos otros síntomas durante el tratamiento.

BAJA EFICIENCIA DE SUEÑO

¿Es la ES del paciente <90%? (¿Hay evidencia de conductas maladaptativas?) Sí

Evaluación final: La TCC-I está indicada para el paciente.

PLAN DE TRATAMIENTO

Recoger prospectivamente datos sobre la continuidad del sueño durante una semana mediante los diarios de sueño. Si estos datos coinciden con las quejas que ha presentado el Sr. Busch, emplear los datos de este período de línea base para establecer los parámetros de la Terapia de Restricción del Sueño (TRS). Juntamente con la TRS, desplegar el control de estímulos, la higiene del sueño y la terapia cognitiva siguiendo el procedimiento habitual del régimen de tratamiento de nuestro centro. Medir los síntomas EDS semanalmente para comprobar que no empeoran por efecto de la terapia hasta un grado que ponga al paciente en situación de riesgo de accidentes, lesiones o de abandono.

Aspectos que requieran seguimiento:

1. Proporcionar una copia del informe del Sr. Busch a su médico de cabecera y determinar si existe alguna razón para no proceder con el tratamiento. Esto es, eliminar cualquier duda correspondiente a las interacciones con las medicaciones o condiciones médicas. ¿Es éste un momento apropiado para que el Sr. Busch desarrolle el tratamiento?
2. Dado que el Sr. Busch mostraba un grado de arritmia circadiana, si no se prevén logros adecuados del tratamiento y el retraso de fase persiste o empeora, considerar el uso de la luminoterapia o la terapia de luz brillante.
3. Evaluar el estado anímico del Sr. Busch durante el curso del tratamiento. Si no se prevén logros adecuados del tratamiento y los síntomas de ansiedad persisten o empeoran, considerar la derivación para la evaluación y tratamiento del aparente trastorno de ansiedad.

4. Evaluar las condiciones médicas del Sr. Busch. Si no se prevén logros adecuados del tratamiento y estos síntomas persisten o empeoran, considerar la derivación para la evaluación y tratamiento de estos trastornos.
5. Tras el tratamiento, si el insomnio del Sr. Busch se ha resuelto y muestra EDS o manifiesta insatisfacción por no disfrutar de un sueño reparador, considerar la reevaluación de su OSA y derivar para una PSG.

SERVICIO DE MEDICINA CONDUCTUAL DEL SUEÑO – HOJA DE PROGRESO

Nombre: S. Busch

Sesión 2: Revisión datos de diario de sueño; Iniciar TRS & TC

Código CPT:

90804	90806	90847	90853
-------	-------	-------	-------

Medicaciones: Ranitidina 75mg./diario
 Ibuprofeno 600 PRN

Adherencia: Sí X
 Parcial
 No

HA:	22:00
LCS	75 min.
FNA	3.5
DTCS	121 min.
TTS	336 min.
TC	532 min.
TFC	6:57
ES	63%

<i>Fatiga</i>	+	<i>DSPS/ASPS</i>	?	<i>Apetito</i>	-
<i>Dormita/Siesta</i>	+	<i>IS/IH</i>	-	<i>Interés</i>	-
<i>Concentración</i>	+	<i>Pesadillas</i>	-	<i>Ánimo</i>	-

<i>ESS</i>	6
<i>BDI</i>	8
<i>STAI</i>	40

+ *Clínicamente relevante*
 - *Clínicamente no relevante*
IS – Ideación suicida
IH – Ideación homicida

Aspectos subjetivos: El Sr. Busch manifiesta que sus diarios eran “relativamente coherentes” con su patrón de sueño típico, a excepción de que esta semana parecía permanecer despierto durante más tiempo a media noche. Niega haber dormido siestas pero admite dormirar en el sofá antes de acostarse. El Sr. Busch pensaba que estos episodios rara vez duraban más de algunos pocos minutos y que le indican que ya era

hora de acostarse. Admite que tenía mucho interés en empezar con el tratamiento pero también se sintió nervioso sobre lo que tendría que hacer. Niega que haya algún otro motivo de ansiedad o preocupación, lo que en parte mitiga nuestra preocupación por la posible existencia de un trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

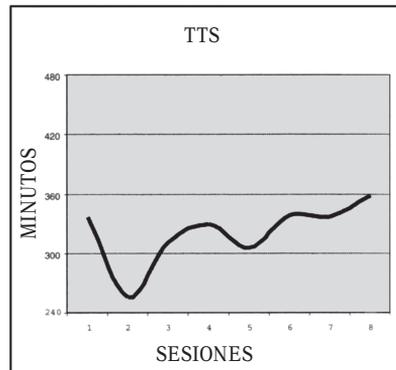
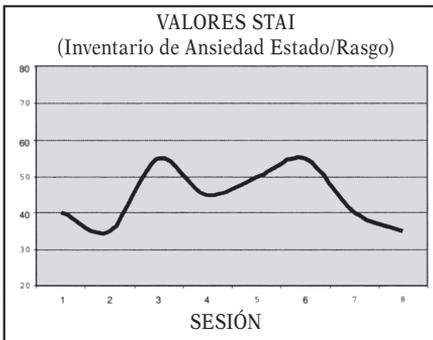
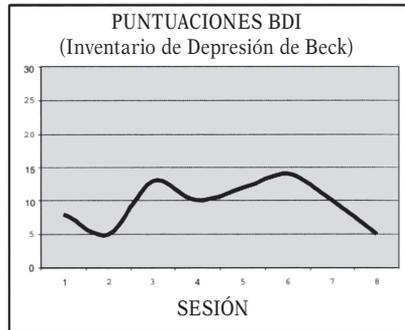
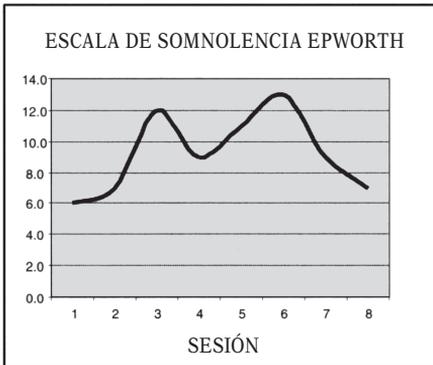
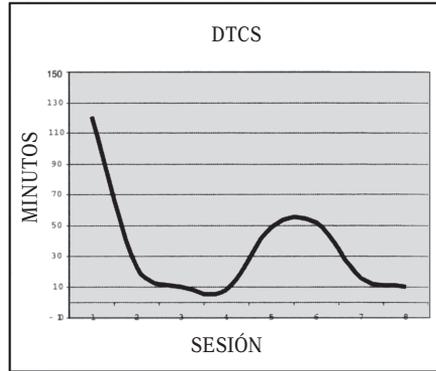
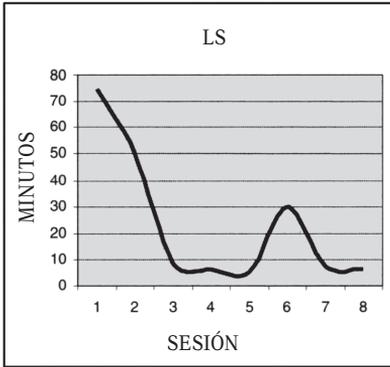
Tratamiento: El paciente se muestra orientado con respecto a nuestra forma estándar de TCE y TRS. Sobre la base de los datos del diario de sueño de la semana previa se decide que el tiempo en cama (TC) se establecerá en 5.5 horas. Dadas las preferencias del Sr. Busch de un horario de trabajo semanal y un horario que también sea compatible con la fase de sueño de su esposa, se adopta una hora temprana para levantarse (6:00). Como el TC establecido es de 5.5 horas, esto permite que la hora prescrita para acostarse (HPA) sea a las 00:30. A pesar de preferir este horario durante los días laborales, el Sr. Busch duda ante la idea de tener que levantarse temprano los fines de semana. Accede cuando se le explica que el horario de sueño que establecemos es temporal y que persigue la obtención de logros clínicos durante el tratamiento. Parece muy reconfortado por la idea de que en algún momento futuro será capaz de “dormirse” los fines de semana. Aunque no corregimos esta idea, es posible que por su tendencia al retraso de fase, incluso aunque se resuelva su insomnio primario, no llegue a ser capaz de tolerar cambios de fase regulares y/o prolongados. Esta cuestión deberá ser contemplada más adelante durante el tratamiento.

Como parte de la “planificación del TCE y TRS” comentamos en detalle las actividades que podría efectuar el Sr. Busch durante el retraso de fase en su HA y durante la noche mientras practica la TCE. El Sr. Busch expresa interés por trabajar en estos momentos. Aunque tales actividades pueden ser recompensantes, si no agradables para el Sr. Busch, manifiesto que me preocupa el hecho de que ejecutar grandes cantidades de trabajo durante el período de sueño deseado, puede ayudarle a “entretenerse” a corto plazo, pero a largo plazo tales conductas pueden reforzar el insomnio 1) concediendo al problema “una función positiva” y 2) aumentando la tendencia del estrés laboral a producir insomnio. Así pues, para él es preferible ejecutar actividades agradables, no relacionadas con el trabajo. La segunda idea del Sr. Busch sobre cómo pasar “este nuevo tiempo” consiste en jugar a videojuegos –una “habilidad” que ha aprendido recientemente de su nieto de 5 años de edad. Manifiesta que esta actividad es muy absorbente y que le gusta tanto la idea de practicarla para poder llegar a “ganar” a su nieto, que no sabe si no influirá para permanecer despierto hasta demasiado tiempo. Le recuerdo que el objetivo consiste en favorecer la “presión de sueño” y que “permanecer despierto hasta demasiado tiempo” no sería problemático.

Dadas las puntuaciones del Sr. Busch en ESS, BDI y STAY, es importante monitorearlas a lo largo del tiempo. Un aumento en la gravedad de los síntomas ≥ al 50% durante 2 o más semanas, dado el caso, debería ser considerado como causa para considerar una intervención

Fecha: 21/07/04 RTC: 28/07/04 Firma _____

Gráficos del progreso del Sr. Busch durante el curso del tratamiento



Dr. Elias Pickwick
25 Nightingale Way
Atlanta, GA

Estimado Dr. Pickwick,

En primer lugar deseo agradecerle por haber contado con nosotros para derivar a su paciente a nuestro servicio. He tenido el placer de ver a su paciente, Samuel Busch en nuestro Servicio de Medicina Conductual del Sueño durante un total de nueve visitas en el período comprendido entre el 07/07/04 y el 22/09/04. Como sabe, el Sr. Busch tiene 62 años de edad y está casado, presenta un historial de Enfermedad de Reflujo Gastroesofagal, Síndrome de Colon Irritable y dolor lumbar crónico y acudió a nuestro servicio por sus dificultades crónicas para conciliar y mantener el sueño. Este problema empeoró hace unos 3 años cuando aumentó la presión en su puesto de trabajo. Durante el año 2002 su compañía de trabajo prescindió de él. El año 2003 su esposa fue diagnosticada de cáncer. Durante este período el Sr. Busch aumentó considerablemente su peso y, al parecer, generó una apnea media de sueño. Con la pérdida de peso y su asistencia en la corrección de hábitos del sueño la apnea se encuentra ahora dentro de los límites normales, pero su patrón de sueño sigue siendo pobre. Probó diferentes medicaciones con diversos grados de éxito. El Sr. Busch fue derivado a nuestro servicio para una evaluación adicional.

Según nuestro diagnóstico inicial, el Sr. Busch parecía satisfacer los criterios del insomnio primario. Dado su historial, también consideramos la posibilidad de que padezca un trastorno de ansiedad subyacente o un trastorno del ritmo circadiano, o ambos. Sin embargo, se pensó que su frustración derivada de su falta de sueño y el condicionamiento inapropiado del sueño debían ser contemplados en primer lugar antes de determinar si estos otros factores estaban influyendo sobre él. Por lo tanto se dio inicio al Protocolo Cognitivo Conductual.

Me agrada comunicarle que el tratamiento ha beneficiado al Sr. Busch. A continuación se presenta una comparación de su patrón medio de sueño antes y después de la Terapia Cognitivo Conductual:

	ANTES	DESPUÉS
LS	75 min.	6.5 min.
FNA	3.5	0.5
DTCS	121 min.	10 min.
TTS	336	358
ES	63%	95%

Como puede verse, el Sr. Busch ha mejorado en todas las variables de continuidad de sueño medidas. Quizá lo más significativo sea que ha logrado esto sin recurrir al uso de medicación hipnótica. En nuestra última sesión el paciente sentía que esta cantidad de sueño le aportaba la energía adecuada durante el día y señalaba también que ha perdido su temor a acostarse por la noche, porque en ese momento sentía que disponía de cierto grado de control. Esto realmente le parecía un progreso importante.

Durante el curso del tratamiento, se hizo patente que el Sr. Busch presentaba una tendencia a despertarse temprano. Esto, eventualmente, se superó atenuando la cantidad de luz matutina que entraba en su habitación y entrenando al Sr. Busch a gestionar sus preocupaciones antes de acostarse. Debería señalarse también que durante el tiempo que hemos compartido, el Sr. Busch ha logrado un nuevo puesto de trabajo como presidente de una compañía de reciente creación. Entre otras cosas, esto fue motivo de estrés adicional para su sueño, pero con esfuerzo fue capaz de mantener sus logros.

Durante nuestra última visita, se le ofrecieron algunas pautas para la prevención de recaídas. También le sugerimos la posibilidad de participar en algún programa de gestión de estrés y que el aprendizaje de una técnica formal de relajación podría beneficiarlo. Ambos recursos pueden ayudarle a manejar mejor su ansiedad y a prevenir la reaparición del insomnio. Como conclusión, le garantice que si vuelve a presentar problemas en el futuro será bienvenido en nuestro servicio.

Por último, Dr. Pickwick, le agradezco de corazón la oportunidad que me ha brindado de participar en la atención a uno de sus pacientes, y si tuviera alguna pregunta con respecto a su evaluación o tratamiento estaré encantado de ayudarle en todo lo que pueda.

Atentamente,
Dr. Austin Doze
Director Servicio BSMS
En Atlanta a 29 de Septiembre del 2004.

APÉNDICES

1

Cálculo de la eficiencia de sueño

A primera vista la ecuación (TTS/TC) parece muy sencilla y podría pensarse que no requiere explicación adicional.

$$\text{TTS} = \text{TC} - (\text{LS} + \text{DTCS})$$

TC = La diferencia entre HPL y HPA

Donde la HPA se refiere al *tiempo prescrito en cama u Hora Prescrita para Acostarse* y la HPL se refiere a la *Hora Prescrita para Levantarse*.

En la práctica la designación de lo que constituye el “TC” o el denominador correcto en el ratio de ES puede ser difícil de calcular. Bajo las circunstancias más simples, cuando el paciente cumple con la hora de acostarse y con la hora prescrita para levantarse de la cama, el cálculo es directo. Si al paciente se le prescribe un horario que va desde la medianoche hasta las seis de la mañana, entonces el denominador es de 360 minutos. Sin embargo, si el paciente no cumple con el horario prescrito y retrasa o adelanta alguna fase la hora de acostarse o de levantarse, entonces se plantea la duda de cuál es el TC porque la HPA y la HPL no son las prescritas.

Avance de Fase de la Hora de Acostarse. En el caso del avance de fase de la hora de acostarse, cuando el paciente se acuesta antes de la hora prescrita (p.ej., 23:00 en lugar de las 24:00), el TC se debería basar en la hora *real* de HPA (es decir, 23:00-6:00 ó 420 minutos). Dicho esto, la decisión relativa a cómo proceder con la valoración ya no sólo se basa en la eficiencia de sueño.

Si el paciente nos “engaña” satisfactoriamente (si logra una ES >90%), entonces puede derivarse una valoración al alza a partir del nuevo límite de las 23:00. Si el paciente no tiene éxito en su intento por “engañar” (ES 90%), entonces existen dos opciones. La primera, consistiría en recalcular la HPL sobre la base de la media real de tiempo total de sueño. Por ejemplo, si el paciente está obteniendo una media de 5.5 horas de sueño, entonces el nuevo horario de sueño podría establecerse de las 00:30 a las 6:00. La segunda, consistiría en reiniciar la TRS con el horario de sueño inicialmente prescrito (es decir, de 24:00-6:00). La elección de una u otra de las opciones dependerá de la reflexión y juicio de la resolución del paciente y de los factores que puedan estar influyendo sobre la variabilidad del tiempo total medio de sueño.

Retraso de Fase de la Hora de Acostarse. En el caso de un retraso de fase a la hora de acostarse, cuando el paciente se acuesta más tarde de lo prescrito (p. ej., 1:00 en lugar de a las 24:00), el TC se basa también en la HPA (es decir, 1:00-6:00 ó 300 minutos). Dicho esto, la decisión relativa al modo de proceder con la valoración no sólo se basará en la eficiencia de sueño. En este caso, es probable que cuanto mayor sea el retraso de fase de la hora intencionada de acostarse, las eficiencias de sueño sean mayores del 90%. La cuestión central será en tal caso cómo manejar el “incumplimiento” con respecto a uno de los aspectos pero no con respecto al otro; cumplimiento del tratamiento relativo a la “impronta de la homeóstasis del sueño” pero incumplimiento del horario de sueño. En cualquier caso, el dilema más importante es “¿cómo proceder con la TRS?” Continuar con el tratamiento sobre la base de los efectos observados en un intervalo de 5 horas o la estimación original que permitía un intervalo de 6 horas. Creemos que la primera estrategia es mejor –ahora la valoración al alza debería basarse en el nuevo límite de la 1:00. El paciente ya ha demostrado que puede permanecer despierto hasta más tarde y que puede dormir eficientemente en este contexto. Sin embargo, debería cuidarse que los pacientes no permanezcan más tiempo despiertos “para acabar sus tareas”. Salvo que reciban directrices firmes, tales pacientes pueden seguir retrasando la hora de acostarse con la sensación de que pueden hacer un uso efectivo del tiempo extra. Siguiendo los resultados de nuestra experiencia, puede ser preferible insistir para que estos pacientes se acuesten a la hora originalmente prescrita (24:00-6:00). Esto puede ayudarles a comprobar/demostrar que, de hecho, pueden dormirse antes y quizá se necesite cierto trabajo adicional para establecer los tiempos que el paciente puede destinar a las actividades que considere que no están siendo realizadas porque debe acostarse antes.

Avance de Fase de la Hora de Levantarse. Cuando el paciente se levanta de la cama antes de la hora prescrita (p.ej., 5:00 en lugar de 6:00), pero cuando el paciente trataba de dormir hasta las 6:00, el TC en este caso se basa en la HPL

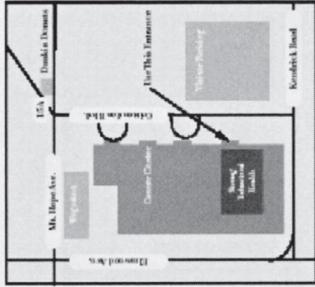
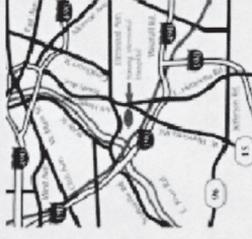
y seguiría siendo de 6 horas. Esto se debe a que el intento consistía en ser capaz de dormir 360 minutos, pero no se ha logrado. Si se realizara una interpretación literal del TC en este caso, se obtendría una eficiencia de sueño del 100%, que obviamente no sería una representación idónea de lo ocurrido. En realidad, el paciente se despertó demasiado temprano y estaba experimentando insomnio terminal. La valoración, en este caso, debería efectuarse sólo sobre la base de la eficiencia de sueño. Por otra parte, si en una noche o serie de noches particulares el paciente fija su despertador para levantarse a las 5:00 de la mañana porque necesite hacerlo (trate de hacerlo, p.ej., para coger un vuelo), entonces el TC sólo sería de 5 horas, porque en este caso el paciente trataba o tenía la intención de despertarse a las 5:00. La eficiencia de sueño en este caso también podría ser “artificialmente” alta y es posible que el terapeuta desee comprobar cómo funciona el paciente con el horario propuesto de 24:00 a 6:00, antes de proceder con la valoración al alza.

El Retraso de Fase de la Hora de Levantarse. En el caso de un retraso a la hora de levantarse de la cama, cuando el paciente se levanta más tarde de la hora prescrita (p.ej., a las 7:00 en lugar de a las 6:00), el TC se basa en la HPL (7 horas). Al igual que con el avance a la hora de acostarse, este escenario es más complejo porque el paciente puede que haya logrado “engañar” satisfactoriamente. Si el paciente ha “engañado” satisfactoriamente (si se logra una $ES > 90\%$), entonces la valoración al alza podría producirse a partir del nuevo límite de las 7:00. Si el paciente no ha tenido éxito en su intento de “engañar” ($ES < 90\%$), entonces vuelve a haber dos opciones: (1) recalcular la HPL sobre la base de tiempo medio de sueño total real o (2) reiniciar la TRS con el horario de sueño originalmente prescrito.

Calcular el TC con las Instrucciones del Control de Estímulos. La práctica de las instrucciones de la TCE genera otra fuente de ambigüedad potencial con respecto al denominador (TC) apropiado que deberá usarse para calcular la eficiencia de sueño. Esto es, si el paciente cumple la TCE, ¿cómo se incluye en el cálculo del TC el tiempo que pasa fuera de la cama? Por ejemplo, el horario de sueño que se establece es de 24:00 (medianoche) a las 6:00 y el paciente practica apropiadamente la TCE y sale de la cama durante 60 minutos a lo largo del curso de la noche. En este caso, el denominador sería 360 minutos incluso aunque el paciente no haya permanecido técnicamente en la cama todos los 360 minutos. Esto se debe, una vez más, a que el paciente trataba o pretendía permanecer 360 minutos, pero no lo logró. Así pues, el paciente muestra insomnio y seguir manteniendo literal la interpretación del TC nos llevaría a malinterpretar este hecho. La valoración en este caso debería basarse sólo en la eficiencia de sueño.

2

Ejemplo de catálogo clínico



POR QUÉ NUESTRO SERVICIO ES EXCLUSIVO

Nuestro programa está dirigido por un reconocido especialista en Medicina Conductual del Sueño, miembro fundador de la Comisión de Medicina Conductual del Sueño de la Academia Americana de Medicina del Sueño. Es también miembro del equipo de dirección de la revista *Medicina Conductual de Sueño* y editor del manual *Teoría y Práctica* sobre la Medicina Conductual del Sueño.

Nuestra práctica se deriva de un programa fundado colegiadamente por el gobierno federal y la industria farmacológica a fin de desarrollar la investigación que nos permita una mejor comprensión del insomnio y del mejor modo de tratarlo.

Nuestros profesionales, todos ellos colegiados en esta especialidad, se han formado y han desarrollado sus prácticas con métodos que producen resultados demostrados.

Nuestra atención clínica (tanto en términos de satisfacción del paciente como de resultados del tratamiento) se evalúa anualmente para que podamos ofrecerle una atención clínica de la más alta calidad.

Dr. Michael J. Perlis

Director del Laboratorio de Investigación del Sueño, Director del Servicio de Medicina Conductual del Sueño, Profesor asociado de Psiquiatría y del Programa de Neurociencias en la Universidad de Rochester.

Dr. Michael T. Smith

Profesor asistente de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta en la Escuela Universitaria de Medicina Johns Hopkins, Experto en Medicina Conductual del Sueño reconocido por la Academia Americana de Medicina del Sueño.

Carla Jungquist

Profesional en Enfermería de Familia especializada en el dolor y el sueño, Miembro del Servicio de Medicina Conductual del Sueño, Asesora médica en el Laboratorio de Investigación del Sueño de Rochester.

Dr. Donn Posner

Profesor asistente de Psiquiatría y Conducta Humana en la Escuela Médica Brown, Director del Programa de Medicina Conductual del Sueño en el Centro de Trastornos del Sueño de Providence Rhode Island, Miembro de la Academia Americana de Medicina del Sueño.

¿NO DUERME?

Disponemos de un programa especialmente diseñado para usted.

Servicio de Medicina Conductual del Sueño & Clínica de Insomnio del Centro Médico de la Universidad de Rochester

Dirección:
Servicio de Medicina Conductual del Sueño & Clínica de Insomnio
Centro Médico de la Universidad de Rochester
601 Elmwood Avenue - Box Psych
Rochester, New York 14642

585-275-4901

Este servicio clínico está afiliado al Laboratorio de Investigación del Sueño de la Universidad de Rochester
www.ursl.com



¡USTED NO ES EL ÚNICO!

Más de una de cada cuatro personas padecen insomnio de cuando en cuando y más de una de cada diez padecen una forma crónica del trastorno. A pesar de la prevalente creencia de que el insomnio no es un problema grave, existen pruebas que demuestran que el insomnio persistente que no sea tratado se asocia con:

- Reducción de la calidad de vida
- Ejecución laboral pobre
- Aumento en número de accidentes
- Riesgo de enfermedades médicas
- Riesgo de enfermedades psiquiátricas

Afortunadamente disponemos del modo de ayudar al 10-20% de las personas que padecen insomnio. Avances recientes en Medicina del Sueño permiten a los expertos en esta disciplina ayudar a la mayoría de las personas que presentan dificultades para dormir, incluso sin recurrir a la medicación.

¿QUÉ TIPO DE PROBLEMAS DE SUEÑO TRATAMOS?

Evaluamos y tratamos a pacientes con dificultad para conciliar el sueño, dificultad para mantener el sueño o dificultad para mantener unos horarios de sueño que le permitan funcionar debidamente durante la jornada laboral.

Estamos especializados también en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sueño asociados con:

- Pesadillas y terrores nocturnos
- Jet lag
- Secundarios al dolor crónico, cáncer y depresión y/o ansiedad

Ofrecemos tratamientos alternativos para los pacientes que padecen apnea obstructiva del sueño.



Aunque estemos especializados en trastornos adultos del sueño, los niños y adolescentes también son bienvenidos al centro.

¿CÓMO SE PROCEDE EN LA CLÍNICA DE INSOMNIO?

La evaluación de su sueño conllevará una serie de procedimientos. Comienza con una consulta inicial durante la cual se le pedirá que cumplimente una serie de cuestionarios y que se someta a una entrevista clínica. Esta información nos ayudará a evaluar los factores que influyen sobre su sueño y sobre su funcionamiento diurno.

Tras estas evaluaciones, revisaremos con usted y con su médico de atención primaria nuestras recomendaciones. El tratamiento de seguimiento podrá llevarse a cabo en nuestra clínica o por su médico de atención primaria, dependiendo de la naturaleza de la intervención.

¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO SE PUEDE OBTENER?

Para los pacientes con insomnio primario o secundario, la primera línea de intervención suele ser de carácter conductual. El tratamiento conductual se basa en el concepto de que el insomnio crónico (de duración mayor a 4 semanas) se mantiene mediante diversos factores físicos y conductuales que poco o nada tienen que ver con el insomnio agudo (de uno o dos días). Los factores que mantienen el insomnio crónico son el objetivo de nuestro tratamiento.

Los estudios clínicos han demostrado que el tratamiento conductual para el insomnio es efectivo en la producción de resultados duraderos que son equivalentes o incluso mejores que los producidos por los somníferos.

Se requieren entre cinco y ocho sesiones semanales para lograr que las personas comiencen a dormir bien y para ayudarles a que sigan durmiendo bien. Se añaden recomendaciones de seguimiento para garantizar que se mantienen los resultados.

En algunos casos, se pueden efectuar estudios de sueño en laboratorios y/o recomendar medicación. En todos los casos, trabajaremos en estrecha colaboración con el médico de atención primaria del paciente para garantizar un servicio coordinado.



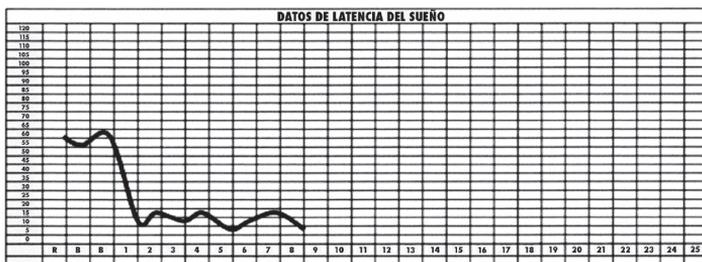
¿POR DÓNDE EMPIEZO?

Se pueden solicitar consultas en el Servicio de Medicina Conductual del Sueño y Clínica del Insomnio llamando al número 585-275-4901

3

Ejemplo de gráficos de tratamiento

NOMBRE DEL PACIENTE:..... NÚMERO DEL PACIENTE:.....



Nota: Estos gráficos se rellenan semanalmente a mano. En este ejemplo, los valores semanales no se codifican a lo largo de la abscisa. La codificación mediante valores numéricos facilita la revisión del gráfico con fines de evaluación de los programas anuales.

Señale los que procedan:

Lesión cerebral	Colitis	Neumonía
Hemorragia	Estreñimiento	Tuberculosis
Meningitis	Úlcera gástrica	Cáncer
Migraña	Úlcera sangrante	Diabetes
Esclerosis múltiple	Pancreatitis	Problemas tiroideos
Parkinson	Molestias gástricas	Obesidad
Convulsiones	Reflujo esofagal	Gota
Ataques	Cistitis	Artritis
Dolor de pecho	Piedras en riñón	Fibromialgia
Arritmia cardiaca	Menopausia	VIH
Fallo cardiaco	Quiste de ovario	Soriasis
Angina de pecho	Inflamación pélvica	Sarpullidos
Problemas de visión	Problemas de riñón	Problemas dentales
Coágulos sanguíneos	Trastornos sanguíneos	Rechinar de dientes
Asma	Dolor crónico	Apnea del sueño
Síndrome de piernas inquietas	Hepatitis	Problemas hepáticos

Otros: _____

Anótense las intervenciones quirúrgicas y fechas: _____

4c

Listado de comprobación de síntomas de trastornos del sueño

SÍNTOMAS DE TRASTORNOS DEL SUEÑO-CL	Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Con frecuencia
Necesito 30 minutos o más para conciliar el sueño					
Me despierto durante 30 minutos o más durante la noche					
Me despierto 30 minutos o antes de que suene el despertador					
Prefiero acostarme temprano (antes de las 10) y levantarme temprano (antes de las 5:30)					
Prefiero acostarme tarde (después de la 1) y levantarme tarde (después de las 9)					
Soy propenso a dormirme en momentos y lugares inapropiados					
Por la mañana me despierto con dolores de cabeza					
Por la mañana me despierto con sequedad de boca					
Ronco					
Mis ronquidos son tan altos que mi pareja se queja					
Me despierto tratando de respirar o tomar aire					
Mi pareja ha observado que en algunos momentos parece que dejo de respirar					

Percibo sensaciones incómodas en las piernas					
Al anochecer mis piernas parecen "inquietas"					
A menudo siento que necesito levantarme y dar un paseo					
Me han dicho que tengo un sueño muy inquieto					
Mi pareja se queja de que me muevo mucho por la noche					
Cuando me excito (p.ej., por ira o por alegría), me siento físicamente débil					
Cuando estoy a punto de dormirme, experimento sueños amedrentadores a modo de imágenes					
Cuando me despierto, experimento sueños amedrentadores a modo de imágenes					
Cuando me despierto, siento que no puedo moverme					
Sufro pesadillas, sobre todo durante la primera mitad de la noche					
Sufro pesadillas, sobre todo durante la segunda mitad de la noche					
Sin razón alguna, me despierto repentinamente y percibo una sensación de terror					

4d Listado de comprobación del contexto del sueño

CUESTIONARIO SOBRE AMBIENTE DE SUEÑO

1. Hago uso del despertador cinco o más días por semana

Verdadero

Falso

No aplicable

2. Mantengo tan baja la temperatura de la habitación que necesito dos o más mantas en la cama para poder dormir bien

Verdadero

Falso

No aplicable

3. Las cortinas y persianas de la habitación son tan efectivas que, aunque haya amanecido, la habitación permanece a oscuras.

Verdadero

Falso

No aplicable

4. He gastado una buena cantidad de tiempo y dinero para garantizar que el colchón y almohadas de la cama son las idóneas para mí.

Verdadero

Falso

No aplicable

5. Durante la noche mi habitación permanece tan bien aislada que rara vez se oye algún sonido de los vecinos, de la carretera, etc.

Verdadero

Falso

No aplicable

6. Los ruidos derivados de los radiadores, suelos, etc. son tan imperceptibles que rara vez soy consciente de ellos.

Verdadero

Falso

No aplicable

7. Mi casa es un lugar seguro. Mi pareja y/o animal de compañía y/o las cerraduras y el sistema de alarma y/o el interés y apoyo de los vecinos me proporciona el nivel de tranquilidad suficiente como para no necesitar preocuparme por mi seguridad durante la noche.

Verdadero

Falso

No aplicable

8. Tres o más noches por semana me dedico a realizar algunas de las siguientes actividades en la habitación: ver la televisión, leer, planificar, preocuparme, trabajar, limpiar o comer.

Verdadero

Falso

No aplicable

9. Mis animales de compañía rara vez impiden que me duerma o me despiertan durante la noche.

Verdadero

Falso

No aplicable

10. El horario de sueño o hábitos en la cama de mi pareja (leer, moverse, tirar de las mantas, roncar, etc.) rara vez dificultan mi sueño.

Verdadero

Falso

No aplicable

11. Los horarios de sueño o hábitos nocturnos de mis hijos/hijas rara vez dificultan mi sueño.

Verdadero

Falso

No aplicable

4e Índice de motivación para el cambio

ÍNDICE DE MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO

1. A consecuencia de mi insomnio no puedo (elabore un listado):

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. Si existiera un tratamiento que pudiéramos usar para resolver su insomnio, a partir de mañana, ¿en qué aspectos mejoraría su vida?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

3. Si existiera un tratamiento que pudiéramos usar para resolver su insomnio, ¿cuántas horas por semana estaría dispuesto a invertir en el proceso?

____1 hora ____2 horas ____4 horas ____8 horas ____10 horas

4. Si existiera un tratamiento que pudiéramos usar para resolver su insomnio, PERO requiriera tiempo, ¿cuánto tiempo estaría dispuesto a esperar?

____1 semana ____2 semanas ____4 semanas ____8 semanas ____10 semanas

5. Si existiera un tratamiento que pudiéramos usar para resolver su insomnio, PERO para mejorar necesitaría empeorar antes, ¿cuánto peor podría estar?

_____10% _____20% _____40% _____80% _____100%

6. Para que tenga un impacto real sobre su vida, ¿qué mejoría representaría un logro real?

_____10% _____20% _____40% _____80% _____100%

5

Diario de sueño de un único día

DIARIO DE SUEÑO DE LA CLÍNICA DE SUEÑO Y CENTRO DE CRONOBIOLOGÍA DE PITTSBURGH

Mantenga este cuadernillo sobre la mesa de noche, de modo que pueda cumplimentarlo a última hora de la noche y a primera hora de la mañana. El cuadernillo consta de 14 hojas, una para cada noche de sueño. Por favor, rellene la mitad izquierda a última hora por la noche y la mitad derecha a primera hora por la mañana. Sabemos que las estimaciones de tiempo para conciliar el sueño o del tiempo que ha permanecido despierto durante la noche no van a ser exactas, trate de hacerlo lo mejor que pueda.

Al responder a las preguntas relativas a cómo ha dormido, su nivel de alerta o estado anímico al despertarse, considere la línea que le represente. Ponga una señal en algún punto de esa línea para representar sus sentimientos en ese momento. Recurrimos a una línea para evitar las respuestas de “sí” o “no”, pero puede añadir cualquier otra respuesta. Por favor, trate de usar toda la escala sin limitar sus respuestas a uno u otro extremo de la escala.

NOMBRE: _____

DIARIO DE
SUEÑO

HORA DE
ACOSTARSE

MANTÉNGASE PRÓXIMO
A LA CAMA

Cumplimente esta parte a última hora de la noche.

Día _____ Fecha _____

A qué hora ha: (si no procede, responda “no”)

Desayunado _____ Comido _____ Cenado _____

¿Cuántos de los siguientes ha consumido durante cada uno de los intervalos? (si no procede, deje en blanco)

	Antes o durante el desayuno	Tras el desayuno antes/ con la comida	Tras la comida antes/ con la cena	Tras la cena
Bebidas con cafeína	_____	_____	_____	_____
Bebidas alcohólicas	_____	_____	_____	_____
Cigarrillos	_____	_____	_____	_____
Cigarros/puros /parches (tabaco de mascar)	_____	_____	_____	_____

¿Qué medicamentos ha tomado hoy? (prescritos o por decisión propia)

Nombre	Hora	Dosis
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Qué ejercicio físico/deporte ha efectuado hoy? Si no ha hecho nada, marque aquí

Hora de comienzo_____ Hora de finalización_____ Tipo_____

Hora de comienzo_____ Hora de finalización_____ Tipo_____

¿Cuántas veces ha dormitado durante el día?

(Si no lo ha hecho, responda 0) _____ señale los tiempos de cada una:

comienzo_____ final_____ comienzo_____ final_____

**DIARIO DE SUEÑO DE LA CLÍNICA DE SUEÑO
Y CENTRO DE CRONOBIOLOGÍA DE PITTSBURGH**

DIARIO DE
SUEÑO

HORA DE
ACOSTARSE

MANTÉNGASE PRÓXIMO
A LA CAMA

Cumplimente esta parte a primera hora por la mañana.

Día _____ Fecha _____

Me acosté a las _____

Apegué la luz a las _____

Minutos hasta dormirme _____

Finalmente me he despertado a las _____

Me he despertado (señale el que proceda):

Despertador/radio despertador

Me ha despertado la persona a quien se lo pedí

Por ruidos

Me he despertado sin más

Tras conciliar el sueño, durante esta noche me he despertado el siguiente número de veces (rodee con un círculo el número apropiado)

0 1 2 3 4 5 o más

Cantidad total de minutos que he permanecido despierto _____

- me he despertado para ir al baño (rodee el n° de veces)

0 1 2 3 4 5 o más

- me he despertado por ruidos/niños/pareja (rodee el n° de veces)

0 1 2 3 4 5 o más

- me he despertado por alguna incomodidad o molestia física
(rodee n° de veces)

0 1 2 3 4 5 o más

- me he despertado sin motivo (rodee n° de veces)

0 1 2 3 4 5 o más

Valoraciones (coloque una señal a lo largo de la línea):

Calidad de Sueño:

Muy mala _____ Muy buena

Estado anímico al levantarme por la mañana:

Muy tenso _____ Muy calmado

Alerta al levantarme por la mañana:

Muy somnoliento _____ Muy despejado

6

Diario de sueño semanal

NOMBRE _____

FECHA _____

CUPLIMENTE INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LEVANTARSE

	LUN	MART	MIÉR	JUEV	VIER	SÁB	DOM	MEDIA
HORA DE ACOSTARSE (HORA DE RELOJ)								
HORA LEVANTARSE (HORA DE RELOJ)								
HORA ACOSTARSE (DEV 11)								
HORA DE LAVANTARSE (DEV 7)								
LS TIEMPO PARA CONCILIAR SUEÑO (MIN)								
NOA NÚMERO DE DESPERTARES (Nº)								
DTCS CANTIDAD DE TIEMPO DESPIERTO (min.)								
TTFC TIEMPO TOTAL FUERA DE LA CAMA (min.)								
TTS TIEMPO TOTAL DE SUEÑO								

A partir de esto se calculan ES y TC

**CUMPLIMENTE INMEDIATAMENTE ANTES DE ACOSTARSE
EN RELACIÓN A CÓMO SE HA SENTIDO HOY:**

	LUN	MART	MIÉR	JUEV	VIER	SÁB	DOM			MEDIA
DÍA TÍPICO (SÍ/NO)**										
FATIGA (NINGUNA 0_1_2_3_4_5 MUCHA)										
ESTRÉS (NINGUNO 0_1_2_3_4_5 MUCHO)										
ALERTA (NINGUNA 0_1_2_3_4_5 MUCHA)										
CONCENTRACIÓN (NINGUNA 0_1_2_3_4_5 MUCHA)										
ESTADO ANÍMICO (MALO 0_1_2_3_4_5 BUENO)										
TIEMPO DESTINADO A EJERCICIO FÍSICO (min.)										
TIEMPO PASADO AL AIRE LIBRE (min.)										
Nº BEBIDAS ALCOHÓLICAS										
PRESCRIPCIONES HOY (SÍ/NO)										
AUTO-MEDICACIÓN HOY (SÍ/NO)										
DOLOR HOY (NINGUNO 0_1_2_3_4_5 MUCHO)										
SALUD (ME SIENTO BIEN 0_1_2_3_4_5 MAL)										
MESTRÚO HOY (SÍ/NO)										
DOLOR MENSTRUAL (ME SIENTO BIEN 0_1_2_3_4_5 MAL)										

** Por favor indique en el anverso de esta página por qué cualquiera de los días no ha sido un día típico y/o qué medicaciones ha tomado cada día.

Bibliografía

1. Morin, C.M.; Culbert, J.P.; Schwartz, S.M. Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *Am J Psychiatry* 1994; 151(8): 1172-1180.
2. Murtagh DR, Greenwood KM. Identifying effective psychological treatments for insomnia: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63(1):79-89.
3. Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial [see comments]. *JAMA* 1999; 281(11):991-999.
4. Smith MT, Perlis ML, Park A, et al. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *Am J Psychiatry* 2002; 159(1):5-11.
5. Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke RA, Marsh GR, Quillian RE. Cognitive behavioral therapy for treatment of chronic primary insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285(14):1856-1864.
6. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization, 1992.
7. American Psychological Association. *DSM-IV*. 4 ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
8. American Sleep Disorders Association. *The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual-Revised*. Rochester, MN: American Sleep Disorders Association, 1997.
9. Lichstein KL, Durrence HH, Riedel BW, Taylor DJ, Bush AJ. Epidemiology of sleep: Age, gender, and ethnicity. Mahwah, NJ: Erlbaum, 2002.
10. Perlis ML, Smith MT, Orff HJ, Andrews PJ, Giles DE. Beta/Gamma EEG activity in patients with primary and secondary insomnia and good sleeper controls. *Sleep* 2001; 24(1):110-117.

11. Merica H, Blois R, Gaillard JM. Spectral characteristics of sleep EEG in chronic insomnia. *European Journal of Neuroscience* 1998; 10:1826-1834.
12. Merica H, Gaillard JM. The EEG of the sleep onset period in insomnia: a discriminant analysis. *Physiol Behav* 1992; 52(2):199-204.
13. Freedman R. EEG power in sleep onset insomnia. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology* 1986; 63:408-413.
14. Lamarche CH, Ogilvie RD. Electrophysiological changes during the sleep onset period of psychophysiological insomniacs psychiatric insomniacs, and normal sleepers. *Sleep* 1997; 20(9):724-733.
15. Hall M, Buysse DJ, Nowell PD, et al. Symptoms of stress and depression as correlates of sleep in primary insomnia. *Psychosom Med* 2000; 62(2):227-230.
16. Perlis ML, Giles DE, Mendelson WB, Bootzin RR, Wyatt JK. Subjective-objective discrepancies in psychophysiological insomnia: A neurocognitive perspective. *J Sleep Res* 1997; 6:179-188.
17. Spielman A, Caruso L, Glovinsky R A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr Clin North Am* 1987; 10(4):541-553.
18. Bootzin RR. Stimulus control treatment for Insomnia. *Proceedings, 80th Annual Convention, APA* 1972;395-396.
19. Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep* 1987; 10:45-56.
20. Smith MT, Perlis ML, Giles DE, Pennington JY. Behavioral treatment vs pharmacotherapy for Insomnia-A comparative meta-analyses. *American Journal of Psychiatry*. 159: 5-11. 2002.
21. Chesson AL, Jr., Anderson WM, Littner M, et al. Practice parameters for the nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine report. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine [In Process Citation]. *Sleep* 1999; 22(8):1128-1133.
22. Chesson A, Jr., Hartse K, Anderson WM, et al. Practice parameters for the evaluation of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine report. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine [In Process Citation]. *Sleep* 2000; 23(2):237-241.
23. Bootzin RR, Epstein D, Ward JM. Stimulus control instructions. In: Hauri P, editor. *Case Studies in Insomnia*. New York, NY. Plenum Press, 1991: 19-28.
24. Morin CM. *Insomnia: Psychological Assessment and Management*. New York, NY- Guilford Press, 1993.
25. Shoham-Salomon V, Rosenthal R. Paradoxical interventions: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55:22-28.
26. Harvey AG, Payne S. The management of unwanted pre-sleep thoughts in insomnia: distraction with imagery versus general distraction. *Behav Res Ther* 2002; 40(3):267-277.

27. Buysse DJ, Perlis ML. The evaluation and treatment of insomnia. *Journal of Prac Psych and Behav Health* 1996; March:80-93.
28. Lichstein KL, Riedel BW, Wilson NM, Lester KW, Aguillard RN. Relaxation and sleep compression for late-life insomnia: a placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69(2):227-239.
29. Haynes SN, Woodward S, Moran R, Alexander D. Relaxation treatment of insomnia. *Behavior Therapy* 1974; 5:555-558.
30. Freedman R, Papsdorf JD. Biofeedback and progressive relaxation treatment of sleep-onset insomnia: a controlled, all-night investigation. *Biofeedback & Self Regulation* 1976; 1(3):253-271.
31. Bootzin RR. Evaluation of stimulus control instructions, progressive relaxation, and sleep hygiene as treatments for insomnia. In: Koella WP, Ruther E, Schulz H, editors. *Sleep*. Stuttgart, Germany: Gustav Fischer Verlag, 1984: 142-144.
32. Borkovec TD, Fowles DC. Controlled investigation of the effects of progressive and hypnotic relaxation on insomnia. *J Abnorm Psychol* 1973; 82(1):153-158.
33. Wehr TA, Sack DA, Rosenthal NE. Antidepressant effects of sleep deprivation and phototherapy. *Acta Psychiatr Belg* 1985; 85(5):593-602.
34. Terman M, Schlager DS. Twilight therapeutics, winter depression, melatonin. and sleep. [References]. In: J.M., R.G., editors. *Sleep and biological rhythms: Basic mechanisms and applications to psychiatry*. New York, NY, US: Oxford University Press, 1990: 113-128.
35. Czeisler CA, Kronauer RE, Mooney JJ, Anderson JL, Allan JS. Biologic rhythm disorders, depression, and phototherapy. A new hypothesis. [Review]. *Psychiatr Clin North Am* 1987; 10(4):687-709.
36. Chesson AL, Jr., Littner M, Davila D, et al. Practice parameters for the use of light therapy in the treatment of sleep disorders. Standards of Practice Committee, American Academy of Sleep Medicine. *Sleep* 1999; 22(5):641-660.
37. Cooke KM, Kreydatus MA, Atherton A, Thoman EB. The effects of evening light exposure on the sleep of elderly women expressing sleep complaints. *J Behav Med* 1998; 21(1):103-114.
38. Sedgwick PM. Disorders of the sleep-wake cycle in adults. *Postgrad Med J* 1998; 74(869):134-138.
39. Turek FW Introduction to Chronobiology: Sleep and the Circadian Clock. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. Philadelphia, PA: W B. Saunders Co., 2000:319-320.
40. Czeisler CA, Khalsa BS. The Human Circadian Timing System and Sleep/Wake Regulation. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. Philadelphia, PA: W B. Mason Co., 2000: 353-376.
41. Turek FW Introduction: Disorders of Chronobiology. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. Philadelphia, PA: WB. Mason Co., 2000:589-590.

42. Baker SK, Zee PC. Circadian Disorders of the Sleep-Wake Cycle. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. Philadelphia, PA: WB. Mason Co., 2000:606-614.
43. Kayumov L, Hawa R, Lowe A, Levin Y, Golbin A, Shapiro CM. Increases in evening- and night-time melatonin levels following brain music therapy for anxiety-associated insomnia. *Sleep* 2003; 26(Suppl):A99.
44. Bastien CH, Morin CM, Bouchard S et al. Cognitive-Behavioral Treatment of Insomnia: Individual, Group, and Phone Therapy. *Sleep* 1999; 22(Suppl.): C250.K3.
45. Lichstein KL, Durrence HH, Bayen UJ, Riedel BW. Primary versus secondary insomnia in older adults: subjective sleep and daytime functioning. *Psychol Aging* 2001; 16(2):264-271.
46. McCrae CS, Lichstein KL. Secondary insomnia: diagnostic challenges and intervention opportunities. *Sleep Med Rev* 2001; 5(1):47-61.
47. Lichstein KL, Durrence HH, Bayen UJ, Riedel BW. Primary versus secondary insomnia in older adults: subjective sleep and daytime functioning. *Psychol Aging* 2001; 16(2):264-271.
48. Lichstein KL, Wilson NM, Johnson CT. Psychological treatment of secondary insomnia. 2000. Ref Type: Unpublished Work
49. Perlis ML, Sharpe M, Smith MT, Greenblatt D, Giles D. Behavioral treatment of insomnia: treatment outcome and the relevance of medical and psychiatric morbidity. *J Behav Med* 2001; 24(3):281-296.
50. Dashevsky BA, Kramer M. Behavioral treatment of chronic insomnia in psychiatrically ill patients. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(12):693-699.
51. Morin CM, Kowatch RA, Wade JB. Behavioral management of sleep disturbances secondary to chronic pain. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry* 1989; 20(4):295-302.
52. Currie SR, Wilson KG, Pontefract AJ, deLaplante L. Cognitive-behavioral treatment of insomnia secondary to chronic pain. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(3):407-416.
53. Savard J, Morin CM. Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *J Clin Oncol* 2001; 19(3):895-908.
54. Savard J, Simard S, Blanchet J, Ivers H, Morin CM. Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. *Sleep* 2001; 24(5):583-590.
55. Perlis ML, Giles DE, Mendelson WB, Bootzin RR, Wyatt JK. Psychophysiological insomnia: the behavioural model and a neurocognitive perspective. *J Sleep Res* 1997; 6:179-188.
56. Perlis ML, Merica H, Smith MT, Giles DE. Beta EEG in insomnia. *Sleep Medicine Reviews* 2001; 5(5):365-376.
57. Perlis ML, Smith MT, Orff HJ, Enright T, Nowakowski S, Jungquist C, Plotkin K. The Effects of Modafinil and CBT on Sleep Continuity in Patients with Primary Insomnia. *Sleep* 2004; 27(4):715-725.
58. Lichstein KL, Peterson BA, Riedel BW, Means MK, Epperson MT, Aguiard RN. Relaxation to assist sleep medication withdrawal. *Behav Modif* 1999; 23(3):379-402.

59. Tabloski PA, Cooke KM, Thoman EB. A procedure for withdrawal of sleep medication in elderly women who have been long-term users. *J Gerontol Nurs* 1998; 24(9):20-28.
60. Wright Jr KP, Hughes RJ, Kronauer RE, Dijk DJ, Czeisler CA. Intrinsic near24-hour pacemaker period determines limits of circadian entrainment to a weak synchronizer in humans. *Proc Natl Aca Sci USA* 2001; 98(24):14027-14032.
61. Boivin DB, Duffy JF, Kronauer RE, Czeisler CA. Dose-response relationships for resetting of human circadian clock by light. *Nature* 1996; Feb 8; 379(6565): 540-542.
62. Boivin DB, Duffy JF, Kronauer RE, Czeisler CA. Sensitivity of the human circadian pacemaker to moderately bright light. *J Biol Rhythms* 1994; 9(3-4):315-331.
63. Riedel BW, Lichstein KL. Strategies for evaluating adherence to sleep restriction treatment for insomnia. *Behav Res & Therapy* 2001; 39:201-212.
64. Borkovec T, Grayson J, O'Brien G, Weerts T. Relaxation treatment of pseudoinsomnia and isopathic insomnia: an encephalographic evaluation. *Journal of Applied Behavioral Analysis* 1979; 12:37-54.
65. Lack LC, Bootzin RR. Circadian Rhythm Factors in Insomnia and Their Treatment. In: Perlis ML, Lichstein KL, editors. *Treating Sleep Disorders: Principles and Practice of Behavioral Sleep Medicine*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, Inc., 2003: 305-343.
66. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press, 1979.
67. Barlow DH, CMG, Cerny JA, KJS. Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy* 1989; 20(2).
68. Perlis M, Aloia M, Millikan A et al. Behavioral treatment of insomnia: A clinical case series study. *J Behav Med* 2000; 23(2):149-161.
69. Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57(3):414-419.
70. Albano AM, Marten PA, Holt CS, Heimberg RG, Barlow DH. Cognitive-behavioral - group treatment for social phobia in adolescents. A preliminary study. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183(10):649-656.
71. Barlow DH. Cognitive-behavioral approaches to panic disorder and social phobia. *Bull Menninger Clin* 1992; 52(2 Suppl A):A14-A28.
72. Harvey L, Inglis SJ, Espie CA. Insomniacs' reported use of CBT components and relationship to long-term clinical outcome. *Behav Res Ther* 2002; 40(1): 75-83.
73. Backhaus J, Hohagen F, Voderholzer U, Reimann D. Long-term effectiveness of a short-term cognitive-behavioral group treatment for primary insomnia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251(1):35-41.
74. Bastien CH, Fortier-Brochu E, Rioux I, LeBlanc M, Dayley M, Morin CM. Cognitive Performance and Sleep Quality in the Elderly Suffering From Chronic Insomnia Relationship Between Objective and Subjective Measures. *J Psychosom Res* 2003;(54):39-49.

75. Qin YL, McNaughton BL, Skaggs WE, Barnes CA. Memory reprocessing in corticocortical and hippocampocortical neuronal ensembles. *Philosophical transactions of the royal society of London. Biological Sciences* 1997; 352(13).
76. Winson J. *Brain and Psyche: The Biology of the Unconscious*. New York, NY. Doubleday and Company, 1985.
77. Winson J. The biology and function of REM sleep. *Current Opinion in Neurobiology* 1999; 3:1-6.
78. Plihal W, Born J. Memory consolidation in human sleep depends on inhibition of glucocorticoid release. *Neuroreport* 1999; 10(13):2741-2747.
79. Kramer M, Roth T. The mood regulating function of sleep. *1st Europ Congr Sleep Res* 1972;563-571.
80. Cartwright RD, Luten A, Young M, Mercer P, Bears M. Role of REM sleep and dream affect in overnight mood regulation: a study of normal volunteers. *Psychiatric Research* 1998; 81(1):1-8.
81. Perlis ML, Nielsen TA. Mood Regulation, Dreaming and Nightmares: Evaluation of a Desensitization Function of REM Sleep. *Dreaming* 1993; 3(4):243-257.
82. Adam K, Oswald I. Sleep is for tissue restoration. *J R Coll Physicians Lond* 1977; 11:376-388.
83. Ebert D, Kaschka WP, Schrell U. Human growth hormone before and after sleep deprivation. *European Psychiatry* 1992; 7(4):197.
84. Ambrosini PJ, Metz C, Bianchi MD, Rabinovich H, Undie A. Concurrent validity and psychometric properties of the Beck Depression Inventory in outpatient adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30(1):51-57.
85. Bumberry W, Oliver JM, McClure JN. Validation of the Beck Depression Inventory in a university population using psychiatric estimate as the criterion. *J Consult Clin Psychol* 1978; 46(1):150-155.
86. Robinson BE, Kelley L. Concurrent validity of the Beck Depression Inventory as a measure of depression. *Psychol Rep* 1996; 79(3 Pt 1):929-930.
87. Schotte CK, Maes M, Cluydts R, De Doncker D, Cosyns P. Construct validity of the Beck Depression Inventory in a depressive population. *J Affect Disord* 1997; 46(2):115-125.
88. de Beurs E, Wilson KA, Chambless DL, Goldstein AJ, Feske U. Convergent and divergent validity of the Beck Anxiety Inventory for patients with panic disorder and agoraphobia. *Depression & Anxiety* 1997; 6(4):140-146.
89. Osman A, Kopper BA, Barrios FX, Osman JR, Wade T. The Beck Anxiety Inventory: reexamination of factor structure and psychometric properties. *J Clin Psychol* 1997; 53(1):7-14.
90. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6):473-483.

91. McHorney CA, Ware JE, Jr., Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993; 31(3): 247-263.
92. Brazier JE, Harper R, Jones NM et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ* 1992; 305(6846):160-164.
93. Kerns RD, Turk DC, Rudy TE. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain* 1985; 23(4):345-356.
94. Turk DC, Rudy TE. Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: integration of psychological assessment data.
95. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28(2):193-213.
96. Bastien C, Vallieres, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for Insomnia research. *Sleep Medicine* 2001; 2:297-307.
97. Johns MW. Sleepiness in different situations measured by the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep* 1994; 17(8):703-710.
98. Smets EM, Garssen B, Bonke B, De Haes JC. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J Psychosom Res* 1995; 39(3):315-325.

Índice de materias

- Actigrafía, 72
- Activación condicionada, 40, 88
- Activación condicionada cognitiva, 87
- Activación fisiológica, 152, 157
- Adherencia, 123, 125, 129
- Alcohol, 52
- Alianza terapéutica, 62
- Análisis de contingencia, 69
- Ansiedad anticipatoria, 117
- Ansiedad de ejecución, 117
- Apnea obstructiva del sueño, 50, 91
- Arritmia circadiana, 152, 158
- Auto-informe, 187
- Auto-medicación, 86
- Cafeína, 52
- Comprensión del sueño, 56
- Condicionamiento clásico, 46, 108
- Condicionamiento instrumental, 45
- Consumo de sustancias, 159
- Continuidad del sueño, 34
- Control de estímulos, 40, 43, 201
- Creencias negativas, 161
- Definiciones más frecuentes de insomnio, 30
- Despertares tras la conciliación del sueño (DTCS), 50
- Diario de sueño, 68, 96, 183
- Dolencia subjetiva, 35
- Eficacia de sueño, 68, 86, 129
- Ejercicio físico, 51
- Emparejamientos estímulo-respuesta, 45
- Entrenamiento autogenético, 54
- Entrevista clínica, 80
- Estudio polisomnográfico (PSG), 29
- Etiología del insomnio, 37
- Evaluación clínica, 65
- Farmacoterapia, 92, 189
- Fatiga diurna, 34, 85
- Fototerapia, 55, 158
- Frecuencia de los despertares nocturnos (FDN), 68
- Higiene del sueño, 43, 50, 132
- Historia de condicionamiento, 44
- Homeóstasis del sueño, 84

- Ideación paradójica, 53
- Insomnio, 29, 85
 - crónico, 41, 43, 178
 - idiopático, 176
 - inicial, 31
 - intermedio, 31
 - paradójico, 74, 153
 - primario, 30
 - psicofisiológico, 30
 - terminal, 31
 - transitorio, 39, 87, 181
- Intervenciones alternativo-experimentales, 53
- Latencia de sueño (LS), 68
- Logros clínicos, 176
- Medicación hipnótica, 94
- Medicina del sueño, 60
- Medidas prospectivas, 68
- Modelo conductual del insomnio, 37
- Modelo diátesis-estrés, 38
- Molestias diurnas, 35
- Monoterapia, 44
- Neurofeedback, 57
- Oportunidad de sueño, 85
- Parasomnias, 47
- Pensamientos catastróficos, 165
- Percepción del sueño, 185
- Polisomnografía, 70
- Presión homeostática, 46, 50, 157
- Recaídas, 176
- Reestructuración cognitiva, 53, 128
- Registros clínicos, 64
- Regulación circadiana, 46
- Regulación homeostática, 46
- Relajación muscular progresiva, 54
- Resistencia, 201
- Respiración diafragmática, 54
- Restricción del sueño, 40, 46, 201
- Secuelas diurnas, 88
- Somnolencia diurna, 118
- Tabaco, 52
- Temperatura de la habitación, 51
- Tensión somatizada, 30
- Terapia de control de estímulos, 44
- Terapia de restricción de sueño, 43, 47
- Terapias adjuntas, 53
- Trastornos ocultos del sueño, 158

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

Dirigida por Beatriz Rodríguez Vega y Alberto Fernández Liria

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joseph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Leky.
9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. Un punto de vista experimental, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA, por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA. Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD, por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.^a Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES. Psicoterapia y personalidad, por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS. Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer. BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención, por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS. Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.

52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.
56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Thomas J. D'Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA. Su naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Los hechos, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. Causas, consecuencias y control, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. Introducción a la psicoética, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Principios y práctica eficaz, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. La aportación de E.T. Gendlin, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. Una nueva psicología de la conciencia y la moralidad, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS. Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. Mente y conducta, por M^a Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.

92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttmann.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por M^a Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: CÓMO AFRONTAMOS LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsky.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS
Vol 1. Con ejercicios del profesor
Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).

127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. Mc.Gorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL. Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA. El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.
134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoievitch.
135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA. Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.
138. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA PSICOSIS TEMPRANA. Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.
140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.
142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS, por Isabel Caro Gabalda.
143. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA. Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.
144. MANUAL PRÁCTICO DEL FOCUSING DE GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
145. EL VALOR DEL SUFRIMIENTO. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia, por Javier Castillo Colomer.
146. CONCIENCIA, LIBERTAD Y ALIENACIÓN, por Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Zuazu Castellano.
147. HIPNOSIS Y ESTRÉS. Guía para profesionales, por Peter J. Hawkins.
148. MECANISMOS ASOCIATIVOS DEL PENSAMIENTO. La "obra magna" inacabada de Clark L. Hull, por José M^a Gondra.
149. LA MENTE EN DESARROLLO. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser, por Daniel J. Siegel.
150. HIPNOSIS SEGURA. Guía para el control de riesgos, por Roger Hambleton.
151. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Modelos y tratamiento, por Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari.
152. EL YO ATORMENTADO. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica, por Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis y Kathy Steele.
153. PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA, por Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás.
154. INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL. El proyecto Aiglé 1977-2008, por Héctor Fernández-Álvarez.
155. MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo, por Mónica Ramírez Basco.
156. PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia, por Enrique Parada Torres (coord.)
157. VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas, por Andrew Gumley y Matthias Schwannauer.

158. AYUDA PARA EL PROFESIONAL DE LA AYUDA. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario, por Babette Rothschild.
159. TEORÍA DEL APEGO Y PSICOTERAPIA. En busca de la base segura, por Jeremy Holmes.
160. EL TRAUMA Y EL CUERPO. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia, por Pat Ogden, Kekuni Minton y Clare Pain.
161. INSOMNIO. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento, por Michael L. Perlis, Carla Jungquist, Michael T. Smith y Donn Posner.

Este libro se terminó de imprimir
en los talleres de RGM, S.A., en Urduliz,
el 9 de octubre de 2009.



La terapia cognitivo-conductual, que en una época fue considerada como un enfoque no convencional para el tratamiento del insomnio, ha sido aceptada como tratamiento empíricamente validado, basado en pruebas y generador de datos empíricos.

Tras una gran cantidad de experiencia de terapia efectiva durante años con la aplicación de este método, ha llegado la hora de crear un manual de tratamiento conciso y práctico que describa las razones y el modo del tratamiento y que sirva de guía para el profesional que desee organizar un centro de tratamiento basado en la terapia cognitivo-conductual. Este libro persigue dicho objetivo.

Este manual, sencillo y detallado, ha sido escrito a fin de que los profesionales y estudiantes de múltiples disciplinas comiencen el proceso de aprendizaje de una terapia cognitivo-conductual del insomnio empíricamente validada. Los autores aportan también informaciones útiles para que los profesionales médicos que practican una medicina conductual del sueño puedan refinar y/o ampliar sus estrategias. Por último, los autores desean ofrecer los mejores métodos de terapia estandarizada para quienes, en la actualidad, se hallen desarrollando prácticas o experiencias clínicas de tratamiento del insomnio.

ISBN: 978-84-330-2351-3



9 788433 023513

www.edescler.com



biblioteca de psicología

