



Universidad Internacional de La Rioja
Grado en Psicología

El tratamiento psicoterapéutico del insomnio: desde Freud hasta la higiene del sueño

Trabajo fin de grado presentado por: **Sara Clemente Luna**
Titulación: **Grado en Psicología**
Línea de investigación: **Tratamientos psicoterapéuticos**
Director/a: **Andrés Fernández Martín**

Madrid
12 de septiembre de 2019
Firmado por: **Sara Clemente Luna**

CATEGORÍA TESAURO: **3.4.4 Intervención Social**

RESUMEN

Lograr una adecuada cantidad y calidad de sueño es una necesidad fisiológica básica del ser humano. Desde la Antigüedad Clásica hasta nuestros días, lograr un adecuado descanso que permita el desempeño habitual de tareas, ha sido una de las máximas preocupaciones a la que se le ha podido poner remedio psicoterapéutico y farmacológico de manera efectiva muy recientemente. De hecho, el insomnio crónico tiene un impacto muy negativo en la salud integral física y psicológica de las personas. Pero sus consecuencias no se limitan al ámbito biológico, sino que también se extienden a las esferas académica, laboral, social y económica. Actualmente, su relevancia sociosanitaria es tal, que se ha convertido en uno de los trastornos del sueño más prevalentes en la población y un motivo de desvelo de la comunidad médica. Así, a pesar de que el sueño ha sido el estado fisiológico más estudiado de la historia, los grandes avances en materia de evaluación, diagnóstico y tratamiento de sus patologías son relativamente recientes y han sido el resultado de una eclosión de hallazgos científicos que han ido fraguándose centenares de años atrás. Este trabajo ofrece una visión panorámica de la concepción del insomnio a través de los siglos, incorporando los descubrimientos principales para su entendimiento, explicación y abordaje psicoterapéutico, que incluye el estudio de su etiología, sintomatología y valoración de las repercusiones individualizadamente.

Palabras Clave: Insomnio, Sueño, Trastornos del sueño, Medicina del sueño, Tratamiento Psicoterapéutico, Higiene del Sueño, Terapia Cognitivo-Conductual

ÍNDICE

RESUMEN

1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS	6
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1 EL SUEÑO Y LA NECESIDAD DE DORMIR	7
3.2 CONCEPTUALIZACIÓN DEL INSOMNIO	8
3.2.1 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL INSOMNIO	8
3.2.2 PREVALENCIA DEL INSOMNIO	10
3.2.3 EFECTOS DEL INSOMNIO EN LA SALUD	11
3.3 EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL INSOMNIO	13
4. EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO: DE LA EDAD ANTIGUA HASTA EL SIGLO XX	15
4.1 EDAD ANTIGUA (4.000 a.C. – S. V d.C.)	16
4.2 EDAD MEDIA (S. V – S. XV)	20
4.3 EDAD MODERNA: RENACIMIENTO Y BARROCO (FINALES S. XV - S.XVII)	21
4.4 EDAD CONTEMPORÁNEA	22
4.4.1 LA ILUSTRACIÓN (S.XVIII)	22
4.4.2 SIGLO XIX	23
5. EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO DURANTE EL SIGLO XX	26
5.1 PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX	26
5.2 SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX	31
6. EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO DURANTE EL SIGLO XXI	38
6.1 TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO	39
6.1.1 HIGIENE DEL SUEÑO	41
6.1.2 TÉCNICAS CONDUCTUALES	43
6.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL INSOMNIO	51
6.3 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO FRENTA AL FARMACOLÓGICO	52
7. CONCLUSIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
Anexos	70

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. CLASIFICACIÓN DEL INSOMNIO	9
TABLA 2. PASOS PARA LA EVALUACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO DEL INSOMNIO	13
TABLA 3. TEORÍAS PREDOMINANTES SOBRE EL INICIO DEL SUEÑO DURANTE EL SIGLO XIX	25
TABLA 4. COMPONENTES DE LA TCC Y TÉCNICAS MÁS EMPLEADAS EN EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO	41
TABLA 5. REGLAS DE HIGIENE DEL SUEÑO RECOMENDADAS	42
TABLA 6. HIPNÓTICO IDEAL SEGÚN EL TIPO DE INSOMNIO	52
TABLA 7. VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO FRENTE AL FARMACOLÓGICO	54

1. INTRODUCCIÓN

Dormir es una de las funciones fisiológicas vitales y básicas del ser humano. De hecho, las personas pasamos durmiendo cerca de un tercio de nuestra vida, porque durante el sueño se producen una gran cantidad de procesos celulares esenciales para reparar el organismo (Sociedad Española del Sueño, 2016).

Entre ellos, la reparación, la regeneración y la oxigenación celular, la eliminación de radicales libres que han sido acumulados durante el día, la regulación metabólica y endocrina o la consolidación de la memoria (Vassalli, 2009). Como vemos, el buen descanso tiene una importancia trascendental si queremos mantener la salud íntegra.

No obstante, las personas no dormimos igual todos los días. Dependiendo de múltiples factores internos y externos, podemos tener más o menos pesadillas, despertarnos antes de tiempo o simplemente notar que no hemos descansado profundamente. Sin embargo, si los problemas para dormir dejan de presentarse de manera residual y pasan a ser habituales, es importante evaluar la presencia de una patología del sueño.

Todos los trastornos del sueño tienen algo en común: que impiden disfrutar de un descanso reparador, con las subsecuentes consecuencias que ello conlleva y que afectan negativamente a todos los ámbitos de la vida de la persona.

Entre estas perturbaciones del sueño, el insomnio es el de mayor prevalencia en España (Ohayon y Sagales, 2010) y uno de los motivos de consulta mayoritarios en las unidades del sueño de medio mundo. En concreto, es un tipo de disomnias por el que la persona no puede iniciar o mantener el sueño durante una cantidad y calidad de tiempo no satisfactorias y que persisten durante un período considerable de tiempo (O.M.S., 1992).

La alta incidencia que tiene el insomnio en los países más desarrollados, así como los efectos tan negativos que tiene para la salud y la calidad de vida de las personas, hacen necesaria una mayor visibilidad de esta problemática. Morales (2009, p. 4) mantiene que “la calidad del sueño cumple un rol fundamental en la calidad de la vigilia, incidiendo en la salud”. En la misma línea, López de Castro et al. (2011) aseguran que la calidad de vida es significativamente menor para las personas con insomnio que para las que no lo tienen.

Esta importante repercusión obedece a los efectos que tiene esta patología en la vigilia del día siguiente a nivel biológico, físico y psicológico. Entre ellos, el deterioro del rendimiento académico o laboral, la disminución de la atención y de la capacidad de concentración, la alteración de la capacidad de juicio o del humor, tales como irritabilidad o fatiga (Morales, 2009).

Por eso, en la actualidad es considerado como una entidad clínica propia, con gran impacto en la población mundial y garante de un tratamiento por sí mismo, independientemente de sus causas de inicio, mantenimiento y cronificación.

Desgraciadamente, la etiología del insomnio suele ser multifactorial, pluricausal y, en múltiples ocasiones, es subyacente a otras patologías. De ahí la necesidad de que su abordaje sea multidisciplinar e individualizado para cada caso (Sociedad Española del Sueño, 2016).

“La función de la psicología en el estudio de la calidad de vida se centra en delimitar sus dominios, establecer sus determinantes, elaborar técnicas para su evaluación y determinar los programas de intervención en orden al logro de obtener un mejor nivel de calidad de vida, para el individuo y la sociedad” (Marín et al., 2008, p. 221).

Dada la importancia de la Psicología en la prevención, la promoción y el tratamiento de esta patología, es pertinente realizar un recorrido histórico sobre la historia del insomnio; desde su conceptualización hasta los diferentes tratamientos psicoterapéuticos que se han empleado para erradicarlo.

2. OBJETIVOS

El objetivo general del presente trabajo es la realización de un análisis de manera longitudinal acerca de los tratamientos psicoterapéuticos que durante el siglo pasado y parte del presente se han empleado para tratar de eliminar el insomnio. Se trata, por tanto, de confeccionar una revisión y recopilación de las intervenciones que han llevado a cabo los modelos psicoterapéuticos más relevantes en la historia de esta disciplina, desde la primera mitad del tercio del siglo XX hasta la segunda década del siglo XXI.

En cuanto a los objetivos específicos, este trabajo busca acercar a los pacientes, profesionales de la salud y al resto de la comunidad científica, los distintos tipos de tratamientos no farmacológicos y psicoterapéuticos que han existido y existen en la actualidad para tratar el insomnio.

Por otro lado, este trabajo pretende concienciar de la necesidad de seguir trabajando desde las instituciones sanitarias en la prevención de esta patología y en la promoción de un estilo de vida saludable.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 EL SUEÑO Y LA NECESIDAD DE DORMIR

Sueño, proveniente del latín *somnum*, es definido por la Real Academia de la Lengua Española, en su primera y cuarta acepciones, como el "acto de dormir" y la "gana de dormir", respectivamente (R.A.E, 2001).

En este sentido, dormir es un proceso fisiológico, cíclico, rítmico y de periodicidad circadiana, de importancia vital para el ser humano. Tal es así que, las repercusiones fisiológicas y psicológicas del buen descanso son cruciales para el mantenimiento de la salud, el bienestar físico y psicológico; y el desarrollo integral de las personas.

De hecho, la relación entre sueño normal y salud es bidireccional. Durante este proceso, el cuerpo humano realiza una gran cantidad de funciones fisiológicas esenciales para el equilibrio mental y corporal. Entre algunas de ellas, se encuentran el restablecimiento de la energía celular, la regulación térmica, metabólica o endocrina; o la consolidación de los recuerdos (Marín et al., 2008).

No obstante, además de todos estos procesos, la Sociedad Española del Sueño (SES) (2015) considera que la función principal del sueño es la del descanso. Se entiende, por tanto, que, a lo largo del estado de vigilia, se va acumulando cansancio, que es descargado posteriormente durante esta fase nocturna.

De lo que no cabe duda es que todas las personas pasan gran parte de su vida durmiendo, lo cual evidencia su manifiesta importancia. Sin embargo, las necesidades de sueño de cada una no son absolutas, sino que varían individualmente, en función de disímiles y múltiples factores. En este sentido, la SES (2015) considera que las variables derivadas de la voluntad individual (por ejemplo, quedarse trabajando hasta altas horas de la madrugada o el uso del despertador) son los más determinantes; si bien también contempla variables genéticas y relacionadas con el estilo de vida.

No obstante, la edad parece ser la variable más estable en la necesidad y en la arquitectura del sueño de cada persona. No en vano se debe considerar que esta fase de no vigilia se encuentra ligada a un proceso de restauración tras la actividad mental y/o física, y por tanto, está relacionado con el gasto energético diario (SES, 2015). De ahí que, por ejemplo, un recién nacido pueda llegar a dormir 16 horas; a un niño de 10 años, le sean gratas 10; mientras que a un adulto puedan bastarle con meramente 7.

Por eso, López de Castro (2011) discurre que el parámetro más fiable para determinar el número de horas de sueño que necesita cada persona es su grado de satisfacción al despertarse al día siguiente. Añade que es difícil parametrizar en términos de normalidad este estado, dado que "los aspectos fundamentales de calidad y cantidad están sometidos a la subjetividad individual" (p. 5). Se puede concluir así, que el tiempo ideal de

descanso para una persona es aquel que le permite llevar a cabo sus actividades con absoluta normalidad.

Actualmente, existe una tendencia a nivel mundial hacia una disminución de las horas de sueño. Esta reducción ha significado un aumento de la incidencia de trastornos del sueño (Carrillo-Mora, Ramírez-Peris, & Magaña-Vázquez, 2013); entre los que se encuentra el insomnio. Esta patología causa malestar significativo en las personas que lo sufren, en forma de síntomas a nivel físico, psicológico y conductual. Es precisamente en este trastorno en el que se ahondará en profundidad a continuación.

3.2 CONCEPTUALIZACIÓN DEL INSOMNIO

3.2.1 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL INSOMNIO

Para poder definir este término clínicamente, es necesario, en primer lugar, diferenciarlo de las formas de pérdida de sueño consideradas como voluntarias o impuestas. Estas son, la privación, la restricción o la fragmentación del sueño. Todas ellas causan alteraciones cognitivas en mayor o menor grado, pero no forman parte de la definición de este concepto (Carrillo-Mora et al., 2013).

El insomnio es el trastorno de sueño más frecuente en la población y una de las patologías clínicas más prevalentes en la sociedad (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria, 2009). Además, es uno de los principales y más habituales motivos de demanda de atención médica en las Unidades de Sueño y en Atención Primaria (AP; SES, 2015).

Esta patología está considerada como un trastorno primario del sueño (Morales, 2009). En concreto, y, al igual que la somnolencia diurna o la hipersomnia, es una disomnia, es decir, un “trastorno primariamente psicógeno, en el que la alteración predominante consiste en la afectación de la cantidad, calidad o duración del sueño, debida a causas emocionales” (O.M.S., 1992, p. 133).

De ahí que el insomnio sea definido como la “imposibilidad para iniciar o mantener el sueño, o de conseguir una duración y calidad de sueño adecuada para restaurar la energía y el estado de vigilia normal” (Marín et al., 2008, p. 2). La Clasificación internacional de los trastornos de sueño (ICTS-3; Sateia, 2014) incorpora a esta definición el requisito de un nivel significativo de malestar o deterioro en las distintas áreas del funcionamiento humano.

No obstante, el insomnio se puede clasificar en función de distintos parámetros: sus causas, su origen, su naturaleza o momento de la noche en el que se produce; y su duración (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria, 2009; López de Castro, 2011; Sarrais y de Castro, 2007).

Tabla 1. Clasificación del insomnio

SEGÚN SUS CAUSAS	
Extrínseco	Debido a factores ambientales (situaciones de estrés, abuso de sustancias y/o alcohol, higiene inadecuada del sueño, sobrecarga laboral) o a factores sociales (estado civil, nivel de ingresos, edad, género, nivel educativo).
Intrínseco	Debido a factores personales internos (apnea obstructiva del sueño, síndrome de piernas inquietas, narcolepsia, abuso de medicamentos o hipnóticos y otras enfermedades idiopáticas).
SEGÚN SU ORIGEN	
Primario	No relacionado o asociado íntegramente a otras enfermedades; sino que el propio insomnio es la raíz de la alteración del sueño. No es un síntoma o efecto secundario de otra afección médica.
Psicofisiológico, condicionado o aprendido	Debido a una conducta mal adaptada al estrés y fruto de una secuencia continuada entre factores predisponentes, precipitantes y perturbadores. Está asociado a ansiedad o tensión somática.
Idiopático	Debido a una alteración orgánica o anomalía neurológica en el sistema de vigilia-sueño. Se inicia durante la edad infantil, manifestándose como un estado de "hiperdespertar".
Paradójico o del estado de sueño	No cumple los criterios de los dos anteriores. Es la queja de la sintomatología del insomnio no acompañada de hallazgos objetivos en las pruebas diagnósticas practicadas.
Secundario u orgánico	Relacionado con una enfermedad orgánica o somática (prurito, disnea, gripe o de tipo psiquiátrico, neurológico, médico...).
No orgánico	Relacionado con un trastorno mental (esquizofrenia, episodio de depresión mayor o trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad...) o con alteraciones psicológicas (hiperactivación cortical, conflictos intrapsíquicos, pánico a no dormir...)
SEGÚN SU NATURALEZA O MOMENTO DE LA NOCHE EN QUE SE PRESENTA	
De conciliación o inicial	Dificultad para quedarse dormido en el momento de acostarse.
De mantenimiento o medio	Conlleva frecuentes o largos despertares a lo largo de la noche.
De despertar precoz o tardío	Conlleva un despertar temprano con incapacidad para volver a conciliar el sueño.

Tabla 1. Clasificación del insomnio (Continuación)

SEGÚN SU CURSO TEMPORAL	
Transitorio o situacional	Su duración es menor de 7 días. Suele deberse a estrés agudo o a factores cronobiológicos (desajustes horarios por cambio de turno laboral, estrés situacional, 'jet lag'...).
De corta duración o agudo	Su duración es menor de 3 meses. Suele estar desencadenado por situaciones estresantes o cambios vivenciales (divorcio, hospitalizaciones, dolor, procesos de duelo...), aunque en algunos casos no existe causa precipitante.
Crónico	El insomnio inicial, medio o tardío sucede más de 3 veces por semana al menos durante 3 meses. Suele ser consecuencia de una enfermedad física o psíquica crónica (artritis, depresión, insuficiencia cardíaca, estrés crónico...).
<i>Fuente: elaboración propia a partir de Caballo, 1998; Dollander, 2002; Monti, 2002; López de Castro et al., 2011; Sarrais y de Castro, 2007; Sociedad Española del Sueño, 2015; Vizcarra, 2000.</i>	

Cabe destacar que las afecciones psicológicas más claramente asociadas con el insomnio y, por tanto, concomitantes al de tipo secundario y no orgánico son, entre otras, "estrés, ansiedad, trastornos del estado de ánimo (p. ej., depresión, distimia), trastornos de personalidad, trastornos psicóticos, especialmente esquizofrenia" (Caballo, 1998).

Algunos autores, como Benetó y Gómez (2006) consideran equivalentes el insomnio extrínseco y el primario; y el intrínseco y el secundario; equiparando con ello las causas y el origen de este trastorno del sueño.

El insomnio de conciliación o inicial es el más frecuente entre la población, seguido por el de mantenimiento. En tercer lugar, los pacientes se quejarían más de despertar precoz. Empero, la combinación de las dificultades para quedarse dormido y mantener el sueño suele ser la presentación más habitual (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

3.2.2 PREVALENCIA DEL INSOMNIO

La prevalencia de este tipo de patología varía mucho de unos estudios e investigaciones a otras. Esto se debe, principalmente, a la metodología empleada en función de la definición de insomnio considerada.

De esta forma, si se habla de quejas de insomnio, la cifra gira en torno al 30% de la población; si se añaden las repercusiones diurnas, la cantidad disminuye a un abanico de entre el 9% y el 25%. Y si, además, se le añade el grado de insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño, el porcentaje oscila entre el 8% y el 18% (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria, 2009).

Otros autores, como Marín (2008), estiman que “de un 10% a un 15 % de la población adulta padece insomnio crónico” (p. 2).

La SES (2015) afirma que solamente el 30% de los adultos no presentará problemas referidos a la calidad del sueño a lo largo de su vida; ya que “el síndrome clínico completo de insomnio crónico lo padece entre un 6% y un 10% de la población” (p. 21). En una encuesta localista y más reciente, realizada en marzo de 2019, esta misma entidad concluyó que el 55% de los habitantes de Madrid sufren de insomnio, atribuyendo como causa principal el estrés (EuropaPress redacción, 2019).

En lo que sí parece haber más acuerdo es que el insomnio es más prevalente en las mujeres que en los hombres (López de Castro, 2011). Asimismo, existe consenso en que se suele diagnosticar con más frecuencia en adultos mayores (Pardo y González, 2017). En este sentido, es necesario advertir de la inexactitud respecto a la creencia popular de que los ancianos no necesitan dormir tanto. En las personas de avanzada edad, los mecanismos de regulación sueño-vigilia pierden eficacia, contribuyendo así a que tengan un mayor número de alteraciones de estos patrones circadianos. Esa es la verdadera razón por la que disminuyen sus horas de sueño (SES, 2015).

Concretamente en España, aún son pocos los estudios científicos que se han realizado respecto a la incidencia y prevalencia de este trastorno y que nos permitan entender su relevancia clínica. No obstante, es reseñable el llevado a cabo por Teresa Sagalés, exjefa del Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona) y Maurice Ohayon, de la Escuela de Medicina de Stanford (EE. UU). A través de un cuestionario telefónico realizado a 4.065 personas mayores de 15 años, sus resultados arrojaron que el 21% de los españoles son insomnes (Ohayon y Sagales, 2010).

Datos, sin duda, llamativos, que elevan a esta enfermedad a la categoría de “trastorno con entidad propia y merecedor de tratamiento por sí mismo, independientemente de las causas que participan en su aparición y/o cronificación” (SES, 2015, p. 2).

3.2.3 EFECTOS DEL INSOMNIO EN LA SALUD

La calidad y cantidad de sueño incide de manera decisiva en la salud. Tanto es así, que las repercusiones que tiene el mal dormir afectan a todas las áreas de funcionamiento de la persona durante la vigilia. Estas alteraciones se producen a nivel emocional, cognitivo, conductual, fisiológico y social; lo cual, a su vez, genera una “deuda acumulativa de sueño” que será necesario redimir (Carrillo-Mora et al., 2013).

Estos mismos autores sostienen que, entre las consecuencias emocionales que refieren los pacientes que padecen insomnio, se encuentran un aumento de la irritabilidad, una mayor irascibilidad, disforia, cansancio, desgana; y fatiga y somnolencia diurnas. Asimismo, cierta inestabilidad emocional y la aparición de síntomas de ansiedad o

depresión. En virtud de ello, un estudio realizado por Zammit y cols. en 1999, en una muestra de 350 personas, mostró que los insomnes presentaban puntuaciones más altas que los miembros del grupo control en la Escala de Depresión de Zung y en la Escala de Ansiedad de Zung (Miró, Cano-Lozano y Buela-Casal, 2005).

Algunos de los efectos de tipo cognitivo relacionados con esta patología se reflejan en forma de déficits leves en los niveles de atención y de concentración, especialmente en personas que duermen menos de seis horas diarias (Medrano y Ramos, 2016). También son frecuentes las alteraciones de la memoria, de la capacidad de juicio, la disminución de la flexibilidad cognitiva, el enlentecimiento cognitivo o la sensación de disminución de la productividad y del rendimiento diario (a nivel académico, social y/o laboral). Igualmente, pueden manifestar rumiaciones o preocupaciones relacionadas con la imposibilidad de dormir y con las secuelas de ese insomnio (Carrillo-Mora et al., 2013).

Respecto a sus consecuencias conductuales, es habitual que se produzca un aumento del consumo de fármacos y otras sustancias, con la finalidad de paliar las anomalías durante la noche. A la par, un incremento del absentismo laboral, una mayor probabilidad de sufrir accidentes laborales y de tráfico (Miró, Cano-Lozano y Buela-Casal, 2005); y un incremento de la frecuencia y la duración de las siestas durante el día. Todo ello redundará en una mayor utilización de los sistemas de salud.

Por su parte, las consecuencias fisiológicas del insomnio crónico son múltiples. Desde alteraciones en el metabolismo de la glucosa o el incremento de la presión arterial, hasta la aparición de enfermedades reumáticas, cardiovasculares o respiratorias. También dolor gastrointestinal, desregulación del apetito, cefaleas, o dolores y tensión muscular generalizados. De hecho, dormir menos de seis horas al día está asociado con una mayor obesidad y un incremento en la frecuencia de aparición de enfermedades como la diabetes o la hipertensión (Marqueta et al., 2017). De hecho, Roth y Ancoli-Israel (1999) hace 20 años ya alertaban de la tasa elevada de morbilidad y de mortalidad de los insomnes.

Entre los efectos sociales, se encuentran una mayor evitación y empeoramiento de las relaciones interpersonales; así como una reducción de la sociabilidad.

No obstante, el insomnio tiene efectos distintos en el niño y en el adulto. Mientras que, por ejemplo, en este último suele ser característica la somnolencia diurna, los infantes suelen manifestar alta hiperactividad y otro tipo de problemas que implican al resto de la familia. Ésta es la razón por la que el tratamiento para uno y otro debe ser diferente (Pin y Sampedro, 2018).

3.3 EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL INSOMNIO

El insomnio es un trastorno clínico del sueño de abordaje complejo, puesto que en su génesis, evolución y mantenimiento intervienen una gran cantidad de factores. Por eso, es fundamental realizar una evaluación diagnóstica completa e integral del mismo.

Ambos procesos, la evaluación y el diagnóstico de esta patología, son eminentemente clínicos y suelen realizarse en el ámbito de la AP. Por tanto, son los profesionales de la AP los que tienen, dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), la responsabilidad de detectar, valorar y establecer el tratamiento adecuado para esta perturbación del sueño, adecuándose, en cada caso, a las características individuales e idiosincrásicas del paciente.

La evaluación ha de realizarse, en un primer momento, en base a la historia clínica y la exploración física del mismo. No obstante, en múltiples ocasiones, puede ser conveniente y útil la información proporcionada por la pareja de cama o habitación del insomne. Asimismo, los datos aportados por el resto de miembros de la familia pueden ser interesantes de cara a conocer las consecuencias que tiene el insomnio en las distintas áreas de funcionamiento de quien lo padece.

En este sentido, el instrumento de recogida de información clínica por excelencia empleado por estos profesionales es la entrevista clínica. Y dentro de su tipología, la semiestructurada es la que presenta mayor adaptabilidad al paciente y la que permite realizar una aproximación bio-psico-social del trastorno (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria, 2009).

En la Tabla 2 se incluyen los pasos fundamentales a seguir para la valoración y evaluación diagnóstica de esta patología.

Tabla 2. Pasos para la evaluación y el diagnóstico del insomnio

ENTREVISTA CLÍNICA	
HISTORIA CLÍNICA	
	Antecedentes familiares de trastornos del sueño
	Antecedentes psiquiátricos y orgánicos: trastornos mentales y enfermedades médicas, actuales o pasadas, conexas con el insomnio.
	Tratamientos farmacológicos: medicamentos que puedan estar produciendo alteraciones del sueño o interaccionen con el descanso.
	Historia de consumo de sustancias: alcohol y otras drogas.
	Entorno familiar, social y laboral: identificación de factores precipitantes y mantenedores del insomnio.
	Estilo de vida: hábitos alimentarios, consumo de estimulantes y ejercicio físico.

Tabla 2. Pasos para la evaluación y el diagnóstico del insomnio (Continuación)

HISTORIA DEL SUEÑO
Momento de aparición del insomnio: inicial, medio o tardío.
Repercusiones diurnas: síntomas manifestados durante el día.
Duración y frecuencia del insomnio: sintomatología diaria, habitual, esporádica...
Historia previa del sueño: durante infancia y adolescencia, en caso de ser un adulto.
Otros síntomas: bruxismo, apnea, ronquidos...
Higiene del sueño: cuidado de hábitos, condiciones y rutinas de sueño del paciente.
Factores que empeoran o mejoran la sintomatología
Tratamientos previos
EXPLORACIÓN FÍSICA
Su finalidad es saber si existe o no una causa orgánica que explique el insomnio.
VALORACIÓN PSICOLÓGICA
El propósito es identificar la presencia de síntomas psicopatológicos.
Para ello, se pueden emplear instrumentos de evaluación tales como:
<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (<i>HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale</i>) • Escala de Hamilton para la Depresión (<i>HDRS: Hamilton Depression Rating Scale</i>) • Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (<i>STAI: State-Trait Anxiety Inventory</i>)
ANALÍTICAS DE SANGRE
Su objetivo es detectar signos de patologías o enfermedades que pueden estar relacionadas con el insomnio (por ejemplo, trastornos endocrinos).
USO DE AUTORREGISTROS: DIARIO DE SUEÑO-VIGILIA
Es fundamental para diferenciarlo de otros trastornos. Contribuye a identificar patrones y condiciones de sueño del paciente; y a monitorizar sus progresos.
Es necesario emplearlo al menos durante 2 semanas antes de iniciar el tratamiento y durante el mismo, para conocer horarios de sueño y vigilia durante las 24 horas del día.
ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN DEL INSOMNIO/SUEÑO
Se emplean como apoyo del juicio clínico, no como sustitutas de la entrevista clínica. Algunas de las más empleadas en población adulta en AP son:
<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Gravedad del Insomnio (<i>ISI, Insomnia Severity Index</i>) • Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (<i>PSQI, Pittsburgh Sleep Quality Index</i>) • Escala de Somnolencia de Epworth (<i>ESS, Epworth Sleepiness Scale</i>) • Escala de Activación Previa al Sueño (<i>PSAS, Pre-Sleep Arousal Scale</i>)
EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
Polisomnografía nocturna: evaluación de otras patologías de sueño relacionadas. Se puede usar para ajustar el plan de tratamiento tras el diagnóstico de trastorno del sueño.
Actigrafía de muñeca: registro de la actividad motriz nocturna.
<i>Fuente: elaboración propia</i>

Las clasificaciones más empleadas en el ámbito de la AP para el diagnóstico del insomnio son esencialmente cinco: la Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición (DSM-5), la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE-10), la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2), la Clasificación Internacional del Manual Diagnóstico y Codificado de los Trastornos del Sueño, 3ª edición (ICSD-3) y la Clasificación Internacional de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA-I).

Concretamente, en el ámbito psicoterapéutico se emplean más habitualmente las clasificaciones DSM-5 y CIE-10, cuyos criterios diagnósticos para el insomnio se pueden consultar en el Anexo 1.

4. 4. EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO: DE LA EDAD ANTIGUA HASTA EL SIGLO XX

La ciencia se encuentra sumida en un permanente proceso de cambio y evolución. Esto requiere, por parte de los profesionales, una continua actualización de conocimientos, de cara a poder hacer frente de manera eficaz a las nuevas demandas y desafíos que se van planteando década tras década. Es necesario, además, realizarlo con premura, pues la velocidad con la que se van sucediendo estos cambios es vertiginosa.

En este sentido, la Psicología, en tanto que ciencia, requiere igualmente de una permanente tarea de incorporación y renovación de saberes, competencias y estudios. Las nuevas exigencias contemporáneas urgen dar respuesta y cubrir las necesidades de atención sanitaria de la población, de manera competente, segura y fiable.

Reflejo de esta evolución, han sido las distintas conceptualizaciones del sueño a lo largo de la historia, las cuales han condicionado la forma de tratamiento y de aproximación terapéutica a la problemática del insomnio.

Por eso, con la intención de entender el inicio y el desarrollo de las intervenciones modernas y más actuales en esta patología, pero sin ánimo de detener en exceso la atención en la perspectiva histórica, es necesario efectuar un recorrido preliminar sobre la historia del sueño y del insomnio, desde la Edad Antigua hasta el crucial siglo XX.

Esta etapa denominada preelectroencefalográfica, permite comprender cómo ha evolucionado la conceptualización de ambas entidades, así como la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de la mentada patología.

4.1 EDAD ANTIGUA (4.000 a.C. – S. V d.C.)

Las antiguas civilizaciones han sido la base sobre la que se ha ido construyendo la organización política, social, cultural y económica de las estructuras comunitarias actuales.

Todas ellas tuvieron la necesidad de adaptarse al medio, empleando para ello los recursos disponibles y tratando de preservar la supervivencia de sus miembros.

En lo que respecta a la salud y, concretamente, a la higiene del sueño, es llamativo el hecho de que todas estas civilizaciones coincidieran en considerar dormir como un “fenómeno pasivo”, de objetivo desconocido y cuyo ámbito se encontraba reservado al sacerdocio, a las dotes de adivinación y a los filósofos y matemáticos (SES, 2015).

A continuación, se desgranarán una a una para ahondar en su consideración del sueño, el significado que atribuían a los sueños, la catalogación que hacían del insomnio y el tratamiento o remedio que empleaban para eliminar las noches en vela.

Por su parte, en el Antiguo Egipto se concebía el dormitorio como una parte de la residencia destinada a la más estricta intimidad. No en términos de pareja, sino que era un habitáculo eminentemente individual. Se otorgaba mucha importancia a los sueños, ya que eran concebidos como el principal canal de comunicación con los dioses. Así, a través de las ensoñaciones, las deidades transmitían a los mortales mensajes predictores de una buena ventura o de una catástrofe.

Una muestra de este simbolismo onírico del pueblo egipcio es el Papiro Chester Beatty, conservado, en parte, en el Museo Británico. En este manuscrito se encuentra recogida información que se remonta a la época faraónica, relacionada con la interpretación de los sueños. De hecho, hay grabada incluso una “fórmula mágica” para distinguir los sueños “buenos” de los “malos” y contrarrestar el efecto de estos últimos.

El insomnio y, en general, cualquier padecimiento, era considerado sobrenatural o mágico o religiosamente. Además, en tanto que este trastorno cerraba el canal de comunicación con los dioses, el insomnio era sinónimo del desconocimiento de un destino incierto. Es probable que el primer tratamiento conocido para tratar esta patología fuera el opio, ya empleado por los sumerios en Mesopotamia (Sarrais y de Castro, 2007); junto con otras plantas medicinales, tales como la valeriana o la tila.

La civilización griega contemplaba el sueño de manera parecida a la egipcia. En concreto, lo veían como una oportunidad de origen externo, para que los *oneiros* (espíritus alados y oscuros) visitaran a las personas dormidas y pudieran transmitirles el mensaje de los dioses. Las personas con insomnio que no podían, por tanto, recibir tal recado, se encontraban sin guía, sumidas en la oscuridad; razón por la que ponerle remedio era considerado como una cuestión sumamente urgente.

En este sentido, los tratamientos para mitigar esta vigilia no voluntaria estaban teñidos de gran sincretismo médico y religioso. Ejemplo de ello fueron los templos erigidos en honor de Asclepios, dios griego de la medicina y la curación, considerados como centros de mejoría de salud, en los que se empleaba una combinación de pócimas ritualistas.

Homero (S.VIII a.C), en sus escritos literarios, presenta el insomnio como un padecimiento exclusivo de las mujeres enamoradas. Posteriormente, esta idea fue desarrollada de manera poética por otros líricos helenísticos, como Apolonio; e incluso por algunos latinos, como Virgilio. Homero también empleaba el insomnio como un elemento típicamente épico, en el que los protagonistas permanecen en vela antes de situaciones o acciones importantes, como una batalla o un encuentro (Fernández, 2000).

Por tanto, este padecimiento desempeñaba una función estimulante para la persona y de avance para la narración. Según Fernández (2000), Homero pretende “hacer ver que el estado insomne aísla de los restantes seres al personaje que lo padece” (p. 4). De esta manera, gracias a la falta de sueño, los protagonistas desarrollan ideas más útiles que sirven de pretexto para el desarrollo de la trama.

No obstante, no fue hasta el siglo V a.C. cuando comenzaron a formularse las primeras teorías del sueño, de la mano de Alcmeón de Crotona y Empédocles de Agrigento.

Para el primero, el sueño era resultado del llenado de los vasos sanguíneos cerebrales y del calor resultante de la circulación de la sangre por este órgano; siendo el despertar el efecto de la retirada de esta y del posterior enfriamiento cerebral. Alcmeón discurría que solo era posible el pensamiento cuando la temperatura del cerebro era fría, razón por la que el juicio se perdía una vez iniciado el sueño. Asimismo, para reducir el insomnio era partidario del uso de narcóticos derivados del opio (Vizcarra, 2000).

Continuando con esta hipótesis térmica, dormir era concebido por Empédocles como un proceso cercano a la muerte. Este pensador griego concebía fallecer como la pérdida total del calor corporal, es decir, el enfriamiento absoluto; mientras que el sueño era consecuencia del refrescamiento parcial del elemento fuego en la sangre.

Sin embargo, Hipócrates de Cos fue el primero en considerar el insomnio como una alteración meramente corporal, sin influencia alguna de deidades externas. Uno de sus postulados más célebres fue la teoría humoral, vigente hasta el siglo XIX. Según ella, el cuerpo se encontraría dividido en cuatro líquidos o humores: sangre, bilis, bilis negra y flema. La salud estaría determinada por el equilibrio humoral y la enfermedad, por el desequilibrio. Para este autor, “los delirios, la epilepsia, el pánico, el temor, el insomnio y el sonambulismo poseen una naturaleza común perteneciendo a una misma physis alterada” (Ivanovic-Zuvic, 2004, p. 170).

La solución al padecimiento pasaba por el drenaje y derivación de los humores, mediante técnicas naturistas, pero poco éticas desde el punto de vista actual. Entre ellas, purgas, vómitos, sanguijuelas o el uso de eméticos o lavativas (Andrade, 2017). Aunque en ese momento alejarse tanto del pensamiento mágico como de la ritualidad no era de lo más ortodoxo, su erudición le valió la consideración de padre de la medicina occidental. Otro de sus méritos fue patologizar tanto el sueño excesivo como el deficitario.

Por su parte, Demócrito abordó la enfermedad de modo naturalista, profetizando que su origen residía en una dieta poco saludable. Además, señaló el que consideraba como síntoma patognomónico del insomnio: la somnolencia diurna. Su teoría atomista y sus proposiciones sobre la tetracomposición del universo (agua, fuego, aire y piedra) influyeron decisivamente en el pensamiento griego y romano posterior.

En la misma línea, Aristóteles en el siglo IV a. C continuó convencido de la existencia de una relación directa entre sueño e ingesta. A lo largo de tres ensayos (*De Somnio et Vigilia*, *De Insomniis* y *De Divinatione per Somnum*) explicó su teoría metódicamente. No en vano, su estudio es apreciado como el más sistemático de la época antigua.

El origen del sueño, decía, residía en los vapores procedentes de los alimentos, que, cuando llegaban al cerebro, producían somnolencia. Después, al enfriarse estos vahos, el cerebro perdía su temperatura, lo que indicaba el inicio del sueño y una consecuente ausencia de juicio. Para Aristóteles, las personas permanecían dormidas hasta que terminaban de hacer la digestión. Por tanto, el insomnio era consecuencia de la no ingesta.

Por otra parte, atribuía a los sueños una aparición natural, no sobrenatural, y consideraba su origen más demoníaco, que divino. Los definía como una actividad anímica ocurrida mientras que la persona duerme, que podía reflejar indicios de alguna alteración física, que pasaba inadvertida a lo largo del día (Vizcarra, 2000).

Posteriormente, Platón introdujo por primera vez un concepto nuevo en el estudio del sueño: la realidad, tema del que consecutivamente se encargarían otros instruidos, como Descartes. En concreto, puso de manifiesto la dificultad para alcanzarla en estados de vigilia o de sueño, “en cuanto determinados por la sensación y la fantasía nos ponen en contacto con la realidad en sí, a la cual sólo accedemos en esa especie de contrasueño o de supervigilia que es la contemplación de las ideas” (Capelletti, 1987, p. 245).

Ya en el siglo II d.C., Artemidoro de Daldis elaboró cinco volúmenes de su obra *Oneirocrítica*, el primer tratado griego del que se tiene constancia sobre la interpretación de los sueños. Incorporó más de 3.000, lo que le valió la consideración de traductor onírico, con intereses tanto científicos como didácticos.

Son múltiples las referencias al sueño que se han encontrado en los textos hipocráticos de la antigua Roma. Por ejemplo, tras almorzar, los ciudadanos romanos se tomaban un descanso coincidiendo con la hora sexta; término del que deriva la palabra *siesta*, costumbre que ha perdurado a través de los siglos hasta nuestros días.

Entre la población, se encontraba generalizada la concepción de lo onírico como algo premonitorio. De ahí que fueran muy cuantiosos los templos erigidos en honor a Esculapio, dios romano de la medicina y la curación, en los que se llevaba a cabo la práctica ritualista de la incubación. Su objetivo era la conciliación del sueño en pos de alcanzar la oniromancia (adivinación del futuro) o como tratamiento de curación de la enfermedad.

No obstante, fueron cuantiosos los doctos que se atrevieron a teorizar acerca del sueño, adoptando una actitud más racional. Entre ellos, Asclepiades se posicionó contrariamente a la teoría humoral, recogiendo los postulados de la teoría atomista de Demócrito; mientras que Cicerón, cercano a los planteamientos aristotélicos y lejano a los atomistas, incorporó la cognición como un componente activo en los sueños, dada su relación con las preocupaciones cotidianas (SES, 2015).

Pero, sin duda, una de las figuras más importantes de la civilización romana fue Galeno de Pérgamo, ya que sus enseñanzas y escritos trascendieron la medicina durante siglos. Este erudito investigador, filósofo y médico recogió las enseñanzas de Aristóteles e Hipócrates, recopilando todos los conocimientos existentes hasta entonces.

Su obra *De Dignotione ex Insomnis* define los sueños como reflejo de padecimientos del cuerpo y resalta la relevancia de la terapia del descanso, la alimentación y el ejercicio físico (SES, 2015). Un adelantado para su época que no encontró continuidad a sus postulados hasta siglos más tarde.

Galeno, recuperando la teoría humoral, consideraba que el insomnio era sobrevenido por los humores calientes y picantes. Por ello, sería recomendable para evitarlo todo aquello que “por su naturaleza, pudiera humedecer” (Trigueros, 2014, p. 8).

A su parecer, otra manera de paliar esta patología era haciendo uso de la música, pues atribuía a la melodía propiedades curativas en estados de depresión o de profunda tristeza. Probablemente, ésta fue la génesis de la musicoterapia como técnica de relajación previa al dormir (Palacios, 2001).

La trascendencia actual de Hipócrates, Aristóteles y Galeno se explica por sus aportaciones biológicas y fisiológicas a la medicina, en general, y a la psiquiatría, en particular. De manera global, se puede asegurar que son garantes de “tres modelos psicopatológicos parcialmente relacionados, que pueden señalarse como anatómico, físico y fisiológico humoral” (Pichot, 1979, p. 21).

A este tenor, es plausible aseverar que en las civilizaciones grecorromanas se produjo un cambio lento y progresivo desde una etiología divina de los sueños, que los entendía como fenómenos externos (Demócrito o Asclepiades), hasta una explicación más naturalista del proceso fisiológico en sí, que los considera propios de procesos internos (Aristóteles o Cicerón).

En el Lejano Oriente, Atharva-Veda es uno de los textos hinduistas más antiguos de la medicina tradicional del país asiático. Entre sus líneas, se hace alusión a la reserpina, una planta medicinal obtenida de la raíz de la *Rauwolfia serpentina* nativa de la India, para el tratamiento de la ansiedad y, probablemente, también para combatir el insomnio.

En la civilización china, se aliviaba el insomnio a través de diferentes vías. En primer lugar, mediante el uso de efedra y ginseng, sustancias naturales que ejercían el papel tanto

de estimulantes como de sedantes. También en esta cultura, y durante más de dos siglos, se estuvo empleando el mercurio como remedio para todo tipo de trastornos. Ergo, también para el insomnio. No obstante, eran muchos los ciudadanos que sufrieron intoxicaciones en forma de ansiedad, de agresividad y, paradójicamente, de insomnio (Palma, 2016).

Otros de los métodos generalizados de tratamiento de la vigilia patológica eran la acupuntura y la moxibustión, ambas consideradas desde hace casi una década como prácticas Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad (UNESCO, 2010).

4.2 EDAD MEDIA (S. V – S. XV)

El teocentrismo presente durante la Edad Media relegó el cuerpo humano a un segundo plano. Así, mientras que este último fue objeto de desprecio constante durante los más de diez siglos que duró esta época medieval, la influencia y poder de la Iglesia Católica se fueron haciendo prácticamente inquebrantables.

Tal era así que la enfermedad estaba considerada como consecuencia de un castigo divino. En los textos bíblicos se hace alusión al insomnio como producto del efecto continuado de cuatro faltas: la ausencia de trabajo, de paz en el corazón, de conciencia y de ansiedad. Y apela como condición *sine qua non* para erradicarlo la fe en Dios.

Es reseñable la figura de Arnau de Vilanova en España, médico prestigioso, fiel a sus ideales religiosos y muy activo en la vida política de la época. Amigo de reyes y papas, este científico escribió más de cincuenta obras médicas y teológicas, entre las que destacan, en el campo que nos ocupa, principalmente dos. Por un lado, *Régimen sanitatis ad inclitum regem Aragonum*, una especie de tratado normativo de salud, en el que incluye medidas de higiene para la atención y mantenimiento de la salud. Por otro, *Del dormir y velar*, con numerosas recomendaciones para la conciliación de un sueño placentero, como, por ejemplo, no hacerlo boca arriba para evitar sofocar la memoria (Vela y Pérez, 2007).

En sus escritos, Arnau también hacía alusión a lo que profusos literatos de la época medieval denominaron el “mal del amor heroico”. Con ello se refería al compendio de síntomas que padecían aquellos caballeros tras ver por primera vez a su amada. Entre estos signos, estaba el insomnio, además de la desnutrición o el llanto constante. Curiosamente, uno de los remedios considerados curativos de la enfermedad era el buen descanso (Lobato, 2016).

Tal fue la trascendencia posterior de Vilanova que hoy en día existe un centro clínico en su honor. El Hospital Universitario Arnau de Vilanova en la provincia de Lérida (Cataluña), uno de los más punteros en la investigación polisomnográfica del sueño.

4.3 EDAD MODERNA: RENACIMIENTO Y BARROCO (FINALES S. XV - S.XVII)

Tras cien años improductivos en términos científicos, el estudio anatómico durante los siglos XVI y XVII adquirió mucho peso. El año 1549 fue especialmente clave para la medicina del sueño y para la fisiología, debido a la publicación del primer tratado de neurología de la mano de Jason Pratensis, *De Cerebri morbis*.

Aún más relevante fue la teoría dualista propugnada por René Descartes. Su apología de la escisión radical entre alma y cuerpo posibilitó una explicación del mundo mecanicista, así como el estudio autónomo de ambas partes del ser.

Esto se encontraba, indiscutiblemente, al margen de la religión imperante siglos atrás, lo cual se tildaba como revolucionario. De hecho, el debate entre dualismo y monismo ha perdurado durante siglos. Descartes, en un intento algo precipitado de arrojar luz al mismo y despejar las dudas en torno a su teoría, apoyó su hipótesis en un postulado erróneo. Realizó la primera tentativa de establecer relaciones entre las estructuras neuroanatómicas y el sueño, pero su falta fue creer que la existencia de la glándula pineal era exclusiva de los humanos, en tanto que seres vivos.

Esta era para él la parte más esencial del cerebro, llena de espíritus animales y en cuyo núcleo residía el alma racional. Asimismo, Descartes atribuía a esta glándula la razón de ser del sueño, ya que éste, explicaba, era producto del efecto colapso que ejercía la mentada glándula en los ventrículos cerebrales. Así, los espíritus animales desaparecían y se inducía la somnolencia. (Vizcarra, 2000).

Además de esta hipótesis del sueño, durante el Renacimiento se produjo un hito mayúsculo en el estudio del insomnio: la descripción de algunos tipos de trastornos del sueño, a través de la literatura. De esta manera, William Shakespeare hizo referencia en obras tales como *Macbeth* al sonambulismo y al síndrome de apnea del sueño; al igual que Miguel de Cervantes, a través de su famoso personaje Don Quijote, relató la sintomatología del trastorno del comportamiento del sueño REM (SES, 2015).

Por su parte, Thomas Willis realizó por primera vez una descripción de los síntomas, que siglos más tarde quedarían recogidos bajo el nombre de síndrome de piernas inquietas. Además, describió el impacto pernicioso que tiene el consumo de cafeína en el sueño y atribuyó al láudano propiedades médicas para el tratamiento de dicha patología. Además, consideró que los trastornos del sueño eran un síntoma de patologías subyacentes, idea que permaneció en la retina de los investigadores de épocas posteriores.

4.4 EDAD CONTEMPORÁNEA

4.4.1 LA ILUSTRACIÓN (S.XVIII)

Durante la Ilustración, la razón y la ciencia sustituyeron a la moral y la fe. Fruto de esta primacía, se llevaron a cabo hallazgos y descubrimientos cruciales para el aumento de la calidad de vida y comodidad de las personas.

Nombres como Pierre-Simon Laplace, Edmund Halley, Gaspard Monge, Leonhard Euler, Antoine-Laurent Lavoisier, Georges Louis Leclerc, Philippe Pinel, o Edward Jenner; entre muchos otros, tuvieron una importancia capital en el avance científico, pues fueron pioneros y eruditos en el conocimiento del mundo y la salud humanas.

Específicamente, en lo que respecta al avance en el conocimiento de los trastornos de sueño, Jean Jacques d'Ortous de Mairan permitió, años después con sus estudios cronobiológicos, el descubrimiento de los ritmos circadianos; así como la demostración de la existencia de un reloj biológico interno.

Por su parte, Herman Boerhaave y Von Haller eran partidarios de describir el sueño como consecuencia de un aumento del flujo sanguíneo cerebral, idea que remite a Alcmeón de Crotona y que se mantuvo vigente hasta entrado el siglo XX. No obstante, otros autores se mostraron contrarios a la hipótesis vascular o de congestión, como Friedrich Blumenbach, quien refirió que este estado fisiológico se producía por justamente lo contrario, es decir, por escasez de irrigación cerebral.

Luigi Galvani descubrió que, al aplicar corriente eléctrica de baja potencia a la médula espinal de una rana muerta, en el animal se producían contracciones musculares. De esta manera, dotó a los impulsos nerviosos de naturaleza eléctrica, un hito en el estudio electrofisiológico. Para él, esta actividad eléctrica era inherente al cuerpo de las ranas, por lo que su estimulación solamente podía realizarse exteriormente. Esta postura, contraria a la de Volta, la apoyaba con argumentos teológicos, pues aseguraba que “los hombres no podrían crearla, porque eso significaría cruzar una frontera y entrometerse en la jurisdicción del Creador” (Miscione, 2015, p. 7).

Otro gran hito de este siglo fue el de Franz Anton Mesmer, quien sentó las bases de la hipnosis tal y como se conoce actualmente. De hecho, como se expondrá más adelante, actualmente la hipnosis es uno de las técnicas empleadas para paliar el insomnio.

En términos generales, el sueño era considerado como una fase de conservación de la energía y de subsistencia; siendo el opio el tratamiento por excelencia para paliar las dificultades para dormir. No obstante, de todos los acontecimientos y descubrimientos acaecidos durante este siglo, se deduce que se fueron desplazando los postulados humorales, en pro de un conocimiento basado en la neurofisiología del sueño.

4.4.2 SIGLO XIX

Fueron otros muchos los avances médicos que tuvieron lugar a lo largo de esta centuria y cuyos hallazgos sirvieron de base para descubrimientos ulteriores. La investigación científica se generalizó a las clases medias y bajas, se profesionalizó el empleo y se dividió en múltiples especialidades, estructurándose de forma parecida a como la haría eventualmente durante el siglo XX.

El sueño era considerado, en contraposición a la vigilia, como un estado pasivo. En palabras de Robert MacNish, filósofo estudioso de este fenómeno, estaba ubicado de manera intermedia entre la vigilia y la muerte (Vizcarra, 2000), idea que ya había mencionado Empédocles casi dos mil quinientos años antes.

El insomnio, por su parte, comenzó a ser considerado como un problema de salud pública. Durante la primera mitad del siglo, comienza su terapéutica, puesto que se inicia el empleo de fármacos hipnóticos para inducir “un sueño semejante al fisiológico” (Chávez et al., 2017, p. 11). No obstante, la base de la investigación clínica del insomnio se asentó mayoritariamente durante la segunda mitad del siglo.

En esa época, la adicción al opio y el consumo excesivo de alcohol eran una realidad muy extendida entre los ciudadanos. Por eso, el farmacéutico alemán Friedrich Sertürner trató de ponerle remedio bajo su convicción de que podía ser capaz de aislar los componentes del opio y encontrar la sustancia que le hacía ser tan adictivo. En un experimento junto a tres amigos, descubrió y aisló el principio activo de la morfina, denominada así en honor a Morfeo, dios griego del sueño.

Éste fue, sin duda alguna, uno de los hallazgos más importantes de la farmacología en este siglo (Baños y Guardiola, 2018). Y más teniendo en cuenta que, hasta ese momento, el remedio más empleado para paliar diversas patologías era el láudano, usado como tratamiento principal de la ansiedad, el dolor e incluso la tuberculosis.

Por eso, el descubrimiento de la morfina supuso el auge de una alternativa con un poder novedoso: su potencial analgésico. Uno de sus usos, fue el tratamiento del insomnio (Mencías y Rodríguez, 2012); pero, a pesar de sus prometedoras funciones, uno de los efectos adversos de su consumo fue y es, paradójicamente, el insomnio.

En 1846, James Braid acuñó el término hipnosis, basándose en los avances realizados décadas antes por su antecesor Mesmer, pero sin llegar a compartir íntegramente sus tesis. Braid denominó a ese estado como “sueño nervioso”, distinto al *normal*, y resultado de una sobreexcitación muscular ocular, fruto de haber fijado la mirada atentamente en un objeto concreto durante un cierto tiempo. Este investigador confundió el insomnio con la somnolencia y con la fatiga.

En la década de los 50, fue William Morton el pionero en realizar la primera aplicación de la anestesia de manera exitosa en el ámbito quirúrgico. De esta manera, pudo

solventarse uno de los mayores retos a los que se enfrentaba la medicina desde su nacimiento: acabar con el dolor quirúrgico. Anteriormente, este efecto se consideraba como iatrogénico y, por tanto, difícilmente evitable, y era resuelto mediante la ingesta de grandes cantidades de alcohol (Liondas, 2009).

En los años 60, Wilhelm Griesinger reportó la presencia de movimientos oculares durante el sueño, una observación que, cerca de un centenar de años después, se acuñó con el acrónimo de sueño REM (Rapid Eyes Movement).

A finales de ese mismo decenio, William Alexander Hammond trató especialmente el insomnio como patología, en su libro *El sueño y sus desajustes*. Junto a Pavlov, del que se hablará posteriormente, fue un adelantado al realizar una descripción formal de este trastorno. También contribuyó al estudio de los efectos de la privación de sueño en la salud. De hecho, un estudio que realizó junto a Kripke, Simons, Garfinkel en 1879, concluyó que las personas que dormían menos de cuatro horas tenían un 50% más posibilidades de mortalidad, que los que lo hacían entre 7 y 8 (Renieblas, 2012).

En 1875, Richard Caton descubrió la actividad eléctrica cerebral, hito que marcó el futuro de las investigaciones neurológicas (SES, 2015). El psicólogo inglés evidenció, de manera pionera, la existencia de potenciales de acción y, por tanto, de actividad eléctrica en el cerebro animal y realizó descripciones y observaciones de esta última. A ella se refirió como “corrientes eléctricas en la sustancia gris” (Molina, 2009, p. 2). Junto a los pequeños experimentos de Luigi Galvani, Caton posibilitó el descubrimiento décadas más tarde, de la electroencefalografía (EEG), por mérito de Hans Berger.

A finales del siglo, William Broadbent observó de manera magistral en un paciente suyo las características de la apnea obstructiva del sueño; descritas décadas antes en una novela de Charles Dickens (Muci-Mendoza, 2009). También Silas Weir Mitchell conceptualizó la parálisis del sueño, la epilepsia, los terrores nocturnos y las consecuencias que tenían los estimulantes en el insomnio.

Así, gracias a estos descubrimientos y al desarrollo de diversas ciencias como la bioquímica, la electrofisiología o la propia psicología, proliferaron numerosas investigaciones sobre el sueño y sus patologías. De hecho, el imperante interés por su estudio llevó a la generalización de cuatro teorías explicativas de su etiología (SES, 2015), algunas recuperadas de épocas antiguas, que se incluyen a continuación en la Tabla 3:

Tabla 3. Teorías predominantes sobre el inicio del sueño durante el siglo XIX

TEORÍA	INICIO	CAUSA DEL SUEÑO	AUTORES REPRESENTATIVOS
Vascular o de congestión	S.V a.C	Presión ejercida por los vasos cerebrales en la transmisión cerebral al nivel de los ganglios basales.	Alcmeón, Hipócrates, Boerhaave, Von Haller, Blumenbach, MacNish, Hammond, Purkinje
Humoral o química	S.V a.C	Propone dos opciones: 1. Falta de oxígeno cerebral 2. Acumulación de sustancias tóxicas durante la vigilia	Aristóteles, Sommer, Pfluger, Preyer, Errera y Du Bois-Reymond.
Neural o histológica	1877	Cambio en la estructura y las funciones de las células nerviosas. Parálisis parcial de las dendritas.	Ruckhardt, Heubel, Westphal y Fisher, Ramón y Cajal
Conductual	1889	Reflejo inhibitorio por disminución de la estimulación sensorial.	Brown-Sequard, Becktereve

Fuente: SES, 2015 y Vizcarra, 2000.

Hasta 1860 era predominante y se mantuvo aceptada la teoría vascular del sueño. Pero, a partir de esa fecha, sus adeptos comenzaron a descender drásticamente, en esencial, por dos razones. Por un lado, por el auge de diferentes subteorías congestivas que, en muchas ocasiones, eran contrapuestas. Y, por otro, debido al descubrimiento de John Hughlings Jackson acerca de la pérdida de color de las arterias durante el sueño; lo que desmentía la hipótesis vascular. Este neurólogo inglés abogaba por una relación directa entre sueño y actividad cognitiva, lo que marcó un antes y un después en la neurobiología del sueño y la neurociencia cognitiva (Escera, 2004). A finales del siglo, fue desestimada completamente la hipótesis vascular.

Especial mención merece 1879, año en el que Thomas Alva Edison inventó la luz eléctrica. El impacto que tuvo en todas las esferas de la vida de la persona tuvo ventajas, pero también importantes inconvenientes. Además de cambiar los ritmos circadianos, se retrasó la hora de irse a la cama, se restringió el tiempo total de sueño y se produjo una ruptura entre la completa sincronía entre el día y la noche. ¿El resultado? Los problemas de higiene del sueño actuales.

5. EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO DURANTE EL SIGLO XX

Si hay un punto de inflexión en el tratamiento y abordaje de los problemas del sueño es el primer tercio del siglo XX. El cambio de centuria significó la eclosión de muchas de las investigaciones neurofisiológicas y neuroanatómicas que se habían ido gestando durante décadas anteriores. Así, si bien durante el siglo XIX los estudios del sueño se hallaban focalizados en la fenomenología onírica, el nacimiento del psicoanálisis y el conductismo significó el advenimiento de una nueva tipología de estudio de este fenómeno.

5.1 PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX

A principios de siglo eran muy pocos los trastornos conocidos relacionados con el sueño. Con excepción del insomnio, la narcolepsia o el sonambulismo, el resto eran considerados como alteraciones fruto esencialmente de tres causas: ansiedad, factores ambientales y otras enfermedades.

En 1903, los químicos alemanes Emil Fischer y Josef von Mering realizaron un importante avance médico, que revolucionó el tratamiento de los trastornos mentales y, concretamente, del insomnio. Hallaron el potente efecto que tenía el barbitol para inducir sueño en perros y decidieron patentar los barbitúricos como método infalible para paliar este padecimiento. Con ello, hasta 1950, estos fármacos fueron empleados para el insomnio y la ansiedad, pero después fueron retirados del mercado por su gran potencial adictivo, el riesgo de sobredosis que ello entrañaba y la peligrosa combinación que suponía mezclarlos con alcohol (Chávez et al., 2017).

También a principios de siglo, concretamente en 1900, Sigmund Freud publicó su célebre obra *La interpretación de los sueños*, en la que sentó las bases de la primera escuela psicológica conocida, el psicoanálisis. En sus páginas explicó el significado de los sueños, fundamentó la relación de éstos con las dificultades psicológicas cotidianas de las personas y, a la postre, transformó la manera en la que hasta entonces se estudiaba la mente humana. Era la primera vez en la historia en la que se relacionaban formalmente lo onírico y lo emocional.

En términos generales, para esta corriente, dormir estaba directamente ligado al soñar. Para este enfoque, los sueños reflejan otra realidad psíquica, aquella que incorpora aspectos de la realidad reprimidos o no recordados y procedentes del Ello, inaceptables para la parte del psiquismo consciente. Los sueños eran, por tanto, la expresión de nuestros deseos inconscientes (Jung, 2006), los cuales tenían un impacto en el tiempo presente.

Freud consideraba que el sueño estaba conformado por dos niveles: el contenido manifiesto y el latente. El primero se refería a lo que una persona recuerda que ha soñado y, el segundo, a lo que se mantiene reprimido y no se recuerda.

Igualmente, este estado de no vigilia tenía para él dos finalidades: la protección y la realización de deseos. Postulaba que interpretarlos era la manera de obtener un *insight* de la parte inconsciente del individuo. Y, por tanto, de conocer qué le impide alcanzar un estado fisiológico tan vital como el buen descanso. Esto es, de qué se defiende y a qué teme la persona que padece insomnio.

De acuerdo con Antón (2011), el insomnio es una “negativa consciente a conectarse con contenidos conscientes” (p. 55). Para este mismo autor, durante el sueño, las personas quedan privadas de sus mecanismos de defensa, por lo que “aparece el temor a la espesura que pueden portar ciertos recuerdos (...), donde la represión deja de funcionar” (p. 53).

No obstante, es reseñable destacar que, en 1915, Freud ya realizó una distinción entre los conceptos de dormir y soñar, atribuyendo al primero la condición de estado y al segundo, la de fenómeno (Favre, 2000).

Sin embargo, fue la incorporación del narcisismo a su teoría lo que le hizo considerar el dormir como una pasión que lo onírico perturba; y le permitió ahondar en la relación existente entre el insomnio y la melancolía. Contrariamente, considera como excepción a las personas hipondríacas, las cuales no usan el sueño como evasión, sino que se refugian en el dormir para soñar y conseguir saber, alejándose del mundo exterior real, qué les causa una incesante perturbación (Favre, 2000).

Donald Winnicott habla, en *La negativa de los niños a dormirse*, de la angustia como factor determinante de la imposibilidad de conciliar el sueño. Así, relata que las pesadillas nocturnas son fenómenos alucinatorios que producen un gran alivio a los más pequeños, ya que gracias a ellos consiguen liberar experiencias traumáticas o recuerdos pasados, así como faltas de apego familiares (Winnicott, 1968).

Es igualmente interesante la aportación que realiza en lo relativo al tratamiento del insomnio infantil. Asegura que la administración de jarabes para dormir a los niños está condenada al fracaso y, por tanto, no debería recurrirse a ella. Tampoco tiene sentido para él que el médico actúe “con mano dura”, puesto que (...) no hay asimismo nada más cruel que criticar o castigar a los padres, y hasta puede ser poco sensato darles consejos” (Winnicott, 1968, p.1).

De la misma manera que Winnicott, Wilhelm Stekel atribuye el motivo del surgimiento de este trastorno a la angustia hacia el sí mismo, es decir, hacia los propios deseos impúdicos e inaceptables. En este sentido y, en consonancia con la teoría de las neurosis de Freud, mantiene que el insomnio es íntegramente resultado de una gran insatisfacción sexual o pulsión libidinosa resentida (Antón, 2011).

De esta forma, se pone de manifiesto que el tratamiento del insomnio para el psicoanálisis era entendido como una labor exclusiva y reservada para los terapeutas. Ellos

eran los únicos capaces de ver y traducir lo que el inconsciente de los pacientes mantiene reprimido por lo intolerable de su contenido; y ponerle solución.

La relación freudiana establecida entre esta patología y las pesadillas, la melancolía y la hipocondría hacen que la técnica preferida para estos terapeutas sea la asociación libre, más que la hipnosis. Pero la asociación libre, en este caso, se encontraría obstaculizada, ya que no se realizaría de manera espontánea; sino inducida por algún aspecto onírico o pensamiento. Esto, en opinión de los psicoanalistas, obstaculiza parcialmente el proceso de expresión del inconsciente, ya que cuanto más libres sean las asociaciones, más reflejarán el contenido de esta dimensión intrapsíquica (Antón, 2011). Por su parte, la hipnosis no favorece su curación, puesto que taponar o perjudica la transición entre el sueño y la vigilia del paciente, induciendo con ello al sonambulismo. La escuela freudiana lo explica así: “la persona se mantiene despierta, mientras que el sujeto sigue dormido” (Favre, 2000, p. 15).

Durante el primer tercio del siglo XX, las teorías vascular y neuronal del sueño predominantes durante las últimas décadas del decimonónico, pierden influencia. Por el contrario, la conductual y la humoral o química adquieren gran protagonismo, por razones a continuación explícitamente detalladas.

Por un lado, la teoría comportamental recibe un fuerte empuje gracias a la figura del fisiólogo y psicólogo ruso, Iván P. Pavlov, impulsor del condicionamiento clásico; y al auge de la escuela conductista como teoría psicológica alternativa al psicoanálisis. Y, por otro, el conductismo, encarnado durante estas primeras décadas en la figura de John B. Watson, ponía en tela de juicio la existencia de los sueños, en tanto que eran experiencias no observables. Así, fue desacreditando el abordaje y estudio sistemático de los mismos.

Por su parte, la teoría de Pavlov habla del reflejo positivo como aquel que causa un proceso de excitación; y del reflejo negativo como inductor de un proceso de inhibición. De esta forma, los métodos antagónicos de excitación e inhibición son centrales para este fisiólogo. La inhibición, considera, frena la activación de las neuronas corticales, por lo que, al difundirse por toda la corteza cerebral, suspende toda la actividad condicionada positiva. Así, para Pavlov, un impulso continuo y monótono actuando sobre el sistema nervioso central causaba somnolencia (SES, 2015).

El sueño sería, por tanto, un reflejo negativo, innato e incondicionado; así como el mecanismo inhibitorio más general y en el que la sugestión tiene un papel protagonista. Lo considera un retraimiento interno considerablemente difundido por el cerebro, de manera que “cualquier inhibición es un sueño parcial, localizado, fragmentario, (...). Cuando se extiende la inhibición, se inicia el sueño, pero, cuando se limitan los procesos de inhibición, el sueño desaparece” (Zumalabe y González, 2005, p. 57).

Aparte de Pavlov, otros investigadores estuvieron fuertemente influidos por esta teoría inhibitoria. Entre ellos, Vladimir Bechterev, principal representante de la psicología

objetiva, y, ulteriormente, Henry Pieron y René Legendre en 1910, quienes teorizaron acerca de la hipótesis de las hipnotoxinas para explicar el sueño.

Ambos fisiólogos franceses inyectaron suero de perros privados de sueño a otros en situación normal, y vieron cómo estos últimos se mostraban fatigados. Consideraban que las hipnotoxinas se iban acumulando a lo largo de todo el día para por la noche inducir al cerebro a dormir. Eso les permitió teorizar acerca de esta supuesta sustancia hipotética como factor endógeno causante de sueño. No obstante, sus experimentos resultaron exitosos en perros, no en humanos, como evidenciaron intentos posteriores de replicar los mismos resultados.

Von Economo, por el contrario, creía que eran múltiples los sistemas del organismo que se veían implicados en este estado de no vigilia y no abogaba por la existencia de un único inductor del sueño. De hecho, sus indagaciones durante una epidemia de encefalitis letárgica en Europa, le permitieron observar y atribuir a diferentes centros neurales la responsabilidad de provocar y regular el sueño. En concreto, le permitieron determinar la existencia de dos regiones cruciales: una emplazada en el hipotálamo posterior y mesencéfalo anterior, cuya lesión causaba hipersomnolencia y estupor; y otra ubicada en el hipotálamo anterior, promotora de los distintos estados de sueño.

Este mismo investigador observó cómo la infección viral producía daño principalmente en esta última región, hoy conocida como área pre-óptica (APO), lo cual hacía que los pacientes afectados presentaran un insomnio característico, que necesitaba ser tratado farmacológicamente, ya que acarreaba riesgo de muerte (Di Giovanni, 2018).

Walter R. Hess, tiempo después, confirmó la teoría del centro del sueño de von Economo, pero con una salvedad: afirmaba que la región causante de la no vigilia estaba ubicada en el tálamo, puesto que, al estimularse, producía somnolencia (Vizcarra, 2000).

Concretamente, aseveraba que en la encefalitis letárgica, dormir estaba causado por lesiones en el mesencéfalo y el diencefalo, mientras que, empleando la estimulación eléctrica para inducir ese estado, era la propia estimulación la que producía "en las regiones concernidas una verdadera inhibición activa, que deprime las funciones que presiden la actividad" (Debru, 2009, p. 201). En conclusión, ratificaba que, si se estimulaba la parte inferior del cerebro, se podía inducir el sueño (SES, 2015). Sus avances en el estudio de la fisiología del sueño le hicieron ser Premio Nobel de Medicina y Fisiología en el año 1949.

A continuación, los descubrimientos de Walle J. H. Nauta corroboraron las hipótesis de von Economo; al demostrar que las lesiones en el hipotálamo posterior generaban somnolencia; y en el hipotálamo anterior, insomnio. Igualmente, aseveró "la existencia de un centro de vigilia en el hipotálamo posterior y un centro de sueño en el hipotálamo anterior" (SES, 2015, p. 11).

En 1920, Edmund Jacobson sentó uno de los principios básicos de lo que eventualmente se habría de llamar Medicina Comportamental del Sueño. La creación de su técnica de relajación muscular progresiva es hoy en día una de las estrategias preferentes de elección para el tratamiento del insomnio, debido a su naturaleza de distensión somática y a la repercusión consecuente en la relajación corporal (Marín y Lopera, 2008). Su desarrollo supuso una descripción exacta del denominado insomnio psicofisiológico.

De hecho, el conocimiento que tenía este médico estadounidense de la patología aquí expuesta era muy profunda, teniendo en cuenta la poca investigación que hasta el momento se había podido realizar. La concepción que tenía Jacobson de los “factores comportamentales y cognitivos, asociados al insomnio, es absolutamente similar a nuestra comprensión actual de estas dimensiones” (Marín y Lopera, 2008, p. 60).

1929 fue un año particularmente importante en la historia de la medicina, que también marcó el inicio de una nueva era en la investigación sobre sueño y el insomnio. Se produjo el aporte más significativo a la práctica clínica de la medicina del sueño: la creación de la electroencefalografía (EEG).

Hasta este momento, el sueño era entendido como una fase pasiva, pero con el descubrimiento de la EEG por parte de Hans Berger ya se le empieza a considerar como un estado eminentemente activo. Con ello, se inicia la denominada etapa electroencefalográfica, la cual abre la veda para la multiplicación de estudios relacionados con la medicina del sueño.

Respecto al hito en sí, cabe mencionar que Berger consiguió registrar por primera vez la actividad eléctrica cerebral de su hijo Klaus en 1924. Para ello, utilizó distintos tipos de electrodos, los cuales emplazó sobre el cuero cabelludo y que estaban conectados a un galvanómetro. Sin saberlo, había logrado concebir el primer aparato de registro de la actividad eléctrica cerebral de la historia, tras un largo camino de pequeños, pero no nimios avances, que había empezado Galvani en el siglo XVIII.

A pesar de sus extraordinarios hallazgos, Berger tardó cinco años en hacerlos públicos. Fue en su obra *Sobre el electroencefalograma humano*, en la que narró sus descripciones y percepciones sobre la manifestación de los ritmos eléctricos cerebrales. Sin embargo, su acierto fue acogido por la comunidad científica con gran escepticismo y en tono burlesco. Hasta 1937 en el Congreso Internacional de Psicología de París, Berger no recibió el meritorio reconocimiento que le correspondía.

No obstante, hasta 1935 no se empezaron a colocar directamente los electrodos sobre la superficie cerebral para registrar los impulsos eléctricos. Los pioneros de esta técnica conocida como electrocorticografía (ECoG) fueron Forester y Altenburger en 1935.

La incorporación de la ECoG, entre otros avances científicos, permitió la generalización del uso del EEG a partir de mitad de siglo. Esto se tradujo en el estudio

sistemático y científico de la actividad eléctrica del cerebro humano y supuso la demostración irrevocable de las diferencias existentes entre los estados de la vigilia y del sueño. En los primeros encefalogramas se halló que el cerebro permanecía activo, a pesar de que la persona estuviera sumida en un profundo sueño. Esto significó un paso más hacia la consideración científica del sueño como un estado activo y no pasivo. En ese momento, el EEG “se convirtió, junto al desarrollo de la polisomnografía, en el estándar dorado de las pruebas para el sueño” (Vizcarra, 2000, p. 140).

El perfeccionamiento posterior de ambos descubrimientos ha sido crucial para la evaluación y diagnóstico del insomnio, convirtiéndolos en herramientas clínicas fundamentales para el estudio de cierto tipo de disfunciones cerebrales.

Pero, sin duda, el paso definitivo hacia esta nueva conceptualización del sueño, lo dieron en 1937, Alfred Loomis, E., Newton Harvey y Garret Hobart. Demostraron que la no vigilia no era sinónimo de letargo neural, sino que se trataba de un proceso activo que durante la noche va pasando por distintas fases, diferenciadas por variaciones en los impulsos eléctricos cerebrales. A estos cambios de potenciales los denominaron A, alfa; B, baja tensión; C, huso; D, huso y aleatorio y E, aleatorio (Loomis, Harvey y Hobart, 1937). De ahí saldrían los cinco estadios del sueño, que en posteriores apartados serán explicados.

5.2 SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX

A pesar de que, a lo largo de las primeras décadas del siglo XX, la electrofisiología, la neurofisiología y los experimentos relacionados con la conducta manifiesta protagonizaron el estudio del sueño, el abordaje particular del insomnio en este período no recibió un considerable impulso. Sin embargo, durante la segunda mitad “la ciencia aplicada en tecnología al servicio de la medicina ha permitido una expansión asombrosa del conocimiento médico de la que devinieron nuevos métodos de investigación” (Vizcarra, 2000, p. 139).

Con todos estos avances no es de extrañar que la literatura en torno a la fisiología y la estructura del sueño fuese multiplicándose con el paso de los años. Entre esas publicaciones, una de las más destacadas fue el célebre libro de Nathaniel Kleitman, titulado *Sleep and Wakefulness* (Sueño y Vigilia) editado en 1939.

Este doctor en fisiología y admirado profesor, es considerado actualmente como padre de la investigación del sueño en Estados Unidos (SES, 2015). De hecho, sus doctrinas sirvieron para que, entre otros méritos, dos de sus estudiantes, Eugene Aserinsky y William Charles Dement, se convirtieran en brillantes mentes investigadoras de la medicina del sueño.

En 1953, junto con el primero de sus pupilos, Kleitman realizó uno de los descubrimientos más importantes para este campo de investigación: el sueño de

movimientos oculares rápidos (sueño MOR); más conocido como REM (del inglés *rapid eye movements*) y cualitativamente distinto a los hasta el momento conocidos. Aserinsky, dirigido por su profesor, estudió los movimientos oculares que se producían en una serie de niños durante su estado de no vigilia. Para poder medir esa actividad, les colocó electrodos cerca de los músculos de los ojos, lo que hoy se conoce como electroculograma (en sus siglas, EOG). Después de meses de estudio minucioso, halló que, periódicamente durante el sueño, en estos niños se producían una serie de cambios rápidos de dirección ocular que, en múltiples casos, estaban asociados a los sueños. Ambos investigadores también observaron que el EEG que se generaba era parecido al del estado de vigilia.

Este gran avance marcó un antes y un después en el estudio de este tipo de patologías. A partir de ese momento, el sueño MOR o REM quedó contrapuesto al sueño NMOR o NREM (*no rapid eyes movement*), concretándose con ello una dualidad que perdura hasta nuestros días e iniciándose el estudio de la arquitectura del sueño.

Años más tarde, en 1959, Kleitman y su otro alumno, Dement, descubrieron que el sueño REM y el NREM eran de naturaleza cíclica, así como que el primer período tenía una duración menor que el segundo. En concreto, apuntaron que la fase REM abarcaba entre un 20% y un 25% del tiempo total de sueño; y dividieron la NREM en cuatro estadios diferentes (N1, N2, N3 y N4), los cuales se han ido modificando y completando con el paso de los años (SES, 2015). Actualmente, se considera la existencia de 3 fases NREM. La N1 o sueño superficial, en la que va descendiendo paulatinamente el tono muscular; la N2 o sueño intermedio, protagonista del 50% total del mismo y la N3 o sueño de ondas lentas, asociada al descanso y a la reparación y recuperación corporal (Chávez et al., 2017).

Continuando con esa dicotomía, es preciso señalar las aportaciones de Michel Jouvet, quien contribuyó a desterrar completamente la concepción del sueño como un fenómeno homogéneo y a constatar su carácter dual. Denominó al REM como "sueño paradójico" (rombencefálico, de ondas rápidas) y lo diferenció del telencefálico o de ondas lentas. Asimismo, aportó evidencias de que este fenómeno es un proceso activo y complejo; al determinar que su correlato no se correspondía con la actividad de una única estructura cerebral, sino que era resultado del equilibrio de una red neuronal muy compleja en la que interactuaban sistemas tanto de sueño como de vigilia.

Junto a su grupo de investigadores de la Escuela de Lyon, Jouvet obtuvo las primeras evidencias objetivas de que los gatos durante la fase REM experimentaban una relajación muscular extrema. Estos indicios se confirmaron en humanos posteriormente, dejando evidencias de que "la actividad electromiográfica y el tono muscular eran prácticamente nulos en el sueño REM y solo en el sueño REM" (Rosselló, 1992, p. 413).

Por otra parte, los cimientos de la llamada medicina del sueño como subespecialidad médica se pusieron a lo largo de la década de 1960. Fueron muchos los acontecimientos

que la hicieron eclosionar como disciplina encargada del estudio de estas patologías. Entre ellos, poder registrar de manera completa el sueño nocturno, lo cual permitió constatar empíricamente avances que carecían de tal evidencia años atrás.

Igualmente, se empezaron a “observar los cambios de las variables fisiológicas durante el sueño y sus etapas, así como las variaciones que estas presentan durante la vigilia; aparece el concepto de ritmos y relojes biológicos, así como el de áreas de la cronobiología” (Echeverry-Chabur, J. y Escobar-Córdoba, 2009, p. 202).

En psicofarmacología se introdujo el flurazepam como primer hipnótico benzodiacepínico, lo que supuso el inicio de la contrastación de la eficacia de los hipnóticos de manera objetiva en laboratorios de sueño (SES, 2015).

También se introdujo la llamada cirugía del sueño, aunque primeramente con el objetivo de tratar el ronquido, se describió ampliamente el síndrome de apnea de sueño, se evidenció la asociación de las dificultades del dormir con la somnolencia, se relacionó el cortisol con el ritmo circadiano y se demostró la reducción gradual y progresiva del sueño REM desde la etapa natal hasta la adultez (SES, 2015).

Paralelamente, aparecieron tratados, libros y manuales relacionados con esta área, lo que se tradujo en un rápido desarrollo de los conocimientos relacionados con su cronobiología. Una de las publicaciones más destacadas apareció en 1968, el “Manual de Terminología Estandarizada, Técnicas y Sistemas de Calificación para los Estadios de Sueño en el Humano” de Allan Rechtschaffen y Anthony Kales. Tal fue su calado y nivel de especialización que actualmente sigue vigente.

En parte, su relevancia se debe a que en él se estandarizaron las señales características de los estadios del sueño no MOR y del sueño MOR, lo que aumentó el interés por el estudio del sueño. A su vez, este gran avance permitió la lectura de estas etapas del sueño en personas, algo entonces dificultoso por la carencia de estandarización de criterios. De hecho, gracias al auge de esta clase de artículos e investigaciones “se reconocen los trastornos psiquiátricos en la medicina del sueño, en especial la asociación de la depresión con la ansiedad y el insomnio” (SES, 2015, p. 12).

No obstante, no fue hasta 1989 cuando apareció el primer tratado dedicado íntegramente a esta disciplina. *Principles and Practice of Sleep Medicine* congregaba la investigación y la medicina clínica del sueño existente hasta aquel momento. Editado, entre otros, por el mentado Dement, durante tres décadas, ha sido y sigue siendo la guía de referencia para tomar decisiones clínicas basadas en la evidencia empírica relacionadas con este tipo de patologías.

A la par, durante esta década tuvo lugar el surgimiento de la denominada tercera fuerza de la psicología. Esta agrupaba un conjunto de teorías psicológicas y psicoterapias que abogaban por centrar el foco de atención en la importancia del espíritu humano,

suponiendo que las personas tienen la suficiente libertad como para seleccionar su propia clase de existencia (Tobías y García-valdecasas, 2009).

Uno de estos grandes presupuestos fue la logoterapia, de Viktor Frankl. Este superviviente del holocausto nazi sistematizó sus reflexiones sobre el sentido de la vida, aludiendo a la existencia de una triada trágica de la existencia: dolor, muerte y culpa. Por ello, pensaba que los medicamentos para el insomnio no eran una verdadera terapia.

Por el contrario, predicaba que el origen de esta patología residía en el interior de la persona. Y, en concreto, en un mecanismo de ansiedad expectativa, el cual “hace que un síntoma en sí inofensivo y pasajero provoque en el paciente afectado determinados temores; éstos fortalecen el síntoma en cuestión, y este síntoma agravado incrementa a su vez los temores del enfermo” (Frankl, 1990, p.35).

Este círculo vicioso, aseguraba Frankl (1990), se paliaba mediante la consciencia de que el sueño, como estado necesario para la supervivencia, no puede ser “atrapado”, ya que “el esfuerzo y la voluntad de dormirse ahuyentan” al mismo (p.36).

Por tanto, la solución es la “confianza en el propio organismo”, así como “la renuncia consciente del sueño”, es decir, la intención de no dormir durante la noche. Su consigna al paciente era la siguiente: “esta noche no quiero dormir, solo quiero relajarme y pensar en las vacaciones pasadas o en las próximas” (Frankl, 1990, p.36).

Con ello, pretendía lograr que dejara de temer el insomnio, suficiente, consideraba, como para garantizarlo. Éste fue el germen de las técnicas de restricción del sueño y de intención paradójica, hoy en día muy empleadas en los principales programas cognitivo-conductuales del tratamiento del insomnio.

Las aportaciones de Viktor Frankl también incidieron en la actualmente denominada higiene del sueño. El logoterapeuta aseveraba que, ante despertares nocturnos, era primordial que la persona no realizara una serie de acciones que entorpecieran la nueva conciliación del sueño. Por ejemplo, empezar a leer un libro, encender la luz o mirar el reloj en mitad de la madrugada. Estas pautas se han sistematizado en la parte más psicoeducativa de la intervención en los trastornos de sueño.

Así pues, los últimos años de los 60 fueron especialmente cumbres para la cura de esta patología. A lo anteriormente expuesto, se añadió el incipiente reconocimiento a partir de la comprobación de la efectividad de las técnicas de relajación mental y de hipnosis, como dos de los procedimientos más eficaces en conseguir reducir la frecuencia de este trastorno primario del sueño.

Paralelamente, Monroe, Hauri, Robinson y Zimmerman, investigaron la influencia de la activación fisiológica y cognitiva en el mantenimiento y cronicidad del insomnio. Esto direccionó los estudios posteriores relacionados con su tratamiento (Marín y Lopera, 2008). De hecho, el propio Hauri demostró la eficacia del biofeedback, con este fin, en los años 80.

En los años 70 se produjeron dos hechos especialmente reseñables, que incidieron en el futuro de la psicología clínica y de la salud. Por un lado, tuvo lugar el mayor desarrollo y evolución de la denominada medicina clínica del sueño como subespecialidad. Y, por otro, se materializó la consolidación del modelo cognitivo conductual (TCC) como una de las grandes escuelas psicoterapéuticas.

Respecto a la generalización de la nueva disciplina, en Estados Unidos y en multitud de países de Occidente en los 20 años posteriores, se abrieron centros, clínicas y laboratorios para el estudio, evaluación y tratamiento de los trastornos del sueño. El primero de ellos, dedicado íntegramente a esta disciplina fue el Stanford Center for Sleep Sciences and Medicine, situado en California, y hoy todavía en activo. Su apertura contribuyó decisivamente a que el insomnio dejara de ser un problema considerado estrictamente como psiquiátrico, así como al inicio de una concienciación ética en el manejo y atención de los pacientes. De hecho, este modelo de cuidado de Stanford ha sido el elegido para la formación de posteriores especialistas en la medicina del sueño.

Empezaron a utilizarse conjuntamente y de manera rutinaria, los sensores cardiorrespiratorios, el EEG, el EOG y la electromiografía durante toda la noche. Este proceso de estudio y diagnóstico de los problemas del sueño fue denominado polisomnografía por Holland en 1974 y se convirtió rápidamente en el estándar dorado de las técnicas de habituales de diagnóstico de estas problemáticas (SES, 2015).

La PSG nocturna es una prueba que registra de forma simultánea y continua las ondas cerebrales, la actividad respiratoria, el nivel de oxígeno en sangre, la frecuencia cardíaca, los movimientos oculares y la actividad muscular de las piernas durante el sueño. En este momento, es el procedimiento más completo en el estudio de los trastornos de la respiración relacionados con el sueño (TRS) y las patologías del dormir (Sánchez et al., 2010).

Con ello, la comunidad médica focalizó gran parte de su atención en los trastornos primarios del sueño y en la importancia de la calidad de las horas dormidas en el curso de los mismos. Los benzodiacepinas sustituyeron a los barbitúricos como los fármacos de primera elección para la mengua de esta patología del sueño. Y poco a poco, fue gestándose la necesidad de implantar reglas, normas y estándares para el estudio de este tipo de patologías.

Todo ello se tradujo en una mayor aplicación de la polisomnografía, lo que permitió, a su vez, el establecimiento de medidas objetivas que facilitaron el conocimiento del efecto de psicofármacos en las personas con insomnio, así como hallar sus causas físicas.

En lo referente a la relevancia de la TCC durante la década de los 70, la incorporación de las variables cognitivas a la explicación de la conducta marcó un devenir

histórico en los tratamientos psicoterapéuticos de múltiples trastornos. Entre ellos, el insomnio.

Para la intervención de este último, fue especialmente significativo el desarrollo de las técnicas de biofeedback, fruto de la convergencia de investigación médica y psicológica, aprovechando los avances de la tecnología biomédica. También el auge del uso de la terapia basada en el autocontrol y la autorregulación, así como la extensión de la terapia de conducta a la salud y la enfermedad. Todo ello complejizó los tratamientos, ya que hasta entonces incluían pocas variables y eran excesivamente simples, y los transfiguró en multicomponente, mediante la integración de muy diversas técnicas (Labrador et al., 1993).

Simultáneamente, se incluyó la cronoterapia como técnica de intervención en los trastornos del ritmo circadiano, cuya manifestación concomitante era el insomnio. Este tipo de trastornos del sueño-vigilia empezaron a ser reconocidos durante la década de los 70, junto con el "jet lag" o el trastorno de sueño por trabajo a turnos. En estas patologías tanto la cantidad como la calidad del sueño son adecuadas, pero tienen lugar en un momento inadecuado o en horarios poco convenientes. Por eso, la cronoterapia, como técnica que va ajustando progresivamente estos horarios de sueño y vigilia empleando estímulos como la luz o la medicación, sigue estando considerada como tratamiento adecuado (Giménez et al., 2016).

En 1972, se crea la European Sleep Research Society (Sociedad Europea de Sueño e Investigación), siendo W. R. Hess su presidente honorario. Su aspiración, a día de hoy, continúa siendo el reconocimiento de la medicina del sueño como especialidad médica.

Alrededor de ese mismo año se describe la Escala de Somnolencia de Stanford (SSS), como baremo del descanso percibido y de la somnolencia diurna; y Richard R. Bootzin formula la técnica de control del estímulo como tratamiento del insomnio, basándose en conceptos de la teoría del aprendizaje (SES, 2015). Este autor se basó en las conductas desadaptativas relacionadas con el dormir y el tiempo que el paciente permanecía despierto en su lecho (Marín y Lopera, 2008).

La revista SLEEP, editada por primera vez en 1978, fue pionera en la publicación de investigaciones relacionadas con el sueño. Surgió tras la creación de la American Sleep Disorders Association (ASDA) en 1976, hoy denominada American Academy of Sleep Medicine (AASM). Esta última es una entidad de referencia internacional, dado el reconocimiento de su actual clasificación categorial de los trastornos del sueño.

1979 fue sustancialmente relevante para la comunicación interprofesional psicomédica y para el manejo de pacientes con dificultades durante el dormir. Tras un arduo trabajo llevado a cabo por un grupo de expertos procedentes de varias sociedades del sueño, se creó la primera clasificación de los trastornos del sueño: Clasificación diagnóstica de los trastornos del sueño y de la excitación (Thorpy, 2012). Hasta ese momento, en las

taxonomías de referencia, este grupo de patologías no se encontraban amparadas bajo una misma etiqueta diagnóstica, sino dispersas en diferentes apartados, en función del trastorno del que se tratase. Con el paso del tiempo, las clasificaciones de dichas patologías han ido evolucionando, e introduciendo modificaciones basadas en evidencias empíricas; fijándose, en primer lugar, en los síntomas y, posteriormente, en los trastornos (SES, 2016).

Finalizada esta década, el insomnio era comúnmente entendido más como signo y síntoma, que como patología en sí misma. De hecho, pese a que fueron muchos los intentos que se realizaron para tratar de demostrar que existía una relación entre el sueño y la locura, lo único que se pudo afirmar era que la organización del sueño de los pacientes mentales se encontraba trastornada, por lo que era más la regla que la excepción que estos presentaran insomnio (Calvo, 2016). Esta conceptualización meramente etiológica del insomnio hizo que los esfuerzos se centraran en determinar su causa y en cuestionar la eficacia y los efectos secundarios derivados del uso de hipnóticos. De ahí que se planteara una nueva técnica como parte del programa de tratamiento de las patologías asociadas a este síntoma: la restricción de sueño (SES, 2015).

En los años 80, se incorporan a la praxis clínica otros fármacos agonistas no benzodiacepínicos, los fármacos Z (Zolpidem, Zopiclona, Zaleplon). La diferencia con aquéllos es que estos últimos modifican la arquitectura del sueño (Barbera y Shapiro, 2005), mientras que las llamadas drogas Z no lo hacen, además de inducir el sueño con un menor efecto ansiolítico y una generación de menor somnolencia diurna (Chávez et al., 2017).

Por su parte, Lugaresi describió por primera vez el llamado insomnio fatal familiar en 1986. Lo categorizó como una enfermedad hereditaria priónica, en la que se encuentra esencialmente afectado el tálamo. Provoca imposibilidad para conciliar el sueño y alteraciones durante la fase REM. No existe hoy en día un tratamiento efectivo que consiga erradicar su evolución, pues suele desembocar en un estado de coma irreversible (Ayuso et al., 2007).

Un año después, Spielmann realizó una contribución esencial en la conceptualización de los trastornos de sueño. Desarrolló un primer modelo teórico, conocido como historia natural del insomnio, que contemplaba tres tipos de factores intervinientes en el mismo: predisponentes, precipitantes y perpetuadores (Marín y Lopera, 2008).

También a finales de la década, el Congreso de Estados Unidos creó la Comisión Nacional de Investigación de los Trastornos del Sueño. El objetivo era ahondar en este tipo de patologías con la finalidad de instaurar un plan de uso y organización de los recursos del país, que permitiera investigar de manera eficiente esta clase de problemáticas. Entre sus investigaciones, esta Comisión permitió determinar que “70 millones de individuos en ese país están afectados por trastornos del sueño” (Loucraf et al., 2006, p. 3).

Para continuar con ese proceso de institucionalización y reconocimiento de la medicina del sueño como subespecialidad propia, se creó en ese mismo país una entidad con la potestad de emitir la certificación acreditativa pertinente: el *American Board of Sleep Medicine*. Gracias a ello, durante los últimos años de 1990 empezaron a acreditarse los primeros profesionales en Estados Unidos.

En España y, concretamente en Madrid, tuvo lugar la fundación de la Asociación Ibérica del Sueño en 1991, posteriormente denominada Sociedad Española del Sueño. Esta última es en la actualidad la entidad encargada del desarrollo de la investigación e impulso de la Medicina del Sueño en España (Europa Press, 2019).

A nivel internacional, a finales de este decenio, tuvo lugar la creación formal de la denominada Medicina Comportamental del Sueño (MCS), como una subespecialización de la Medicina del sueño y de la Psicología clínica y de la salud, encargada “específicamente de la explicación de focos cognitivo-comportamentales, importantes en la identificación de los factores psicológicos que contribuyen al desarrollo y/o mantenimiento de los trastornos del sueño” (Marín y Lopera, 2008, p. 58). Sin ella, hoy en día, sería muy difícil garantizar el éxito de la terapia psicoterapéutica del insomnio y el conocimiento de su etiología y cronobiología.

Con todo ello, la investigación científica que se ha llevado a cabo durante las últimas décadas ha vertido el mayor cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos sobre la fisiología y fisiopatología del sueño nunca antes imaginado.

Por supuesto, a ello contribuyó decisivamente la aparición, el rápido desarrollo y la posterior evolución de las nuevas tecnologías e Internet. Éstas han facilitado contundentemente la proliferación e intercambio de conocimientos relacionados con la medicina del sueño a lo largo de todo el globo; así como han logrado dar solución a interrogantes y plantear nuevos interrogantes a la investigación del sueño (Vizcarra, 2000).

6. EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO DURANTE EL SIGLO XXI

A lo largo del siglo XXI, el insomnio ha sido conceptualizado como un trastorno primario de sueño, resultado de la interacción entre distintas variables, examinadas a partir de la realización de un análisis funcional de la conducta.

Este modelo integrador tiene en cuenta el esquema E-O-R-C (Estímulo-Organismo-Respuesta-Consecuencias), el cual permite obtener una evaluación completa de la patología y poder desarrollar un tratamiento individualizado, teniendo en cuenta las características propias e idiosincrásicas de cada paciente (Morín y Espie, 1998).

En primer lugar, para poder profundizar en el tratamiento psicoterapéutico actual de esta patología, es necesario aludir a la diferencia entre el insomnio como trastorno y como

episodio aislado de dificultad en el dormir. La prevalencia de estos últimos es muy frecuente entre la población general (38 %-59 %); mientras que el trastorno suele ocurrir en un porcentaje variable, pero más bajo (2%-14 %) (Rivas, 2019). Esto se debe a que es habitual que las personas duerman *mal* ciertas noches, por muy diversas circunstancias. Sin embargo, para que concurra el trastorno, es fundamental cumplir ciertos criterios y baremos diagnósticos contemplados en los sistemas de clasificación diagnóstica actuales.

Hoy en día, la mayoría de las personas que padecen insomnio son diagnosticadas y reciben tratamiento asistencial en el ámbito de la AP (SES, 2016). Sin embargo, si existe sospecha de la existencia de un trastorno subyacente del sueño más complejo, será necesario realizar un estudio más profundo del paciente, y para ello, se le remitirá a la Unidad del Sueño correspondiente o al departamento de atención especializada que se requiera (Neurología, Neumología, Psiquiatría...) (SES, 2016).

En líneas generales, los objetivos de la intervención del insomnio son la mejora cuantitativa y cualitativa del sueño, a través de la reducción de la latencia y del número de despertares nocturnos; así como la facilitación de un mínimo de 6 horas de sueño reparador (Sarrais y de Castro, 2007). Igualmente, está encaminado a reducir al máximo la angustia y la ansiedad relacionadas con la privación de sueño y a la optimización del rendimiento diurno (Oviedo et al., 2016).

Los estudios acerca de la aparición de esta patología de manera primaria o comórbida a otra alteración sostienen que mayoritariamente “el insomnio es un síntoma de un trastorno subyacente más que una enfermedad en sí misma” (Sarrais y de Castro, 2007, p. 122). Por lo que, es general la consideración de que la intervención ha de incidir, en primer lugar, en la causa, y, de forma secundaria, en el síntoma.

De la misma manera, este trastorno de sueño ha de ser intervenido de forma etiológica, priorizando el tratamiento psicoterapéutico y teniendo en cuenta que, en caso de cronicidad o comorbilidad, se ha de recurrir a la terapia farmacológica (Chávez et al., 2017).

De esta manera, el programa de tratamiento elegido para cada paciente varía en función de la causa, del tipo de insomnio del que se trate y del grado de afectación o alteraciones que produzca en el funcionamiento normal de la persona.

6.1 TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Como se ha comentado previamente, antes de recurrir a los hipnóticos, es necesario siempre intervenir de forma no farmacológica. No obstante, en múltiples ocasiones, es necesario simultanear el tratamiento médico o psiquiátrico subyacente y el propio de la patología aquí expuesta.

Los tratamientos psicoterapéuticos actúan identificando y corrigiendo los factores etiológicos, precipitantes y mantenedores del insomnio, para evitar que éste se perpetúe; así

como los trastornos subyacentes existentes; y mejorando la denominada higiene del sueño. En este sentido, la aproximación psicoterapéutica está dirigida a mejorar las condiciones ambientales y conductuales del paciente.

En los últimos 10 años, se han logrado grandes avances en las intervenciones de tipo terapéutico. No obstante, a pesar de que esta clase de tratamientos “son muy bien aceptados por parte de los pacientes, su conocimiento médico es muy pobre y por lo tanto subutilizados” (Oviedo et al., 2016, p.357). Dentro de ellos, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es la estrategia psicoterapéutica de elección, por su demostrada eficacia en la aproximación al tratamiento del insomnio (Caballo, 1998).

La TCC es una “combinación de técnicas psicoterapéuticas de duración limitada en el tiempo, focalizadas en el sueño, que incluyen intervenciones psicológicas de tipo cognitivo y técnicas educativas, informando al paciente acerca de la higiene del sueño, y técnicas de tipo conductual, como la restricción del tiempo en cama, el control de estímulos y las técnicas de relajación” (SES, 2016, p. 45).

Su finalidad es mejorar la cantidad y calidad del sueño y, por tanto, el estilo de vida del insomne. Para ello, se le instruye en el manejo adecuado de situaciones que dificultan su descanso, en un mayor control de su expresión emocional, en una mejora de sus relaciones interpersonales, así como en aumentar su motivación intrínseca, mediante, por ejemplo, la práctica de actividades gratificantes, que le van a facilitar, en última instancia, dormir conforme a sus necesidades.

El tratamiento multimodal de la TCC suele constar de entre 4 a 10 sesiones de periodicidad semanal, normalmente estructuradas, que tienen una duración de 50 a 60 minutos. Se considera un indicador de éxito terapéutico que la latencia de inicio del sueño haya decrecido en media hora (Oviedo et al., 2016).

Este procedimiento está dividido en tres componentes, que actúan sinérgicamente en el restablecimiento del buen descanso. Aunque, a lo largo de este capítulo se desglosarán de manera extensa, cabe destacar los principales objetivos de cada uno de ellos.

El primero, de corte educacional, está dirigido esencialmente a dotar de información básica al paciente sobre el sueño, las modificaciones que este patrón va sufriendo a lo largo de las distintas etapas evolutivas, la necesidad fisiológica humana de dormir o las consecuencias que tiene el descanso en la actividad cognitiva, conductual y emocional.

El siguiente componente es el conductual, el cual pretende proporcionar pautas y recomendaciones concretas con el fin de modificar hábitos de sueño; y, por ende, mejorar las condiciones en las que éste tiene lugar. Igualmente, pretende alcanzar una desactivación física y cognitiva durante la noche que permita la mejor conciliación de este estado.

El tercer y último, el cognitivo, trata de eliminar la ansiedad y preocupaciones intrusivas del paciente, mediante la identificación y modificación de pensamientos y creencias disfuncionales relacionadas con el descanso y asociadas al momento de ir a la cama. Para ello, trata de reformular esas cogniciones, así como instaurar cambios específicos que permitan al paciente optimizar el funcionamiento de los centros cerebrales del sueño.

Tabla 4. Componentes de la TCC y técnicas más empleadas en el tratamiento del insomnio

COMPONENTES TCC	TÉCNICAS	TIPOS DE TÉCNICAS
Educativo	Higiene del sueño	
Conductual	Control de estímulos	
	Relajación	Relajación muscular progresiva
		Respiración diafragmática
		Biofeedback
Restricción del sueño		
Cognitivo	Reestructuración cognitiva	
	Detención del pensamiento	
	Intención paradójica	
	Imaginación dirigida	
	Meditación	Mindfulness

Fuente: elaboración propia

6.1.1 HIGIENE DEL SUEÑO

Los hábitos de una persona pueden alterar la periodicidad de sus funciones fisiológicas, incluido el sueño. Así, no instaurar horarios regulares, no establecer costumbres alimentarias o físicas desfavorables, el consumo de ciertos fármacos o la repercusión de factores ambientales pueden aumentar la debilidad o la desincronización del ciclo de sueño y vigilia (Díaz y Pareja, 2008). En este sentido, la higiene del sueño es el conjunto de comportamientos y recomendaciones destinados a promover que los pacientes aprendan e instauren hábitos de sueño saludables (SES, 2016).

Estas pautas educativas a menudo implican modificar el estilo de vida del paciente y la concienciación de la influencia que tienen ciertas actitudes normalizadas del insomne en la calidad y cantidad de su sueño (Montgomery y Dennis, 2003).

Las recomendaciones de medidas de higiene del sueño están indicadas de manera universal para cualquier tipo de insomnio (Díaz y Pareja, 2008). Las más recomendadas por los principales manuales se pueden resumir de la siguiente manera:

Tabla 5. Reglas de higiene del sueño recomendadas

<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de horarios regulares: procurar acostarse y despertarse todos los días a la misma hora, incluso los fines de semana.
<ul style="list-style-type: none"> • Permanecer en la cama de 7-8 horas. Acostarse solo cuando se tenga sueño.
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar ingerir sustancias estimulantes (cafeína, nicotina o alcohol) desde las 17 horas.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar ejercicio físico moderado de manera regular. • Evitar practicarlo al menos dos horas antes de acostarse.
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar realizar actividades estimulantes y excitantes antes de irse a dormir: uso de dispositivos electrónicos, discusiones, hablar por teléfono...
<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente confortable y adecuado para conciliar el sueño: <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura agradable, alrededor de los 20 grados. • Reducir al máximo los niveles de ruido. • Promover ambiente oscuro o poco luminoso. • No emplear un colchón excesivamente duro.
<ul style="list-style-type: none"> • Cenar de manera ligera y esperar entre una o dos horas para acostarse. • No es conveniente acostarse con sensación de hambre. • Evitar consumir grandes cantidades de azúcar antes de irse a la cama.
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar siestas prolongadas. Éstas no deben superar los 30 minutos.
<ul style="list-style-type: none"> • Llevar a cabo actividades rutinarias antes de irse a dormir: lavarse los dientes, ir al baño, ponerse el pijama. Se pueden practicar técnicas de relajación, para promover la respiración lenta y relajada.
<p style="text-align: right;"><i>Fuente de elaboración: Caballo, 1998; Díaz y Pareja, 2008; Marín y Lopera, 2008; SES, 2015; SES, 2016</i></p>

Suele ser útil entregar estas pautas al paciente por escrito, de manera que le puedan servir de guía y, en ciertos momentos, también de recordatorio. Se pueden incorporar en dicho folio todas las recomendaciones de higiene del sueño o únicamente las que incumple.

Esta técnica es extremadamente popular y altamente recomendada en la gran mayoría de los pacientes, pero, por sí sola, no resulta efectiva (SES, 2015). Es un componente, por tanto, necesario, pero no suficiente en la cura de este padecimiento (Marín y Lopera, 2008). Además, aunque la relación entre las encomiendas individuales de este tipo de terapia y la mejora de calidad de sueño conseguida pueda parecer clara, realmente no existen datos estadísticos concluyentes (SES, 2016).

6.1.2 TÉCNICAS CONDUCTUALES

Los principios sobre los que se sustenta la terapia conductual son eminentemente tres. Por un lado, Díaz y Pareja (2008) consideran que las personas insomnes “han perdido el automatismo que propicia el tránsito de la vigilia al sueño y la plasticidad psicológica que permite contrarrestar las circunstancias inoportunas o indeseables que perturban el sueño (p. 121). Seguidamente, aseguran que esta condición puede menguar gracias a las técnicas de relajación. Por último, que, para recuperar el buen dormir, es esencial una adecuada higiene del sueño.

Por ello, este tipo de técnicas son sustancialmente útiles en el tratamiento del insomnio psicofisiológico, aquel en el que se ha producido un contracondicionamiento a partir de la asociación progresiva entre el dormitorio o la cama con la vigilia (Díaz y Pareja, 2008). De igual manera, el alcance de los objetivos terapéuticos de los insomnes crónicos con problemas de despertar precoz pasa por una ruptura entre la hiperactivación y las condiciones ambientales del dormitorio. A la par, estrategias encaminadas a la regulación emocional pueden ser eficaces para su tratamiento (Morin et al, 2006).

La terapia conductual ha demostrado ser eficaz. De hecho, algunas de sus técnicas han demostrado ser efectivas tanto si se emplean de manera aislada, como si se combinan con tratamiento farmacológico (Díaz y Pareja, 2008). Seguidamente, se presentan las que han demostrado ser más eficaces para el tratamiento del insomnio.

CONTROL DE ESTÍMULOS

Esta técnica conductual tiene la finalidad de reelaborar la relación entre el estímulo cama o dormitorio y el estado de sueño o relajación (SES, 2015). Sus fundamentos aluden a que, permanecer dentro de la cama o en la alcoba despierto, hace que el paciente asocie este estímulo con la vigilia, en vez de con la somnolencia o el dormir.

Por ello, el control de estímulos considera el insomnio como una respuesta condicionada a las señales ambientales y temporales que normalmente están vinculadas con el sueño. Así, la base de su eficacia es el entrenamiento del paciente en la asociación de ciertas señales, como pueden ser la cama o el dormitorio, con un inicio rápido del sueño. Se busca, con ello, revertir el proceso de condicionamiento entre el habitáculo de descanso con actividades no compatibles con el mismo, como ver la televisión, mantener largas charlas o usar el teléfono móvil (SES, 2015).

Actualmente, emplea “seis herramientas que proporcionan una base lógica para el buen dormir” (Erman y Peck, 2005, p. 14). Estas son, eliminar la frustración de los intentos fracasados de conciliar el sueño acostándose únicamente cuando se tenga sueño, emplear la cama solamente para descansar y no permanecer en la cama si no se puede dormir. En esta tercera directriz se insiste en que, ante la imposibilidad de conciliar el sueño, es

preferible que el paciente salga de la habitación y comience a hacer una actividad “que no provoque ningún estímulo” (p. 14). La cuarta consigna es la repetición de la tercera tantas veces como sea necesario. La siguiente consiste en fijar el despertador todos los días a la misma hora, de manera que el insomne se levante independientemente del sueño que tenga o el cansancio que note. La última se refiere a la no realización de siestas durante el día.

Para la primera regla, es necesario tener conocimiento del estado subjetivo de somnolencia, ya que será fundamental para determinar el momento óptimo de acostarse. Para ello, se puede emplear la Escala de Somnolencia de Stanford (SSS), creada, como se ha expuesto a lo largo del apartado anterior, en 1972 (Caballo, 1998).

Desde que Bootzin la propusiera en ese mismo año, la investigación de la técnica de control del estímulo no ha cesado. Esto la ha convertido en una de las más estudiadas y empleadas, junto a la restricción del sueño, en las intervenciones cognitivo-conductuales para esta patología. De la misma manera, muchos autores la consideran como destacada sobre el resto de los procedimientos de corte conductual, con un 66% de efecto (Caballo, 1998).

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Los procedimientos de relajación están orientados a disminuir la activación del paciente, tanto física como mental, a través de la reducción de la tensión somática o de los pensamientos interferentes con el sueño.

Esta terapia es especialmente idónea para aquellos pacientes que necesitan de un sosiego preparatorio antes de iniciar el sueño. De hecho, se ha demostrado su eficacia “para reducir el hiperarousal fisiológico que tienen los pacientes con insomnio”, así como “para mejorar el inicio del sueño” (SES, 2015, p. 52 y 53).

Estas intervenciones fueron las primeras de tipo no farmacológico que se emplearon para tratar el insomnio. Dentro de ella, existen, a su vez, diversas técnicas en relajación que pueden promover esta condición. Entre las más destacadas se encuentran la relajación muscular progresiva (RMP), la respiración diafragmática o el biofeedback.

Por su parte, la RMP originaria de Jacobson se basa en la alternancia de ciclos de tensión y distensión de los principales grupos musculares, para la consecución de la desactivación fisiológica. Desde 1939, su duración ha sido modificada, dando lugar a procedimientos más breves, como el desarrollado por Wolpe o por Berstein y Bolkovec.

En cualquier caso, su objetivo es la reducción del tono muscular y el logro de un estado de autorregulación del organismo, sobre la base de la distensión de la musculatura esquelética. Lo habitual es que en las primeras semanas se practique una relajación larga: se trabajan sistemáticamente 16 grupos musculares durante 30 o 40 minutos. Y, luego, a medida que la persona va adquiriendo la habilidad, se reduce la duración y el número de

ejercicios (se suele pasar a 4 grupos musculares o a uno que implique todo el cuerpo) (Smith, 2001).

Se anima al paciente a que lo practique al menos una vez al día, siendo preferible que no lo realice de manera próxima a la hora de irse a dormir, ya que lo podría pasar a considerar como una obligación y un esfuerzo, no recomendables en estos casos. Así, es conveniente que vaya adoptándolo como un hábito cotidiano que forme parte de su rutina.

Por otra parte, los ejercicios de respiración se suelen utilizar como parte de otras técnicas psicológicas. De hecho, muchas veces éstas últimas se inician con ellos. En general, el objetivo de los mismos es fomentar la respiración diafragmática y un ritmo que sea lento, profundo y homogéneo.

Para ello, es necesario explicarle al insomne el funcionamiento de los pulmones y el del diafragma y cómo se identifican ambas respiraciones. Se le realiza una demostración, se le instruye y se proponen tres tipos de respiración diafragmática: apretando el estómago, tocando el estómago o la denominada respiración con libro (peso del libro) (Smith, 2001).

De esta manera, si se realizan diariamente y se adoptan como estilo de vida, se facilita el buen descanso, puesto que han demostrado probada eficacia en la reducción de los niveles de ansiedad y estrés, y en la consecución de estados de relajación y bienestar.

En esta técnica, es necesario tener en cuenta que entre el 5 y el 15% de los pacientes pueden presentar una “respiración paradójica”, también ansiedad o autoconciencia mientras respiran; o señales de oxigenación excesiva, que es necesario detectar y corregir.

Por último, las técnicas de biofeedback permiten al individuo aprender a controlar voluntariamente y modificar una respuesta fisiológica, normalmente regulada de manera autónoma, habiéndole proporcionado previamente información sobre la misma. Para ello, se utilizan dispositivos electrónicos y sistemas audiovisuales especializados que evalúan distintos parámetros fisiológicos y traducen esa información de manera que sea fácilmente entendible por los pacientes (UNED, 2018).

Los tipos de biofeedback que se usan más habitualmente para el tratamiento del insomnio son el electromiográfico, de cara a poder conocer el grado de relajación muscular; y el electroencefalográfico, que tiene el objetivo de educar al paciente en un incremento de la actividad alfa o theta (Caballo, 1998).

Sus beneficios son dignos de tener en cuenta. Por un lado, al contrario que el tratamiento farmacológico, carece de efectos secundarios y, por otro, sus efectos son muy duraderos, incluso llegando hasta los dos años. (Safont, 2014). No obstante, esta técnica parece haber caído en desuso, dejando de ser la elección preferente para este tipo de intervenciones. Además, se ha puesto en duda su eficacia, por el efecto placebo que tiene en los pacientes y por el inconveniente de la intensidad de tiempo que requiere su

aplicación. Se necesitan entre 15 y 62 sesiones para notar sus efectos, frente a las 7-12 de los programas multicomponentes (Marín y Lopera, 2008).

“Del mismo modo que lo hace el corazón, el cerebro genera una actividad eléctrica específica según la actividad que se encuentre realizando o el estado emocional en el que se encuentre el paciente” (Valencia noticias redacción, 2014). En esto consiste la modalidad de neurofeedback, que se basa en el aprendizaje operante, por el cual el insomne aprende a “regular su propio patrón de ondas cerebrales” (Safont, 2014, p. 2).

Las sesiones tanto de biofeedback como de neurofeedback tienen una duración de 30 o 40 minutos; y su número variará en función de la evolución y la problemática del paciente.

Dado que no existen evidencias de la superioridad de una técnica de relajación sobre otra, es recomendable que el terapeuta haga uso de la que mejor domine y más se adecúe a las necesidades y problemáticas del paciente. Es reseñable destacar que la mayoría de los estudios relacionados con la eficacia de las técnicas de relajación en pacientes insomnes no clarifica una relación significativa entre la mejoría entre los patrones de sueño y la reducción de la activación somática y cognitiva (Caballo, 1998).

RESTRICCIÓN DEL SUEÑO

Con esta técnica, se limita el tiempo que el insomne pasa en la cama cada noche, generando una privación leve, parcial y controlada del sueño, lo que se traduce, a la postre, en una menor latencia del mismo. De esta manera, éste pasa a estar más consolidado y se torna más eficiente, al tiempo que se reduce la ansiedad anticipatoria (SES, 2016).

La restricción se basa, por tanto, en la convicción de que permanecer en la cama despierto mengua la calidad y la cantidad del sueño reparador. Por ejemplo, si el insomne se mantiene en la cama durante 7 horas, pero solamente duerme 5, el tiempo que se le permitirá permanecer recostado será de 5 horas.

Este horario restringido se mantiene 5 días, durante los cuales el paciente ha de llevar un registro diario, lo más certero posible, del tiempo que pasa en la cama, desglosando cuánto está despierto y cuánto dormido (Erman y Peck, 2005). De acuerdo con los datos obtenidos en dicho registro, se calcula la media de sueño eficiente (cociente entre la media del tiempo total dormido y la del tiempo total en cama). Si este dato arroja resultados de un 90%, se aumentará el tiempo de permanencia en la cama entre 15 y 20 minutos (Montgomery y Dennis, 2003). De esta manera, se irá ajustando semanalmente esta restricción.

En cualquier caso, el tiempo en la cama no debe ser en ningún momento menor de 5 horas, porque ello conllevaría una excesiva somnolencia durante el día y un menor rendimiento diurno normal. Sin embargo, es habitual que, durante las primeras semanas de

tratamiento, sí se produzca esta sensación de sueño a lo largo de la mañana, lo que está considerado como una reacción normal del organismo (Díaz y Pareja, 2008).

La reducción sistemática del sueño con el fin de incrementar el impulso homeostático del sueño es una de las técnicas más extensamente empleadas para garantizar la eficacia del acto de dormir (Marín y Lopera, 2008). No obstante, está contraindicada para pacientes con trastorno bipolar y debe ser empleada con cautela en personas cuyo trabajo requiere conducir o manejar maquinaria peligrosa (SES, 2015).

A pesar del protagonismo que tienen las técnicas conductuales en los programas de tratamiento del insomnio, lo cierto es que aún no hay evidencia clara de los mecanismos subyacentes que modifican los ciclos de sueño-vigilia. En este sentido, es necesaria una mayor investigación que fundamente sus beneficios terapéuticos (Caballo, 1998).

6.1.3 TÉCNICAS COGNITIVAS

Algunos autores como Espie (2002) consideran que las cogniciones no deseadas a la hora de conciliar el sueño son el principal componente del insomnio (Sarrais, 2007). Éstas, contrariamente a lo pretendido, prolongan la vigilia cuando se desea pernoctar. Preocupaciones del día a día, somáticas, dificultades familiares, ruidos en la casa, planes futuros o asuntos relativos al trabajo son los tipos de pensamientos más frecuentes que interfieren con el descanso.

De hecho, este trastorno del sueño puede incrementar su intensidad si se le añade, al impacto de esas cogniciones, la propia preocupación sobre la imposibilidad de dormir y sobre las repercusiones que puede tener al día siguiente en su rendimiento diurno (SES, 2016). De esta manera, estas personas con frecuencia atribuyen sus déficits diurnos al no dormir adecuadamente, lo que, a su vez, se refleja en un aumento de los niveles de ansiedad y autovigilancia diarios. Todo ello constituye un círculo vicioso del que los insomnes tienen muy difícil salir sin ayuda terapéutica (Díaz y Pareja, 2008).

Partiendo de esta base, el tratamiento cognitivo en los pacientes insomnes está destinado a lograr la desactivación cognitiva, especialmente incidiendo en las concepciones nocivas sobre el descanso, a través de la identificación, el desafío y la alteración de esas creencias disfuncionales (Morín y Espie, 1998).

Así, este tipo de terapia “puede racionalizar y reestructurar estos pensamientos nocivos y reemplazarlos por creencias y actitudes adaptativas” (Díaz y Pareja, 2008, p. 122), con el fin de neutralizar su valor negativo o disminuir su ocurrencia (Caballo, 1998).

Existen múltiples técnicas cognitivas. Entre las más empleadas se encuentran la reestructuración cognitiva, la detención del pensamiento, el empleo de la imaginación, la intención paradójica e incluso la desensibilización sistemática. A continuación, se exponen las más empleadas (Caballo, 1998).

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA (RC)

La reestructuración cognitiva es con mayor probabilidad la técnica cognitiva por excelencia, ya que, la RC “en combinación con otras técnicas (lo que se conoce como terapia cognitiva o terapia cognitivo-conductual), se ha mostrado más eficaz que la ausencia de tratamiento o que otros tratamientos en los trastornos de ansiedad, depresión mayor, (...), insomnio ira...” (Bados y García, 2010, p.2).

La RC ayuda al paciente “a examinar sus creencias personales sobre el sueño y sus problemas y a contemplar éstos desde perspectivas alternativas” (Caballo, 1998, p. 294). El primer paso para ponerla en marcha es identificar los pensamientos, las creencias y las percepciones sesgadas y distorsionadas que tiene el sufridor respecto al dormir, y que le generan ansiedad y preocupación. Posteriormente, se revisan esas cogniciones, se cuestionan y se ofrecen interpretaciones alternativas más racionales. Esto permite su modificación, acomodo y cambio; y, a la postre, un mejor descanso nocturno y un adecuado progreso terapéutico (SES, 2016).

Entre estas ideas erróneas se encuentran, por ejemplo, discurrir que dormir es un mero trámite para conseguir rendir al día siguiente; que es una pérdida de tiempo; que, si no duermo ni hoy ni mañana, podré recuperar lo perdido el fin de semana; que, si no duermo 9 horas, no puedo funcionar bien al día siguiente, y un largo etcétera.

No obstante, esta técnica se puede emplear para cuestionar pensamientos desadaptativos relacionados directamente con el sueño o para paliar el insomnio como trastorno subyacente, por las posibles rumiaciones ansiosas del paciente antes de dormir.

DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO

Esta técnica fue mencionada por Bain en 1928; pero no fue hasta finales de 1950 cuando Joseph Wolpe, junto con otros colegas, adaptador este modelo para emplearlo con las fobias y obsesiones. Por tanto, aunque, primeramente, la detención del pensamiento se empleaba para tratar los trastornos de ansiedad, su uso se ha generalizado y actualmente se aplica a otras problemáticas, entre ellas, el insomnio (Lozano et al., 1999).

Este procedimiento de autocontrol es adecuado para enseñar a la persona a parar sus pensamientos intrusivos, repetitivos, poco realistas e improductivos. Con ello, se pretenden frenar estas cogniciones cuando el sujeto quiere iniciar el sueño, de modo tal que dejen de estar presentes en ese momento (Caballo, 1998).

A pesar de las variantes que existen de este procedimiento, el proceso básico consta de tres pasos. En primer lugar, la identificación del pensamiento disfuncional; en segundo lugar, el empleo de un método de parada de pensamiento, que puede ser gritar la palabra “STOP” o usar una alarma que nos indique que se debe interrumpir el pensamiento; y, por último, la sustitución de esas cogniciones por otras más adecuadas (Lozano et al., 1999).

Pero si bien “la detención del pensamiento resulta exitosa para eliminar los pensamientos intrusivos que acompañan al trastorno, (...) es inútil ante otro tipo de síntomas como la activación pre-sueño” (Rubio et al., 1999, p. 494).

INTENCIÓN PARADÓJICA

En esta técnica cognitiva, el terapeuta instruye al paciente para que realice comportamientos que *a priori* parecen ser contradictorios y, por tanto, paradójicos, con la finalidad del tratamiento. Se le pide que, si su preocupación es no dormir, entonces se mantenga despierto tanto como le sea posible.

También denominada “permanecer despierto de una manera pasiva”, está basada en la evidencia de que, querer dejar de pensar algo concreto conlleva un aumento de la frecuencia de aparición de esa idea (Wenzlaff y Wegner, 2000). Por eso, implica no luchar contra los pensamientos que aparecen en la mente para, por el contrario, seguirlos e incluso escribirlos para lograr su materialización y concreción (Caballo, 1998).

En palabras de su creador, Frankl (1983), es “un proceso mediante el cual el paciente es animado a hacer o desear que ocurra aquello que precisamente teme” (Chazenbalk, 2006, p. 78). Esto es, hacer que el insomne intensifique sus síntomas, promoviendo que estos pierdan su funcionalidad y significancia.

No obstante, la intención paradójica es más difícil de aplicar que otras técnicas, porque conlleva un alto grado de persuasión del insomne, así como el compromiso de éste de seguir las consignas de manera férrea. La buena relación terapéutica, en este caso, ha de cimentarse sobre una reconceptualización del problema como un “no problema” (Caballo, 1998).

IMAGINACIÓN DIRIGIDA

Harvey (2001) propone la imaginación dirigida, es decir, la representación mental o encubierta de cualquier actividad o entorno que resulte relajante para la persona. como forma de combatir pensamientos activadores a la hora de irse a la cama. Al utilizar imágenes potentes generadoras de sensaciones agradables permite disminuir estados de dolor, ansiedad o sufrimiento, focalizando la atención en aquello que estamos imaginando y fomentando la relajación previa al dormir (Smith, 2001).

Esta visualización de objetos o situaciones, tales como una vela, un reloj de arena o una cometa, trata de favorecer la relajación, desviando la atención de los pensamientos estimulantes; y, por tanto, focalizándola en estímulos relajantes.

MEDITACIÓN

La meditación, por su parte, tiene su origen hace más de 5.000 años en la India. Todas sus técnicas se basan en la realización de una tarea cognitiva que requiera atención, pero que carezca de carga afectiva. Por ejemplo, pensar en un mantra concreto, deletrear

palabras, decir el alfabeto al revés... Entre esas técnicas, se encuentra el mindfulness, una de las más extendidas para el tratamiento del insomnio y de gran actualidad.

Su procedimiento de aplicación se basa en tres pilares básicos: la atención plena tanto interna como externa al sujeto, la relajación muscular y la observación o meditación neutral. Para ello, es básico dejar fluir las sensaciones y cambios corporales, con el fin de que las funciones orgánicas se autorregulen de forma natural. Es por eso, por lo que, inicialmente, las aplicaciones clínicas del mindfulness estuvieron ligadas a procedimientos de control fisiológico-emocional y fueron especialmente relevantes en el tratamiento de trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos (Simón, 2010).

Vallejo (2006) sostiene que el procedimiento más empleado en mindfulness es aquel en el que se incluyen elementos cognitivos (meditación) junto con determinados tipos de relajación, o ejercicios centrados en sensaciones corporales. No obstante, no hay datos empíricos y garantizados de que sea positiva la aplicación del mindfulness en el insomnio tal y como sería esperable, según se viene defendiendo (Moreno, 2019).

6.1.4 OTRAS TÉCNICAS

CRONOTERAPIA

Se trata de “un tratamiento cualitativamente específico de los trastornos del sueño que tienen como causa una alteración del ritmo normal sueño-vigilia con respecto a un horario estándar” (Caballo, 1998, p. 299). Coloquialmente, se podría considerar como una resintonización de los mentados ciclos biológicos.

Su fundamento reside en la actividad del reloj biológico, dado que a las personas les resulta más fácil retrasar su tendencia circadiana de sueño, que adelantarla. Por tanto, la finalidad de la cronoterapia es precisamente la de adelantar la hora en la que el paciente se duerme, en varias fases, cuya duración es variable.

Una vez establecida lo que Caballo (1998) denomina “hora de referencia” (en la que el sujeto se duerme), en la primera fase, el insomne ha de dormirse tres horas más tarde de lo que lo hace habitualmente. En la segunda, seis horas después respecto a la hora de referencia y así se continúa hasta la última fase, en la que se alcanza la “hora de sincronización”.

El principal impedimento de esta técnica es que es difícil obtener buenos resultados fuera del laboratorio de sueño, ya que requiere de un seguimiento y ajuste diario de horarios. También es indispensable indicarle al paciente que ha de seguir el programa indicado por el terapeuta, ya que, de interrumpirlo o dejar de cumplirlo, puede resultar contraproducente.

6.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL INSOMNIO

Para el tratamiento farmacológico del insomnio se emplean hipnóticos, es decir, medicamentos que contribuyen a iniciar y/o mantener el sueño de manera semejante a la función fisiológica natural del organismo.

Entre este tipo de drogas, se incluyen “un amplio rango de moléculas, como benzodiazepinas, compuestos Z, antidepresivos, antihistamínicos, entre otros, cada una con propiedades farmacodinámicas y farmacocinéticas particulares” (Chávez et al., 2017, p.10).

En primer lugar, es recomendable emplear sustancias naturales, pero si el insomnio es resistente, las siguientes líneas de actuación son: hipnóticos no benzodiazepínicos, benzodiazepinas, antidepresivos con efecto sedante, neurolepticos sedantes y otros tales como antihistamínicos, melatonina, ciormetiazol o gabapentina (Díaz y Pareja, 2008).

No obstante, los más empleados son los hipnóticos benzodiazepínicos y no-benzodiazepínicos (BZD), que son favorecedores del sueño al aumentar la actividad GABA (ácido gamma-aminobutírico). Ambos han demostrado tener eficacia a corto plazo para el tratamiento del insomnio.

Las diferencias entre ellos residen en la duración de su acción y en sus efectos secundarios. Por un lado, existen diversos tipos de BZD: de acción corta (vida media inferior a 6 horas), de acción intermedia (duran entre 6 y 24 horas) y de acción larga (vida media superior a 24 horas) (Chávez et al., 2017). No obstante, este tipo de hipnótico entraña mayor riesgo de desarrollar dependencia y síndrome de abstinencia tras su suspensión que los no benzodiazepínicos. Además de generar somnolencia diurna, mareos, retardo motor y alteraciones cognitivas. Eso sí, los hipnóticos benzodiazepínicos son más eficaces que las drogas Z, pues acortan la latencia del sueño e incrementan su calidad (Díaz y Pareja, 2008).

Teniendo en cuenta estas contraindicaciones, el uso de los hipnóticos no benzodiazepínicos se acogió con gran esperanza, ya que, según Díaz y Pareja (2008), no provocan “insomnio de rebote”, no perturban la memoria ni el rendimiento intelectual, ni generan abstinencia. No obstante, para otros autores, como Chávez et al., (2017), aún en la actualidad existe incertidumbre sobre “sus efectos adversos como deterioro psicomotor, problemas cognitivos y depresión” (p. 11). Su vida media es más corta que la de las BZD, lo que reduce los efectos residuales derivados de su uso; y no perturban la arquitectura del sueño, al tener un impacto mínimo en las fases REM y NREM.

El insomnio transitorio y agudo siempre puede ser tratado con hipnóticos (Estivill et al., 2006). Pero, en casos de insomnio crónico, se desaconseja su empleo, si bien a veces, “se asume, como mal menor, prescribirlos administrados de forma intermitente, 2-3 veces por semana. Esta terapia intermitente evita la tolerancia y adicción” (Díaz y Pareja, 2008, p. 120). Así, los fármacos se utilizan de forma complementaria a la TCC, verdaderamente eficaz en este tipo de insomnio (Estivill et al., 2006).

Tabla 6. Hipnótico ideal según el tipo de insomnio

SEGÚN SU NATURALEZA O MOMENTO DE LA NOCHE EN QUE SE PRESENTA		
De conciliación o inicial	NO BZD (Zaleplón, Zolpidem, Zopiclona) BZD de corta duración	10 mg / día
De mantenimiento o medio	NO BZD (Zolpidem) BZD de intermedia duración (Lorazepam, Clonazepam)	10 mg / día
De despertar precoz o tardío	NO BZD (Zolpidem) BZD de larga duración	10 mg / día
SEGÚN SU DURACIÓN		
Transitorio (menos de 7 días)	BZD (Lormetazepam)	1-2 mg/día
	BZD (Midazolam)	7,5-15 mg/día
Agudo (menos de 3 meses)	BZD (Midazolam)	7,5-15 mg/día
	BZD (Triazolam)	0,125-0,25 mg/día
Crónico (más de 3 meses y 3 veces/semana)	BZD (Alprazolam)	0,75-1,5 mg/día
	BZD (Lorazepam)	1-2 mg/día
	BZD (Temazepam)	(7,5-30 mg/día
<i>Fuente: Sarrais y de Castro, 2007; Chávez et al., 2017</i>		

Es reseñable añadir que, “debido a sus efectos secundarios y a los problemas de seguridad clínica que conlleva su uso, nunca deben utilizarse como terapia única en el tratamiento del insomnio” (Chávez et al., 2017, p. 16). De hecho, los resultados más satisfactorios han venido de la mano de la intervención combinada, es decir, de la aplicación conjunta de medidas psicológicas y farmacológicas” (Sarrais y de Castro, 2007, p. 128).

6.3 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO FRENTE AL FARMACOLÓGICO

Las ventajas de conocer la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos son cuantiosas, principalmente para los usuarios que reciben la ayuda; y, seguidamente, para los profesionales, psicólogos y médicos, que ejercen su profesión en el marco de la salud mental. Esto es, son evidentes tanto para los receptores del tratamiento, como para los emisores o aplicantes del mismo (Labrador et al., 2002). No obstante, existen diferencias entre ambos tipos de intervención. A continuación, son enumeradas dichas distinciones, tomando como base el tratamiento psicoterapéutico frente al farmacológico.

Tabla 7. Ventajas y desventajas del tratamiento psicoterapéutico frente al farmacológico

VENTAJAS	INCONVENIENTES
Es más económico	De inicio dificultoso, al requerir cambios en los hábitos de vida del paciente
No genera dependencia y no genera dependencia	Exigen mayor dedicación profesional
El paciente tiene un papel activo en el proceso de mejora de su condición	Número insuficiente de terapeutas que dominen y conozcan las técnicas
Menor posibilidad de recaídas a largo plazo	Requieren tiempo, esfuerzo y paciencia
Mayor eficacia a largo plazo	Acceso limitado a otras formas de ayuda profesional además de la médico-farmacológica
Trata las causas, no solo los síntomas subyacentes	
<i>Fuente: Montgomery y Dennis, 2003; Sarrais y de Castro, 2007</i>	

6. 4 TRATAMIENTO DEL INSOMNIO EN POBLACIONES ESPECIALES: NIÑOS, EMBARAZADAS

“La terapéutica en estos grupos etarios está orientada a la implementación de rutina de higiene del sueño y técnicas conductuales, y solo en casos particulares, se indicará tratamiento farmacológico” (Chávez et al., 2017, p.18).

Así pues, tras descartar la presencia de otras patologías, en niños y adolescentes la intervención del insomnio suele abordarse mediante las siguientes técnicas, generalmente integradas en un tratamiento multicomponente.

En primer lugar, es prioritaria la introducción de medidas de higiene del sueño como procedimiento psicoeducativo destinado a reducir conductas que interfieran en el sueño y favorecer comportamientos facilitadores. Suele incluir pautas y recomendaciones como hábitos alimentarios, rituales antes de dormir, actividad y ejercicio físico, actividades en el dormitorio y condiciones ambientales (Rivas, 2019).

La RMP, ampliamente utilizada en el tratamiento del insomnio en adultos, se ha utilizado en población infantil, aunque su uso está menos extendido y documentado.

También se emplea frecuentemente el control de estímulos para regular horarios y controlar actividades incompatibles a la conducta de dormir en la cama, para que la cama se asocie a dormir. Por ejemplo, realizar conductas rutinarias previas a dormir o acostar al niño cuando tenga sueño, entre otras.

La restricción del sueño: se usa junto a otras técnicas y consiste en retrasar la hora de acostar al menor, para que esté en la cama el tiempo que corresponda con dormir. Posteriormente se va adelantando la hora hasta que descanse el tiempo adecuado.

Es bastante frecuente que las embarazadas, en sus últimas semanas de gestación, tengan alteraciones en el sueño y dificultades a la hora de conciliarlo y mantenerlo durante la noche. En este sentido, es altamente recomendable no emplear un tratamiento farmacológico, sino TCC, la práctica de ejercicio suave y técnicas de relajación (Chávez et al., 2017, p.18).

Por tanto, si el consumo de fármacos debe tomarse con precaución, sopesando los riesgos y los beneficios que entraña, en embarazadas la evaluación de su uso ha de ser aún más minuciosa. Además, no existen estudios en los que se haya podido comprobar el efecto de los hipnóticos en las embarazadas, por lo que los efectos secundarios que pueden acarrear son hoy en día aún desconocidos.

El insomnio es una problemática de importancia relevancia y prevalencia en la población mayor. De hecho, alrededor del 32% de este sector, especialmente las mujeres, manifiestan alteraciones en su sueño; de las que cerca de un 12% están contempladas en las clasificaciones del insomnio. Las perturbaciones más prevalentes que manifiestan están asociadas con despertar precoz y despertar cansado (Pardo y González, 2017).

Para los ancianos, el tratamiento más empleado es el combinado: farmacológico, higiene del sueño y técnicas conductuales. No obstante, de todos ellos, la opción farmacológica es la más recurrente actualmente; siendo los mayores “el grupo de población que más hipnóticos consume y de forma más continuada” (Estrella y Torres, 2015, p. 125).

Entre las técnicas psicoterapéuticas más efectivas, se encuentra la restricción del sueño, ya que se deduce que los ancianos han podido tratar de compensar su sueño deficiente pasando más horas en la cama (Montgomery y Dennis, 2003).

7. CONCLUSIONES

Lejos de lo que se pensaba en el mundo clásico, dormir no es un estado pasivo ni una experiencia mística que acerca a los mortales a las deidades. Por contra, se trata de un proceso por el que tiene lugar un tipo de actividad cerebral que pone en marcha núcleos neurales de la formación reticular, el tálamo y el hipotálamo (Velayos et al., 2007).

De hecho, para poder realizar tal afirmación, han sido cuantiosos los pasos que se han tenido que ir dando en múltiples disciplinas a lo largo de centenares de años. Y, necesaria, igualmente, la convergencia de sus hallazgos. Sin duda, hay una fecha crucial en este proceso que marcó el inicio de una nueva era en la investigación sobre el sueño y sus patologías, incluido el insomnio. En 1929 se realizó la que ha sido hasta la actualidad la

aportación más importante en la praxis clínica de la medicina del sueño: la creación de la electroencefalografía, de la mano de Hans Berger (Vizcarra, 2000).

A partir de ahí y, especialmente, gracias a los avances biomédicos y tecnológicos que se han ido produciendo durante las últimas décadas, se ha podido evidenciar empíricamente que el sueño es un estado activo caracterizado por un decremento del nivel de consciencia, que tiene vinculadas una serie de actividades orgánicas propias, tales como el movimiento rápido de los ojos. A pesar de ello, aún falta mucho camino por recorrer en el estudio de su origen, fisiología o funciones biológicas asociadas (Miró, Cano-Lozano y Buela-Casal, 2005).

De lo que no cabe duda es de que el sueño es de vital importancia para la salud integral de las personas, ya que existen certezas de la interrelación entre los procesos que tienen lugar durante este acto y el bienestar físico y psicológico de los seres humanos. De hecho, la correlación entre la calidad del sueño y la calidad de vida es positiva, y se evidencia en menores tasas de morbilidad y mortalidad, menor número de síntomas de depresión, ansiedad y de enfermedades en general; y en un descenso del consumo de fármacos (Miró, Cano-Lozano y Buela-Casal, 2005).

Por el contrario, estar privado del descanso de manera consistente en el tiempo tiene efectos verdaderamente perjudiciales para la salud, que afectan a los sistemas inmune, cardiovascular, neurológico y metabólico (Rico-Rosillo y Vega-Robledo, 2018).

Por todo lo anteriormente planteado, se puede determinar que el insomnio es costoso a nivel médico, tanto para los pacientes como para las autoridades sanitarias (Haro, Labra y Sánchez, 2010). Ya no solamente por la cantidad de recursos invertidos en la prestación de una atención integral a los insomnes, sino también porque, por ejemplo, esta patología se encuentra asociada a un mayor absentismo escolar y/o laboral, y a accidentes en el trabajo y en el hogar (SES, 2015). Para poner aún más de relieve sus repercusiones, basta con realizarse la siguiente pregunta para la que aún, hoy en día, no existe una respuesta clara: ¿cuánto puede estar una persona sin dormir antes de morir?

“No he dormido nada”, “he tardado horas en dormirme”, “me he levantado cansado” son algunas de las expresiones más frecuentes en el momento presente tras una noche de falta de descanso. De hecho, la privación de sueño y, concretamente, la recurrencia de episodios de insomnio es una de las quejas más habituales en las consultas médicas, rozando el 30% de prevalencia (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria, 2009).

Sin embargo, el insomnio solamente adquiere relevancia en el contexto clínico cuando implica dificultades en el desempeño habitual de aquel que lo padece (Chávez et al., 2017). Tal es así que la mayoría de los pacientes que buscan ayuda especializada, lo hacen tras años de soportar este padecimiento (Benetó y Gómez, 2006).

Empero, en lo que respecta a las cifras del número de pacientes insomnes, se debe tener en cuenta que, dependiendo de la definición del trastorno que se tome como referencia y del tipo de insomnio que se considere, los porcentajes pueden variar de manera muy considerable, llegando a oscilar entre un 2% y un 45% (Safont, 2014).

Pero, a pesar de estas cifras y de que el sueño es el estado fisiológico que más bibliografía de investigación ha acumulado a lo largo de la historia, el estudio de los trastornos de sueño como tal y como parte de la medicina es muy reciente (Vizcarra, 2000). Concretamente, ha sido durante las últimas cuatro décadas cuando se han producido avances verdaderamente relevantes en el ámbito evaluativo, diagnóstico y terapéutico del mismo (López de Castro et al., 2010).

Considerando su proceso de evaluación clínica, es preciso destacar dos factores cruciales a tener en cuenta por el clínico antes de realizar el diagnóstico, que pueden inducirle a error. Por un lado, la cantidad de sueño subjetivo que necesita cada persona para sentirse descansado al día siguiente y poder realizar su desempeño habitual. Y, por otro, el alto grado de subjetividad que alberga en sí mismo el acto de dormir (Benetó y Gómez, 2006). En este sentido, es preciso considerar los errores de percepción que pueden tener los pacientes en la narrativa de su sintomatología. Así, por ejemplo, su convicción de estar despiertos en momentos en los que la polisomnografía indica lo contrario, la sobreestimación de su latencia de sueño o la subestimación del período en el que han estado dormidos. Todos estos son factores que pueden alterar la evaluación, el diagnóstico y, por tanto, el propio tratamiento del insomne (Safont, 2014).

Respecto a esto último, actualmente concurre una contrastada evidencia acerca de que el procedimiento de intervención ha de ser en un primer momento etiológico y, seguidamente, pasar a centrarse en los síntomas (Sarrais y de Castro, 2007). Para ello, es preciso, además de la identificación de la causa subyacente o de la patología comórbida, identificar y corregir los factores precipitantes que puedan interferir en el proceso de recuperación del paciente.

Pero, esta gran cantidad de referencias bibliográficas relacionadas con el tratamiento del insomnio contrasta con las muy escasas publicaciones que hacen alusión a la eficacia de las distintas técnicas psicoterapéuticas propuestas para el mismo. De hecho, en términos generales, existe gran cantidad de investigación sobre el sueño, pero poco sobre la falta de él, lo cual no deja de resultar curioso teniendo en cuenta las cifras de prevalencia de esta enfermedad en el momento presente. Quizás, en este sentido, haga falta aumentar la visibilidad de este tipo de padecimientos, para lograr, en último término, una mayor concienciación de la importancia de la prevención y de la adecuada adopción de medidas de higiene del sueño.

Uno de los desafíos principales a los que se enfrenta la Medicina del Sueño es dar a conocer la eficacia de la TCC en personas con insomnio de tipo secundario y transitorio; en tanto en cuanto es ésta la estrategia de abordaje terapéutico de primera elección en estos casos. A su vez, su conocimiento podría mejorar la eficacia de las estrategias de intervención, lo que contribuiría, a su vez, a reducir el tiempo del tratamiento (Marín y Laredo, 2008). A la par, una posible línea de investigación podría ser la de averiguar la variable que determina la adecuación (o no) de la realización de un tratamiento combinado entre la TCC y una intervención farmacológica.

Mención aparte merece la aportación de la medicina comportamental del sueño (MCS) durante las últimas tres décadas. Esta subespecialidad ha tratado incansablemente de explicar y comprender los factores cognitivos y conductuales que median en la potenciación, mantenimiento y cronificación de los trastornos del sueño, tanto en la población infantil como adulta (Marín y Laredo, 2008). Entre sus retos futuros se encuentran el de conocer las variables que impiden el uso extensivo en la población de la TCC como tratamiento para los trastornos primarios del sueño, o tratar de paliar la falta de conocimiento que existe entre los profesionales de esta rama científica en cuanto a procedimientos eficaces (Marín y Laredo, 2008).

En cualquier caso, no es apropiado afirmar que el tipo de insomnio padecido depende de la edad del sufridor, pero sí que, en función de esta última, puede manifestarse de manera diferente. Por ejemplo, en los niños más pequeños e incluso en lactantes, esta patología suele explicarse por hábitos incorrectos hasta en un 30% de los casos (Haro, Labra y Sánchez, 2010). No obstante, de ser identificados estos últimos, se pueden corregir sin mayores complicaciones y, con ello, mejorar la calidad del sueño. Sin embargo, en adolescentes, el origen suele estar asociado a otros trastornos del sueño o a otras psicopatologías tales como la ansiedad, la depresión e incluso al abuso de sustancias.

En los ancianos, es el incremento de enfermedades crónicas el que suele aumentar, a su vez, el insomnio asociado (Benetó y Gómez, 2006). De hecho, una línea de investigación poco explorada es precisamente la del tratamiento farmacológico más adecuado para esta patología en mayores de 65 años; teniendo en cuenta que es el tipo de intervención de preferencia en esta población y el impacto tan negativo que el consumo de medicamentos *innecesarios* puede suponer en su calidad de vida, acrecentado por la coexistencia de otras enfermedades físicas y psicológicas (Estrella y Torres, 2015).

De hecho, actualmente, uno de los principales anhelos es lograr un envejecimiento exitoso de la población, considerando las conductas de sueño como protagonistas en la prevención, postergando, con ello, el declive cognitivo y funcional prematuro (Miró, Cano-Lozano y Buela-Casal, 2005).

En este sentido, la detección precoz del insomnio es crucial para evitar la aparición de otras patologías comórbidas, muy comunes en pacientes insomnes. Así, se debe destacar la coexistencia de este trastorno con otros del estado de ánimo. En concreto, con la depresión. De hecho, inversamente, los pacientes insomnes tienen un 10% más de probabilidades de desarrollar depresión y un 7% más de presentar ansiedad, en comparación con personas con un descanso saludable (Deak y Winkelman, 2012).

Igualmente, es importante tener en cuenta la relación existente entre dormir adecuadamente y las adicciones, en términos de patología dual. La concurrencia de un trastorno del sueño y de otro relacionado con sustancias requiere de una evaluación, un diagnóstico y un tratamiento integral y multidisciplinar, dada la consideración de estos pacientes como graves desde un punto de vista clínico y social (Torrens, 2008).

Un ejemplo de esta comorbilidad es el insomnio inducido por consumo de cocaína o por abuso de alcohol. Si bien es cierto que el etanol ha sido empleado en Occidente durante miles de años como hipnótico, debido a sus efectos agudos como inductor del sueño; su ingesta continuada deteriora la calidad del mismo y se agrava durante la abstinencia (Cañellas y de Lecea, 2012). Con ello, se puede afirmar que, tanto durante el uso como en el período de abstinencia, los consumidores presentan distintos problemas de sueño y una mayor fragmentación del mismo.

Algunas de las medidas que pueden contribuir al pronto reconocimiento y a la evitación de esta dualidad son la realización de campañas educativas de higiene del sueño en AP y en el entorno sociosanitario, el uso eficiente de los recursos disponibles para evitar su cronificación y riesgos asociados; y el abordaje conjunto de la problemática desde AP y las Unidades del Sueño (Sociedad Española de Sueño, 2015).

Respecto a esto último, es ineludible destacar que, desde el comienzo de este nuevo milenio, han ido apareciendo una gran cantidad de Unidades del Sueño en centros hospitalarios, compuestas por expertos en múltiples especialidades (Sarrais y Castro, 2007).

Tal es así que el Comité Español de Acreditación de Medicina del Sueño (CEAMS) ha otorgado la acreditación a día de hoy a 34 Unidades repartidas por todo el país. A saber, 25 Centros Acreditados, 1 Centro de Medicina del Sueño Pediátrico, 7 Unidades de Trastornos Respiratorios del Sueño y 1 Unidad de Poligrafía Respiratoria del Sueño (SES, 2019).

La prevención y detección temprana se encuentran profundamente relacionadas con el conocimiento que los integrantes del equipo multidisciplinar de AP han de tener acerca de los principales factores de riesgo que ponen a las personas en situación de padecer síntomas de insomnio (Miró, Cano-Lozano y Buela-Casal, 2005). Entre ellos, factores internos, como la presencia de otras enfermedades psiquiátricas, cambios hormonales durante el embarazo, condiciones médicas u otros trastornos de sueño; y factores externos,

como el consumo de fármacos y benzodiazepinas, el abuso de sustancias, una inadecuada higiene del sueño o el sedentarismo (Haro, Labra y Sánchez, 2010).

A este tenor, no se debe perder de vista el impacto socioeconómico que tiene el insomnio. Por un lado, en lo referente, tanto a costos directos médicos (hospitalizaciones, medicamentos, terapias, consultas...) como a los no médicos (transporte y cuidado). Por otro, los indirectos, como la disminución del rendimiento y la productividad, los accidentes laborales y de tráfico o el absentismo laboral, que tienen una mayor repercusión económica, pero cuya cuantificación es más ardua. Y, por último, los costos intangibles, como el bajo rendimiento escolar, el deterioro de las relaciones interpersonales y profesionales o la disminución de la calidad de vida (Haro, Labra y Sánchez, 2010). No obstante, es difícil atribuir la responsabilidad de estos efectos únicamente al insomnio, sin reparar en la que pueden tener otras patologías concomitantes. Se necesita más investigación respecto a ello.

Mención aparte merece el denominado comúnmente como “vamping”, en referencia al insomnio tecnológico causado por el mal hábito de uso de nuevas tecnologías, principalmente entre la población infantojuvenil. Este concepto, aún no reconocido como trastorno por la comunidad científica, sería resultado del empleo de *smartphones* o teléfonos móviles, tabletas, ordenadores o videojuegos en la cama o a altas horas de la noche. Este consumo supone una menor liberación de melatonina, la “hormona del sueño”, debido al haz de luz que desprenden las pantallas de estos dispositivos (Carranza y Burillo, 2018). Por tanto, es preciso vigilar a lo largo de los próximos años el impacto de este tipo de insomnio en la población joven, de cara a prevenir una posible cronificación del mismo de manera prematura en las nuevas generaciones.

Respecto a las dificultades encontradas durante la realización de este trabajo, se debe destacar la gran cantidad de bibliografía que ha sido necesaria consultar para poder realizar un análisis exhaustivo del tratamiento psicoterapéutico del insomnio a lo largo de los siglos. A su vez, esto entraña en sí mismo otra limitación, la de no poder emplear un libro o artículo que contenga información condensada relevante para este texto, que sirva como guía de referencia. Con ello, y a pesar de que el insomnio ha sido ampliamente tratado en innumerables investigaciones, este texto es único, creativo y singular, en el momento en que desde la primera página hasta la última ha sido fruto de esta ardua labor de investigación en tan extensa literatura científica.

Por otra parte, el espacio limitado con el que se cuenta ha supuesto un esfuerzo de simplificación y elección de lo considerado como más relevante para este texto. En especial, esta síntesis se ha llevado a cabo principalmente en los datos obtenidos a partir del S. XX, que contrastan con las escasas investigaciones existentes para la consideración de los problemas del sueño desde la Antigüedad Clásica hasta el mentado siglo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade Rosa, C. (2017). *La "materia médica" en la obra de Lope de Vega*. (Tesis Doctoral). Universidad Camilo José Cela. Madrid. Recuperado de: <https://repositorio.ucjc.edu/bitstream/handle/20.500.12020/240/TESIS%20DOCTORAL%20CRISTINA%20ANDRADE%202.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Antón, M. C. (2011). Algunas consideraciones sobre el insomnio y la pesadilla. El cuerpo narrado y sin narrar. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 8(2), 52-57. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/4835/483549017008/>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington; American Psychiatric Publishing.
- Ayuso, T., Tuñón, T., & Erro, M. E. (2007). Patología del sueño en las enfermedades priónicas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(1), 135-141. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s1/12.pdf>
- Bados, A., & García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Universidad de Barcelona*. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Baños, J. E., y Guardiola, E. (2018). Historiofarmacoetimología de la morfina. *Actualidad en Farmacología y Terapéutica*, 16(1), 53-59. Recuperado de: <http://www.socesfar.es/images/joomlart/documentos/revista/2018/AFTV16N1-WEB.pdf#page=53>
- Barbera, J., y Shapiro, C. (2005). Benefit-Risk Assessment of Zaleplon in the Treatment of Insomnia. *Drug Safety*, 28(4), 301-318. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.2165%2F00002018-200528040-00003#citeas>
- Benetó, A., y Gómez, E. (2006). Historia clínica básica y tipos de insomnio. *Revista Vigilia-Sueño*, 18(1), 9-15. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-vigilia-sueno-270-articulo-historia-clinica-basica-tipos-insomnio-13109167>
- Caballo, V. E. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 2) Formulación clínica, medicina conductual, y trastornos de relación*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Calvo Gómez, C. (2016). *Aproximación al sentido de los sueños* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/38680/1/T19773.pdf>
- Cañellas, F., y de Lecea, L. (2012). Relaciones entre el sueño y la adicción. *Adicciones*, 24(4), 287-290. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5047372/>
- Cappelletti, A. (1987): *Las teorías del sueño en la filosofía antigua*. Edición del Centro de Estudios Pedagógicos "Ignacio Burk", Caracas, Venezuela.

- Carranza Salanitro, L. M., y Burillo Ruiz, B. M. (2018). *Diseño de juego de mesa como herramienta para dar a conocer las consecuencias del insomnio tecnológico por el excesivo uso de las redes sociales*. (Trabajo Fin de Grado). Universidad San Ignacio de Loyola, Perú. Recuperado de: http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/3647/1/2018_Burillo-Ruiz.pdf
- Carrillo-Mora, P., Ramírez-Peris, J., & Magaña-Vázquez, K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 56(4), 5-11.
- Chávez, M., et al. (2017). En búsqueda del hipnótico ideal: tratamiento farmacológico del insomnio. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 36(1), 10-21. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/559/55949909002.pdf>
- Chazenbalk, L. (2006). El valor del humor en el proceso psicoterapéutico. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 6, 73-83. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5645391.pdf>
- Deak, M., y Winkelman, J. W. (2012). Insomnia. *Neurologic Clinics*, 30(4), 1045-1066. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0733861912000539>
- Debru, C. (2009). *Neurofilosofía del sueño*. Editorial: Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid.
- Díaz, M. S., y Pareja J. A. (2008). Tratamiento del insomnio. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 32(4), 116-122. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol3_2_4TratInsomnio.pdf
- Di Giovanni Galán, M. F. (2018). *Parasomnias Infantiles y Estrés Emocional: cuando el sueño habla lo que la psique calla. Una mirada desde la Psicología Cognitivo Conductual*. (Trabajo final de grado). Universidad de la República, Uruguay. Recuperado de: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_florencia_di_giovanni.-converted.pdf
- Dollander, M. (2002). Etiología del insomnio adulto. *Encephale*, 28, 493-502. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12506261>
- Echeverry-Chabur, J., y Escobar-Córdoba, F. (2009). La medicina del sueño, especialidad médica quirúrgica en formación. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57(3), 201-204. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112009000300001&lng=en&tlng=es
- Erman, M., & Peck, P. (2005). Informe clínico actualizado - Tratamientos del insomnio en los cuidados primarios. *Revista de Toxicomanías*, 40. Recuperado de: https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET40_2.pdf

- Escera, C. (2004). Aproximación histórica y conceptual a la Neurociencia Cognitiva. *Cognitiva*, 16(2). Recuperado de: http://www.ub.edu/brainlab/docs/publicacions_pdf/Escera%20%282004a%29%20Cognitiva%20uncorrected%20proof.pdf
- Estivill, E., Roure, N., Albares, J., Martínez, C., Pasucal, M., & Segarra, F. (2006). Tratamiento farmacológico del insomnio: ventajas e inconvenientes. Cómo sustituir la medicación hipnótica. *Revista Vigilia-Sueño*, 18(1), 2-8. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-vigilia-sueno-270-pdf-13109166>
- Estrella González, I. M., & Torres Prados, M. T. (2015). La higiene del sueño en el anciano, una labor cercana a la enfermería. *Gerokomos*, 26(4), 123-126. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2015000400002&lng=es&tlng=es.
- Europa Press (14 de marzo de 2019). El estrés y la preocupación, las principales causas de los trastornos del sueño, según un estudio. *Redacción médica*. Recuperado de: <https://www.redaccionmedica.com/ultimas-noticias-sanidad/el-estres-y-la-preocupacion-las-principales-causas-de-los-trastornos-del-sueno-segun-un-estudio>
- Europa Press redacción (14 de marzo de 2019). Seis de cada diez madrileños no duermen bien por culpa del estrés, según un estudio. *EuropaPress*. Recuperado de <https://www.europapress.es/madrid/noticia-seis-cada-diez-madrilenos-no-duermen-bien-culpa-estres-estudio-20190314152932.html>
- Favre, A. (2000). *La inclusión de lo real en la clínica con niños: el insomnio*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Escuela Freudiana de Buenos Aires
- Fernández, M. A. (2000). El insomnio como motivo literario en la poesía griega y latina. *Habis*, 31, 9-35. Recuperado de: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/30212>
- Frankl, V. (1990). *La psicoterapia al alcance de todos*. Herder, Barcelona, 4a edición.
- Giménez Badia, S., Albares Tendero, J., Canet Sanz, T., Jurado Luque, M. J., Madrid Pérez, J. A., Merino Andreu, M., & Sellés Galiana, F. (2016). Trastorno de retraso de la fase del sueño y del despertar. Síndrome de retraso de fase. *Pediatría Atención Primaria*, 18(71), 129-139. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000300017&lng=es&tlng=es
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria (2009), Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social*. Recuperado de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009948.pdf>

- Haro, R., Labra, A., y Sánchez, F. (2010). Repercusiones médicas, sociales y económicas del insomnio. *Mediagraphic*, 5(3), 130-138. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr103g.pdf>
- Harvey A. G. (2003). /The attempted suppression of presleep cognitive activity in insomnia. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 593-602. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/226297627_The_Attempted_Suppression_of_Presleep_Cognitive_Activity_in_Insomnia
- Ivanovic-Zuvic, F. (2004). Consideraciones epistemológicas sobre la medicina y las enfermedades mentales en la antigua Grecia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 42(3), 163-175. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272004000300002
- Jung, C. G. (2006). *La aplicabilidad práctica del análisis de los sueños. Obra completa*. Madrid: Trotta.
- Labrador, F. J., Cruzado, J. A., y Muñoz, M. (1993). Manual de técnicas de modificación y terapia de la conducta. Madrid: Pirámide.
- Lavie, P. (1993). The sleep theory of Constantin von Economo. *Journal of sleep Research*, 2, 175-178. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2869.1993.tb00083.x>
- Liondas, S. (2009). Evaluación y desarrollo de la anestesiología. *Anestesia Analgesia Reanimación*, 22(1), 5-18. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732009000100002
- Lobato, L. (2016). De la medicina a la narrativa: sobre la enfermedad del amor en el caballero andante. *Revista Medicina Narrativa*, 6(2), 111-114. Recuperado de: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/medicinanarrativa/article/viewFile/1904/2408>
- Loomis, A. L., Harvey, E. N., & Hobart, G. A. (1937). Cerebral states during sleep as studied by human brain potentials. *Journal of Experimental Psychology*, 21(2), 127-144. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/232577867_Cerebral_states_during_sleep_as_studied_by_human_brain_potentials
- López de Castro, F., Fernández, O., Fernández, L., Mareque, M. A., Alejandre, G., & Báez, J. (2011). Valoración Clínica y Calidad de Vida relacionada con la Salud del Paciente con Insomnio. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(2), 92-99. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200002&lng=es&tlng=es
- Loucraf Hernández, R., Núñez Rodríguez, L., Hernández Pupo, O., & Betancourt Navarro, M. (2006). Influencias de los trastornos del sueño en la calidad de vida de los pacientes

- senescentes. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 10(2), 1-11. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552006000200001&lng=es&tlng=es
- Lozano, J. F., Rubio, E. M., & Pérez, M. A. (1999). Eficacia de la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos. *Psicología Conductual*, 7(3), 471-499. Recuperado de: <http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/02/Detencion-de-pensamiento.pdf>
 - Marín, H.A., Franco, A.F., Vinaccia, S., Tobón, S., & Sandín, B. (2008). Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. *Suma Psicológica*, 15(1), 217-239. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604009.pdf>
 - Marín, H. A., y Lopera, F. (2008). Medicina comportamental del sueño: un campo emergente dentro de la psicología de la salud y la medicina del sueño. *International Journal of Pshychological Reserarch*, 1(1), 58-67. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/2990/299023503009/1>
 - Marqueta de Salas, M., Rodríguez Gómez, L., Enjuto Martínez, D., Juárez Soto, J. J., & Martín-Ramiro, J. J. (2017). Relación entre la jornada laboral y las horas de sueño con el sobrepeso y la obesidad en la población adulta española según los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2012. *Revista Española de Salud Pública*, 91. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100405&lng=es&tlng=es
 - Medrano Martínez, P., & Ramos Platón, M. J. (2016) "Alteraciones cognitivas y emocionales en el insomnio crónico", *Revista de Neurología*, 62(4), 170-178. Recuperado de: <https://www.neurologia.com/articulo/2015334>
 - Mencías, A. B., & Rodríguez, J. L. (2012). Trastornos del sueño en el paciente con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 19(6), 332-334. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462012000600008
 - Miscione, G. P. (2015). Las ranas de Galvani, la pila de Volta y el sueño del doctor Frankenstein. *Hipótesis, Apuntes científicos uniandinos*, 18. Recuperado de: <http://hipotesis.uniandes.edu.co/hipotesis/images/stories/ed18pdf/Las-ranas-Galvani-18.pdf>
 - Miró, E., Cano-Lozano, M. C., & Buela-Casal, G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 11-27. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/13650/1/1215-6103-2-PB.pdf>
 - Molina, N. M. (2009). *Sistema de monitoreo de las ondas cerebrales (electroencefalograma o EEG) presentes en el sueño: análisis de la frecuencia y*

- coherencia del EEG en ambos hemisferios*. (Tesis Doctoral). Escuela Politécnica Nacional, Ecuador. Recuperado de: <http://bibdigital.epn.edu.ec/bitstream/15000/16797/1/CD-2521.pdf>
- Monti, J. M., (2002). Actualización sobre la incidencia y las causas del insomnio primario y secundario. *Revista Médica del Uruguay*, 18(1), 14-26. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902002000100003&lng=es&tlng=es
 - Montgomery, P., & Dennis, J. A. (2003) Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue, 1*. Recuperado de: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003161/full/es>
 - Morales Soto, N. R. (2009). El sueño, trastornos y consecuencias. *Acta Médica Peruana*, 26(1), 4-5. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000100001&lng=es&tlng=es
 - Moreno, S. (2019). *Tema 11. Mindfulness* [Clase virtual] Universidad Internacional de La Rioja. Recuperado de: <https://saludonline.unir.net/cursos/Videoteca08/acJoinRecording.aspx?recordingUrl=/pcm/e7b33ow9y/>
 - Morin, C. M., Espie, C.A. (1998). *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. Insomnio: Asistencia y tratamiento (Traducción española). Barcelona.
 - Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., & Lichstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep*, 29(11), 1398-1414. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17162986>
 - Muci-Mendoza, R. (2009). La neurología en un personaje de Dickens...Síndrome Pickwickiano, apneas hipopneas del sueño e hipertensión intracraneal. *Gaceta Médica de Caracas*, 117(2), 154-162. Recuperado de: <https://docplayer.es/9652635-La-neurologia-en-un-personaje-de-dickens-sindrome-pickwickiano-apneas-hipopneas-del-sueno-e-hipertension-intracraneal.html>
 - O.M.S. (1992). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. *Organización Mundial de la Salud*, Ginebra.
 - Ohayon, M., y Sagales, T. (2010). Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Med*, 11, 1010-1018. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21093362>

- Oviedo, G. F., Forero, V., & Mondragón, J. (2016). Manejo no farmacológico del insomnio. *Universidad Médica*, 57(3), 348-366. Recuperado de: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/download/17819/14031/>
- Palacios, J. I. (2001). El concepto de musicoterapia a través de la historia. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 42, 19-31. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=233594>
- Palma, J. A. (2016). *Historia negra de la medicina*. Editorial Ciudadela. Recuperado de: https://books.google.es/books?id=x3Z5DgAAQBAJ&pg=PP80&lpg=PP80&dq=Silas+Weir+Mitchell+insomnio&source=bl&ots=crRPMj_T1g&sig=ACfU3U0JR9I3OIXNrdlZo6pNribe1vqvmQ&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjXnfuG9crhAhXCy4UKHfwqB28Q6AEwC3oECAkQAQ#v=onepage&q=Silas%20Weir%20Mitchell%20insomnio&f=false
- Pardo, C., & González, C. M. (2017). Prevalencia de insomnio y condicionantes ambientales en mayores de 65 años en atención primaria. *Gerokomos*, 28(3), 121-126. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00121.pdf>
- Pichot, P. (1979) Hipócrates, Aristóteles, Galeno y la psiquiatría antigua. *Revista Salud Mental*, 2(4), 21-27. Recuperado de: http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/47/47
- Pin, G., & Sampedro, M. (2018). Fisiología del sueño y sus trastornos. Ontogenia y evolución del sueño a lo largo de la etapa pediátrica. relación del sueño con la alimentación. Clasificación de los problemas y trastornos del sueño. *Pediatría Integral*, 8, 358-371. Recuperado de: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2018/xxii08/02/n8-358-371_ManuelSampedro.pdf
- Real Academia Española (RAE). (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.ªed.). Madrid, España. Consultado en: <http://www.rae.es/rae.html>
- Renieblas, L. (2012). *Insomnio Primario Crónico: Etiología y Tratamiento*. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Zaragoza, Aragón. Recuperado de: <http://zaquan.unizar.es/record/9318/files/TAZ-TFG-2012-725.pdf>
- Rico-Rosillo, M. G. y Vega-Robledo, G. B. (2018). Sueño y sistema inmune. *Revista Alergia México*, 65(2), 160-170. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ram/v65n2/2448-9190-ram-65-02-160.pdf>
- Rivas, R. (2019). *Tema 11. Otros trastornos psicopatológicos en la infancia-adolescencia* [PDF] Universidad Internacional de La Rioja. Recuperado de: <https://unir.adobeconnect.com/pntjl634pdnk/?session=em2breezamb9t7wkz38cn3q4&proto=true>

- Rosselló, J. (1992). Una aproximación histórica al estudio científico del sueño (II): el período científico. *Revista de Historia de la Psicología*, 13(2-3), 409-422. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/318925857 Una aproximacion historica al estudio cientifico del sueno II El periodo cientifico](https://www.researchgate.net/publication/318925857_Una_aproximacion_historica_al_estudio_cientifico_del_sueno_II_El_periodo_cientifico)
- Roth, T., & Ancoli-Israel, S. (1999). Daytime consequences and correlates of insomnia in the United States: Results of the 1991 National Sleep Foundation Survey II. *Sleep*, 22, 354-358. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10394607>
- Safont, A. (2014). *El tratamiento en neurofeedback aplicado a paciente con trastorno de insomnio primario* (Trabajo fin de Grado). Universidad Jaume I, Castellón. Recuperado de: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/136007/TFG_2014_SafontRamosA.pdf?sequence=1
- Sánchez, A., Carmona, C., & Ruiz, A. (2010). *Polisomnografía, poligrafía, oximetría. Requisitos e interpretación de resultados*. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. 2.ª ed. Neumosur, Madrid.
- Sarraís, F., & de Castro, P. (2007). El insomnio. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(1), 121-134. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1137-66272007000200011&lng=es&nrm=iso
- Sateia, M. J., (2014). International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest*, 146(5), 1387-1394. Recuperado de:
- Shepard, J., Buysse, D., Cheeson, A., Dement, W., Goldberg, R., Guilleminault, C., et al. (2005). History of the development of sleep medicine in the United States. *Journal of clinical Sleep Medicine*, 1, 61-82. Recuperado de: <https://experts.umn.edu/en/publications/history-of-the-development-of-sleep-medicine-in-the-united-states>
- Simón, V. (2010). Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Información psicológica*, 100, 162-170. Recuperado de: http://www.vicentesimon.com/pdf/presente_y_futuro.pdf
- Smith J. C. (2001). *Entrenamiento ABC en relajación: una guía práctica para los profesionales de la salud*. Bilbao: Desencleé de Brower.
- Sociedad Española de Sueño (2015). Insomnio. Pautas de actuación y seguimiento (PAS). Guía del insomnio. *Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial*. Recuperado de: <http://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>
- Sociedad Española del Sueño (2015). *Tratado de Medicina del Sueño*. Editorial Médica Panamericana, España.

- Sociedad Española de Sueño (2016). Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. *Revista de Neurología* 63(2), 10-26. Recuperado de: <http://ses.org.es/docs/rev-neurologia2016.pdf>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25367475>
- Sociedad Española del Sueño (SES). (2019). Centros Acreditados. España. *ses.org*. Recuperado de: <http://ses.org.es/formacion/centros-acreditados/>
- Thorpy, M. J. (2012). Classification of Sleep Disorders. *Classification of sleep disorders. Neurotherapeutics* 9(4), 687–701. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3480567/>
- Tobías, C. & García-valdecasas, J. (2009). Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 104, 437-453. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019649010>
- Torrens, M. (2008). Patología Dual: situación actual y retos. *Adicciones*, 20(4), 315-320. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/255>
- Trigueros Navas, A. M. (2014). *Interpretación de los sueños. Sigmund Freud*. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de Jaén. Jaén, Andalucía. Recuperado de: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1101/4/TFG_TriguerosNavas%2CAna.pdf
- UNED (2018). VIII Jornadas Universitarias Internacionales de Sexología. *Qué es la salud*. Recuperado de: https://www2.uned.es/saludsexual/jornadas/2018/8jornadassexologia_UNED_octubre.pdf
- UNESCO (2010). *La acupuntura y la moxibustión de la medicina tradicional china*. España. Recuperado de: <https://ich.unesco.org/es/RL/la-acupuntura-y-la-moxibustion-de-la-medicina-tradicional-china-00425>
- Valencia noticias redacción (10 de diciembre de 2014). Biofeedback y Neurofeedback, el futuro del insomnio. *Valencia Noticias*. Recuperado de: <https://valencianoticias.com/biofeedback-y-neurofeedback-el-futuro-del-insomnio/>
- Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 92-99. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1121.pdf>
- Vassalli, A., & Dijk, D. J. (2009). Sleep functions: current questions and new approaches. *Eur J Neurosci*, 9, 1830-1841. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19473236>
- Vela, R. & Pérez, M. (2007). Envejecimiento masculino en la Edad Media: comentarios al libro de Arnau de Vilanova "Conservatio juventute preservatio senectute". *Archivos Españoles de Urología*, 60(8), 869-872. Recuperado de:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007000800004&lng=es&tlng=es

- Velayos, J. L., Molerés, F. J., Irujo, A. M., Yllanes, D., & Paternain, B.. (2007). Bases anatómicas del sueño. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(1), 7-17. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200002&lng=es&tlng=es.
- Vizcarra, D. (2000). Evolución histórica de los métodos de investigación en los trastornos del sueño. *Revista Médica Herediana*, 11(4), 136-143. Recuperado de: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/649/616>
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought Suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91. Recuperado de: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.51.1.59#article-denial>
- Winnicott, D. (1968) La negativa de los niños a dormirse. *Psicoanálisis.org*. Recuperado de: <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/negdorm.htm>
- Zumalabe, J. M., y González, A (2005). Una aproximación histórico-conceptual a la neurociencia de I.P. Pavlov. *Boletín de Psicología*, 83, 45-67. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1709043>

ANEXOS

ANEXO 1: Criterios diagnósticos para el trastorno del insomnio, en función de la clasificación diagnóstica empleada.

DSM-5: Criterios diagnósticos para el insomnio (trastorno de insomnio)

Criterios diagnósticos	307.42 (F51.01)
<p>Trastorno de insomnio</p>	
<p>A. Predominante insatisfacción por la cantidad o la calidad del sueño, asociada a uno (o más) de los síntomas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultad para iniciar el sueño. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para iniciar el sueño sin la intervención del cuidador.) 2. Dificultad para mantener el sueño, que se caracteriza por despertares frecuentes o problemas para volver a conciliar el sueño después de despertar. (En niños, esto se puede poner de manifiesto por la dificultad para volver a conciliar el sueño sin la intervención del cuidador.) 3. Despertar pronto por la mañana con incapacidad para volver a dormir. <p>B. La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>C. La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana.</p> <p>D. La dificultad del sueño está presente durante un mínimo de tres meses.</p> <p>E. La dificultad del sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir.</p> <p>F. El insomnio no se explica mejor por otro trastorno del sueño-vigilia y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño-vigilia (p. ej., narcolepsia, un trastorno del sueño relacionado con la respiración, un trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, una parasomnia).</p> <p>G. El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento).</p> <p>H. La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia predominante de insomnio.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Con trastorno mental concurrente no relacionado con el sueño, incluidos los trastornos por consumo de sustancias.</p> <p>Con otra afección médica concurrente</p> <p>Con otro trastorno del sueño</p> <p>Nota de codificación: El código 307.42 (F51.01) se aplica a los tres especificadores. Inmediatamente después del código del trastorno de insomnio se codificará también el trastorno mental, afección médica u otro trastorno del sueño asociado pertinente, para indicar la asociación.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Episódico: Los síntomas duran como mínimo un mes pero menos de tres meses.</p> <p>Persistente: Los síntomas duran tres meses o más.</p> <p>Recurrente: Dos (o más) episodios en el plazo de un año.</p> <p>Nota: El insomnio agudo y de corta duración (es decir, síntomas que duran menos de tres meses pero que, por otro lado, cumplen todos los criterios respecto a la frecuencia, intensidad, malestar y/o alteración) se codificará como otro trastorno de insomnio especificado.</p>	

Nota. El diagnóstico de trastorno de insomnio se realiza tanto si ocurre como un trastorno independiente como si es comórbido con otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor), con una afección médica (p. ej., dolor), o con otro trastorno del sueño (p. ej., un trastorno del sueño relacionado con la respiración). Por ejemplo, el insomnio puede llevar su propio curso con algunos rasgos de ansiedad y depresión, pero en ausencia de criterios diagnósticos para cualquier otro trastorno mental. El insomnio puede también manifestarse como un rasgo clínico de un trastorno mental más preponderante. El insomnio persistente puede incluso ser un factor de riesgo para la depresión y es un síntoma residual frecuente tras su tratamiento. Si hay comorbilidad entre insomnio y un trastorno mental, se necesita tratar ambos trastornos. Dado el curso diferente de los trastornos, es a menudo imposible establecer la naturaleza exacta de la relación entre estas entidades clínicas, y además la relación puede cambiar con el tiempo. Por tanto, si está presente el insomnio y un trastorno comórbido, no es necesario hacer una atribución causal entre los dos trastornos. Más bien se realiza el diagnóstico de insomnio con una especificación concurrente de los trastornos clínicos comórbidos. Un diagnóstico concurrente de insomnio se consideraría sólo cuando el insomnio es lo suficientemente grave como para necesitar atención clínica por separado; de otra manera, no se realiza un diagnóstico por separado.

CIE-10: Criterios diagnósticos para el insomnio (insomnio no orgánico)

F51.0 Insomnio no orgánico DSM-IV

Estado caracterizado por una cantidad o calidad del sueño no satisfactorias, que persiste durante un considerable período de tiempo. La diferencia con lo que se considera habitualmente como cantidad normal de sueño no debería ser el elemento principal para un diagnóstico de insomnio dado que algunos individuos (con escasas necesidades de sueño) duermen una cantidad mínima de tiempo y no se consideran a sí mismos como insomnes. Por otro lado, hay enfermos que sufren intensamente a causa de la mala calidad de su sueño, mientras que la cantidad del mismo es valorada subjetiva u objetivamente como dentro de límites normales.

Entre los insomnes la queja más frecuente es la dificultad para conciliar el sueño, seguida de la de mantenerlo y la de despertar precoz. Lo característico es que se presenta tras acontecimientos que han dado lugar a un aumento del estrés vital. Tiende a prevalecer más entre las mujeres, los enfermos de edad avanzada y aquellas personas con trastornos psicológicos o que se encuentran en mala situación socioeconómica. Cuando se sufre repetidamente de insomnio se desencadena un miedo creciente a padecerlo y una preocupación sobre sus consecuencias. Esto crea un círculo vicioso que tiende a perpetuar el problema del enfermo.

A la hora de acostarse los enfermos con insomnio cuentan que se sienten tensos, ansiosos, preocupados o deprimidos y como si carecieran de control sobre sus pensamientos. Frecuentemente dan vueltas a la idea de conseguir dormir lo suficiente, a problemas personales, a preocupaciones sobre su estado de salud o incluso sobre la muerte. A menudo intentan mitigar esta tensión con la ingesta de fármacos o de alcohol. Por la mañana suelen quejarse de sensación de cansancio físico y mental y durante el día están deprimidos, preocupados, tensos e irritables y obsesionados consigo mismos.

Los niños dicen a menudo que tienen dificultades para dormir cuando en realidad el problema consiste en dificultades de las costumbres y normas de acostarse (más que en un trastorno del sueño por sí mismo). Los problemas relacionados con la hora de acostarse no se codifican aquí sino en el capítulo XXI de la CIE-10 (Z62.0, control supervisión parentales inadecuados).

Pautas para el diagnóstico

- a) Quejas que suelen consistir en dificultades para conciliar el sueño o para mantenerlo o sobre una mala calidad del mismo.
- b) Dicha manifestación se ha presentado por lo menos tres veces a la semana durante al menos un mes.
- c) Preocupación excesiva, tanto durante el día como durante la noche, sobre el hecho de no dormir y sobre sus consecuencias.
- d) La cantidad o calidad no satisfactorias del sueño causa un malestar general o interfiere con las actividades de la vida cotidiana.

El insomnio es un síntoma frecuente de otros trastornos mentales tales como los trastornos del humor (afectivos), neuróticos, orgánicos, debidos al consumo de sustancias psicotropas, esquizofrénicos y de la conducta alimentaria, o de otros trastornos específicos del sueño tales como pesadillas. Asimismo, el insomnio puede acompañar a trastornos somáticos en los que haya dolor o malestar o al consumo de ciertos medicamentos. Si el insomnio se presenta como uno solo de los múltiples síntomas de un trastorno mental o de una enfermedad somática, por ejemplo, y no predomina en el cuadro clínico, el diagnóstico debe ser únicamente el del trastorno mental o somático subyacente. También tienen primacía diagnóstica otros trastornos del sueño tales como pesadillas, trastornos del ciclo sueño-vigilia, apnea del sueño o mioclonus nocturno, aún cuando tengan como consecuencia un deterioro de la cantidad o calidad del sueño. No obstante, en todos estos casos, si el insomnio es una de las molestias más importantes y es percibido como un trastorno en sí mismo, deberá codificarse como tal a continuación del trastorno principal.