

Priorizando el tratamiento no farmacológico en el insomnio

Giving priority to non-pharmacological treatment in insomnia

Sara Diez González, Belén García Hernández, Miguel Aladro Castañeda

C.S. El Llano

Manuscrito recibido: 23-09-2015

Manuscrito aceptado: 26-11-2015

Cómo citar este documento

Diez González S, García Hernández B, Aladro Castañeda M. Priorizando el tratamiento no farmacológico en el insomnio. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 2016 Mayo; 4(2): 30-43.

Resumen

Introducción: El insomnio es una patología que se aborda con frecuencia en Atención Primaria (AP) y aunque su prevalencia es elevada, sólo un 10% de pacientes son tratados de forma adecuada. En España, y también en Asturias, existe un alto consumo de hipnóticos, a pesar de los riesgos que conlleva su uso. Por todo ello, con el objetivo de dar a conocer y priorizar alternativas eficaces a la farmacoterapia, se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando diferentes bases de datos (Pubmed, Uptodate, la Biblioteca Cochrane Plus, Fistera y NNN Consult, Biblioteca Murcia Salud y Google), recogiendo la evidencia existente acerca de las terapias no farmacológicas en el insomnio.

Descripción: Se pretende resaltar la importancia de realizar una correcta valoración y el papel que tiene la enfermera en el tratamiento del insomnio a través de medidas no farmacológicas como son: educación para la salud, higiene del sueño, terapias conductuales y cognitivo conductuales, mindfulness y otras terapias alternativas. Solamente estaría justificada la prescripción farmacológica en los casos en los que este tratamiento sea ineficaz o la persona tenga un insomnio grave, incapacitante o causante de un gran estrés.

Conclusiones: Conocer las características del sueño por género y edad es esencial para realizar un correcto diagnóstico de insomnio. El tratamiento inicial deberían ser las medidas no farmacológicas, debido a su alta efectividad demostrada. Para llevarlas a cabo es fundamental una correcta colaboración dentro del equipo de AP, ya que podría evitar o disminuir esta alta tendencia a la medicalización.

Palabras clave

Trastornos del Inicio y del Mantenimiento del Sueño, Atención Primaria de Salud, Enfermería en Salud Comunitaria, Terapia Conductista, Terapia Cognitiva.

Abstract

Introduction: Insomnia is a disease that is frequently addressed in Primary Care (PC) and although their prevalence is high, only 10% of patients is treated in an adequate way. In Spain, and also in Asturias, there is a high consumption of hypnotic, despite the risks associated with their use. Therefore, in order to announce and prioritize effective alternative to pharmacotherapy, it has conducted a literature review using different databases (PubMed, Uptodate, the Cochrane Library, Finisterre and NNN Consult, Biblioteca Murcia Health and Google), for collect the evidence about non-pharmacological therapies in insomnia.

Description: It is required to highlight the importance of carrying out a correct evaluation and the role that nursery has in the treatment of insomnia through non-pharmacological measures, such us: education for health, sleeping hygiene, behavioural and cognitive behavioural therapies, mindfulness, and other alternative therapies. It would only be justified pharmacological prescription in the cases in which this treatment is inefficient or the person has a severe incapacitating or stress causing insomnia.

Conclusions: Knowing the characteristics of sleeping by gender and also in the different periods of life is essential to carry out a correct diagnosis of insomnia. Initial treatment should be non-pharmacological, due to their demonstrated high effectivity. To carry them out is fundamental a correct cooperation within the Primary Care team, as it could avoid or decrease this high tendency to medication.

Keywords

Sleep Initiation and Maintenance Disorders, Primary Health Care, Community Health Nursing, Behavior Therapy, Cognitive Therapy.

Introducción

El insomnio es una patología que se aborda con frecuencia en el ámbito de Atención Primaria (AP), siendo el trastorno del sueño más frecuente. Su prevalencia es mayor en mujeres y aumenta con la edad¹. Actualmente un tercio de la población manifiesta síntomas de insomnio y entre un 9 - 12% presenta afectación diurna; a pesar de su elevada prevalencia, solamente un 10% de los insomnes son tratados de forma adecuada².

Un estudio³ realizado en cinco países europeos y Estados Unidos, muestra que España encabeza el consumo de benzodicepinas por habitante. En Asturias, según el observatorio sobre drogas⁴, en 2012 se dispensaron más de 2 millones de envases de hipnosedantes, en su mayoría benzodicepinas, siendo las mujeres las más medicalizadas. Este consumo se incrementa con la edad, de hecho a partir de los 50 años las mujeres consumidoras (53%) superan a las no consumidoras.

Por todo ello, creemos necesario hacer una revisión sobre el amplio abanico de medidas no farmacológicas que se pueden aplicar desde la consulta de AP ante un paciente con insomnio.

Método

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando diferentes bases de datos a través de la Biblioteca Virtual gcSalud del Principado de Asturias: Pubmed, Uptodate, La Biblioteca Cochrane Plus, Fisterra y NNN Consult; además de la Biblioteca Murcia Salud y Google. Para la búsqueda se utilizaron las siguientes palabras clave: Insomnio (Insomnia), Trastornos del Inicio y del Mantenimiento del Sueño (Sleep Initiation and Maintenance Disorders), Terapia Conductista (Behavior Therapy), Terapia Cognitiva y Conductista (Cognitive and Behavior Therapy), Tratamiento no farmacológico, Enfermería (Nursing), Atención Primaria (Primary Health Care) y Mindfulness.

Se eligieron revisiones, revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y guías de práctica clínica para su posterior análisis y resumen.

Desarrollo

1. El sueño: Conceptos, definición, características clínicas y clasificaciones

El sueño es una actividad del Sistema Nervioso Central necesaria para el correcto funcionamiento del organismo. La estructura establecida varía en función de la edad⁵. La duración del sueño nocturno es diferente en las distintas personas y oscila entre 4 y 12 horas, siendo la duración más frecuente de 7 a 8 horas aunque también ocurre que la necesidad de sueño cambia de acuerdo a la edad, estado de salud, estado emocional y otros factores. El tiempo ideal de sueño es aquel que nos permite realizar las actividades diarias con normalidad⁵.

Se recomienda en adultos un promedio de 7-8 horas de sueño; en niños las necesidades van a ser mayores y varían en función de la etapa de desarrollo; y en ancianos el sueño es fraccionado, suele ser de 6 horas como máximo de sueño nocturno y una hora y media diurna⁵.

Las personas mayores no duermen menos que el resto de la población, sino que duermen distinto. Es importante conocer las características del sueño en este grupo de edad para evitar diagnósticos inadecuados y hacer que el paciente se de cuenta que, lo que él percibe como patológico, es perfectamente adecuado para su edad.

Con la edad se redistribuye el sueño a lo largo de las 24 horas, provocado tanto por la desorganización temporal de las funciones fisiológicas como por la disminución y/o ausencia de sincronizadores externos, lo que se traduce en una menor duración del sueño nocturno y en un incremento de la tendencia al sueño durante el día⁶.

1.1. Características clínicas generales del sueño en las personas mayores⁶:

Existen una serie de características en el sueño de las personas mayores que se diferencian de las de la población adulta, entre las que se encuentran las siguientes:

- Disminuye la duración del sueño nocturno.
- Tendencia a la siesta durante el día.
- Sueño más fragmentado.
- Mayor número de despertares nocturnos, que pueden ser más prolongados.
- Disminución de la capacidad de recuperación del sueño tras períodos de privación de éste.

- Disminución de la cantidad de sueño, respecto al tiempo en cama.
- Disminución progresiva del umbral del despertar con estímulos auditivos (sueño más ligero).
- Aparente tendencia a un sueño nocturno adelantado y a un despertar precoz.
- Mayor percepción de mala calidad del sueño, especialmente entre las mujeres.

1.2. Tipos de sueño:

Existen 2 tipos de sueño:⁵⁻⁸

- **REM** (*Rapid Eye Movement*) o sueño paradójico: se asocia con una elevada actividad neuronal y con los sueños. Presenta actividad electrofisiológica cerebral similar a la vigilia mientras que la musculatura está completamente relajada^{5,7}.
- **NO REM** (*Non Rapid Eye Movement*): se subdivide en 4 estadios^{5,6,8}
 - *Estadio 1 o adormecimiento*: el más corto y se corresponde con la fase de sueño más ligero.
 - *Estadio 2 o de sueño superficial*: supone más del 50% del tiempo total de sueño.
 - *Estadios 3 y 4 o de sueño profundo*: denominado sueño lento o delta; es el más profundo y reparador.

Durante el periodo de sueño nocturno se alternan de manera cíclica (4 a 6 veces) el sueño REM y No-REM con un orden determinado constituyendo la arquitectura del sueño. Al inicio de la noche predomina el sueño delta y a medida que avanza ocupa cada vez menos tiempo, mientras que la duración de los periodos de sueño REM aumenta en los sucesivos ciclos⁶.

El sueño REM apenas se modifica con la edad y su proporción permanece estable en los sujetos sanos hasta edades muy avanzadas. La única modificación es su distribución a lo largo de la noche: el primer REM aparece más rápido en los mayores que en las personas más jóvenes y desaparece su incremento a lo largo de la noche⁶.

El sueño no es una actividad pasiva ni la falta de vigilia, sino un estado activo (o conducta compleja) con cambios hormonales, metabólicos, de temperatura y bioquímicos imprescindibles para el equilibrio psíquico y físico de los individuos: restaurar la homeostasis del sistema nervioso central y del resto de los tejidos, reestablecer almacenes de energía celular y consolidar la memoria^{2,6}.

Cuando existen problemas con el sueño, y estos sobrepasan cierta intensidad o superan la capacidad adaptativa de la persona, es cuando éstos se convierten en patológicos, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto a la esfera física, como a la psicológica y conductual⁶.

2. Insomnio: Definición, características y clasificación

El insomnio es un trastorno caracterizado por la dificultad para conciliar o mantener el sueño debido a un estado de hiperalerta que se mantiene a lo largo de las 24 horas del día. Esta elevación de la activación fisiológica o arousal, tanto nocturna como diurna, impedirá a la persona dormir durante el día a pesar de su cansancio físico y mental, exceptuando a los insomnes crónicos que sí padecerán somnolencia diurna.

Existen una serie de factores relacionados con la aparición, desarrollo y mantenimiento en el tiempo del insomnio y se dividen en:

- I. **Factores predisponentes:** vulnerabilidad de la persona para padecer insomnio en función de estado previo de salud, genética y factores psicológicos como tendencia a la rumiación, trastornos de personalidad, de ánimo y comportamientos obsesivos; junto con la edad, el género y nivel socioeconómico. Por consiguiente, ser mujer, tener edad avanzada, estar soltero o pertenecer a una baja clase social, contribuyen a la aparición del trastorno.
- II. **Factores precipitantes:** situaciones estresantes.
- III. **Factores perpetuantes:** miedo a no dormir y formación de actitudes disfuncionales (conductas, emociones, creencias) ⁶.

En la **Tabla 1** se puede ver la clasificación del insomnio.^{6,9}

Tabla 1: Clasificación del insomnio (Fuente: elaboración propia a partir de la guía de Práctica clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria)⁶

Según su etiología	<i>Primario</i>	Sin causa subyacente, relacionado con (r/c) rasgos de la personalidad o determinados estilos de afrontamiento
	<i>Secundario</i>	Aparece a consecuencia de un cuadro clínico concreto o de un contexto personal específico
Según el momento de la noche en el que se produce	<i>Conciliación</i>	Dificultades para iniciar el sueño. Más frecuente en jóvenes, r/c problemas médicos, consumo de drogas o trastorno psiquiátrico
	<i>Mantenimiento</i>	Frecuentes interrupciones y periodos de vigilia durante el sueño, r/c envejecimiento y problemas psíquicos
	<i>Despertar precoz</i>	Dos horas antes del despertar habitual, r/c depresión
Según su duración	<i>Transitorio</i>	<1semana, r/c factores estresantes desencadenantes, si se eliminan desaparece el problema
	<i>Agudo o de corta duración</i>	1 - 4 semanas, r/c factores estresantes más duraderos en el tiempo
	<i>Crónico o de larga duración</i>	> 4 semanas, puede estar r/c causas intrínsecas del organismo (patología física o mental) o no tener causa evidente subyacente

3. Valoración enfermera

El papel de la enfermera es fundamental a la hora de valorar y tratar al paciente en AP. La valoración de Patrones Funcionales puede estructurar la entrevista clínica para la detección de problemas relacionados con el sueño¹⁰.

En este caso se va a desarrollar el **patrón 5: sueño-descanso**¹⁰

Este patrón valora la capacidad que tiene la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día; la percepción de cantidad/calidad de sueño-descanso; la percepción del nivel de energía y si utiliza cualquier tipo de ayuda para dormir.

Para conseguir esta información hay que valorar:

- Espacio físico (ventilación, temperatura, no ruidos...)
- Tiempo de sueño
- Recursos físicos o materiales que favorezcan descanso
- Condiciones laborales (turnos, viajes...)
- Hábitos (hora de acostarse y levantarse, siestas, descansos)
- Problemas de salud físicos que provoquen dolor o malestar
- Problemas de salud psicológicos que afecten al estado de ánimo (ansiedad, depresión)
- Situaciones ambientales que provoquen estados de ansiedad o estrés (duelos, intervenciones quirúrgicas)
- Tratamientos farmacológicos que puedan afectar al sueño (broncodilatadores, esteroides, betabloqueantes)
- Uso de fármacos para dormir
- Consumo de sustancias estimulantes (caféina, nicotina, abuso de alcohol)
- Presencia de ronquidos o apneas del sueño

A partir de esta valoración se pueden detectar alteraciones que orienten hacia el diagnóstico de insomnio o de problemas en el patrón del sueño que precisen de intervenciones por parte de enfermería.

Se considera alterado el patrón si:

- Utiliza algún fármaco para dormir
- La persona expresa dificultad para conciliar el sueño, despertar precoz o inversión del día y la noche.
- Somnolencia diurna
- Confusión o cansancio relacionado con la falta de descanso
- Disminución de la capacidad de funcionamiento
- Conducta irritable en relación a la falta de descanso.

4. Diagnóstico de Enfermería, NOC y NIC:⁵⁻⁷

La utilización del diagnóstico de enfermería junto con el NOC y NIC (**Tabla 2**) permite:

- Estandarizar las intervenciones que realizan los profesionales.
- Realizar un seguimiento mediante el que se puede cuantificar, a través de determinados indicadores, la evolución del problema.

Tabla 2: Diagnóstico de Enfermería, NOC y NIC (Fuente: NNN Consult [recurso electrónico]: Nanda, Noc, Nic) ¹²

DX NANDA: INSOMNIO (00095)		
Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento		
<p>NOC: Sueño (0004) Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Horas de sueño - Patrón de sueño - Calidad de sueño - Eficiencia de sueño - Hábito de sueño - Dependencias de las ayudas para dormir 	<p>NIC: Mejorar el sueño (1850)</p>	<p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar/ registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente. - Enseñar al paciente a controlar las pautas de sueño para evitar cansancio en exceso. - Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. - Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. - Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. - Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño. - Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia, si procede. - Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño. - Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño. - Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño.
	<p>NIC: Terapia de relajación (6040)</p>	<p>ACTIVIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva). - Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible. - Aconsejar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados. - Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz. - Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente. - Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.

5. Tratamiento del insomnio

Existen múltiples patologías que por ellas mismas o debido a su tratamiento pueden provocar insomnio, por tanto, habría que tratar de solucionar el problema de base en primer lugar y posteriormente, si el trastorno no se soluciona, abordaríamos su sintomatología. Los tratamientos sintomáticos pueden ser farmacológicos, no farmacológicos o combinados. Un metaanálisis publicado en el año 2002 que compara la eficacia del tratamiento no farmacológico frente al tratamiento farmacológico concluye que la eficacia de ambos es similar¹². También existen las terapias combinadas, sin embargo, no existe suficiente evidencia hasta el momento para utilizarlas como tratamiento de primera línea ya que muchos pacientes pueden beneficiarse exclusivamente de terapias no farmacológicas¹³.

Tratamiento farmacológico:

En los casos en los que el tratamiento no farmacológico sea ineficaz y la persona tenga un insomnio grave, incapacitante o causante de un gran estrés, estaría justificada la prescripción de un hipnótico a la mínima dosis eficaz y durante un periodo de tiempo limitado¹⁴, no superior a las 3-8 semanas por el daño y abuso que pueden provocar¹⁵.

La medicación más utilizada en el insomnio son las benzodiazepinas y los fármacos Z (zolpidem, zopiclona y eszopiclona). En caso de que el insomnio sea un trastorno derivado de la depresión, son adecuados los antidepresivos con mayor poder sedativo (amitriptilina, nortriptilina, paroxetina, doxepina y trazodone)¹⁵.

Previamente al inicio del tratamiento habría que hacer un balance riesgo-beneficio, ya que los hipnosedantes están relacionados con caídas, fracturas, trastornos cognitivos (pérdida de memoria, falta de atención...), dependencia y tolerancia¹⁴.

Tratamiento no farmacológico:

La ausencia de efectos secundarios, su bajo coste, la participación activa del paciente en su proceso de mejora y una menor presencia de recaídas, hacen que el tratamiento no farmacológico sea una de las mejores opciones para afrontar el insomnio. A pesar de todo, no comienza a ser efectivo hasta después de un tiempo y es más difícil ponerlo en práctica, ya que requiere formación del personal y cambio de hábitos en el paciente⁹. Existe mucha evidencia a favor de este tipo de tratamientos y entre sus beneficios se incluyen la disminución del consumo de hipnóticos, mejoras en la cantidad y calidad del sueño, reducción del tiempo de latencia y disminución del número de despertares nocturnos^{6,13,16,17}.

Uno de los mayores hándicap a la hora de realizar este tipo de terapias, es el tiempo que lleva realizarlas en la consulta. Sin embargo, el ensayo clínico realizado por Gancedo et al¹⁶ evidencia la efectividad de una intervención educativa breve desde Atención Primaria. Cuatro consultas semanales de 15 minutos de duración, en semanas consecutivas, fueron suficientes para lograr mejoras en la calidad del sueño y reducir o abandonar el consumo de lorazepam.

Los principales tratamientos no farmacológicos son: la educación para la salud, la higiene del sueño, terapias conductuales y cognitivo-conductuales y terapias de medicina alternativa como mindfulness entre otras^{6,9,13}.

5.1. Educación para la salud

Antes de informar al paciente, debemos conocer el punto de partida, es decir, su nivel de conocimientos, sus creencias y expectativas acerca del insomnio. Esto nos será útil para aportarle unos conocimientos individualizados y cambiar los puntos de vista erróneos que pueda tener. La Educación para la Salud en la consulta se debe utilizar independientemente del tratamiento que vayamos a utilizar, con el fin de ayudar a comprender al paciente su problema de salud y las medidas que se llevarán a cabo para solucionarlo⁶.

5.2. Higiene del Sueño

Son una serie de hábitos conductuales que favorecen el inicio y el mantenimiento del sueño y son de uso imprescindible ante cualquier trastorno del sueño, independientemente del tratamiento elegido. Las recomendaciones están basadas en un cambio de estilo de vida general, como en el caso de la realización de actividad física y otros que interfieren directamente con el sueño, como el consumo de alcohol o ciertos fármacos⁶. Se muestra un ejemplo de recomendaciones para dar a los pacientes en la **Tabla 3**.

Tabla 3: Medidas higiénico-dietéticas (Fuente: Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria): ⁶

1. Irse a la cama sólo cuando se tenga sueño.
2. Levantarse todos los días, incluidos los fines de semana, a la misma hora.
3. Evitar quedarse en la cama despierto más tiempo del necesario.
4. Evitar las siestas durante el día, en casos concretos, se permitirá una siesta después de comer, que no sobrepase los 30 minutos.
5. Reducir o evitar el consumo de alcohol, tabaco, cafeína e hipnóticos horas previas al sueño.
6. Evitar el hambre y las comidas copiosas antes de acostarse.
7. Mantener condiciones ambientales adecuadas para dormir (temperatura, ventilación, ruidos, luz).
8. Evitar actividades estresantes o uso del ordenador en las 2 horas previas de acostarse.
9. Usar la cama únicamente para dormir y para el sexo. Evitar realizar en la cama actividades como: ver la televisión, leer, escuchar la radio...
10. Realizar un ejercicio físico moderado al final de la tarde y al menos 3 horas antes de dormir.
11. Practicar ejercicios de relajación (respiración profunda, meditación, yoga o taichi) antes de acostarse.
12. Tomar baños de agua a temperatura corporal por su efecto relajante.
13. Levantarse de la cama cuando no puede dormir y hacer algo relajante. Cuando tenga sueño volver a la cama.

5.3. *Terapias conductuales (TC) y Terapias cognitivo Conductuales (TCC)*

La terapia conductual se basa en la modificación de hábitos conductuales disfuncionales en relación con el sueño y su sustitución por otros patrones más adaptativos a través de los distintos tipos de intervención. Las TC más utilizadas son: Control de estímulos, restricción del sueño y la relajación y respiración^{6,13}.

La TCC utiliza los diferentes tipos de intervenciones conductuales junto con terapia cognitiva basada en la identificación de ideas disfuncionales en relación al descanso. Sus objetivos, según el modelo de intervención de Morin son: disminuir la hiperactivación somática, cognitiva y emocional y transformar las creencias disfuncionales acerca del sueño y del insomnio, a la vez que se modifican los hábitos de sueño⁶. Las terapias cognitivas son: la reestructuración cognitiva y la intención paradójica, que combinadas indistintamente con las TC dan lugar a la TCC^{6,13}. Están particularmente aconsejadas en pacientes que tienen contraindicado el tratamiento farmacológico, por ejemplo en situaciones de embarazo, ancianos o en caso de presentar alguna enfermedad renal, pulmonar o hepática¹³.

a) Control de estímulos

Esta terapia se basa en romper con la asociación que hace el insomne de su cama con un sueño deficiente y fomentar otros estímulos que induzcan al descanso. La ansiedad anticipatoria y el miedo a no dormir, se van incrementando a medida que la persona está en la cama despierta, impidiendo un buen descanso. Para que esto no ocurra se debe evitar permanecer mucho tiempo en la cama despierto e ir solamente cuando tengamos sueño. También se recomienda regular el ciclo de vigilia sueño, siendo aconsejable despertarse siempre a la misma hora, incluso los fines de semana. Se restringirán actividades que aumenten el arousal, como la realización de ejercicio físico intenso en las horas previas al sueño. Con el objetivo de fortalecer la relación cama – descanso, restringiremos el uso de la habitación para dormir o practicar sexo¹³.

b) Restricción del sueño

Los pacientes insomnes pasan en la cama mucho tiempo para intentar recuperar el sueño perdido. Esta costumbre provoca cambios en el ritmo circadiano y una disminución de la sensación de sueño la noche siguiente. La finalidad de esta terapia es que la eficiencia del sueño (ES) (**Figura 1**) sea similar a la de las personas que no tienen insomnio. La mejora que se produce es consecuencia de un estado de privación de sueño que, inducido durante noches sucesivas, hará disminuir el tiempo de latencia y la profundidad del sueño.

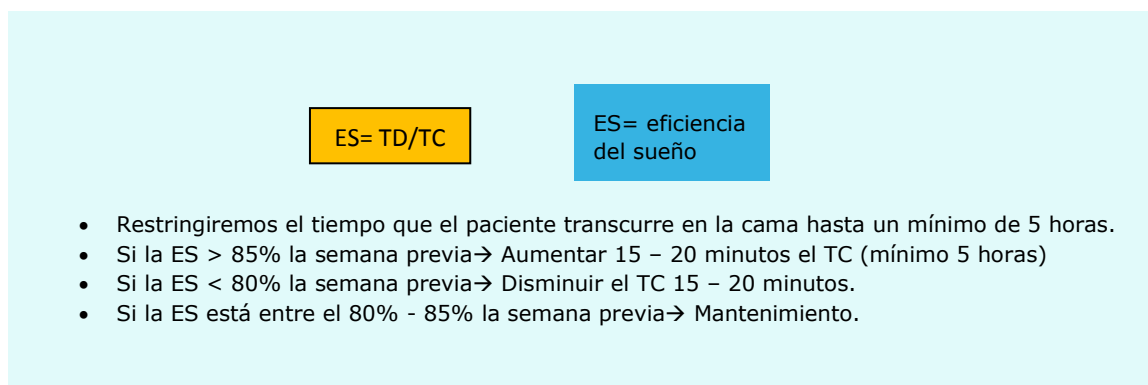


Figura 1: Eficiencia del sueño (Fuente: Elaboración propia)

Debemos indicar al paciente que está contraindicado conducir en los momentos de mayor restricción, ya que podría quedarse dormido al volante. También hay que tener en cuenta la presencia de patologías mentales como el trastorno bipolar, ya que la privación de sueño puede dar lugar a un episodio maniaco^{6,13}.

c) Relajación y Respiración:

Esta terapia se realizará en el momento previo de conciliar el sueño. Su objetivo es disminuir el nivel de activación del paciente y controlar la ansiedad que provoca el miedo a no dormir que a su vez desciende la latencia del sueño. Las técnicas más comunes se basan en la relajación muscular progresiva, el control de la respiración mediante el diafragma, la imaginación dirigida y el biofeedback⁶.

d) Intención Paradójica

Se pedirá al paciente que se esfuerce en no dormir, ya que la voluntad del paciente por conciliar el sueño, junto con los intentos fracasados de resolver el problema generan elevada ansiedad^{6,13}.

e) Reestructuración Cognitiva

Terapia basada en la detección y reemplazo de pensamientos distorsionados, desadaptativos o irracionales en relación con el sueño, por otros más racionales, con la consiguiente eliminación a largo plazo de la ansiedad y preocupaciones referidas al insomnio^{6,13}.

5.4. Mindfulness

Según la definición de Simón (2007) la terapia de atención plena o Mindfulness es "*la capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento. Es la práctica de la autoconciencia*"¹⁸. Actualmente existe evidencia acerca de los beneficios que la meditación de atención plena puede aportar a los pacientes con insomnio, tanto primario como secundario, por lo que hemos de considerarla como una alternativa válida al tratamiento convencional^{13,19,20}. Sin embargo y a pesar de los buenos resultados de las terapias de atención plena, la TCC sigue siendo la mejor opción al tratamiento no farmacológico, debido a que esta última produce cambios rápidos y duraderos en el tiempo²⁰.

5.5. Otras terapias alternativas

La *acupuntura* es ampliamente utilizada como alternativa al tratamiento convencional. A pesar de que en algunos estudios revisados se evidencian mejoras en parámetros tanto cualitativos como cuantitativos, no se puede realizar una recomendación firme del uso de la acupuntura como tratamiento del insomnio²¹.

En cuanto a la *aromaterapia*, un estudio demuestra que la lavanda tiene efectos relajantes y el tratamiento con *manzanilla* e *Ylan Ylan* parece mejorar el sueño, sin embargo se precisan de estudios más rigurosos para evaluar su eficacia²².

La *melatonina* y *valeriana* no tienen todavía evidencia científica suficiente para ser recomendadas como tratamiento del insomnio, sin embargo, la *melatonina* puede tener un beneficio aislado, la disminución de la latencia del sueño⁶.

La *cromoterapia* y la *fototerapia* pueden ser útiles en pacientes con síndrome de retraso de fase, que poseen un ritmo sueño - vigilia superior a 24 horas¹³.

Conclusiones

En primer lugar destacar que para tratar el insomnio es imprescindible aconsejar sobre las medidas no farmacológicas, ya que existe evidencia fehaciente de su efectividad. Para llevarlas a cabo es imprescindible la concienciación y el abordaje multidisciplinar desde AP. Con todo ello lograremos evitar la medicalización a la que están sometidos ciertos colectivos, mujeres y ancianos principalmente, con el fin de eliminar los riesgos asociados a su consumo (caídas, fracturas, accidentes, deterioro cognitivo...) y reducir el impacto que éstos tienen en el Sistema Nacional de Salud¹⁵.

Es importante recalcar que la fisiología del sueño cambia con la edad, coincidiendo a su vez con situaciones como la jubilación, la soledad, el cambio en los hábitos familiares, sexuales, dietéticos y de ejercicio físico, que afectan directamente a la higiene del sueño²³. Sin embargo, el mayor consumo de hipnosedantes se concentra en la población anciana, la más vulnerable a sus efectos adversos como se ha mencionado previamente²⁴.

En cuanto a las mujeres se ha visto que existe una estrecha relación entre las hormonas sexuales femeninas y el sueño, es por ello que existen diferentes etapas en la vida de la mujer (menstruación, embarazo y menopausia) donde al haber cambios hormonales y fisiológicos importantes favorecen la alteración del patrón de sueño normal, pudiendo aumentar el riesgo de trastornos del sueño. Parece que también puede estar condicionado porque los factores de riesgo para el insomnio (ansiedad y depresión, nivel socioeconómico bajo, estado civil de divorciado, separado o viudo) son más frecuentes en las mujeres¹.

Los problemas de sueño pueden ser también consecuencia de enfermedades psiquiátricas (depresión y ansiedad), problemas médicos, malos hábitos higiénicos del sueño o enfermedades primarias del sueño. Dado que la mayoría de las veces el insomnio es un síntoma, es importante insistir en la importancia de realizar una buena historia clínica que ayude a encontrar el problema inicial, antes de empezar cualquier tratamiento farmacológico²³.

Los hipnóticos siempre se deben utilizar con precaución y en tratamientos individualizados. Dados los efectos secundarios y su habituación, nunca deben considerarse la base principal del tratamiento²³. En caso de que se prescriba un fármaco para el insomnio, es muy importante informar a la persona acerca de los riesgos del tratamiento a largo plazo, para involucrarle en la toma de decisiones y favorecer la desmedicalización.

"Para tratar el insomnio es imprescindible aconsejar sobre las medidas no farmacológicas, ya que existe evidencia fehaciente de su efectividad. Para llevarlas a cabo es imprescindible la concienciación y el abordaje multidisciplinar desde AP"

Bibliografía

1. Regal AR, Amigo MC, Cebrián E. Sleep and women. *Rev Neurol.* 1 de octubre de 2009;49(7):376-82.
2. Estivill E, Roure N, Albares J, Martínez C, Pascual M, Segarra F. Tratamiento farmacológico del insomnio: ventajas e inconvenientes. Cómo sustituir la medicación hipnótica. *Vigilia-Sueño.* 1 de septiembre de 2007;18(Supl.1):2-8.
3. Khong TP, de Vries F, Goldenberg JSB, Klungel OH, Robinson NJ, Ibáñez L, et al. Potential impact of benzodiazepine use on the rate of hip fractures in five large European countries and the United States. *Calcif Tissue Int.* julio de 2012;91(1):24-31.
4. Consumo de Benzodiacepinas en Asturias 2012. Observatorio sobre drogas y adicción a las bebidas alcohólicas del Principado de Asturias. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Observatorio/Consumo%20Benzodiacepinas%20en%20Asturias%202012.pdf. [Internet]. [citado 18 de agosto de 2015]. Recuperado a partir de:
http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Observatorio/Consumo%20Benzodiacepinas%20en%20Asturias%202012.pdf
5. Fernández Rodríguez O, López de Castro F, Villarín Castro A, Tena Rubio J, Morales Socorro MP, Rodríguez Barrueco C. Tratamiento del insomnio. *Boletín farmacoterapéutico de Castilla La Mancha.* 2010; 11:1-8.
6. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. 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. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS No 2007/5-1.
7. Fernández-Pellón AM. Trastornos del sueño. *Medicine (Baltimore).* 2007;9(86):5550-7.
8. Escuela Andaluza de Salud Pública. Aproximación al tratamiento del insomnio en atención primaria. [Monografía en Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000 [acceso 20-12-2008]; (Granada. Cadime: BTA (Boletín Terapéutico Andaluz)): Disponible en: <http://www.easp.es/web/documentos/MBTA/00001188documento.2.2000.pdf>.
9. Oteo FS, Manglano PDC. El insomnio. *An Sist Sanit Navar.* 16 de octubre de 2008;30(0):121-34.
10. Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Comisión de Cuidados. Dirección de Enfermería de Atención Primaria Área Sanitaria V – Gijón (Asturias). Disponible en: <http://www.seapaonline.org/>.
11. NNN Consult [recurso electrónico]: Nanda, Noc, Nic. [Acceso 3 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://nnnconsult.asturias.csinet.es/index>.
12. Smith MT, Perlis ML, Park A, Smith MS, Pennington J, Giles DE, et al. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *Am J Psychiatry.* enero de 2002;159(1):5-11.
13. Bonnet MH, Arand DL. Treatment of insomnia. [Monografía en Internet] UpToDate; 2015 [acceso 27 junio de 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
14. Los peligros del uso de hipnóticos y sedantes. *Butlletí Groc Vol.* 25, n.o 4. 21 de mayo 2013.

15. Botargues M. Para «quitarnos el sueño»: ¿usamos adecuadamente las benzodicepinas? *Evid.actual.Pract.ambul.* 2005; 8:89-91.
16. Gancedo-García A, Gutiérrez-Antezana AF, González-García P, Salinas-Herrero S, Prieto-Merino D, Suárez-Gil P. Efectividad de una intervención educativa breve en pacientes con insomnio en atención primaria. *Aten Primaria.* diciembre de 2014;46(10):549-57.
17. Coronado Vázquez V, López Valpuesta FJ, Fernández López JA. Efectividad del tratamiento no farmacológico para el insomnio crónico de pacientes polimedicados. *Semergen.* 2010; 36(5):253-58.
18. Simón V. Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Inf Psicol.* 21 de noviembre de 2013;0(100):162-70.
19. Ong JC, Manber R, Segal Z, Xia Y, Shapiro S, Wyatt JK. A randomized controlled trial of mindfulness meditation for chronic insomnia. *Sleep.* septiembre de 2014;37(9):1553-63.
20. Garland SN, Carlson LE, Stephens AJ, Antle MC, Samuels C, Campbell TS. Mindfulness-based stress reduction compared with cognitive behavioral therapy for the treatment of insomnia comorbid with cancer: a randomized, partially blinded, noninferiority trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 10 de febrero de 2014;32(5):449-57.
21. Cheuk DKL, Yeung WF, Chung KF, Wong V. Acupuntura para el insomnio (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4.* Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
22. Lee I-S, Lee G-J. [Effects of lavender aromatherapy on insomnia and depression in women college students]. *Taehan Kanho Hakhoe Chi.* febrero de 2006;36(1):136-43.
23. Romero O. Insomnio en ancianos: afectación cognitiva y actitudes terapéuticas. *Rev Neurol* 2000;30 (06):591-593.
24. Tannenbaum C, Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S. Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA Intern Med.* junio de 2014;174(6):890-8.