

10.2.6. Insomnio

Jorge Maté Méndez

Dolors Mateo Ortega

Cristian Ochoa Arnedo

10.2.6.1. ¿Qué es?

El insomnio puede definirse como la dificultad para conciliar (**insomnio de conciliación** o dificultad para dormirse) o mantener el sueño (**insomnio de mantenimiento**, caracterizado por despertares nocturnos frecuentes o despertar temprano). Este trastorno puede ser transitorio (de días de duración), de duración corta (de una a tres semanas) o de duración larga (más de tres semanas). Hablamos de **sueño no reparador** cuando el paciente refiere quejas subjetivas acerca del mal descanso nocturno.¹

10.2.6.2. Insomnio en cáncer

Los pacientes de cáncer presentan un gran riesgo de padecer insomnio y trastornos del ciclo sueño-vigilia. Según la bibliografía revisada, se estima la frecuencia de estos trastornos entre el 33 % y 50 % de los pacientes,²⁻⁴ siendo el de la alteración del ritmo circadiano uno de los primeros signos de *delirium*.^{5,6} El insomnio, junto con los trastornos del ciclo sueño-vigilia, constituye una de las alteraciones del sueño más comunes en la población oncológica, y habitualmente está condicionado por factores tanto físicos como psicológicos relacio-

1. Maté Méndez, J.; Ochoa Arnedo, C.; Carreras Marcos, B.; Segalàs Cosí, C.; Hernández Ribas, R.; Gil Moncayo, F. L. «Síntomas psicológicos y psiquiátricos. Insomnio». En: Porta, J.; Gómez-Batiste, X.; Tuca, A. (ed.). Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. 3.ª ed. Pozuelo de Alarcón, Madrid: Enfoque Editorial, 2013, p. 254-261.
2. Beszterczey, A.; Lipowski, Z. J. «Insomnia in cancer patients». *CMAJ* 1977;116: 355.
3. Savard, J.; Morin, C. M. «Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem». *J Clin Oncol* 2001;19(3):895-908.
4. Palesh, O. G.; Roscoe, J. A.; Mustian, K. M. *et al.* «Prevalence, demographics, and psychological associations of sleep disruption in patients with cancer: University of Rochester Cancer Center-Community Clinical Oncology Program». *J Clin Oncol* 2010;28(2):292-298.
5. Coursey, R. D. «Personality measures and evoked responses in chronic insomniacs». *J Abnormal Psychol* 1975;84:239-249.
6. Berger, A. M.; Farr, L. «The influence of daytime inactivity and night time restlessness on cancer-related fatigue». *Oncol Nurs Forum* 1999;26:1663-1671.

nados con la enfermedad y los tratamientos.⁷⁻¹¹ Es uno de los trastornos con mayor número de consecuencias negativas sobre la actividad cotidiana y la calidad de vida, por lo que su valoración precoz para realizar un tratamiento temprano es prioritaria.¹²

10.2.6.3. Clasificación del insomnio

Según el renovado sistema clasificatorio de las enfermedades mentales, DSM-5,¹³ y dentro de la categoría de trastornos del sueño y del despertar, se incluye el insomnio junto con otras diez alteraciones como son la hipersomnias, la narcolepsia, los trastornos del sueño relacionados con la respiración, las pesadillas y el síndrome de piernas inquietas, entre otros.

En la tabla 1 pueden observarse los criterios diagnósticos para el trastorno del insomnio, según el DSM-5.

Tabla 1. Criterios del DSM-5 para el diagnóstico del insomnio [307.42 (F51.01) Insomnia Disorder]¹

A	<p>Insatisfacción con la calidad o cantidad de sueño, asociada a uno o más de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultad para iniciar el sueño. 2. Dificultad para mantener el sueño, caracterizada por frecuentes despertares o por problemas para volver a dormirse tras los despertares. 3. Despertarse temprano por la mañana con incapacidad para volver a dormirse.
B	<p>La perturbación del sueño causa malestar significativo o deterioro social, laboral, académico, conductual o relativo a otras áreas importantes del funcionamiento.</p>

7. Savard, J.; Morin, C. M. «Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem». *J Clin Oncol* 2001;19(3):895-908.
8. Savard, J.; Simard, S.; Blanchet, J.; Ivers, H.; Morin, C. M. «Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer». *Sleep* 2001;24(5):583-590.
9. Savard, J.; Simard, S.; Hervouet, S.; Ivers, H.; Lacombe, L.; Fradet, Y. «Insomnia in men treated with radical prostatectomy for prostate cancer». *Psychooncology* 2005;14(2):147-156.
10. Otte, J. L.; Carpenter, J. S.; Russell, K. M.; Bigatti, S.; Champion, V. L. «Prevalence, severity, and correlates of sleep-wake disturbances in long-term breast cancer survivors». *J Pain Symptom Manage* 2010;39(3):535-547.
11. Lee, E. S.; Lee, M. K.; Kim, S. H.; Ro, J. S.; Kang, H. S.; Kim, S. W. *et al.* «Health-related quality of life in survivors with breast cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a prospective cohort study». *Ann Surg* 2011;253(1):101-108.
12. Maté, J.; Hollenstein, M. F.; Gil, F. «Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico». *Psicooncología* 2004;1(2-3):211-230.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5.^ª ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

C	La dificultad de conciliar el sueño ocurre por lo menos tres noches por semana.
D	La dificultad de conciliar el sueño se mantiene por lo menos durante tres meses.
E	La dificultad de conciliar el sueño ocurre a pesar de contar con las condiciones adecuadas para dormir.
F	El insomnio no se explica mejor o no ocurre exclusivamente durante el curso de otros trastornos del sueño.
G	El insomnio no es atribuible a los efectos fisiológicos producidos por una sustancia.
H	En caso de existir otros trastornos mentales o condiciones médicas, estos no explican adecuadamente la queja predominante de insomnio.

10.2.6.4. Causas del insomnio

La etiología del insomnio es multifactorial. Si bien los factores psicológicos (como la ansiedad) suelen ser la causa, este síntoma puede venir provocado por otros, como el propio proceso oncológico, los tratamientos asociados, la hospitalización y el dolor, entre otros.⁶ En la tabla 2 presentamos resumidamente las principales causas que se asocian al insomnio.

Tabla 2. Causas del insomnio (adaptado de J. Maté et al., 2013)¹

Síntoma	Secundario a alteraciones psicológicas o ambientales	Secundario a patología médica
Dificultad de conciliación del sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad** • Tensión muscular • Trastorno del ritmo circadiano • Fobias específicas relacionadas con el sueño (a dormir y no despertar, a perder el control, etc.) • Cambios ambientales (exceso de luz, de ruido, de temperatura, incomodidad, etc.) • Crisis existencial • Hábitos alimentarios inadecuados • Parasomnias (pesadillas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor* • <i>Delirium</i>*** • Lesión del SNC • Efectos directos del consumo o abstinencia de sustancias (como el alcohol) • Relacionado con fármacos (estimulantes, abstinencia de depresores, neurolépticos, antihistamínicos, benzodiacepinas, corticoides, diuréticos, cafeína, simpático-miméticos, citostáticos, etc.) • Alteraciones endocrinas y metabólicas (síndromes paraneoplásicos, disfunción tiroidea, etc.)

<p>Dificultad de mantenimiento del sueño</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión** • Trastorno del ritmo circadiano • Cambios ambientales (exceso de luz, de ruido, de temperatura, incomodidad, etc.) • Trastorno por estrés postraumático • Esquizofrenia • Envejecimiento • Crisis existencial • Hábitos alimentarios inadecuados • Parasomnias (pesadillas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoxia • Polaquiuria • Incontinencia • Estreñimiento • Náuseas • Tos • Fiebre • Prurito • Síndrome de apnea del sueño • Mioclonías nocturnas y síndrome de las piernas inquietas
--	--	--

* El **dolor** es uno de los factores físicos de riesgo más importantes en los trastornos del sueño (hasta el 60 % de los pacientes con dolor presentan algún tipo de trastorno del sueño).

** La **ansiedad y la depresión** son algunos de los factores psicológicos de riesgo más importantes en los trastornos del sueño (hasta el 63 % de los pacientes con ansiedad presentan insomnio, y hasta el 90 % de los pacientes con depresión presentan algún tipo de trastorno del sueño).

*** La presencia de *delirium* siempre debe ser considerada y descartada: es un síndrome multifactorial muy frecuente al final de la vida en cáncer avanzado, en el que suelen converger alteraciones que comparten algunas características similares, como pueden ser la somnolencia diurna, la agitación nocturna, la dificultad para conciliar el sueño y, en algunos casos, una inversión del ritmo circadiano del sueño.¹⁴

10.2.6.5. Diagnóstico diferencial

Atendiendo a las **quejas subjetivas** de los pacientes, estas siempre se referirán tanto a la **cantidad** (dormir mucho o poco) como a la **calidad** (dormir mal) del sueño:

- **Dormir poco:** relativas a quejas por insomnio, porque el sueño no es reparador o muy frágil (despertares nocturnos frecuentes).
- **Dormir mucho:** relativas a quejas por sueño no reparador, por no estar completamente despierto, por largos periodos de sueño en el mismo día y por somnolencia diurna excesiva.

14. Breitbart, W.; Cohen, K. R. «Delirium». En: Holland, J. C. (ed.). *Psychooncology*. Nueva York: Oxford University Press, 1998, p. 564-575.

- **Dormir mal:** relativas a pesadillas, terrores nocturnos y un descanso nocturno fragmentado. Son habituales las quejas relacionadas con la respiración o con los movimientos no habituales durante la noche.

Según los criterios del DSM-5, presentamos la siguiente tabla en relación con el diagnóstico diferencial de insomnio:

Tabla 3. Propuestas de situaciones específicas y otros trastornos para el diagnóstico diferencial de insomnio, según los criterios del DSM-5¹

<ul style="list-style-type: none"> • Variaciones normales del sueño. Es habitual encontrarnos con pacientes con muy distintas necesidades de sueño. Las personas que duermen poco se diferencian de las que tienen trastorno de insomnio por no presentar síntomas diurnos (fatiga, problemas de concentración, irritabilidad) y por la ausencia de dificultades para conciliar y mantener el sueño.
<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio situacional. Insomnio de días o de algún mes de duración asociado a situaciones estresantes o a cambios en los horarios del sueño.
<ul style="list-style-type: none"> • Retraso de la fase del sueño y cambios en el ritmo circadiano. Estos cuadros se diferencian del insomnio porque, si no se fuerza a los pacientes a dormir en los momentos socialmente normales (por la noche) y pueden dormir según su ritmo endógeno, estos no presentarán dificultades con el sueño.
<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de piernas inquietas. Este síndrome se acompaña de la necesidad de mover las piernas y de las sensaciones desagradables asociadas.
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos relacionados con la respiración. Además del insomnio, estos pacientes presentarían fuertes ronquidos, apneas del sueño y somnolencia diurna excesiva.
<ul style="list-style-type: none"> • Narcolepsia. Se diferencia del trastorno del insomnio porque, además de dicho síntoma, aparecen alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas, parálisis del sueño, ataques de sueño o cataplexia y somnolencia diurna excesiva.
<ul style="list-style-type: none"> • Parasomnias. Se caracterizan por comportamientos o eventos inusuales durante la noche que pueden conducir a despertares intermitentes o a la dificultad para retomar el sueño.
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del sueño inducidos por sustancias o medicación. La ingestión de ciertas sustancias, como por ejemplo estimulantes, medicamentos o toxinas, puede provocar insomnio.

Basándonos en los criterios DSM-5, Lacks,¹⁵ Morin¹⁶ y la adaptación reciente de Maté *et al.*¹, presentamos una lista operativa de características para facilitar la identificación del insomnio y diferenciarlo de las variaciones normales del sueño (tabla 4).

15. Lacks, P. *Behavioral Treatment of Persistent Insomnia*. Oxford / Nueva York: Pergamon Press, 1987.

16. Morin, C. M. *Insomnia: Psychological Assessment and Management*. Nueva York: Guilford Press, 1993.

Tabla 4. Propuesta de criterios clínicos para el diagnóstico del insomnio¹

1	Latencia del sueño superior a 30 minutos.
2	Tiempo total de vigiliias nocturnas superior a 30 minutos.
3	Tiempo total de sueño por noche inferior a 6 horas y media.
4	Existencia de somnolencia diurna y decremento del rendimiento.
5	Síntomas presentes por lo menos tres noches por semana.
6	Insomnio presente por lo menos durante tres meses.

10.2.6.6. Tratamiento no farmacológico del insomnio

El tratamiento del insomnio incluye la combinación de medidas farmacológicas y no farmacológicas. En este manual solo nos referiremos a las medidas no farmacológicas. Lo más importante en la evaluación del paciente insomne es conocer las causas principales de su insomnio, tratándolo precoz y adecuadamente, para prevenir que se haga crónico y deteriore la calidad de vida y el bienestar del paciente y su familia.

Tratamiento psicológico¹

Existen varios ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis donde se evidencia la eficacia de la terapia cognitivo-conductual,¹⁷⁻¹⁹ entre los cuales destacan la reestructuración cognitiva, estrategias de modificación de conductas, ejercicios de relajación y educación sobre la higiene del sueño. En la tabla 5 presentamos los tratamientos psicológicos eficaces para el insomnio, según criterios de Chambless *et al.*²⁰

17. Morin, C. M.; Culbert, J. P.; Schwartz, S. M. «Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy». *Am J Psychiatry* 1994;151(8):1172-1180.
18. Morin, C. M.; Bootzin, R. R.; Buysse, D. J.; Edinger, J. D.; Espie, C. A.; Kenneth, L. «Psychological and behavioral treatment of insomnia:update of the recent evidence (1998-2004)». *Sleep* 2006;29(11):1398-1414.
19. Smith, M. T.; Perlis, M. L.; Park, A.; Smith, M. S.; Pennington, J. M.; Giles, D. E. «Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia». *Am J Psychiatry* 2002;159(1):5-11.
20. Chambless, D. L.; Baker, M. J.; Baucom, D. H.; Beutler, L. E.; Calhoun, K. S.; Crits-Christoph, P. *et al.* «Update on empirically validated therapies: II». *The Clinical Psychologist* 1998;51:3-15.

a) Control de los estímulos

Estas medidas favorecen la regulación del ritmo sueño-vigilia y reducen las conductas incompatibles con el sueño:

- Ir a la cama solo cuando se tenga sueño.
- Si se detecta dificultad para dormir durante los primeros 15-20 minutos de estar en la cama, se sugiere levantarse y volver de nuevo a la cama cuando aparezca de nuevo la sensación de sueño.
- Mantener rutinas diarias, como lavarse los dientes, realizar ejercicios de relajación, etc.
- Mantener un horario regular, independientemente del tiempo que se haya dormido o de si se tiene sueño o no.
- Evitar dormir la siesta.
- No utilizar el dormitorio para realizar otras actividades distintas de dormir, como ver la televisión.

b) Higiene del sueño

Nos referimos a medidas y sugerencias (complementarias de las anteriores) cuyo fin es establecer unos hábitos de sueño más adecuados, mediante la modificación del estilo de vida y del entorno del paciente:

- Evitar el consumo de sustancias estimulantes por lo menos 6 horas antes de dormir.
- Evitar fumar y la ingesta de alcohol al menos 2 o 3 horas antes de dormir.
- Evitar ir a la cama con hambre o sed, así como la ingesta copiosa de alimentos especialmente grasos o de alto contenido proteico.
- Evitar la ingesta al despertarse por la noche, ya que es muy probable que se instaure un condicionamiento entre el hambre y el despertar.
- Evitar el ejercicio físico excesivo antes de dormir, practicándolo por la mañana o a media tarde. El ejercicio favorece el aumento de ondas delta durante el sueño.
- Procurar que la temperatura sea agradable y evitar o reducir la estimulación ambiental excesiva (ruido o luz). Exponerse a la luz solar por la mañana puede facilitar la regulación del sueño.
- Evitar mirar el reloj por la noche para no condicionar y exacerbar la propia ansiedad asociada al insomnio.
- Facilitar el descanso nocturno del paciente evitando visitas no imprescindibles (equipo sanitario que lo atiende).
- Evitar en lo posible que las tareas asistenciales nocturnas puedan interrumpir el sueño.
- Mantener la piel del paciente limpia y seca.
- Facilitar la comodidad del paciente, por ejemplo mediante cambios posturales, proporcionándole ropa holgada, eliminando las arrugas de la cama, etc.

Otras técnicas psicológicas sugeridas que han mostrado ser eficaces: intención paradójica, ventilación emocional, técnicas de relajación (relajación muscular progresiva, entrenamiento autógeno, *mindfulness* o conciencia plena) y respiración diafragmática, hipercapnias leves y *biofeedback*.

Tabla 5. Tabla de tratamientos psicológicos eficaces para el insomnio (según criterios de Chambless *et al.*, 1998). [Nivel 1 = tratamiento empíricamente validado; nivel 2 = tratamiento probablemente eficaz; nivel 3 = tratamiento en fase experimental] (adaptado de M. Pérez, 2003)²¹

Tratamiento	Componentes	Eficacia
Intención paradójica	Técnica cognitiva basada en pautar precisamente lo contrario de lo que se pretende conseguir.	1
Programa multi-componente	Consiste en aplicar el control de estímulos, medidas de higiene del sueño y técnicas cognitivas.	1
Restricción del sueño	Técnica consistente en reducir el tiempo que el paciente pasa en la cama.	2
Relajación progresiva	Técnica clásica de relajación basada en alternar la tensión y la relajación muscular.	1
Control de los estímulos	Instrucciones dirigidas a reducir conductas incompatibles con el sueño y a regular el horario.	1
<i>Biofeedback</i> EMG	El <i>biofeedback</i> electromiográfico consiste en enseñar al propio paciente a identificar y reducir ciertos parámetros biológicos (por ejemplo, la tensión muscular, la tasa cardíaca, etc.).	2
Higiene del sueño	Instrucciones que ayudan al paciente a lograr unos hábitos de sueño más adecuados que facilitan el sueño.	3

21. Buela Casal, G.; Sánchez, A. I.; Miró Morales, E. «Guía de tratamientos psicológicos eficaces en los trastornos del sueño». En: Pérez Álvarez, M.; Fernández-Hermida, J. R.; Fernández-Rodríguez, C.; Amigo Vázquez, I. (ed.), *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces*. Vol II. Madrid: Ediciones Pirámide, 2003, p. 255-286.