

Ana María González Pinto  
Carlos Javier Egea  
Sara Barbeito

# PROGRAMA

# SOMNE



Terapia psicológica integral  
para el insomnio:  
guía para el terapeuta y el paciente

*Serendipit* 

DESCLÉE DE BROUWER

**Coordinadores**

**Ana María González Pinto • Carlos Javier Egea • Sara Barbeito**

**Autores**

**Sara Barbeito • Ana María González Pinto • Carlos Javier Egea •  
Sonia Ruiz De Azúa • José Luis Manjón • Ainhoa Álvarez •  
José Ramón Peciña • Patricia Vega • Jacqueline De Andrés**

**197**

**PROGRAMA SOMNE**

**Terapia psicológica integral para el insomnio:  
guía para el terapeuta y el paciente**

Crecimiento personal  
C O L E C C I Ó N

*Serendipit* 

**Desclée De Brouwer** 

# ÍNDICE

Semblanzas de los autores .....	11
Prólogo .....	19
Presentación del programa SOMNE .....	23

## MATERIALES PARA EL TERAPEUTA

SESIÓN 1	Individual • Presentación • Introducción: ¿Qué es el insomnio? • Factores relacionados con el sueño . . . .	27
SESIÓN 2	Grupal. Factores asociados al insomnio I • Normas de higiene del sueño • Comienzo de la relajación-respiración diafragmática .....	43
SESIÓN 3	Grupal • Factores asociados al insomnio II • Restricción del tiempo de cama • Control de estímulos • Relajación 2. ....	57

## PROGRAMA SOMNE

SESIÓN 4	Grupal • Pensamientos negativos I • Explicación de los pensamientos que se asocian al insomnio y a su mantenimiento • Relajación 3. . . . .	67
SESIÓN 5	Grupal • Pensamientos negativos II • Reestructuración cognitiva de las creencias erróneas sobre el sueño • Técnicas: Detención del pensamiento • Intención paradójica • Relajación 4 . . . . .	81
SESIÓN 6	Grupal • Repaso de las técnicas y sucesos • Relajación final • Cierre de las sesiones continuadas. . . . .	91
SESIÓN 7, 8, 9	Grupales • Sesiones de refresco . . . . .	99

## MATERIALES PARA EL PACIENTE

SESIÓN 1	Individual • Presentación • Introducción: ¿Qué es el insomnio? • Factores relacionados con el sueño . . . . .	105
SESIÓN 2	Factores asociados al insomnio I • Normas de higiene del sueño • Comienzo de la relajación-respiración diafragmática . . . . .	113
SESIÓN 3	Factores asociados al insomnio II • Restricción del tiempo de cama • Control de estímulos • Relajación 2	117
SESIÓN 4	Pensamientos negativos I • Explicación de los pensamientos que se asocian al insomnio y a su mantenimiento • Relajación 3. . . . .	125
SESIÓN 5.	Pensamientos negativos II • Reestructuración cognitiva de las creencias erróneas sobre el sueño • Técnicas: Detención del pensamiento • Intención paradójica • Relajación 4. . . . .	135



## ÍNDICE

SESIÓN 6. Repaso de las técnicas y sucesos • Relajación final • Cierre de las sesiones continuadas. . . . .	145
SESIÓN 7, 8, 9 Grupales • Sesiones de refresco . . . . .	153

## ANEXOS PARA EL TERAPEUTA Y EL PACIENTE

ANEXO I Entrenamiento en la relajación muscular progresiva . .	159
ANEXO II Respiración diafragmática o abdominal . . . . .	169



# PRÓLOGO

El mayor reto actual del tratamiento contra el insomnio es comenzar con la transformación de las ideas, tanto las de los pacientes como las de los terapeutas. Muchos profesionales se presentan ante el insomnio con la convicción y el esfuerzo de iniciar el tratamiento, pero sin definir ni acotar su finalización, y corren el riesgo de convertir la búsqueda de objetivos en una abstracción. Este manual propone una transformación del modelo clásico, pues ofrece un tratamiento que se limita a un tiempo determinado. Se plantean objetivos claros y evaluables, tanto para pacientes como para terapeutas, similares a los conocidos ciclos de quimioterapia (primera, segunda línea, etc.), administrados durante un periodo concreto de tiempo.

El insomnio es un problema de salud pública conocido por todos, que afecta casi al 15% de la población. Sin embargo, apenas recibe una atención adecuada el 8% de los afectados. Ello es debido probablemente a que el sueño se ha considerado culturalmente como un periodo inútil y prescindible de la vida, a pesar de que los costes derivados del “problema insomne” se hayan cuantificado en billones de dólares.

Otro de los cambios que propugna este manual es reconducir el debate en el que el insomnio ha sido considerado por los expertos como un síntoma y no como una enfermedad. Esto ha hecho que el



insomnio pierda entidad propia y pase a formar parte de diferentes síndromes y enfermedades, que han integrado el tratamiento del insomnio, quien a su vez ha quedado sin una evaluación específica. En estos últimos años, el insomnio ha cobrado protagonismo y se considera una enfermedad en sí misma, e incluso se han modificado los criterios del DSM. Esta nueva consideración ha generado un cuerpo de conocimientos que han permitido, gracias a la transversalidad del sueño, que puedan incluirse consultas multidisciplinarias en su estudio y tratamiento. En este espacio es donde somnólogos, psiquiatras, psicólogos y terapeutas abordan de forma colegiada el insomnio en todos sus aspectos, hecho que hace que sea imprescindible la creación de documentos consensuados que guíen esta nueva práctica médica multidisciplinar.

La tradicional recomendación de contar ovejas se ha asociado siempre con la dificultad de conciliar el sueño. Groucho Marx decía: "Durante mis años formativos en el colchón, me entregué a profundas cavilaciones sobre el problema del insomnio. Al comprender que pronto no quedarían ovejas que contar para todos, intenté el experimento de contar porciones de oveja en lugar del animal entero". Aunque muy popular, este método se ha mostrado inoperante para abordar el insomnio. El tratamiento farmacológico es el más conocido y el que más tratados sobre esta materia ha generado. No obstante, solo ha demostrado su efectividad en el tratamiento a corto plazo. Actualmente el tratamiento terapéutico del insomnio basado en intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales, presenta un adecuado nivel de constatación de sus beneficios. Sin embargo, este tratamiento tiene algunas limitaciones, como la falta de profesionales entrenados, el coste y el hecho de que su aplicación requiere más tiempo que la prescripción farmacológica. Estas inconvenientes pueden reducirse gracias a que son sesiones limitadas en el tiempo y a otras actuaciones que propugna este manual.



## PRÓLOGO

Llamo la atención de los lectores para abordar la lectura de este manual, porque no solo proporciona pautas de tratamiento para los médicos y los terapeutas, sino que también aconseja y ayuda a los pacientes insomnes.

Finalmente, quiero destacar la labor de los dos grupos que han participado en la elaboración de este manual: El Servicio de Psiquiatría y la Unidad Funcional de Sueño del Hospital Universitario Araba, integrados en el proyecto de investigación BioAraba. El trabajo de todos los componentes del proyecto ha culminado con la realización de este manual, que permitirá introducir al profesional y al paciente en un nuevo marco de trabajo, con una nueva perspectiva y un giro innovador en la mejora de estos pacientes.

*Carlos J. Egea Santaolalla,  
Unidad Funcional de Sueño  
Hospital Universitario Araba  
Universidad País Vasco. U. D. Medicina*



# PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA SOMNE

El trabajo que aquí exponemos bajo la denominación “Programa Somne” es fruto de la colaboración de los especialistas de la Unidad de Sueño y del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Álava, debido a la problemática que muchos pacientes y especialistas dicen encontrar en relación con el sueño y las formas de su tratamiento.

Este manual se compone de 6 sesiones, que deben aplicarse de forma continuada y semanal, y 3 sesiones más de refuerzo, más espaciadas, en las que los pacientes puedan integrar la información explicada y trabajada durante las 6 sesiones precedentes. Todas las sesiones están pensadas para su realización en grupo, salvo la primera, que está planteada para que sea realizada individualmente.

Dividimos el manual en dos partes. La primera está dirigida a los especialistas, médicos, psicólogos y enfermeras; en la segunda se han reunido materiales para el paciente y, en cada uno de los apartados que la componen, se presenta información correspondiente a cada una de las sesiones.

A los especialistas que impartan el Programa Somne, les recomendamos que sigan el orden de las sesiones aquí expuesto, pues se encuentran ordenadas según su complejidad y jerarquía.



MATERIALES PARA  
EL TERAPEUTA

# SESIÓN 1

## Individual

### Presentación

Introducción: ¿Qué es el insomnio?

Factores relacionados con el sueño

#### Comienzo de la sesión

En esta primera sesión, en la que el terapeuta estará a solas con cada uno de los pacientes, se utilizan técnicas de la entrevista clínica para conocer de forma más profunda a la persona que va a formar parte del nuevo grupo. Al paciente se le orientará acerca de los contenidos y objetivos, así como de las condiciones y/o normas para formar parte del mismo. A partir de esta primera sesión individual, las siguientes sesiones se realizarán en grupo, cuya composición ideal se encontrará entre los 6 y los 8 participantes.

El terapeuta entregará a cada uno de los pacientes por escrito el material de cada sesión, con el fin de facilitar la integración de la información que va a posibilitar la lectura posterior.

Es fundamental que durante esta primera sesión se ayude al paciente a identificar las circunstancias que pueden encontrarse asociadas al insomnio en cada caso. Hay que determinar personalmente si el paciente padece algún trastorno médico o psiquiátrico –deben encontrarse estabilizados para formar parte del grupo– que pueda estar asociado al origen o el mantenimiento del problema de sueño, o,



también, si existe consumo de tóxicos o efectos secundarios por retirada de fármacos, o si presenta un diagnóstico comórbido. El terapeuta debe ayudar a identificar las condiciones de vida diaria del paciente que pueden encontrarse afectando al sueño de manera inadecuada (actividad) y conocer qué es lo que el paciente considera como insomnio (frecuencia, tipo, duración, etc.).

Durante esta sesión, el terapeuta informará al paciente sobre el tema objeto del grupo: el sueño y sus trastornos, su funcionamiento, las fases, los ritmos circadianos; los trastornos del sueño: el insomnio y los tipos de insomnio; el papel del estrés en los trastornos del sueño y la forma de encuadrarlo en el abordaje terapéutico que les vamos a ofrecer. Esta información se le explicará de forma clara y concisa, y tratando de centrarnos en las características de la persona afectada por esta problemática.

Durante esta primera sesión, el terapeuta introducirá al paciente en la realización de registros, comenzando con la manera de elaborar un “registro de sueño” para establecer la línea base y comenzar, de este modo, a otorgarle un papel activo en su tratamiento (tarea semanal para realizar en casa).

## **Normas de grupo**

El terapeuta se encargará de explicar al comienzo de la sesión las normas por las que se van a regir todas las sesiones.

1. Hay que asistir a todas las sesiones.
2. En todas las sesiones habrá una breve exposición teórica común para todos los asistentes. En ocasiones puede ocurrir que lo que se exponga no les ocurra personalmente a cada integrante del grupo; aun así debe respetarse el contenido teórico, si bien es cierto que somos partidarios de mostrar flexibilidad,



animándolos a compartir sus dudas y sus comentarios, pero siempre en el tiempo disponible para ello.

3. Lo que se expone en las sesiones es confidencial. No hablaremos de lo que comentamos en la sesión fuera de ella.
4. Se deben respetar las opiniones de los demás.
5. Hay respetar los turnos de palabra y mantener cierto orden para poder hablar todos y no interrumpirnos. Se utilizará la veterana técnica de pedir la palabra levantando el dedo.
6. Hay que tratar de ser cooperativo en relación al tema que se está tratando. En ocasiones quizá haya un tema que nos preocupe más que el que se está tratando, pero respetaremos el tema central de la sesión para mantener la dinámica grupal.

## Introducción

El objetivo de las sesiones que vamos a iniciar es aprender sobre el sueño, sus trastornos y cómo promover la mejora del mismo para ganar en calidad de vida. El grupo realizará 6 sesiones terapéuticas de orientación cognitivo-conductual. Durante esta terapia los pacientes van a tener un papel activo. Finalmente, habrá 3 sesiones más de refuerzo (al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de acabar la sesión 6).

El insomnio es un trastorno del sueño en el que la persona presenta dificultades a la hora de dormir, o se despierta y no puede volver a conciliar el sueño. También puede ocurrir que la persona se despierte con la sensación de no haber tenido un sueño reparador, es decir, de no haber descansado. Durante este tratamiento vamos a aprender a romper el círculo vicioso que hace que el insomnio persista, y que tiene un efecto pernicioso, pues hace que los pensamientos, hábitos de vida y circunstancias vitales influ-



yan en el sueño impidiendo que el paciente pueda dormir. Muchas veces son estas condiciones asociadas las que se encuentran en la cronificación y el mantenimiento del problema. Por tanto, es importante enfatizar en la identificación de los antecedentes y los consecuentes del problema.

El formato de aplicación de la intervención será grupal, debido a que diferentes autores han probado la eficacia de este tipo de formato en la mejora de la sintomatología en personas con insomnio, pues estos pacientes encuentran con este formato mayor apoyo social, entendimiento y normalización de su situación y sus vivencias.

## **El sueño**

### *Fases del sueño*

Dormir es una actividad necesaria ya que durante la misma se producen funciones fisiológicas indispensables para el equilibrio psíquico y físico.

Debemos saber que no todas las personas duermen las mismas horas. Es muy importante recalcarlo. Existe una variación individual que oscila entre las 4 y las 12 horas, siendo lo más frecuente entre 7 y 8 horas. De hecho, una misma persona no duerme las mismas horas ni de la misma forma a lo largo de su vida, ya que va cambiando con la edad, los estados emocionales, el estado de salud, los horarios laborales, etc. El tiempo adecuado para dormir es aquel que nos permite realizar nuestras actividades diarias con normalidad.

Existen 2 tipos de sueño, bien diferenciados, que se denominan con las siglas REM (Rapid Eye Movement) y NREM (Non Rapid Eye Movement).



El sueño No-REM se divide en las siguientes fases:

- ♦ Fase N° 1: Es la más corta y tiene lugar cuando se produce el adormecimiento. Se corresponde con la fase de sueño más ligero.
- ♦ Fase N° 2: Supone más del 50% del tiempo total de sueño. Durante esta fase todavía hay tono muscular.
- ♦ Fase N° 3: Corresponde al denominado sueño de ondas lentas o sueño delta, que es el sueño más profundo y reparador.

El sueño REM o sueño paradójico es el sueño con movimientos oculares rápidos. En este momento se produce una elevada actividad neuronal y tiene lugar el momento en que se sueña. En el sueño REM no hay tono muscular.

Durante el sueño se alternan de manera cíclica (4-6 veces) el sueño REM y el No-REM. La duración del sueño REM aumenta en los sucesivos ciclos.

### *Ritmos circadianos*

Con el término “ritmos circadianos” nos referimos a los ciclos de unas 24 horas (20-29 horas). El ciclo de vigilia-sueño es el ritmo circadiano que más afectación tiene sobre nuestras vidas.

En los humanos, como en todos los mamíferos, el reloj biológico principal se encuentra en los núcleos supraquiasmáticos (NSQ), que son dos pequeños núcleos situados al nivel de la pared del tercer ventrículo, por debajo del hipotálamo y detrás del quiasma óptico. Las señales eferentes del NSQ de hipotálamo no solo modulan los ritmos de alerta y de sueño, sino que también modula otros muchos ritmos, como la temperatura, las hormonas, el sistema inmune, etc.



El ritmo circadiano es endógeno e independiente de estímulos externos como la luz, la temperatura y el ruido, aunque los necesita para mantenerse sincronizado. El sincronizador más importante del sistema circadiano humano es la alternancia de luz-oscuridad. Los estímulos no fóticos, como los horarios de las comidas, el ejercicio y los contactos sociales, también pueden influir en el sistema circadiano. Por lo tanto, sabemos que estos ritmos pueden alterarse por hábitos inadecuados, como por ejemplo un exceso de luz o de su intensidad, el estrés, la salud y los horarios desestructurados.

## **Trastornos del sueño: el insomnio**

### *¿En qué consiste el insomnio?*

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente entre la población adulta, y se caracteriza por problemas de iniciación y/o mantenimiento del sueño, y/o por la producción de un sueño no reparador, lo que causa un deterioro significativo en la vida diaria (American Psychiatric Association, 2000; Thorpy, 1990; Summers et ál., 2006).

El insomnio es un problema de salud que afecta aproximadamente al 6-10% de la población adulta (Roth, 2007). Puede conllevar importantes consecuencias para la vida de la persona que lo padece y para sus familiares.

Debemos tener en cuenta que para que se produzca un sueño apropiado deben darse determinadas condiciones; además, para diagnosticar insomnio es necesario que las dificultades en el sueño conlleven repercusiones diurnas, como la fatiga, los problemas cognitivos (atención, memoria, concentración), consecuencias a nivel social, académico o laboral (Sateia et ál., 2000; Krystal, 2004).



## *Criterios de clasificación del insomnio*

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* [DSM-IV-TR] (American Psychiatric Association, 2000) consigna los siguientes criterios para el diagnóstico del insomnio primario:

- ♦ El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador durante al menos 1 mes.
- ♦ La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- ♦ La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnia.
- ♦ La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium, etc.).
- ♦ La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancias (p. ej., drogas, fármacos, etc.) o de una enfermedad médica.

La clasificación internacional de los trastornos del sueño [*International Classification of Sleep Disorders. Diagnostic and Coding Manual, ICSD-2*] fue propuesta por la Asociación Americana de Trastornos del Sueño [ASDA], que la estructura del siguiente modo:

- ♦ Insomnio agudo.
- ♦ Insomnio psicofisiológico.



- ♦ Insomnio paradójico.
- ♦ Insomnio idiopático.
- ♦ Insomnio debido a trastornos mentales.
- ♦ Insomnio debido a una inadecuada higiene del sueño.
- ♦ Insomnio en la infancia debido a hábitos incorrectos.
- ♦ Insomnio secundario al consumo de fármacos o drogas.
- ♦ Insomnio debido a problemas médicos.
- ♦ Insomnio no debido a ninguna conocida condición fisiológica ni al consumo de sustancias, no especificado (orgánico).
- ♦ Insomnio fisiológico (orgánico), no especificado.

Debemos hacer una primera distinción entre el *insomnio primario* (aislado, el problema es el propio insomnio) y el *insomnio secundario* (debido a una enfermedad orgánica, mental, otro trastorno primario del sueño o al consumo o exposición a determinadas sustancias o fármacos).

A continuación nos detendremos más concretamente en algunos de los tipos más frecuentemente del insomnio:

### *Insomnio agudo*

El inicio de la sintomatología se relaciona con la existencia de un acontecimiento estresante (psicológico, social, relacional o del entorno). Estos factores estresantes pueden tener una valencia emocional de cualquier tipo, incluso un sentido emocional positivo (p. ej., una boda puede ser estresante aunque la persona se encuentre muy feliz por casarse). El tiempo de persistencia de este tipo de insomnio acostumbra a ser inferior a los 3 meses y se solventa con la desaparición del acontecimiento estresante o cuando se produce una adaptación a él.

