



TRASTORNOS DEL SUEÑO EN SUJETOS ADICTOS

SLEEP DISORDERS IN ADDICT SUBJECTS

Carlos Sirvent (1); María Villa Moral (2); Pilar Blanco (3); Cruz Rivas (4); Rocío García-Gilbert (5); Gloria Campomanes (6)

- (1) Psiquiatra. Fundación Instituto Spiral Madrid
- (2) Profesora titular de Psicología Social. Universidad de Oviedo
- (3) Médica psicoterapeuta. Fundación Instituto Spiral Madrid
- (4) Psicóloga clínica. Fundación Instituto Spiral Oviedo
- (5) Psicóloga. Fundación Instituto Spiral Oviedo
- (6) Psicóloga. Fundación Instituto Spiral Vañes

csr@institutospiral.com

Trastorno del sueño, Adicción, Insomnio, Disomnias, Parasomnias, Fármacos hipnóticos, Evaluación, Tratamiento.

Sleep disorder, Addiction, Insomnia, Dyssomnias, Parasomnias, Hypnotic drugs, Evaluation, Treatment.

RESUMEN:

En la estadística de los tres últimos años los trastornos del sueño representan los procesos más frecuentes en adicciones, superando incluso a los síntomas de abstinencia y otras manifestaciones secuelas como la ansiedad o los trastornos del estado de ánimo. El presente trabajo tiene la siguiente estructura: 4. Introducción teórica: importancia del binomio trastorno del sueño-adicción 5. Estudio clínico sobre trastornos del sueño en sujetos adictos 6. Intervención: actualización del tratamiento farmacológico, medidas comportamentales y hábitos de higiene sómnica Se efectúa un estudio clínico de 30 meses de trayectoria utilizando el sistema de registro global de síntomas y tratamientos REI y el índice de calidad del sueño de Pittsburgh sobre una muestra de 594 adictos (422 varones y 172 mujeres). Encontramos una incidencia de trastornos del sueño del 39,40% cuya frecuencia descendente es: 1º insomnio de conciliación, 2º insomnio de fragmentación (o mantenimiento), 3º trastorno de la calidad del sueño, 4º insomnio de despertar precoz, 5º trastorno del ritmo circadiano, 6º pesadillas y otras parasomnias, 7º hipersomnia diurna. Respecto a la intervención, se expone una selección de medidas demostradamente eficaces como la privación y la restricción paradójica, junto a otras de higiene sómnica. En cuanto a la terapéutica psicofarmacológica se hace una descripción práctica y detallada de los principios activos más eficaces en cada subtipo de trastorno del sueño incluyendo disomnias y parasomnias.

ABSTRACT:

The last three years statistics for the sleep disorders represent the most frequent processes in addiction, even surpassing the withdrawal symptoms and other manifestations of sequelae such as anxiety or mind state disorders. This article is structured as follows: 1. Theoretical Introduction: importance of pairing-addictive sleep disorder 2. Clinical study on sleep disorders in addicted subjects 3. Intervention: An Update of drug treatment, behavioral measures and hygiene s3mnica. We performed a clinical study of 30 months of experience using the global registration system symptoms and treatments REI and sleep quality index of Pittsburgh on a sample of 594 addicts (422 males and 172 females). We found an incidence of sleep disorders of 39.40% which decreasing frequency are: 1 conciliation insomnia, 2 ° insomnia fragmentation (or maintenance), 3 rd disorder sleep quality, 4 ° insomnia early awakening, 5th Circadian Rhythm Sleep Disorder , 6th nightmares and other parasomnias, 7 daytime sleepiness. Regarding the intervention, exhibits a selection of measures proved effective as paradoxical deprivation and restriction, along with other s3mnica hygiene. As for psychopharmacological treatment is a practical and detailed description of the active ingredients more effective in each subtype of sleep disorders and parasomnias including dysomnias.

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN SUJETOS ADICTOS

Introducción

Las adicciones cursan prácticamente en su totalidad con trastornos del sueño asociados. El 78% de sujetos adictos reconocen haber tenido un trastorno o empeoramiento de la calidad del sueño a raíz de su problema adictivo.

La estadística propia de registro sintomático (cuadro1) indica que los trastornos del sueño son, a gran distancia de los trastornos de ansiedad, la psicopatología más frecuente entre pacientes adictos. Los clínicos saben la importancia de que un paciente descanse. Un axioma no escrito dice que al igual que un paciente depresivo no remite si no duerme, un trastorno adictivo no mejora sin un sueño mínimamente reparador. En muchos casos el trastorno del sueño se convierte en la principal queja de los pacientes. Un 46 % de sujetos adictos sufren trastornos del sueño incluso en ausencia del trastorno adictivo. Las alteraciones sómnicas de los sujetos adictos se deben a cuatro factores: 1) la acción directa de las drogas sobre el sistema nervioso, 2) el cambio de ritmo vigilia-sueño habitual en estos pacientes, 3) el tipo de vida llevado habitualmente con estrés ambiental intenso y otros factores que lastran el necesario descanso 4) el desarrollo ulterior de un proceso comórbido o secuelar, por ejemplo depresión post-alcohólica, psicosis cocaínica, distimia post-heroínica, depresión post-anfetamínica, etc.

Lo anterior es extensible a todas las conductas adictivas, no solo las debidas al abuso de sustancias. Los pacientes con adicciones no químicas (por ejemplo, ludopatía) presentan también trastornos del sueño, si bien en menor medida.

Cuadro 1: Registros sintomáticos base REI (período 2008-11). F. I. Spiral.

Trastorno	Notación
TRASTORNOS DE SUEÑO	2308
ANSIEDAD	1843
DEPRESIÓN	1570
TOXICOFILIA	1507
TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	1164
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO	648
PSICOSIS	377
TRASTORNOS MOTORES	211
MANÍA e HIPERACTIVIDAD	148

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN SUJETOS ADICTOS

Influencia de las sustancias de abuso en sueño

¿De qué manera intervienen las diferentes sustancias en la arquitectura del sueño?¹

El alcohol provoca una sedación inmediata en la fase de intoxicación que dura unas 4 horas. Respecto al sueño, aumenta las fases III y IV No-REM, en tanto que disminuye la fase REM. Pasada la sedación inicial, aumentan las horas de vigilia con sueño no reparador a la par que incrementa la actividad onírica. A la larga disminuyen las fases III y IV y aumenta la fase REM.

Los derivados opiáceos (heroína, metadona, codeína) aumentan la somnolencia y profundidad del sueño, con disminución del sueño REM. La administración crónica de estas sustancias provoca insomnio de rebote.

Los hipnosedantes benzodiazepínicos (BDZ) producen somnolencia, disminuyendo la fase REM. El fenómeno de tolerancia asociado provoca insomnio nocturno y somnolencia diurna. La retirada abrupta de BDZ aumenta la ansiedad, incrementando la fase REM con insomnio de rebote; además del peligro de episodios convulsivos graves que pueden llegar al status epiléptico si la magnitud de la retirada fue alta o el sujeto es sensible.

Los psicoestimulantes como las anfetaminas y sintéticos producen insomnio durante la etapa de intoxicación e hipersomnia durante el período de abstinencia. En el registro EEG observamos durante la intoxicación una disminución de las fases REM con disminución de la cantidad de sueño total, Durante la abstinencia se observa hipersomnia, somnolencia diurna y aumento del sueño nocturno con incremento de la fase REM.

La cocaína provoca un sueño sumamente desestructurado, con insomnio durante el consumo e hipersomnia pasado el efecto de intoxicación.

Principales trastornos del sueño en sujetos adictos

Los trastornos del sueño más frecuentes en consumidores de sustancias son los insomnios (conciliación, fragmentación, de despertar precoz). También son frecuentes las parasomnias (pesadillas y sueños de consumo sobre todo) y los trastornos del ritmo circadiano y de la calidad del sueño

¹ Recordemos que la arquitectura del sueño se refiere al número y distribución de estadios de sueño (porcentaje de sueño REM / sueño No REM y latencia REM).

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN SUJETOS ADICTOS

Parasomnias

- **Pesadillas**

Los sujetos adictos son especialmente proclives a padecer sueños aterradores o ingratos de carácter muy vívido que les produce y miedo a quedar dormidos cuando llega la noche y en no pocos casos reacción de ansiedad diurna. No es infrecuente que algunos afectados atribuyan un valor simbólico o premonitorio a la pesadilla con lo que empeora el síndrome ansioso reactivo

- **Sueños de consumo**

Son propios de adictos en abstinencia y tienen un carácter muy vívido hasta el punto de golpear la fortaleza del sujeto provocando un impacto afectivo-emocional doloroso que les hace sentirse vulnerables y en trance de recaída. Son frecuentes objetos de consulta y la carga de angustia que les genera puede desconcertar al profesional. Más adelante figura el tratamiento indicado para estas alteraciones

Disomnias

- **Insomnio**

El insomnio es un síntoma frecuente en adicciones. Consiste en la dificultad persistente para conciliar o mantener el sueño, despertar precozmente o tener un sueño poco reparador. Dicho insomnio conlleva problemas diurnos: alteraciones del ánimo o del carácter, somnolencia, disminución de la energía, motivación o iniciativa, propensión a cometer errores en el trabajo o en la conducción de vehículos, síntomas somáticos como tensión muscular o cefalea, y preocupaciones, obsesiones o miedos en relación con el sueño, fatiga o sensación de malestar general, dificultad de atención, concentración o memoria y deterioro del rendimiento laboral o en su caso académico.

El insomnio de conciliación cursa con un período de latencia largo. Es típico de los trastornos de ansiedad y el proceso morboso más frecuente en nuestra casuística (ver cuadro 1 y gráfica 3). El insomnio de fragmentación (o mantenimiento) es el que cursa con uno o varios despertares durante la noche, tardando 30 minutos ó más en reintegrarse al sueño. El insomnio de despertar precoz cursa con acortamiento del tiempo total de sueño y consiste en un despertar anómalo y temprano que se acompaña habitualmente de sensación de desasosiego y/o hipotimia. Es propio de los trastornos depresivos y es más frecuente en personas de edad avanzada

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN SUJETOS ADICTOS

- **Trastorno de la calidad del sueño**

Es la sensación de no haber obtenido un sueño reparador

- **Trastorno del ritmo circadiano**

Es un desajuste entre los tiempos de conciliación del sueño y despertar y los horarios convencionales. En el caso de sujetos adictos es fácilmente explicable tanto por las alteraciones de tipo y régimen de vida llevados como por el efecto directo de la sustancia consumida. Pueden cursar con fase de sueño retrasada o adelantada (retraso o adelanto del tiempo de sueño) o desestructuración del ritmo sueño-vigilia.

Hipersomnia iatrógena (no confundir con la idiopática)

En la inmensa mayoría de nuestros casos se debe a impregnación medicamentosa o efectos adversos de la misma, en menos ocasiones a efectos directos de la sustancia consumida. Cursa con somnolencia diurna no atribuible a ninguna dificultad para el sueño nocturno ni a cambios en el ritmo circadiano. Puede haber un aumento del tiempo total de sueño diario (no reparador). Suele remitir en pocos días o semanas con el debido ajuste farmacológico

Estudio clínico sobre trastornos del sueño en sujetos adictos

Método

El proceso de selección de los participantes en el estudio se ha llevado a cabo mediante un muestro *intencional* u *opinático*, si bien en el proceso de selección de los elementos y la determinación del tamaño de la muestra se han empleado criterios técnicos. Asimismo, se han tomado en consideración las características descriptivas de la muestra y los criterios para la pertinencia de la asignación de la muestra a diversos grupos en función del principal objeto de estudio (trastornos del sueño). En este sentido, se ha diseñado un *estudio longitudinal*, que permite al investigador el seguimiento de los mismos pacientes a través del tiempo eliminando los posibles efectos de cohorte, de modo que mediante ese seguimiento de treinta meses de trayectoria se ofrecen indicadores más precisos de los cambios experimentados en los trastornos del sueño objeto de análisis.

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN SUJETOS ADICTOS

Muestra

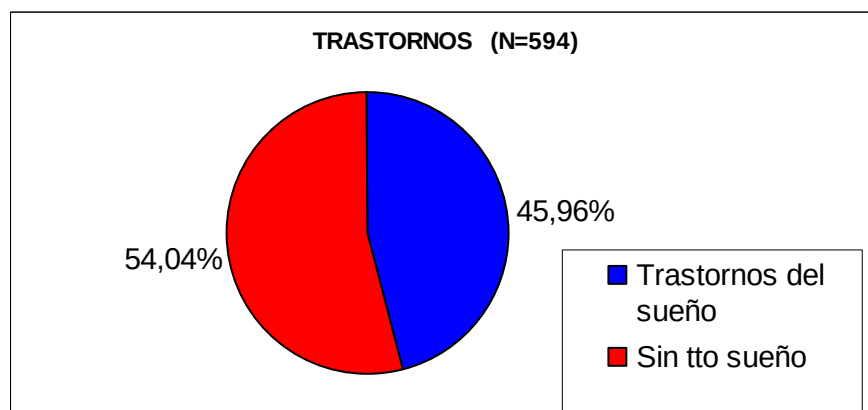
Se efectua un estudio clínico de 30 meses de trayectoria utilizando el sistema de registro global de síntomas y tratamientos REI y el índice de calidad del sueño de Pittsburgh sobre una muestra de 594 adictos (422 varones y 172 mujeres). Encontramos una incidencia de trastornos del sueño del 39,40% cuya frecuencia descendente es: 1º insomnio de conciliación, 2º insomnio de fragmentación (o mantenimiento), 3º trastorno de la calidad del sueño, 4º insomnio de despertar precoz, 5º trastorno del ritmo circadiano, 6º pesadillas y otras parasomnias, 7º hipersomnia diurna. Respecto a la intervención, se expone una selección de medidas demostradamente eficaces como la privación y la restricción del sueño, junto a otras medidas de higiene sómnica. En cuanto a la terapéutica psicofarmacológica se hace una descripción práctica y detallada de los principios activos más eficaces en cada subtipo de trastorno del sueño incluyendo disomnias y parasomnias

Resultados

Frecuencia de trastornos el sueño en sujetos adictos

Observamos que un 46% de adictos ingresan con trastorno del sueño pese a portar tratamiento. Buena parte del resto tenían neutralizado el síntoma por la medicación y otros mencionaban haber tenido trastornos en la etapa de consumo activo. En definitiva, casi un 80% de sujetos adictos refieren haber padecido en alguna ocasión trastornos del sueño (ver gráfica 1).

Gráfica 1: Frecuencia de trastornos del sueño en sujetos adictos

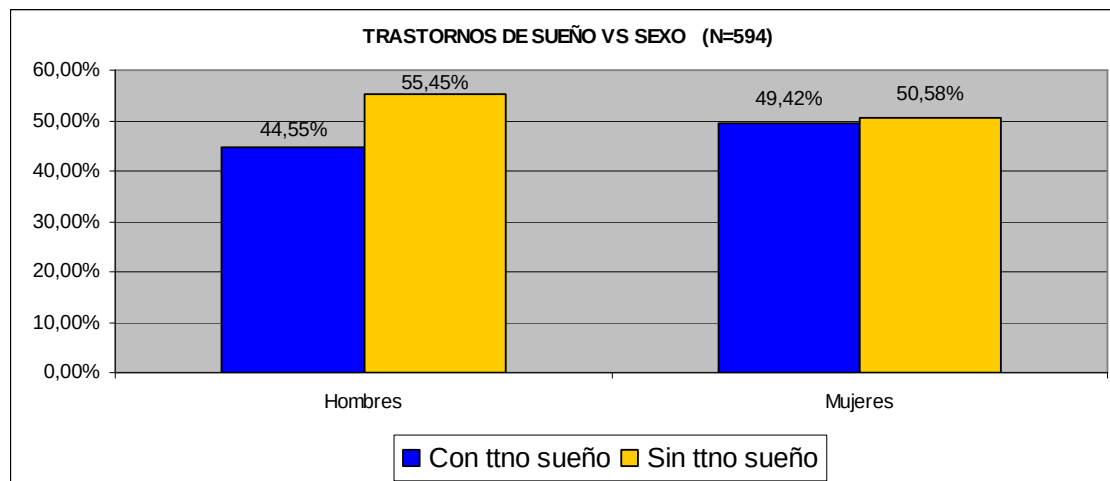


TRASTORNOS DEL SUEÑO EN SUJETOS ADICTOS

Frecuencia de trastornos el sueño y sexo

La frecuencia de los trastornos del sueño es ligeramente superior en las mujeres adictas (49,42% frente al 44,55 de los varones). (Ver gráfica)

Gráfica 2: Frecuencia de trastornos del sueño vs. sexo

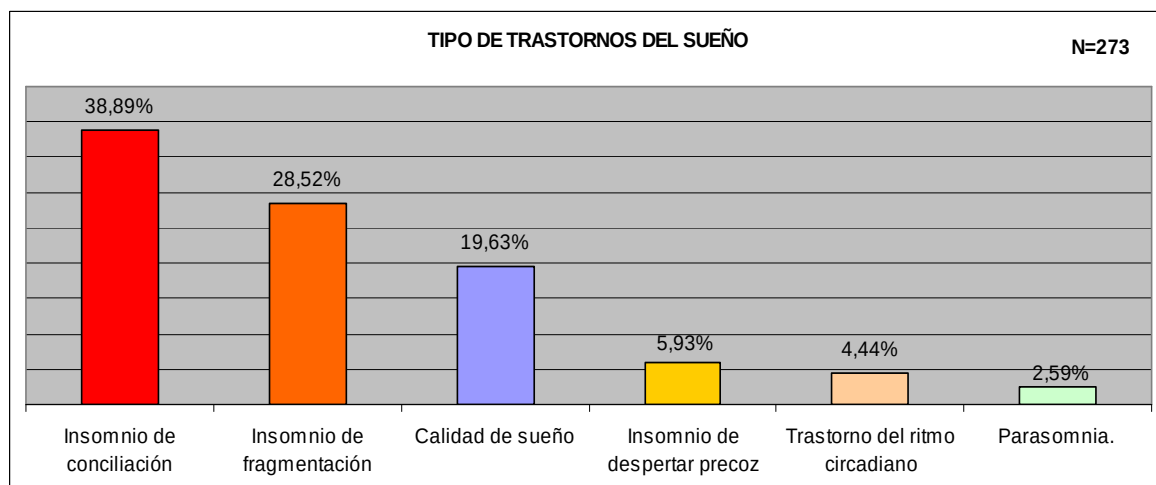


Distribución de los trastornos del sueño

Hemos considerado solo los 6 primeros tipos de trastornos del sueño, desestimando la hipersomnia y otros trastornos de menor presentación. Como cabe esperar, el insomnio de conciliación es el más frecuente, 39%, seguido del insomnio de fragmentación, 28,5% y del déficit de calidad del sueño (queja notable en esta población, que en muchas ocasiones, pese a recuperar la cantidad de horas dormidas, se queja de que el sueño no es reparador o está repleto de sueños desasosegantes). El resto de trastornos quedan ya a distancia.

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN SUJETOS ADICTOS

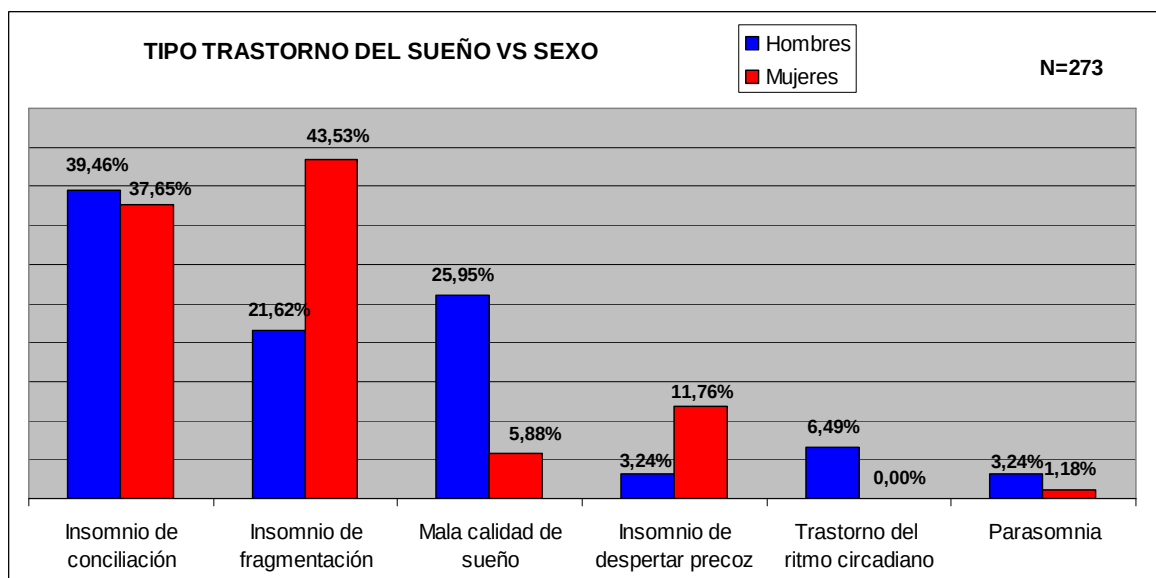
Gráfica 3: Tipo de trastornos del sueño en sujetos adictos



Distribución de los trastornos del sueño según sexo

Encontramos sustanciosas diferencias. La primera es el predominio en mujeres tanto del insomnio de fragmentación (43,5% frente al 21,6 en varones) como del

Gráfica 4: Tipo de trastornos del sueño vs sexo



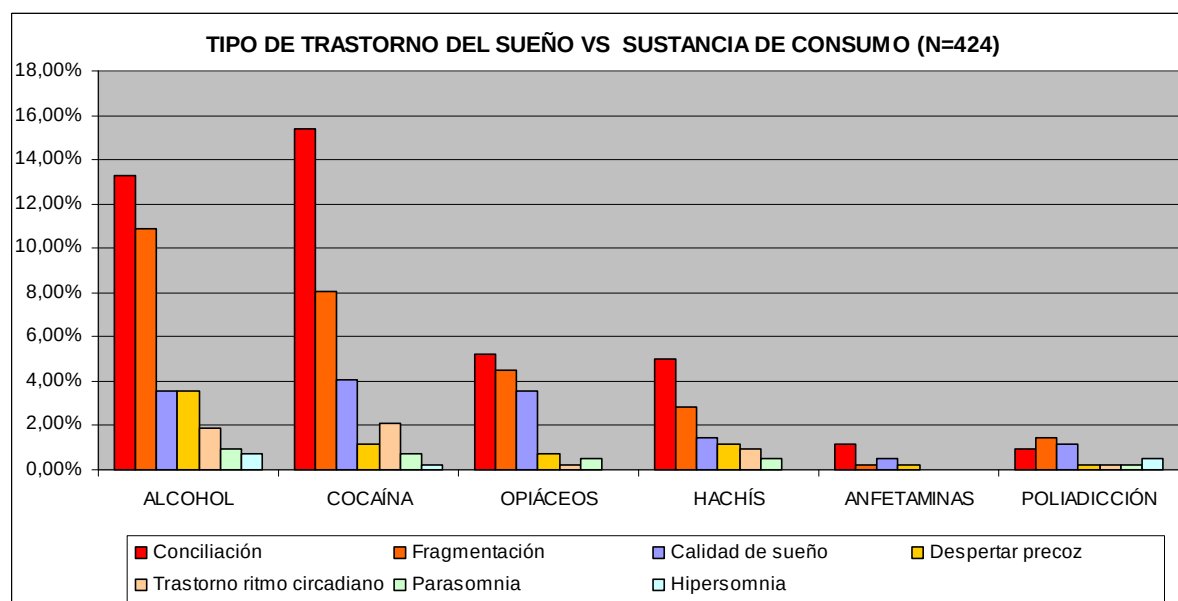
despertar precoz (11,7% frente a 3,2€ en varones). En cambio los varones padecen con mayor frecuencia mala calidad de sueño (26% frente a 6% en mujeres) y trastornos del ritmo circadiano. El insomnio de conciliación tiene parecida frecuencia en ambos sexos, siendo el trastorno del sueño más frecuente entre adictos varones.

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN SUJETOS ADICTOS

Distribución de los trastornos del sueño según tipo de sustancia consumida

El insomnio de conciliación es el trastorno más frecuente en todas las modalidades de consumo, si bien son los psicoestimulantes (cocaína y anfetaminas) y los derivados cannábicos los que destacan en frecuencia relativa. El alcohol y los opiáceos presentan una mayor proporción de insomnio de fragmentación, pero son los poliadictos quienes tienen una mayor frecuencia relativa de este trastorno. En todos los casos hay un residuo de mala calidad de sueño (sin insomnio) y de parasomnias (pesadillas principalmente)

Gráfica 5: Tipo de trastornos del sueño vs. sustancia de consumo

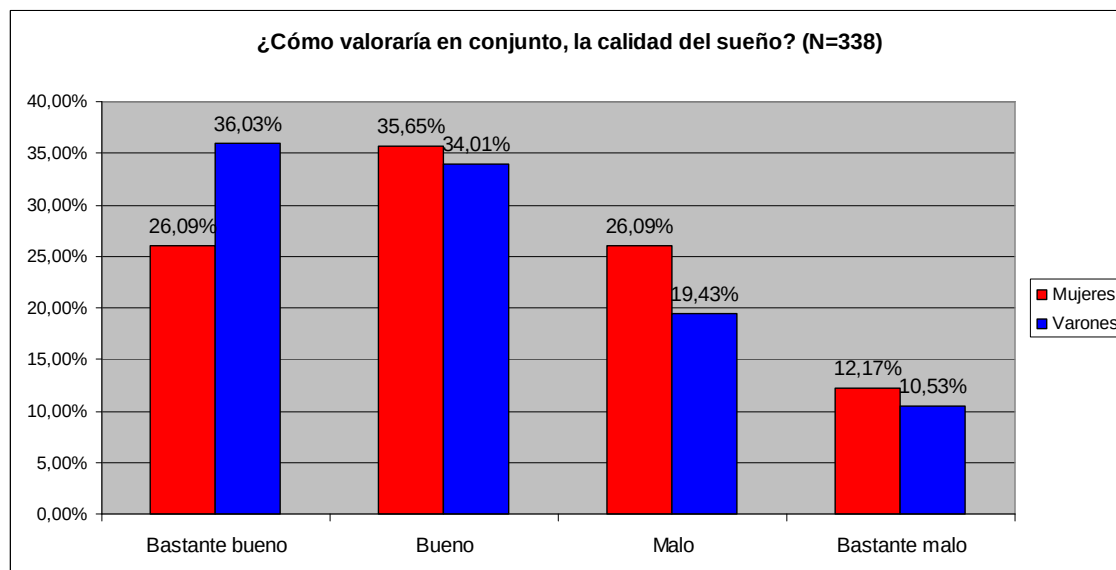


Distribución de los trastornos del sueño al ingreso según el índice de calidad de sueño de Pittsburgh (Pittsburg Sleep Quality Index, PSQI)

Atendiendo a las puntuaciones PSQI, La calidad subjetiva del sueño al ingreso es mala para el 32,6% de los pacientes. (30% mujeres y 38% de varones). Recordemos que la incidencia de t. del sueño extraído de la base REI como tal es del 46%, algo superior a la determinada por el índice de Pittsburgh. (Gráfica 6)

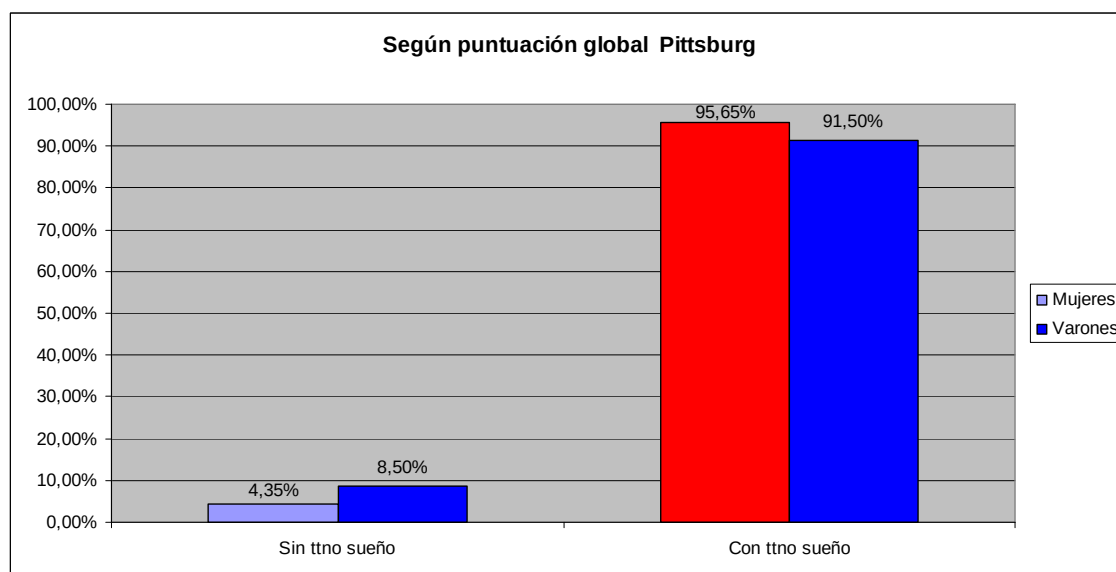
TRASTORNOS DEL SUEÑO EN SUJETOS ADICTOS

Gráfica: 6: Distribución de trastornos del sueño según índice de calidad de sueño de Pittsburg



Sin embargo, si nos atenemos a la puntuación global del índice de Pittsburgh, nada menos que un 92, 8% de pacientes presentan alteración subjetiva del sueño (91,5% de varones y el 95,5 % de mujeres) (Ver gráfica 7). Recordemos que dicho índice es extremadamente sensible y por tanto no significa la existencia de objetiva del trastorno pero sí una importante apreciación subjetiva del paciente que el clínico debe tener en cuenta

Gráfica: 7: Puntuación global índice de calidad de sueño de Pittsburg



Tratamiento farmacológico del insomnio en sujetos consumidores de sustancias

Entre las diferentes posibilidades de tratamiento vamos a proponer una pauta relativamente sencilla de aplicar, siempre y cuando se tengan las debidas precacuciones. El alcohólico y el drogodependiente en general suele ser un paciente lábil, rebelde y no pocas veces resabiado por sucesivos tratamientos fallidos. El plan terapéutico aquí propuesto es recomendable siempre y cuando se sigan las instrucciones cuidadosamente

El insomnio de los sujetos adictos se diferencia del insomnio primario en la mayor resistencia sintomática de aquellos y la frecuente tolerancia a benzodiazepinas que provoca refractariedad farmacológica. Al tratamiento farmacológico siempre se le deben adicionar medidas de higiene sónica y –si procede- medidas comportamentales (ver ambas adelante). Las pautas que proponemos se dirigen a adictos abstinentes o en tratamiento de deshabituación. No son válidas para consumidores activos de alcohol o drogas.

En insomnios resistentes o de larga trayectoria, una vez fracasadas las medidas de higiene sónica procedentes, se puede aplicar un hipnótico de perfil medio, por ejemplo, los denominados hipnóticos Z (zolpidem o zopiclona a dosis de 7,5-15 mg), o –alternativamente- lorazepam, a dosis de 2 mg. Si no bastan y además existe una historia de dificultad de conciliación resistente se sustituye por un hipnótico incisivo, por ejemplo flunitrazepam (rohipnol) a dosis de 1-1,5 mg. Si con lo anterior no basta, se puede asociar alimemazina (variargil) a dosis de 10-30 mg/noche (de 8 a 24 gotas). (Ver tabla 1 y cuadro 1).

Existen muchas alternativas terapéuticas que en nuestro caso no aplicamos (melatonina, ramelteon, etc). Siempre se debe valorar si el insomnio es un síntoma aislado o está acompañado de otros procesos. Por ejemplo, si coexiste una depresión es una buena alternativa asociar un antidepresivo sedativo o de prescripción nocturna (venlafaxina, mirtazapina, trazodona, agomelatina etc). Si la comorbilidad es psicótica, la quetiapina tiene buena sinergia hipnótica. También la olanzapina. El resto de antipsicóticos atípicos (ziprasidona, aripiprazol, amisulpirida, etc) son menos eficaces. Los derivados fenotiazínicos sedativos pueden ser útiles a bajas dosis (clorpromazina y perfenazina). El resto tienen peor aplicabilidad nocturna por sus efectos secundarios. Otros fármacos sinérgicos son los antihistamínicos (difenhidramina, alimemazina). Para el insomnio acompañado de agitación se puede asociar un derivado butirofenónico (haloperidol, risperidona), clotiapina (delirio alcohólico) y la clozapina (el mejor, pero reservado a casos de resistencia por riesgo de agranulocitosis).

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN SUJETOS ADICTOS

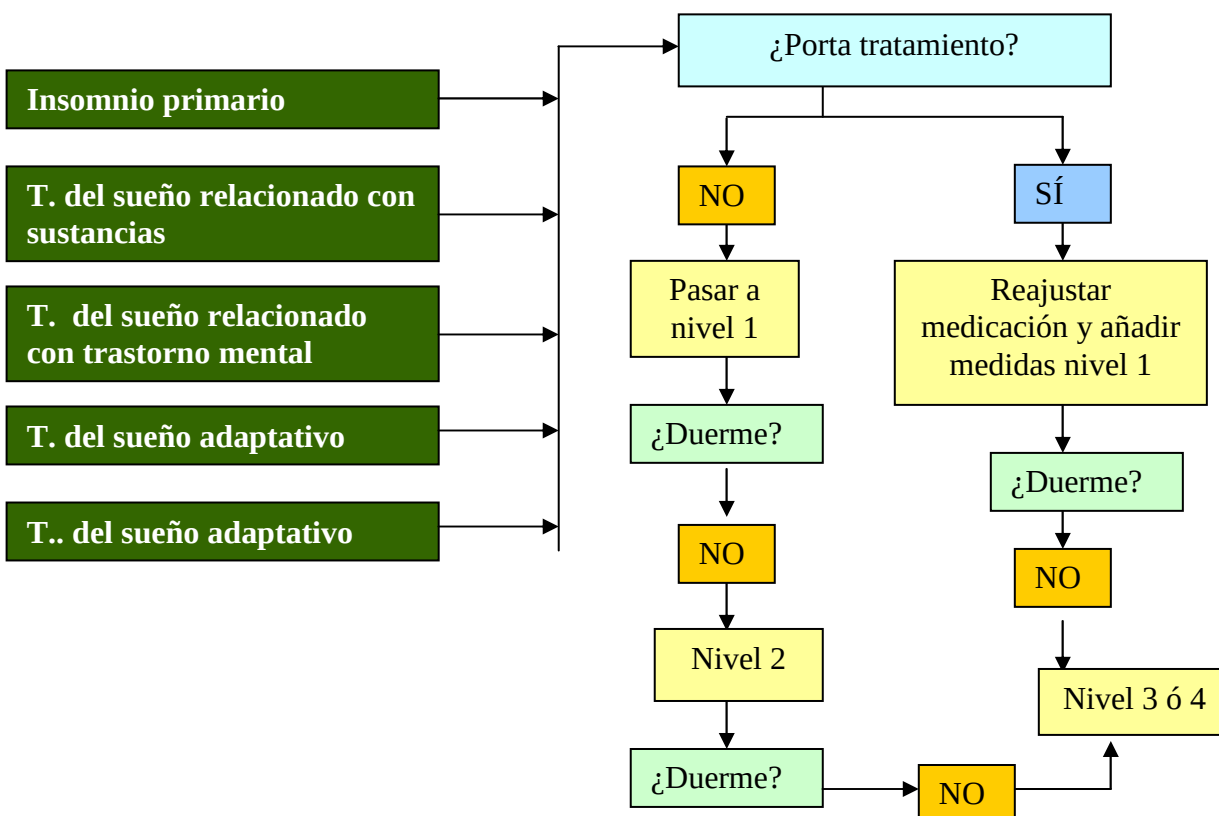
En este apartado se recogen sucintamente las alternativas terapéuticas, ya que nuestro objetivo es la precisión antes que la exhaustividad. Para ver un espectro de aplicaciones terapéuticas más amplio se puede consultar el trabajo *Tratamiento biológico del insomnio en el trastorno por uso de sustancias* (C. Sirvent et als, 1998)

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN SUJETOS ADICTOS

Tabla 1: Tratamiento del insomnio relacionado con sustancias (Sirvent 2011)

Tratamiento del insomnio relacionado con sustancias (Sirvent 2011)		
1^{er} Nivel	Sujetos que ya tienen tratamiento médico	Medidas comportamentales (deprivación, regulación)
		Hábito de higiene sómnica
2º Nivel	Si no basta con medidas de nivel 1	Hipnóticos Z: zolpidem (stilnox), zopiclona (limovan), zapeplon (sonata). Dosis media 7,5-15 mg/24 h. Alternativo: lormetazepam (noctamid) 1-5 mg/24h.
3º Nivel	Si no basta con medidas de nivel 2 (Sustituyendo hipnóticos)	Flunitrazepam (rohipnol) 1-3 mg 24h.
		Alternativo: triazolam Triazolam (halcion) 0,25 a 0,50 mg/ 24h.
4º Nivel	Si no basta con medidas de nivel 3 (complemento)	Alimemazina (variagil) 15-30 mg (8 a 20 gotas) Siempre asociado a hipnótico de 3º nivel
IMPORTANTE Los tratamientos farmacológicos tendrán una duración máxima de 3 meses. Los hipnóticos de 3º nivel (con o sin alimemazina) se reducen a las 3 semanas de alcanzado el objetivo, sustituyéndose paulatinamente por los de 2º nivel. Estos también se reducirán progresivamente hasta la suspensión. Lo hábitos de higiene sómnica se mantienen en todos los niveles.		

Cuadro 1: Árbol de decisión para el tratamiento de los trastornos del sueño



Ejemplo práctico de estrategias de actuación ante insomnios recalcitrantes

En la figura 1 de la base REI² podemos ver un ejemplo de lo antes referido. El paciente X refería insomnio de conciliación grave (90 puntos sobre 100). Se le administró 1mg de lorazepam (loramet) que fueron incrementándose hasta 5 mg con escaso resultado (solo bajó de 90 a 80

² Ver en este mismo congreso el artículo titulado “Sistema de registro global de síntomas y tratamientos (base REI)”

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN SUJETOS ADICTOS

puntos). En la fecha señalada (15/02/2011) se le administraron 2 mg de flunitrazepam (rohipnol) con mejoría apreciable pero no satisfactoria. Se le añadieron 20 gotas (25 mg) de alimemazina que acabaron de neutralizar por completo el insomnio, ya que pasó de una puntuación media de 90 (grave) a puntuar 30 puntos (leve). Una vez estabilizado el paciente y para prevenir el riesgo de dependencia la posología fue decreciendo lentamente (disminuyendo alternativamente la alimemazina, y el flunitrazepam) hasta que el día 16/03/2011 se le retiraron ambos fármacos sustituyéndolos por zolpidem (stilnox) a dosis de 10 mg. Por aquel entonces el paciente permanecía asintomático. El zolpidem se le fue rebajando y en 21 días ya dormía sin soporte farmacológico. Como se puede ver la aplicación en crescendo-decrescendo resultó eficaz. En todo momento, al tratamiento farmacológico se le asociaron medidas de higiene de sueño y métodos comportamentales de regulación del sueño.

Figura 1: Pantalla de tratamiento de un sujeto adicto con insomnio de conciliación recalcitrante

Paciente X				Intensidad de síntoma			
Trastorno	TRASTORNOS DE SUEÑO			-1	No valorable	31-50	Alguna
Síndrome	Insomnio			0	Ausente	51-70	Bastante
Síntoma	Insomnio de conciliación			1-10	Casi inapreciable	71-90	Mucha
				11-30	Leve	91-99	Grave
						100	Extrema

Fecha	Medicamento / intervención		Mg / día	Días	VALORACIONES				Intensidad del síntoma diana	
					Paci.	Obs1	Obs2	Terap.	0	100
02/02/2011	LORAMET 1 MG 30 COMPRIMIDOS	✗	M	1	8	90	80	75	80	
04/02/2011	LORAMET 1 MG 30 COMPRIMIDOS	✗	M	1	2	90	70	70	65	
09/02/2011	LORAMET 1 MG 30 COMPRIMIDOS	✗	M	1	7	80	70	65	65	
10/02/2011	LORAMET 1 MG 30 COMPRIMIDOS	✗	M	1	8	80	70	65	65	
15/02/2011	IDALPREM 5 MG 20 COMPRIMIDOS	✗	M	5	9	80	70	65	65	
16/02/2011	ROHIPNOL 1 MG 20 COMPRIMIDOS	✗	M	2	10	80	70	60	65	
07/03/2011	VARIARGIL 40 MG/ML GOTAS 30 ML	✗	M	20	20	50	35	40	30	
07/03/2011	ROHIPNOL 1 MG 20 COMPRIMIDOS	✗	M	2	20	50	30	30	30	
16/03/2011	ROHIPNOL 1 MG 20 COMPRIMIDOS	✗	M	2	30	40	30	20	30	
16/03/2011	VARIARGIL 40 MG/ML GOTAS 30 ML	✗	M	20	30	30	30	20	30	
23/03/2011	ROHIPNOL 1 MG 20 COMPRIMIDOS	✗	M	2	30	10	15	15	15	
12/04/2011	STILNOX 10 MG 30 COMPRIMIDOS REC	✗	M	10	18	10	10	10	10	

Métodos comportamentales para el insomnio: privación y restricción sómnica y regulación horaria estricta

La **privación sómnica** consiste en la supresión de sueño por un período de 24 horas, sin permitir siestas ni "cabezadas" diurnas. Al sujeto se le mantiene despierto y activo. Si toma medicación psicofarmacológica se controla para no incrementar la somnolencia, por ejemplo se

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN SUJETOS ADICTOS

le disminuirá la dosis habitual de BDZ, si las toma. Tras las 24 horas de supresión se le permite dormir durante 7-8 horas seguidas, con tiempos exactos y regulares para acostarse y levantarse (por ejemplo de 12 a 8), no permitiendo que siga en la cama ni que duerma por el día. Si pese a todo no concilia, tampoco se le permitirá permanecer más de 30 minutos despierto en la cama. Tras levantarse tornará cuando note sueño. Se procurará evitar en la medida de lo posible medicación psicodépresora o sedante por el día, tendiendo a la acumulación nocturna. Esta pauta de privación se puede asociar a la regulación horaria estricta si es preciso.

La **regulación horaria** consiste en el establecimiento de unas pautas muy estrictas regulares de sueño de 6 horas durante un período de 30 días. Al sujeto se le pide que se acueste siempre a la misma hora y que se levante 6 horas después haya o no dormido. Pasado ese plazo se le encomiendan medidas de higiene de sueño.

Pesadillas

Las pesadillas son uno de los trastornos del sueño más temidos por los pacientes adictos. En ocasiones intentan incluso evitar la llegada del sueño por el pavor que les producen dichas pesadillas. Este trastorno desorienta al profesional que duda de las medidas a adoptar. Respecto al tratamiento es importante una rigurosa higiene sómnica. En nuestra experiencia las pesadillas pueden mejorar afrontándolas en un setting o marco ambiental apropiado, tranquilizando al paciente, recogiendo y haciendo que el sujeto poco a poco vaya perdiendo el miedo a dormir, bien moldeando su contenido psicoterapéuticamente, bien haciendo un rôle-playing que desensibilice y prepare actitudinalmente al sujeto. A buen seguro que aunque no desaparezcan las pesadillas, éstas no tendrán tanta carga de sufrimiento añadido. No hay peor angustia que la que proviene de la incertidumbre. Si un paciente sabe que tiene un arma con la que enfrentarse al sueño espantoso, cuando menos mantendrá la esperanza de resolución. En definitiva, en vez de rehuirlas se deben trabajar los contenidos oníricos. Las estrategias cognitivo conductuales parecen apropiadas en este contexto.

Respecto a la farmacoterapia, varios autores indican como tratamiento de elección para las parasomnias en general el clonazepam. Se deben evitar medicamentos que activen la actividad onírica, como cierto tipo de antidepresivos que se suelen administrar por la noche: tricíclicos (amitriptilina, clorimipramina), tetracíclicos (trazodona), ISRS (venlafaxina). No así la mirtazapina y otros IRNA.

Además e la higiene del sueño recomendada, aconsejamos evitar excitantes, condimentos que estimulen la actividad onírica (comidas copiosas, especias, picantes, ajo, cebolla, salsas fuertes, aceitunas, etc.)

Sueños de consumo de sustancias

Los sueños en los que el sujeto consume traumatizan al adicto abstinente tanto como las pesadillas, teniendo la sensación de que es –si no una recaída- sí un anticipo o profecía de la misma. Desgraciadamente hemos encontrado terapeutas que “interpretan” dichas pesadillas como el pródromo de próximas recidivas. Son frecuentes en la etapa inicial de tratamiento, incluso acompañando al síndrome de abstinencia a modo de producción oniroide sobreañadida que incrementa el sufrimiento del paciente. Pero –en no pocas ocasiones- las pesadillas debutan cuando el sujeto lleva tiempo abstinente y parecía que se había olvidado del consumo. La llegada de sueños de consumo, que por otra parte suelen ser muy vívidos, le sobrecogen y hace dudar de su real fortaleza. Obviamente es un error pretender interpretar el sueño de consumo (incluso siendo psicoanalista) en clave literal. Puede utilizarse dicho sueño para trabajar la entereza real del paciente, igual que un juego psicológico, pero sin atribuirle carta de naturaleza alguna. Un sueño es un acto onírico. Nada más. Para tratar los sueños de consumo son útiles los mismos consejos que para las pesadillas. Psicoterapéuticamente puede dar mucho juego el modelado o reutilización terapéutica (a cargo de un profesional experimentado) del contenido onírico. Las pautas farmacológicas de las pesadillas son útiles en este apartado

Conclusiones

Los trastornos del sueño representan la psicopatología más frecuente en adicciones, lo que no suele ser bien conocido. No importa el tipo de sustancia consumida, todas producen trastornos sómnicos, principalmente insomnio. Dentro de dichos trastornos, el insomnio de conciliación es la nosología más frecuente, sobre todo entre consumidores de psicoestimulantes (cocaína, cafeína y anfetaminas). Sin embargo, quienes consumen psicodépresores (alcohol, derivados opiáceos, ciertos psicofármacos) padecen en mayor medida insomnio de fragmentación

El insomnio de conciliación afecta por igual a varones y mujeres, no obstante estas últimas presentan en mayor medida insomnio de mantenimiento.

Una inmensa mayoría de sujetos adictos tienen quejas de sueño (aunque no padezcan trastorno) y le conceden importancia al hecho de dormir bien, lo cual tiene importancia sobre todo para aplicar generalizadamente medidas de higiene del sueño a pacientes en tratamiento de deshabituación.

El arsenal terapéutico para los trastornos del sueño es diverso y permite escalonar el tratamiento en función de la gravedad del proceso. Es importante acotar la duración del tratamiento y tener pautas de reducción una vez alcanzado el sueño satisfactorio. En tratamiento muy incisivos, además de la pauta de reducción se tendrá en cuenta otra de sustitución. En trastornos comórbidos se

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN SUJETOS ADICTOS

pueden y deben aprovechar las propiedades sedativas de preparados no directamente hipnóticos para establecer sinergias terapéuticas (por ejemplo aprovechar el perfil sedativo de un antidepresivo para asociarlo a un hipnótico).

Cuidado con las parasomnias. Tanto las pesadillas como los sueños de consumo de sustancias son frecuentes en adictos en deshabituación y provocan sufrimiento y desesperanza. A veces son incluso mal manejados por los terapeutas. Se proponen medidas farmacológicas, psicoterapéuticas y de higiene sómnica que consideramos útiles.

Las medidas comportamentales son eficaces, especialmente en parasomnias como las pesadillas y sueños de consumo de drogas o alcohol. Las medidas de higiene sómnica son de cumplimiento obligado desde el comienzo del tratamiento y en muchas ocasiones es la terapéutica principal. Desde luego, todo final de tratamiento y el mantenimiento ulterior es siempre mediante higiene del sueño.

APÉNDICE: ***Medidas de higiene sómnica***

1. Procurar tener un patrón de sueño regular, manteniendo un horario fijo de acostarse y levantarse, intentando no variar más de 1 hora. En definitiva, mantener horarios vigilia-sueño regulares. Evitar tiempo excesivo en cama
2. Ambiente para dormir fresco y confortable, temperatura, humedad y olor importantes, sin descuidar las condiciones ambientales, en las que se duerme: habitación, luz, ruido, temperatura, la cama, etc.
3. Alimentación: no comer mucho antes de dormir, ya que las digestiones pesadas dificultan el sueño. Para aquellos que no pueden dormir con el estómago vacío pueden tomar algo frugal antes de acostarse.
4. Postura para dormir: no hay univocidad de criterios, pero la posición de lado sirve para evitar ronquidos y reflujo gástrico
5. Evitar siestas, otros recomiendan pequeña siesta diurna de no más de 30 minutos, sobre todo a gente de edad avanzada
6. La cama para dormir y para las relaciones sexuales. Si tras acostarse no se consigue conciliar el sueño en 30 minutos, debe levantarse y salir de la habitación. Pasado un tiempo prudencial (cinco o diez minutos) puede volver a acostarse si siente sueño. Esta operación debe repetirse tantas veces como haga falta
7. No forzar el inicio del sueño, ni mirar la hora lo que refuerza la alerta por la tensión generada. Quienes padecen insomnio suelen vivir obsesionados por el problema, presionándose a sí mismos para dormir bien. Para romper este círculo vicioso, deberá aprender a no pensar en su problema cuando esté en la cama
8. Evitar nicotina, cafeína y alcohol. En todo caso limitar el alcohol, no siendo recomendable tomarlo durante las seis horas previas al momento de acostarse. En contra de la creencia generalizada, no ayuda a dormir, ya que, si bien al principio facilita conciliar el sueño, a las tres o cuatro horas, provoca el efecto contrario
9. Medidas recomendables: practicar ejercicio durante el día no antes de acostarse, Hacer algo relajante antes de acostarse. Interrumpir el trabajo como mínimo 30 minutos antes de dormir. Mínima exposición a estímulos lumínicos antes de dormir. Evitar privación de sueño, evitar líquidos a la hora de cenar y vaciar la vejiga. Las infusiones se deben evitar. Aunque algunas infusiones tienen fama de ayudar a dormir, no se ha demostrado su poder sedante. Presentando el inconveniente de que al ingerir líquidos hay más posibilidades de despertarse por la necesidad de ir a orinar
10. Son importantes las rutinas antes de dormir para desconectar de las actividades realizadas durante el día. Cualquier actividad que relaja disminuye la ansiedad y facilita conciliar el sueño. Darse un baño caliente antes de meterse en la cama, leer un libro, escuchar un poco

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN SUJETOS ADICTOS

de música o hacer yoga, pueden ayudar a prepararse para dormir.

11. Para ayudar a la relajación necesaria antes del sueño es de gran utilidad realizar un ejercicio suave (andar, nadar, pasear, etc.) durante el día, preferentemente al mediodía o media tarde
12. Interrumpir el estrés a lo largo del día, mediante pequeñas pausas y ejercicios de relajación o cambiando de actividad, con el objetivo de evitar la progresiva acumulación de tensión durante el día.

Bibliografía

- J. Gállego Pérez-Larraya, J.B. Toledo, E. Urrestarazu, J. Iriarte. *Clasificación de los trastornos del sueño*. An. Sistema Sanitario Navarro; suplemento I: pp 19-36. 2007
- Elenitza, I., Manejo farmacológico de los trastornos del sueño. En Wikinski, S., Jufe, G., *El tratamiento farmacológico en Psiquiatría*, pp.251-264, Médica Panamericana, 2005.
- Doghramji, K.; Ivanenko, A., Trastornos del sueño. En Gabbard, G.O., *Tratamientos de los trastornos psiquiátricos, Tomo II*, pp. 839-854, Ars Médica, 2009.
- Velayos, J.L., *Medicina del sueño, enfoque multidisciplinario*, Médica Panamericana, 2009.
- Stahl, S.M., *Psicofarmacología esencial*, Ariel Neurociencia, 2002.
- Gibert Rahola, J. et al., *Lo que siempre quiso saber de los psicofármacos y nunca se atrevió a preguntar*, Aula Médica, 2000.
- Schatzberg, A., Cole, J.O., De Battista, C. *Manual de psicofarmacología clínica*. Ars Médica, Barcelona, 2005.
- Salazar Vallejo, M.;Peralta Rodrigo, C.;Pastor Ruiz, J.;;(Dir.). *Tratado de psicofarmacología : bases y aplicación clínica*. Médica Panamericana, Madrid, 2004
- Sirvent C. et als. *Tratamiento biológico del insomnio en el trastorno por uso de sustancias*. Artículo. Congreso Virtual de psiquiatría. Interpsiquis. 2008
- Arnedt J, Conroy D, Brower K. *Treatment options for sleep disturbances during alcohol recovery*. Journal Of Addictive Diseases: The Official Journal Of The ASAM, American Society Of Addiction Medicine, 26(4). 2007.
- Bellon A. *Searching for new options for treating insomnia: are melatonin and ramelteon beneficial?*. Journal Of Psychiatric Practice, 12(4). 2006.
- Cortoo A, Verstraeten E, Cluydts R. *Neurophysiological aspects of primary insomnia: implications for its treatment*. Sleep Medicine Reviews 10(4), 2006.

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN SUJETOS ADICTOS

Erman M, Loewy D, Scharf M. *Effects of temazepam 7.5 mg and temazepam 15 mg on sleep maintenance and sleep architecture in a model of transient insomnia*. Current Medical Research And Opinión 21(2), 2005.

Fleming J, Bourguoin J, Hamilton P. *A sleep laboratory evaluation of the long-term efficacy of zopiclone*. Canadian Journal Of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie 33(2). 1988.

Flynn A, Cox D. *Dependence on Zopiclone*. Addiction, 101(6). Psychology and Behavioral Sciences Collection, 2006.

Galinowski A. *Somatic and biological factors predicting a response to antidepressive agents*. L'encéphale, 17 Spec No 3. 1991.

Hajak G, Muller W, Wittchen H, Pittrow D, Kirch W. *Abuse and dependence potential for the non-benzodiazepine hypnotics zolpidem and zopiclone: a review of case reports and epidemiological data*. Addiction, 98(10). Psychology and Behavioral Sciences Collection, 2003.

Hajak G. *A comparative assessment of the risks and benefits of zopiclone: a review of 15 years' clinical experience*. Drug Safety: An International Journal Of Medical Toxicology And Drug Experience, 21(6). 1999.

Hirst A, Sloan R. *Benzodiazepines and related drugs for insomnia in palliative care*. Cochrane Database Of Systematic Reviews,4. 2002.

Lareau S, Bonnet M. *Sleep disorders: insomnias*. The Nurse Practitioner, 10(8). 1985.

Lejoyeux M, Solomon J, Adès J. *Benzodiazepine treatment for alcohol-dependent patients*. Alcohol And Alcoholism 33(6). 1998.

López Galán,S. *Guía farmacológica en psiquiatría*. Santiago López Galán. 2003.

López-Muñoz, F., Álamo, C. *Historia de la Neuropsicofarmacología*. Ediciones Eurobook, S.L. 1998.

Miller N, Gold M. *Identification and treatment of benzodiazepine abuse*. American Family Physician, 40(4). 1989.

Peter R, Peter T, Brigitta B, Zsuzsa V, Judit V, Waldemar S. *From psychophysiological insomnia to*

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN SUJETOS ADICTOS

organic sleep disturbances: a continuum in late onset insomnia - with special concerns relating to its treatment. Medical Hypotheses, 65(6). 2005

Pies, R.W. *Manual de psicofarmacología básica*. Masson, Barcelona, 2000.

Ramos Atance, J.A. *Neurobiología de la Drogadicción*. Eudema, Madrid, 1993.

Rappa L, Larose-Pierre M, Payne D, Eraikhuemen N, Lanes D, Kearson M. *Detoxification from high-dose zolpidem using diazepam*. The Annals Of Pharmacotherapy, 38(4). 2004.

Romero O. *Insomnia in the elderly: cognitive involvement and therapeutic attitudes*. Revista De Neurologia, 30(6): 591-593. 2000.

Teplin D, Raz B, Daiter J, Varenbut M, Tyrrell M. *Screening for substance use patterns among patients referred for a variety of sleep complaints*. The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse, 32(1). 2006.