

Tratamiento biológico del insomnio en el trastorno por uso de sustancias.

(Biological treatment of insomnia in substance abuse disorders.)

FUENTE: PSIQUIATRIA.COM. 2008; 12(2)

Carlos Sirvent (1); Pilar Blanco (2); Cruz Rivas (3); Clara Fernández (4); Raquel Delgado (5); Leandro Palacios (6).

1) Psiquiatra. Fundación Instituto Spiral. Madrid.

2) Médico psicoterapeuta. Fundación Instituto Spiral, Madrid

3) Psicóloga, centro terapéutico femenino, Fundación Instituto Spiral Oviedo

4) Psicóloga del centro terapéutico de Vañes, Fundación Instituto Spiral

5) Psicopedagoga, centro terapéutico de Vañes, Fundación Instituto Spiral

6) Psicólogo. Fundación Instituto Spiral. Madrid.

PALABRAS CLAVE: Insomnio, Trastorno del sueño, Tratamiento, Tratamiento psiquiátrico, Adicción, Drogodependencia.

KEYWORDS: Insomnia, Sleep disorder, Treatment, Psychiatric, Treatment. Addiction, Drug dependence.)

Resumen

Uno de los más frecuentes problemas asociados a cualquier tipo de abuso de sustancias es el insomnio. Todas las drogas (psicoestimulantes, psicodensoras y psicodislépticas) provocan severos trastornos del sueño. Nos limitamos al abordaje del insomnio como trastorno prototípico más frecuente. Tras un repaso a al sustrato neurofisiológico de las disomnias agravadas y muchas veces inducidas por el uso de sustancias, se presenta un estudio clínico con pacientes atendidos en diferentes regímenes asistenciales, considerando que la respuesta de estos pacientes a los hipnosedantes en no pocos casos es refractaria, resistente e incluso paradójica.

El objetivo final de todo tratamiento biológico del insomnio es CONSEGUIR QUE EL PACIENTE TENGA UN SUEÑO REPARADOR SIN NECESIDAD DE FÁRMACOS HIPNÓTICOS y –en el peor de los casos- reduciendo la ingesta a la mínima expresión con el objetivo siempre presente de suprimir la medicación.

La metodología del estudio que se presenta es la siguiente: Muestra:

Consta de un total de 110 pacientes de ambos sexos, elegidos aleatoriamente entre un total de 285 pacientes filiados en la clasificación CIE-10 como trastorno por uso de sustancias asociado a trastorno del sueño que han realizado tratamiento en la Fundación Instituto Spiral, durante un periodo mínimo de 30 días, en los siguientes regímenes asistenciales: residencial, centro de día, centro ambulatorio.

Instrumentos de medición:

1) Entrevistas clínicas (realizadas por psiquiatra, médico, ATS y psicólogos) donde se recoge la sintomatología tanto disrípica como psicopatológica que presenta el sujeto, las causas y cofactores que influyen en el insomnio y las posibles consecuencias que el insomnio presenta en su devenir diario. Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 4 (0 ausencia del síntoma, 4 muy intenso). La sintomatología se valora en 4 momentos evolutivos del proceso: al ingreso, tras la primera pauta farmacológica prescrita en el centro, durante el tratamiento de mantenimiento y al alta.

2) Índice de calidad de sueño de Pittsburg (Pittsburg Sleep Quality Index, PSQUI) que consta de 24 ítems que exploran la calidad del sueño en 7 dimensiones: calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación para el sueño y disfunción diurna (hipersomnia y cansancio)

3) Revisión de las pautas farmacológicas prescritas a lo largo de todo el proceso terapéutico estableciendo 4 cortes, al ingreso, primera pauta prescrita en el centro, tratamiento de mantenimiento y tratamiento al alta.

4) Respuesta terapéutica, con valores que van del 1 al 7 donde 1 es mucho mejor, 2 moderadamente mejor, 3 levemente mejor, 4 sin cambios, 5 levemente peor, 6 moderadamente peor y 7 mucho peor

Variables.

Variable Independiente:

- Diagnóstico positivo CIE 10 Variables dependientes:
- Sintomatología presente en cada uno de los cortes establecidos
- Severidad del insomnio
- Índice de calidad del sueño PSQUI
- Fármacos pautados
- Respuesta farmacológica y terapéutica en general

Se presentan los resultados y las conclusiones del estudio con una propuesta de actuación médico psiquiátrica que incluye el empleo de psicofármacos de suma eficacia que sorprendentemente son poco utilizados por los profesionales en estos casos. Finalmente se hace una propuesta de actuación biológica con pautas concretas para neutralizar el insomnio y suprimir ulteriormente la administración psicofarmacológica.

Introducción

Numerosos procesos mentales cursan con trastornos del sueño. El abuso de sustancias psicoactivas siempre altera el sueño, en muchas ocasiones de forma severa.

El sueño tiene unas fases denominadas "arquitectura del sueño" que son imprescindibles para el adecuado descanso. Las sustancias que no respetan dicha arquitectura provocan un sueño menos reparador. No todos tenemos la necesidad de dormir las mismas horas. Por lo común entre 6 y 9 horas son suficientes.

Como es sabido, hay dos tipos de sueño que se van alternando a lo largo de la noche: sueño REM (iniciales de movimientos oculares rápidos) y sueño no-REM.

Durante el sueño no-REM hay un cerebro en reposo en un cuerpo que se mueve, se presentan sueños incoherentes y tiene cuatro niveles de profundidad. Tiene 3 etapas. Etapa 1: de transición vigilia-sueño-vigilia. Durante la misma hay una reacción a estímulos disminuida. Los procesos mentales son confusos y pueden aparecer mioclonías. Equivale a un 5% del tiempo total. La etapa 2 es de sueño superficial y supone un 45-55 % del tiempo total. La etapa 3 es de sueño profundo y ondas lentas, representa la fase "reparadora" y su decremento supone un severo trastorno. Representa un 10-20% del total.

La fase REM de sueño paradójico está relacionada con la actividad intelectual, el aprendizaje y la memoria. Hay una Intensa actividad autonómica con atonía muscular. Significa un 20-25% del tiempo total. En ella se observa un cerebro activo en un cuerpo inmóvil, presentando sueños coherentes y repitiéndose cuatro veces durante la noche. Tenemos entre 3 y 6 despertares fisiológicos en la noche (seamos o no conscientes de ello).

Algunos conceptos polisomnográficos pueden ser útiles para mejor entender la acción de los psicofármacos sobre el sueño.

Continuidad: promedio total de sueño y vigilia nocturnos

Latencia: tiempo que permanece despierto el sujeto hasta conciliar el sueño

Eficacia del sueño: relación entre el tiempo dormido y el tiempo pasado en cama

Arquitectura del sueño: número y distribución de estadios de sueño (% REM / No REM y latencia REM).

Los principales tipos de insomnio son los siguientes:

Insomnio de conciliación: cuando se tarda en coger el sueño. Es propio de personas que padecen estrés. Parecería indicado en estos casos un hipnótico que acortara el período de latencia.

Insomnio de fragmentación: cuando se despierta frecuentemente el sujeto y tarda en retomar el sueño. Es típico de personas ancianas.

Insomnio de despertar precoz: y dificultad o imposibilidad ulterior para dormir. Se observa con frecuencia en sujetos depresivos.

Insomnio completo o paninsomnio: cuando se tienen todos los tipos anteriormente descritos de insomnio de manera simultánea o alternando unos y otros tipos de insomnio, siendo la modalidad que más frecuentemente sufren los adictos.

Respecto al diagnóstico del insomnio, las clasificaciones internacionales CIE y DSM hacen las siguientes consideraciones en torno al insomnio primario:

Consiste en una dificultad para iniciar o mantener el sueño, o la sensación de no tener un sueño reparador. Tiene 1 mes duración mínima a lo largo de 3 – 4 días por semana. El paciente experimenta malestar clínico o deterioro sociolaboral y no se debe a trastorno mental enfermedad u otra causa.

Obviamente el sujeto adicto padece no un insomnio primario, sino secundario al consumo de sustancias, a la vida caótica que lleva y al impacto que ambos factores ejercen sobre su psique.

Trastornos del sueño inducidos por sustancias

Todas las drogas (psicoestimulantes, psicodépresoras y psicodislépticas) provocan severos trastornos del sueño.

Respecto a los psicodépresores, de forma resumida, el alcohol provoca durante la fase de intoxicación una sedación inmediata que dura 3 – 4 horas. Respecto al sueño, aumenta las fases III y IV N-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 se disminuyen fases III y IV y aumenta fase REM. Los derivados opiáceos aumentan la somnolencia y profundidad del sueño, con disminución del sueño REM. La administración crónica de estas sustancias provoca insomnio de rebote. Los hipnosedantes BDZ producen somnolencia, disminuyendo la fase REM. El fenómeno de tolerancia asociado provoca insomnio nocturno y somnolencia diurna, y la retirada de BDZ aumenta la ansiedad, incrementando la fase REM con insomnio de rebote.

Los psicoestimulantes como las anfetaminas y sintéticos producen insomnio durante la etapa de intoxicación, en tanto que 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, aumento del período de latencia y de los movimientos corporales. 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.

Psicofármacos empleados en el tratamiento del insomnio

Todas las benzodiazepinas (BDZ) son igualmente eficaces: reducen la latencia, incrementan el tiempo total de sueño, disminuyen el número de despertares nocturnos y mejoran la calidad total del sueño. Aunque por regla general no deben mantenerse más de 12 semanas, en el caso que nos ocupa pueden mantenerse mucho más tiempo bajo estricto control médico (nunca autoadministradas ni bajo control del paciente).

Schatzberg, 2005, considera que los derivados BDZ son menos perjudiciales de lo que se ha indicado hasta el momento. Hasta las 24 semanas no disminuyen su eficacia y pudiendo extenderse dicha eficacia hasta 1 año en estudios simple ciego. Incluso después, afirma el autor, no se ha demostrado que dejen de “funcionar”.

A título orientativo para el insomnio de conciliación se recomiendan BDZ de semivida corta: lorazepam, midazolam y alprazolam. Para el insomnio de fragmentación o matinal las BDZ de semivida intermedia o prolongada: diazepam, clordiazepóxido, flurazepam y clonazepam, con la ventaja añadida de aliviar la ansiedad del día siguiente.

Efectos adversos: somnolencia, trastornos cognitivos por sedación diurna, alteraciones de la memoria, tolerancia, dependencia física, síntomas de supresión, interacción con psicodépresores.

Los antidepresivos sedativos se emplean a dosis más bajas que para los trastornos del estado de ánimo. Tienen la ventaja: de doble acción (sedativa e hipertímica). Entre las desventajas, se cita que exacerban el síndrome de piernas inquietas y pueden provocar bruxismo

Los antialérgicos (hidroxizina, prometazina, difenhidramina) son menos eficaces para la latencia pero mejoran el tiempo total, reduciendo los despertares nocturnos.

Algunos antidepresivos, fundamentalmente heterocíclicos e IRNA, se utilizan como coadyuvantes del insomnio primario y también como inductores del sueño (en algunos estados USA incluso en magnitud superior a las BDZ). Tienen la ventaja de mantener la arquitectura del sueño y emplearse a baja dosis. Los más utilizados son la trazodona, la amitriptilina y la mirtazapina.

Los neurolepticos son especialmente útiles cuando al insomnio se añade sintomatología psicótica o comportamental heterolítica. Son más coadyuvantes sedativos que directamente hipnóticos. Las fenotiazinas de la margen derecha de la escala de Lambert son útiles (levopromazina, tioridazina (retirada en España), clorpromazina, etc.). La clotiapina es un poderoso sedante antiagitativo. La olanzapina es quizá el neuroleptico atípico de nueva generación que mejor resultado da como coadyuvante hipnótico.

Presentación del estudio

La muestra la constituían 110 pacientes de ambos sexos, elegidos aleatoriamente entre un total de 285 pacientes filiados en la clasificación CIE-10 como trastorno por uso de sustancias asociado a trastorno del sueño que han realizado tratamiento en la Fundación Instituto Spiral, durante un periodo mínimo de 30 días, en los siguientes regímenes asistenciales: residencial, centro de día, centro ambulatorio.

Se aplicaron los siguientes instrumentos de medición:

1) Entrevistas clínicas (realizadas por psiquiatra, médico, ATS y psicólogos) donde se recoge la sintomatología tanto disgrápnica como psicopatológica que presenta el sujeto, las causas y cofactores que influyen en el insomnio y las posibles consecuencias que el insomnio presenta en su devenir diario. Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 4 (0 ausencia del síntoma, 4 muy intenso). La sintomatología se valora en 4 momentos evolutivos del proceso: al ingreso, tras la primera pauta farmacológica prescrita en el centro, durante el tratamiento de mantenimiento y al alta.

2) Índice de calidad de sueño de Pittsburg (Pittsburg Sleep Quality Index, PSQI) que consta de 24 ítems que exploran la calidad del sueño en 7 dimensiones: calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, perturbaciones del sueño, uso de medicación para el sueño y disfunción diurna (hipersomnia y cansancio)

3) Revisión de las pautas farmacológicas prescritas a lo largo de todo el proceso terapéutico estableciendo 4 cortes, al ingreso, primera pauta prescrita en el centro, tratamiento de mantenimiento y tratamiento al alta.

4) Respuesta terapéutica, con valores que van del 1 al 7 donde 1 es mucho mejor, 2 moderadamente mejor, 3 levemente mejor, 4 sin cambios, 5 levemente peor, 6 moderadamente peor y 7 mucho peor

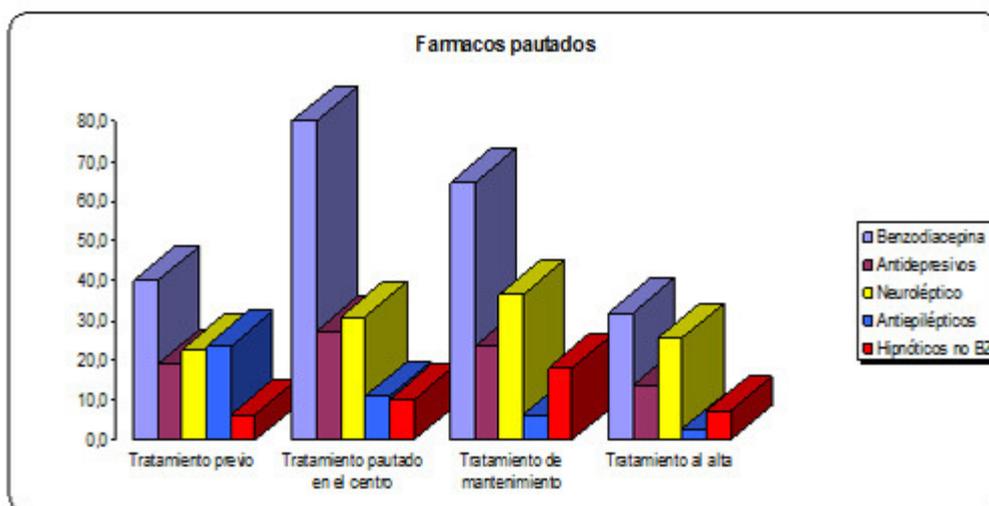
En todas las gráficas se registran cuatro momentos evolutivos del paciente: tratamiento previo (al ingreso), primer tratamiento, mantenimiento y tratamiento (o no) al alta.

Todos los pacientes de la muestra padecían insomnio asociado a adicción a los que se les aplicó tratamiento psicofarmacológico.

Resultados del estudio

1.- Tratamiento al ingreso y al alta. (gráfica 1)

Pese a lo mal que toleran el insomnio estos pacientes, nada menos que un 40% de ellos venían sin tratamiento. En la gráfica 1 podemos comprobar que, tras una etapa de tratamiento activo de inicio y mantenimiento que incluía al 100% de pacientes, solo un 41,8% seguían tomando hipnóticos al alta, siempre a bajas dosis y con pautas de reducción pro supresión absoluta. No olvidemos que la mayor parte de sujetos padecían insomnio severo agravado por el consumo caótico de todo tipo de sustancias, lo que hacía difícil el manejo de los mismos.

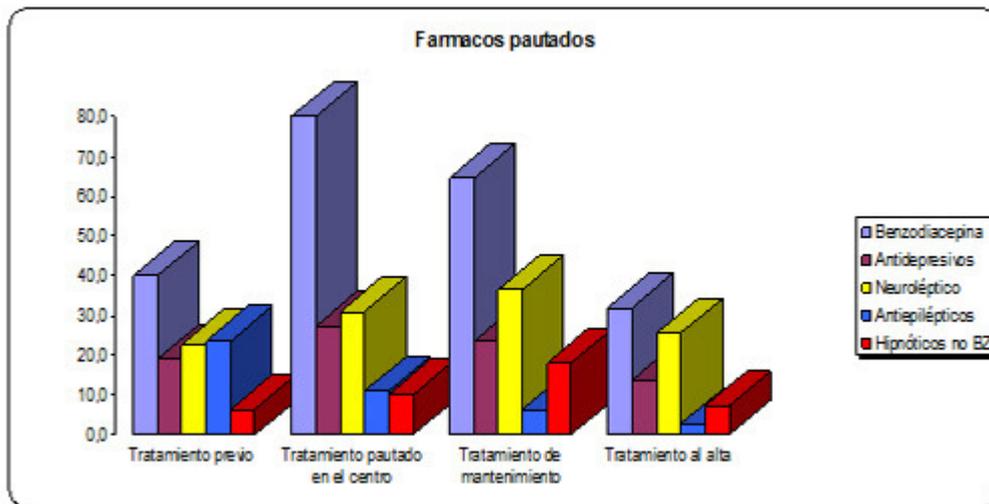


Gráfica 1: "Tratamiento al ingreso y al alta"

2.- Fármacos administrados. (gráfica 2)

Queda de manifiesto el manejo en campana de Gauss de los distintos hipnóticos. Los derivados benzodiazepínicos son los más empleados, administrándose nada menos que en 80% de casos en primera instancia para luego ir decreciendo hasta un 32% de administración al alta. Destaca la elevada y mantenida administración de neurolépticos hipnóticos, justificada al principio por la necesidad de sedación complementaria quizá por agitación,

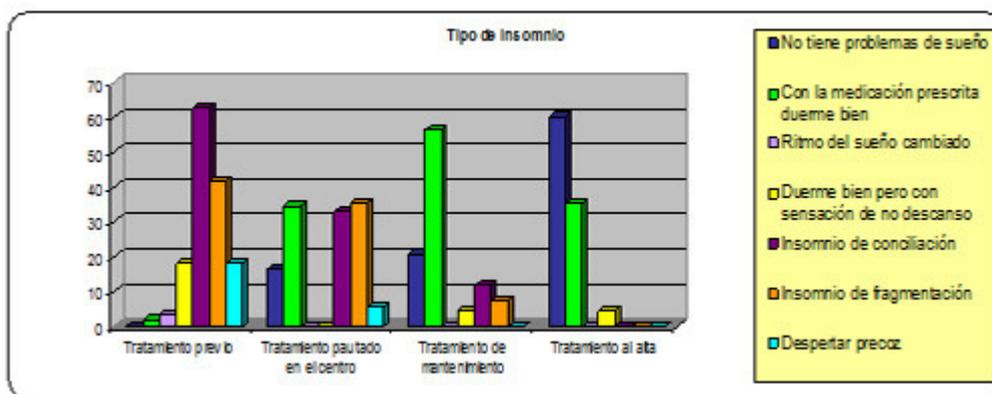
agresividad, reagudización psicótica, etc. En cuyo caso se emplean fenotiazínicos como levopromazina, clorpromazina o atípicos como clotiapina. Pero lo que verdaderamente justifica el empleo de estos preparados es la alimemazina, fenotiazina de propiedades anti H1 de fácil manejo y extraordinaria eficacia de la que se habla en el epígrafe "recomendaciones".



Gráfica 2: "Fármacos administrados"

3.- Tipo de insomnio. (gráfica 3)

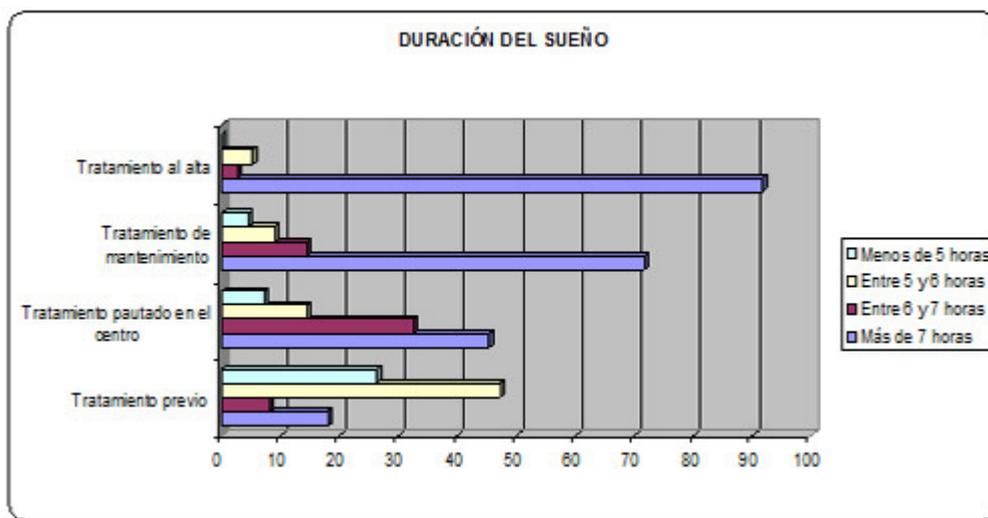
Destacamos que de un 100% de insomnes al ingreso se pasa al 50% en la primera semana, un 13% en mantenimiento y solo un 4,56% al alta que además refieren "dormir bien pero con sensación de no descanso". En definitiva, prácticamente un 100% de sujetos curan su insomnio con el tratamiento pautado



Gráfica 3: "Tipo de insomnio"

4.- Duración del sueño (gráfica 4)

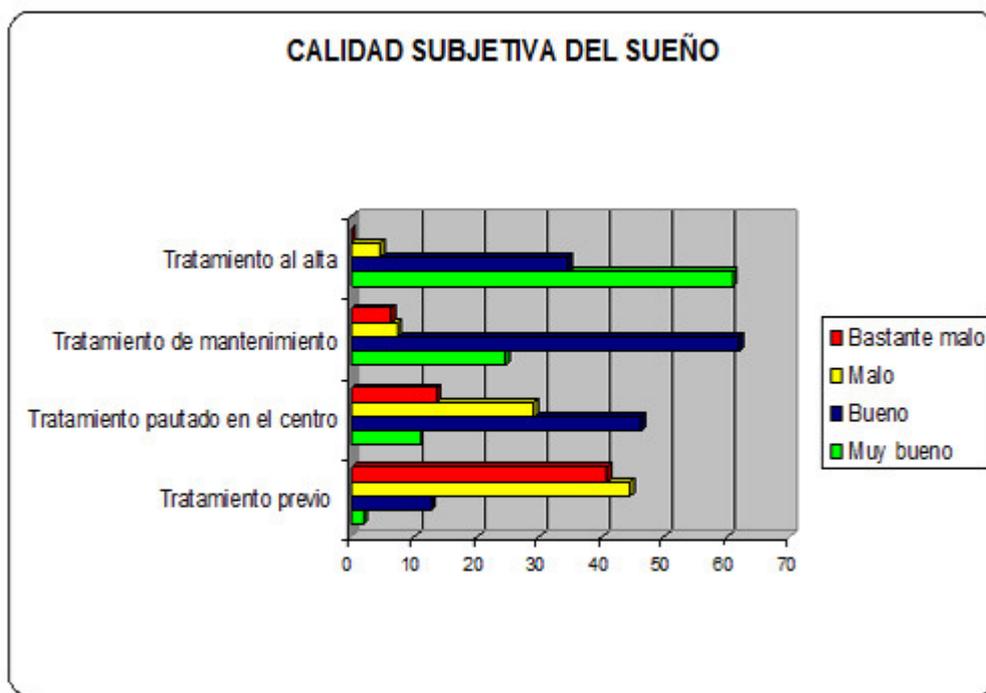
Al ingreso un 73,5% de sujetos dormían menos de 6 horas. Dicha tendencia se invierte espectacularmente ya desde el primer tratamiento con un 77,1% de sujetos que duermen más de 6 horas y un 91,8% de sujetos que duermen más de 7 horas al alta.



Gráfica 4: "Duración del sueño"

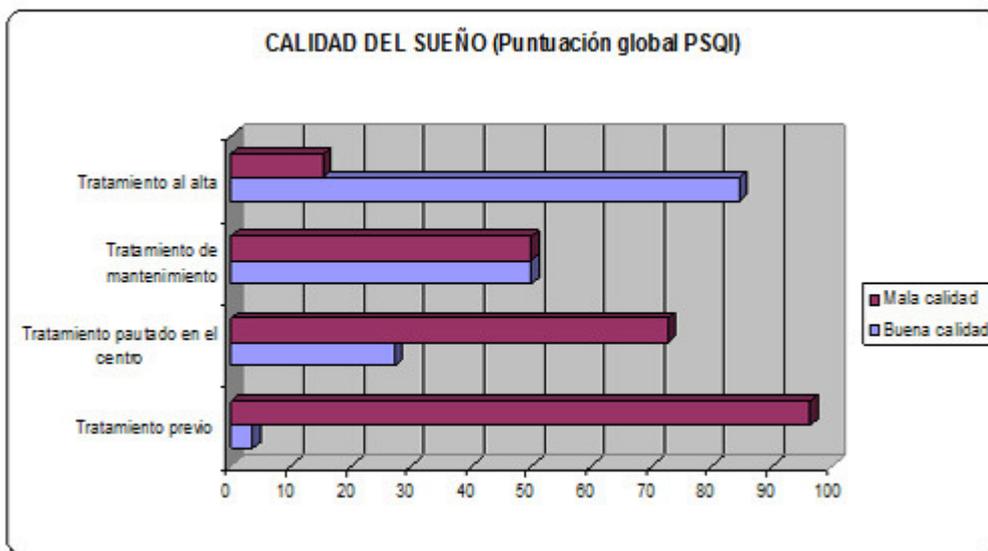
5.- Calidad subjetiva del sueño (Índice de calidad de sueño de Pittsburg (Pittsburg Sleep Quality Index, PSQI). (gráficas 5 y 6)

Observamos que al ingreso más de un 85% de sujetos refieren tener una calidad de sueño "mala o muy mala". Dicha calidad aumenta desde el primer tratamiento predominando la calidad de sueño "buena" (46% al primer tratamiento y 62% en mantenimiento). Curiosamente, al alta predomina la calidad "muy buena" (un 61%). Solo un 4,55% afirman dormir mal y el resto dormían bien al obtener el alta. (Gráfica 5)



Gráfica 5: "Calidad subjetiva del sueño"

La puntuación global PSQI de calidad de sueño corrobora lo anterior, donde un 96,4% de sujetos presentan mala calidad de sueño. La tendencia aquí es más lenta que el anterior epígrafe, ya que hasta el mantenimiento no se igualan los porcentajes. Al alta un 85,5% de sujetos puntúan buena calidad de sueño. (Gráfica 6)



Gráfica 6: "Calidad del sueño (Puntuación global PSQI)"

6.- Benzodicepinas (BDZ) (tabla 1)

Observamos como al inicio de tratamiento no hay una sustancial modificación de las pautas de administración de benzodicepinas. Incluso muchos pacientes eran abusadores de las mismas. Fue el concurso de otros preparados (principalmente alimemazina) el que resolvió el insomnio. También el recurso a BDZ más incisivas como el flunitrazepam y el triazolam (aunque no aparezca en este estudio).

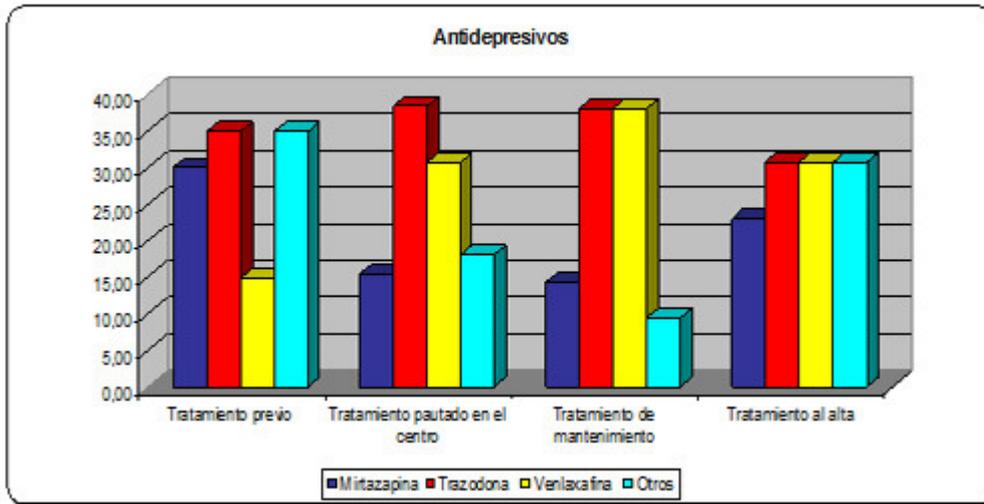
Es interesante la aparición de BDZ de "cómodo espectro" como el lormetazepam a partir del mantenimiento. Aunque al alta solo un 32%% de sujetos tomaba medicación, la distribución es notable, predominando los de semivida larga.

	Tratamiento previo	Tratamiento pautado en el centro	Tratamiento de mantenimiento	Tratamiento al alta
Alprazolam	18,18	6,82	0,00	11,43
Bromazepam	11,36	11,364	8,45	5,71
Clonacepam	6,82	3,409	2,82	17,14
Cloracepato	29,55	3,409	7,04	5,71
Clordicepóxido	0	2,273	0,00	0,00
Diazepan	15,91	17,045	12,68	0,00
Flunitrazepam	0	5,682	7,04	5,71
Flurazepam	0	13,636	11,27	0,00
Loracepan	20,45	7,955	14,08	28,57
Lormetazepam	18,18	17,045	25,35	25,71

Tabla1: "empleo de benzodicepinas"

7.- Antidepresivos (ATD) (gráfica 7)

Aunque los ATD se emplean con éxito en el insomnio primario, en el caso que nos ocupa su aplicación era fundamentalmente como antidepresivo. Observamos al alta una equidistribución de los tres ATD más frecuentemente utilizados. Nótese que la venlafaxina se administra no por su poder hipnótico sino por su pauta nocturna. La mirtazapina, trazodona y ATD tricíclicos y heterocíclicos que aquí no constan son más específicos para los trastornos del sueño.



Gráfica 7: "empleo de antidepresivos"

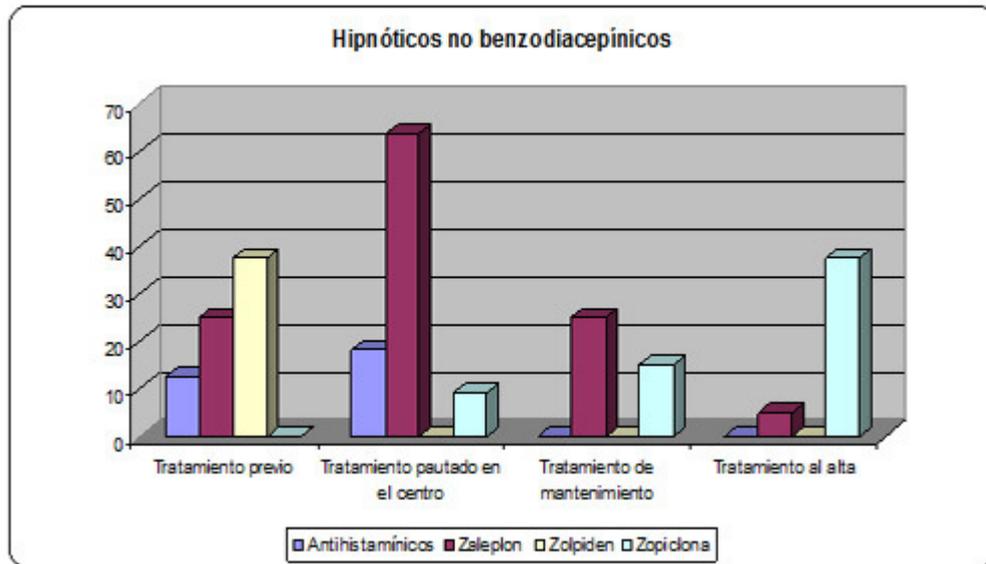
8.- Neurolépticos (tabla 2)

Al igual que con los ATD, la aplicación fundamental de esta familia de psicofármacos es como antipsicóticos, eutimizantes o moduladores del comportamiento, salvo en el caso de la alimemazina, que siempre se empleó como hipnótico puro. La olanzapina también se emplea con frecuencia, más por la ductilidad de manejo que como coadyuvante hipnótico.

	Tratamiento previo	Tratamiento pautado en el centro	Tratamiento de mantenimiento	Tratamiento al alta
Alimemazina	0	20,59	32,5	28,57
Haloperidol	8	8,82	17,5	0
Levomepromazina	4	0,00	12,5	3,57
Clorpromazina	4	0,00	10	7,14
Risperidona	8	17,65	25	25
Olanzapina	44	35,29	17,5	25
Otros	32	8,82	17,5	10,71

9.- Otros hipnóticos (gráfica 8)

Cuando se hizo este estudio todavía existía el principio activo zaleplon (o zaleplona) en España. Como se observa en la gráfica, se empleaba con frecuencia sobre todo en los primeros estadios terapéuticos. Al alta parece ser la zopiclona el hipnótico no BDZ más prescrito.



Conclusiones y recomendaciones

Cada sujeto tiene su propia indicación. No existen reglas generales.

La alimemazina, antihistamínico H1, es un eficaz y potente recurso para sujetos adictos con insomnio refractario. Además es eficaz a dosis bajas. El rango terapéutico oscila entre 10 y 30 mg/noche (de 8 a 24 gotas).

Tanto el triazolam como el zolpidem y el zaleplon (desafortunadamente retirado en España) mejoran el sueño según registros polisomnográficos. Es injusta la mala prensa tanto del triazolam como del flunitrazepam. Ambos son utilísimos preparados para los resistentes insomnios que padecen estos sujetos. Deben administrarse –eso sí– bajo estricto control médico, preferiblemente en régimen residencial y –todavía mejor– en cápsulas de gelatina.

El triazolam está indicado para el insomnio de conciliación por su rápido efecto. Las dosis recomendadas son 0,5-1mg./noche

El flunitrazepam se recomienda para insomnios refractarios a dosis de 0,5 a 3mg./noche. Tanto este preparado como el triazolam deben sustituirse o rebajarse paulatinamente hasta la supresión en cuanto se alcance una fase de meseta de aceptable calidad de sueño.

Como fármaco de administración más prolongada recomendamos el zolpidem (a falta de zopiclona) a dosis de 10mg/noche y entre las BDZ, el lormetazepam a dosis de 1-2mg/ noche.

En pacientes con insomnio primario no hay que desdeñar el empleo de psicofármacos que –no siendo directamente hipnóticos– mejoran la arquitectura del

En supresión de politerapia (la mayor parte de sujetos con diagnóstico dual toman otros preparados) parece una buena opción ir quitando primero los demás fármacos dejando para el final los hipnóticos.

En todos los casos se aplicaron rigurosamente los consejos de higiene del sueño que se indican en el siguiente epígrafe.

Consejos de higiene del sueño (VV AA)

1. Mantener unos horarios regulares, tanto de acostarse como de levantarse
2. Se recomienda cenar, como mínimo, dos horas antes de acostarse y de forma ligera, ya que las digestiones pesadas dificultan el sueño
3. La cama es para dormir, si tras acostarse no se consigue conciliar el sueño debe levantarse y salir de la habitación. Pasado un tiempo prudencial (cinco o diez minutos) puede volver a acostarse. Esta operación debe repetirse tantas veces como haga falta
4. Es primordial no mirar el reloj después de meterse en la cama, ya que lo único que se consigue es aumentar el nerviosismo
5. No se esfuerce en dormir. 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
6. Es aconsejable no descuidar las condiciones ambientales, analizando las condiciones en las que se duerme y que condicionan el descanso: la habitación, la luz, el ruido, la temperatura, la cama, etc.
7. 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

8. Es recomendable dejar de fumar o fumar menos, si no es posible dejarlo. Se ha demostrado que a partir de un consumo de diez-quince cigarrillos diarios el tabaco perjudica el sueño, no sólo por la nicotina que, al igual que la cafeína, es un estimulante que dificulta dormir, sino porque puede provocar problemas respiratorios que empeoran la calidad del sueño o causan despertares nocturnos

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

10. Con relación a la televisión/radio, en principio, no se consideran ni beneficiosas ni perjudiciales, depende de cómo afecten a cada paciente. Si tienen un efecto relajante pueden ser beneficiosas, pero si ocurre al contrario, se desaconsejan.

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. Limitar o evitar 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

13. 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

1. Akerele, E.; Levin, F.R. Comparison of Olanzapine to Risperidone in Substance-Abusing Individuals with Schizophrenia. *American Journal on Addictions*, Vol. 16 Issue 4, 2007.
2. Allgulander C. History and current status of sedative-hypnotic drug use and abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73(5). 1986.
3. Arana, G.W., Rosebaum, J.F. *Drogas psiquiátricas*. Marbán Libros, Madrid, 2002.
4. 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.
5. Batki, S.L.; Dimmock, J.A.; Wade, M.; Gately, Paul W.; Cornell, M.; Maisto, S.A.; Carey, K.B.; Ploutz-Snyder, R. Monitored Naltrexone without Counseling for Alcohol Abuse/Dependence in Schizophrenia-Spectrum Disorders. *American Journal on Addictions*, Vol. 16 Issue 4, 2007.
6. Bellon A. Searching for new options for treating insomnia: are melatonin and ramelteon beneficial?. *Journal Of Psychiatric Practice*, 12(4). 2006.
7. Benkert, O., Hippus, H. *Farmacoterapia psiquiátrica*. Eunsa, Pamplona, 1982.
8. Bravo Ortiz, M.F. *Psicofarmacología para psicólogos*. Síntesis, Madrid, 2002.
9. Brower K. Insomnia, alcoholism and relapse. *Sleep Medicine Reviews*, 7(6). 2003.
10. Chinchilla Moreno, A. *Tratamientos psicofarmacológicos en Psiquiatría*. Sanofi, 1989.
11. Ciraulo D, Nace E. Benzodiazepine Treatment of Anxiety or Insomnia in Substance Abuse Patients. *American Journal on Addictions*, 9(4). *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, 2000.
12. Cortoos A, Verstraeten E, Cluydts R. Neurophysiological aspects of primary insomnia: implications for its treatment. *Sleep Medicine Reviews* 10(4), 2006.
13. Cugurra F. The mechanism of action of benzodiazepine and its consequences for therapy. *La Clinica Terapeutica*, 140(4). 1992.
14. El-Ad B. The biological clock in health and illness. *Harefuah* 145(6): 433. 2006.
15. 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.
16. Fleming J, Bourgouin 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.
17. Flynn A, Cox D. Dependence on Zopiclone. *Addiction*, 101(6). *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, 2006.
18. Galinowski A. Somatic and biological factors predicting a response to antidepressive agents. *L'encéphale*, 17 Spec No 3. 1991.
19. Gibert Rahora, J. et all. *Lo que siempre quiso saber de los psicofármacos y nunca se atrevió a preguntar*. Aula Médicaer, Madrid, 2000.
20. Gupta R. Drug level monitoring: sedative hypnotics. *Journal Of Chromatography*, 340. 1985.
21. 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.
22. 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.
23. Heinze Martín, G.;García Marín, J. *Predictores de respuesta optima al tratamiento farmacológico con antidepressivos*. Salud Mental, México, 1996.

24. Herrán, A.;Sierra Biddle, D.;Cortázar, E.;Ayestarán Ruiz, A.;Díez, L. Factores predictores en la respuesta al tratamiento farmacológico en el trastorno de angustia. *Psiquiatría.com*, Vol.6, 2002.
25. Hirst A, Sloan R. Benzodiazepines and related drugs for insomnia in palliative care. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*,4. 2002.
26. Johns M. Sleep and hypnotic drugs. *Drugs* , 9(6). 1975.
27. Jones E, Knutson D, Haines D. Common problems in patients recovering from chemical dependency. *American Family Physician*, 68(10). 2003.
28. Lareau S, Bonnet M. Sleep disorders: insomnias. *The Nurse Practitioner*, 10(8). 1985.
29. Lejoyeux M, Solomon J, Adès J. Benzodiazepine treatment for alcohol-dependent patients. *Alcohol And Alcoholism* 33(6). 1998.
30. Lingjaerde O, Bratlid T, Westby O, Gordeladze J. Effect of midazolam, flunitrazepam, and placebo against midwinter insomnia in northern Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(2). 1983.
31. Linnoila M. Anxiety and alcoholism. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 50 Suppl: 26-29. 1989.
32. López Galán,S. Guía farmacológica en psiquiatría. Santiago López Galán. 2003.
33. López-Muñoz, F., Álamo, C. Historia de la Neuropsicofarmacología. Ediciones Eurobook, S.L. 1998.
34. Lozano Suárez, M., Ramos Brieva, J.A.. Utilización de los psicofármacos en psiquiatría de enlace. Masson, Barcelona, 2002.
35. Marti Tusquets, J.L., Murcia Grau, M. Vademecum de psicofármacos. Jims, Barcelona, 1989.
36. Merino García, M. J.;Plazaola, M. G. Estudio de factores que influyen en la mejoría de pacientes deprimidos a tratamiento con antidepresivos. *Psiquis*, Vol. 21 (1), 2000.
37. Miller N, Gold M. Identification and treatment of benzodiazepine abuse. *American Family Physician*, 40(4). 1989.
38. Montejo, Á.L.;Majadas, S.;Mayoral, F.;Sanjuán, S.;Ros, S.;Olivares Díez, J.M.;González Torres, M. A.;Bousoño García, M. Análisis de los patrones de prescripción de antipsicóticos en psiquiatría. *Actas Españolas de Psiquiatría*, Vol. 34, 2006.
39. Nino-Murcia G. Diagnosis and treatment of insomnia and risks associated with lack of treatment. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 53 Suppl: 43. 1992.
40. Ochoa Mangado, E. Uso de antipsicóticos en drogodependientes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, Vol.29, Madrid, 2001.

41. Ohta T. Recent progress in development of psychotropic drugs (5)--Hypnotics. *Nihon Shinkei Seishin Yakurigaku Zasshi = Japanese Journal Of Psychopharmacology*, 16(5). 1996.
42. Peter R, Peter T, Brigitta B, Zsuzsa V, Judit V, Waldemar S. From psychophysiological insomnia to organic sleep disturbances: a continuum in late onset insomnia - with special concerns relating to its treatment. *Medical Hypotheses*, 65(6). 2005
43. Pies, R.W. Manual de psicofarmacología básica. Masson, Barcelona, 2000.
44. Ramos Atance, J.A. Neurobiología de la Drogadicción. Eudema, Madrid, 1993.
45. 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.
46. Romero O. Insomnia in the elderly: cognitive involvement and therapeutic attitudes. *Revista De Neurologia*, 30(6): 591-593. 2000.
47. Rosenberg K. Gabapentin for Chronic Insomnia. *American Journal on Addictions*, 12(3). Psychology and Behavioral Sciences Collection, 2003.
48. Salazar Vallejo, M.;Peralta Rodrigo, C.;Pastor Ruiz, J.:(Dir.). Tratado de psicofarmacología : bases y aplicación clínica. Médica Panamericana, Madrid, 2004
49. Schatzberg, A., Cole, J.O., DeBattista, C. Manual de psicofarmacología clínica. Ars Médica, Barcelona, 2005.
50. Schmitt L, Dessibourg C, Raynaud J. Sleep disorders in the elderly. *La Revue Du Praticien* 44(11). 1994.
51. Stahl, S.M. Psicofarmacología esencial de la depression y trastorno bipolar. Ariel, Barcelona, 2002.
52. Streltzer J. Treatment of iatrogenic drug dependence in the general hospital. *General Hospital Psychiatry*, 2 (4). 1980.
53. 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.
54. Velasco Martín, A., Álvarez González, F.J. Compendio de Psiconeurofarmacología. Díaz de Santos, Madrid, 1988.
55. Wikinski, S., Jufe, G. El tratamiento farmacológico en Psiquiatría: indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional. Médica Panamericana, Buenos Aires, 2004.
56. Williams R, Karacan I. Recent developments in the diagnosis and treatment of sleep disorders. *Hospital & Community Psychiatry*, 36(9). 1985.