

Modelo cognitivo del insomnio (Harvey, 2002)

El insomnio es un trastorno del sueño muy prevalente que se caracteriza por la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o por tener un sueño no reparador durante al menos un mes. Los problemas de sueño son extremadamente comunes en las personas que padecen problemas de salud mental y cada vez hay más pruebas de que la alteración del sueño puede ser un factor causal de muchas dificultades de salud mental. El modelo cognitivo de insomnio de Harvey (2002) sugiere que la preocupación excesiva por la falta de sueño desencadena la excitación autonómica y la angustia emocional. Este aumento de la excitación conduce a una atención selectiva y a un mayor control de las señales de amenaza relacionadas con el sueño, lo que culmina en una percepción sesgada del déficit relacionado con el sueño. El modelo cognitivo conductual del insomnio se puede utilizar para conceptualizar el insomnio de su consultante. Es un marco útil para identificar comportamientos de seguridad y creencias inútiles sobre el sueño o la preocupación, los cuales Harvey destaca como factores exacerbantes clave. Este modelo propone que los procesos cognitivos contribuyen al mantenimiento del insomnio, independientemente de si la causa original fue psiquiátrica, circadiana, médica o inducida por fármacos.

El insomnio es uno de los trastornos del sueño más prevalentes y afecta a alrededor del 10% de la población. Existe una sólida base de evidencia que muestra que es un factor exacerbante de muchos trastornos psicológicos, y las personas que luchan contra la ansiedad y la depresión lo informan con frecuencia (aunque no es un síntoma principal). Además, se ha establecido que los problemas con el sueño preceden y pueden contribuir al desarrollo de la depresión (Harvey, 2001). Incluso sin conocer la dirección de la causalidad, existe una fuerte relación entre el insomnio y los trastornos psicológicos. La comorbilidad con otras afecciones de salud mental es alta y se incluye como un síntoma en una amplia gama de otros trastornos del sueño, del estado de ánimo, neurológicos y de salud mental: “el insomnio como síntoma de un trastorno psicológico es 10 veces más frecuente que el insomnio relacionado”. a una enfermedad física” (Ford & Kamerow, 1989; Harvey 2001). La falta de sueño crónica tiene un impacto significativo en la vida cotidiana de las personas, ya que afecta la concentración, la memoria y su capacidad para trabajar o completar las tareas diarias.

Síntomas del insomnio

El síntoma central del insomnio es una "insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño" (DSM-IV). Las personas con insomnio están preocupadas por sus dificultades para dormir y el impacto que tiene en su capacidad para funcionar durante el día. A pesar de suficientes oportunidades para dormir y sin barreras ambientales, los consultantes pueden informar:

- Luchar para conciliar el sueño o iniciar el sueño.
- Tardar mucho en conciliar el sueño (tiempo prolongado de inicio del sueño).
- Despertarse repetidamente en la noche.
- Dormir solo por períodos cortos en la noche.
- Despertar temprano y no poder volver a dormir.
- Sueño no reparador (no sentirse renovado después de una noche de sueño).

Durante el día, pueden experimentar otros síntomas:

- Sentirse fatigado
- Sin energía
- Luchar para concentrarse
- Tener problemas de memoria
- Estar irritable o ansioso
- Desempeño deficiente en las tareas diarias en el hogar y en el trabajo

Las personas con insomnio a menudo caen dentro del rango normal en cuanto a la duración del sueño y el tiempo de inicio del sueño, pero subestiman la cantidad de sueño que duermen cada noche y sobrestiman la cantidad de tiempo que tardan en conciliar el sueño (Tang y Harvey, 2004). De hecho, un síntoma clave del insomnio es la angustia y la insatisfacción relacionadas con el sueño, independientemente de la cantidad o calidad real del sueño que se obtenga.

Mantenimiento del insomnio

El modelo cognitivo de insomnio de Harvey (2002) destaca la importancia de las cogniciones negativas relacionadas con el sueño. Estos ocurren tanto en la noche, cuando el cliente está tratando de conciliar el sueño o se encuentra despierto, como durante el día, cuando está preocupado por cómo le puede haber afectado el mal sueño, o cómo va a dormir esa noche.

“Un hallazgo bien documentado es que los pacientes con insomnio se quejan de que no pueden conciliar el sueño debido a pensamientos intrusivos desagradables y preocupaciones excesivas e incontrolables durante el período previo al sueño” Jansson-Fröjmark, Harvey y Flink, 2020.

En Harvey (2002) se puede encontrar una descripción detallada del modelo cognitivo-conductual del insomnio. Una característica importante del modelo es que los factores cognitivos que mantienen el insomnio operan tanto de día como de noche, y ambos son igualmente importantes. Los componentes importantes son:

- **Actividad cognitiva excesivamente negativa.** Las personas con insomnio están preocupadas por la rapidez con la que se duermen, cuánto dormirán y cuánto durmieron. Estos pensamientos negativos recurrentes e intrusivos sobre el sueño ocurren tanto durante la noche como durante el día. Por la noche, en el período previo al sueño, los pensamientos negativos tienden a concentrarse en el sueño de esa noche (p. ej., “nunca me voy a dormir”, “si no duermo bien me voy a enfermar”).. Los pensamientos negativos también pueden ocurrir por la noche si se despiertan (p. ej., “Me desperté a las 3 a. m. y ahora nunca me volveré a dormir”). Durante el día, los pensamientos negativos sobre el sueño pueden centrarse en evaluar la cantidad y la calidad del sueño de la noche anterior, o sus niveles de fatiga y rendimiento durante el día (p. ej., “Anoche casi no dormí”, “No puedo trabajar correctamente hoy”).
- **Excitación y angustia.** Por la noche, los pensamientos negativos desencadenan una respuesta de amenaza, lo que lleva a la excitación autónoma, que funciona en oposición al inicio del sueño, ya que pone la mente y el cuerpo en alerta. Esto hace que sea más difícil conciliar el sueño o volver a dormirse después de despertarse. Durante el día, la excitación autónoma hace que las personas se sientan ansiosas y emocionales, lo que afecta su capacidad para concentrarse y funcionar durante el día.
- **Atención selectiva y seguimiento.** Con la mente y el cuerpo en alerta, la excitación autonómica hace que el individuo preste atención selectivamente y se controle a sí mismo en busca de amenazas relacionadas con el sueño. Por la noche, controlarán las señales de que se están durmiendo o no: tal vez mirando el reloj para ver cuánto tardan en dormirse, o cuánto tiempo han estado dormidos si se despiertan por la

noche. Esto refuerza los pensamientos negativos sobre el sueño (por ejemplo, "Todavía estoy despierto, ya debería estar dormido"). Durante el día, la atención y el seguimiento selectivos se centran en los signos de fatiga, los déficits de rendimiento (como no poder completar las tareas cotidianas) o el estado de ánimo. Darse cuenta de esto puede reforzar las creencias negativas (por ejemplo, "No habría cometido ese error si mi sueño hubiera sido mejor anoche").

- **Percepción distorsionada del déficit.** Las personas con insomnio a menudo tienen percepciones distorsionadas sobre su sueño y cómo la falta de sueño afecta su capacidad para funcionar. Por ejemplo, podrían subestimar la cantidad de tiempo que pasan dormidos y sobreestimar la cantidad de tiempo que tardan en conciliar el sueño (p. ej., "Me tomó mucho tiempo conciliar el sueño y solo dormí unas 3 horas en toda la noche"). También pueden tener percepciones distorsionadas sobre su desempeño, capacidad cognitiva y estado de ánimo durante el día, como sobrestimar las deficiencias en la memoria, la concentración y la capacidad de interactuar adecuadamente con otras personas. El seguimiento de la fatiga y el rendimiento alimenta estas percepciones distorsionadas, ya que el seguimiento y la atención selectiva hacen que sea más probable que se detecten signos de deterioro. Estas percepciones distorsionadas refuerzan los pensamientos negativos sobre el sueño (por ejemplo, "Mi sueño siempre es terrible y no puedo hacer mi trabajo correctamente").
- **Creencias.** Las personas con insomnio pueden tener creencias inexactas sobre la calidad y la cantidad del sueño que exacerban los pensamientos negativos recurrentes sobre el sueño. Por ejemplo, pueden creer que deben dormir 8 horas ininterrumpidas para funcionar correctamente, o que pasar mucho tiempo en la cama es la mejor manera de dormir mucho. Estas creencias crean expectativas poco realistas sobre lo que constituye un "buen" sueño y pueden hacer que las personas adopten estrategias de sueño que son contraproducentes.
- **Comportamientos de seguridad.** La preocupación por la falta de sueño y sus consecuencias puede hacer que las personas adopten comportamientos de seguridad que creen que les ayudarán a dormir mejor o a funcionar durante el día. Estas estrategias pueden incluir:
 - **Control del pensamiento.** Para conciliar el sueño por la noche, es común que las personas con insomnio intenten reprimir o detener los pensamientos negativos. Sin embargo, intentar suprimir los pensamientos es contraproducente. Causa un aumento en la

actividad cognitiva y el esfuerzo, y puede hacer que los pensamientos intrusivos negativos sean más frecuentes en lugar de detenerlos.

- **Control de imágenes.** Las personas con insomnio también pueden intentar inhibir las imágenes visuales, si creen que no son propicias para dormir. Sin embargo, tratar de apagar o detener las imágenes visuales evita que se resuelvan las preocupaciones, lo que hace que sea más probable que se repitan.
- **Inducir somnolencia.** Esto implica el uso de alcohol o sustancias para provocar un estado de somnolencia en el período previo al sueño. Aunque puede ayudarlos a conciliar el sueño, resultará en un sueño más pobre durante la noche.
- **Gestionar el rendimiento diurno.** El miedo a un rendimiento deficiente durante el día puede hacer que las personas con insomnio se “tomen las cosas con calma” o se pongan al día con el sueño, por ejemplo, cancelando las actividades programadas o tomando una siesta. Estos comportamientos pueden contribuir directamente a un sueño nocturno más deficiente (una siesta interrumpirá el ritmo diurno normal de una persona) o alimentar pensamientos negativos (p. ej., "Mi día está arruinado, he estado demasiado cansado para hacer las cosas").
- **Déficit de sueño.** La actividad cognitiva excesiva y el estado de alerta ante amenazas relacionadas con el sueño interrumpen la capacidad del individuo para relajarse, conciliar el sueño o volver a dormirse después de despertarse. En consecuencia, el déficit de sueño es el resultado de la ansiedad desencadenada por pensamientos negativos en torno al sueño. Durante el día, la actividad cognitiva negativa excesiva y la ansiedad también pueden resultar en un déficit real en el funcionamiento diurno.

Enfoques psicológicos basados en la evidencia para trabajar con el insomnio

El insomnio se puede tratar independientemente de otras condiciones comórbidas (Harvey, 2001). Dado que es un factor de riesgo para el desarrollo de otros trastornos y que el tratamiento puede ayudar a la recuperación de otras afecciones (como la depresión y la ansiedad), hay razones sólidas para priorizar el tratamiento del insomnio (Freeman et al., 2017; Harvey, 2001; Stott et al., 2021). Existe buena evidencia de que la TCC es un tratamiento eficaz para el insomnio, tanto como trastorno primario (Morin et al., 2006; Freeman et al., 2017) como

cuando es comórbida con otras afecciones (p. ej., Harvey et al., 2015). Los resultados positivos incluyen mejoras en el tiempo para conciliar el sueño y el tiempo dedicado al sueño, reducción del uso de medicamentos para ayudar a dormir y reducciones en la ansiedad, la depresión y la rumiación (Morin et al., 2006; Scott et al., 2021).

Harvey sugiere que el tratamiento para el insomnio debería:

- Abordar la atención selectiva y el seguimiento de las amenazas al sueño, así como los signos de deterioro del rendimiento diurno.
- Abordar las percepciones distorsionadas de la cantidad y calidad del sueño y las deficiencias de la actividad diurna.
- actuación.
- Eliminar el uso de conductas de seguridad.
- Corregir y actualizar creencias sobre el sueño.

Referencias:

- Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention?. *Jama*, 262(11), 1479-1484
- Freeman, D., Sheaves, B., Goodwin, G.M., Yu, L.M., Nickless, A., Harrison, P.J., Emsley, R., Luik, A.I., Foster, R.G., Wadekar, V. and Hinds, C., (2017). The effects of improving sleep on mental health (OASIS): a randomised controlled trial with mediation analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(10), pp.749-758.
- Harvey, A. G. (2001). Insomnia: Symptom or diagnosis? *Clinical Psychology Review*, 21, 1037-1059. Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 869-893.
- Harvey, A.G. (2005) A Cognitive Theory and Therapy for Chronic Insomnia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19(1), p.41-59.
- Harvey, A.G., Soehner, A.M., Kaplan, K.A., Hein, K., Lee, J., Kanady, J., Li, D., Rabe-Hesketh, S., Ketter, T.A., Neylan, T.C. and Buysse, D.J., (2015). Treating insomnia improves mood state, sleep, and functioning in bipolar disorder: a pilot randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(3), p.564.
- Jansson-Fröjmark, M., Harvey, A.G. & Flink, I.K. (2020) Psychometric properties of the Insomnia Catastrophizing Scale (ICS) in a large community sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49:2, pp. 120-136.

- Morin, C. M., Bootzin, R.R., Buysse, D.J., Edinger, J.D., Espie, C.A., Lichstein, K.L. (2006) Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998–2004). *Sleep*. 2006; 29:1398–1414.
- Scott, A. J., Webb, T. L., Martyn-St James, M., Rowse, G., & Weich, S. (2021). Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep medicine reviews*, 60, 101556.
- Stott, R., Pimm, J., Emsley, R., Miller, C. B., and Espie, C.A. Does adjunctive digital CBT for insomnia improve clinical outcomes in an improving access to psychological therapies service? (2021). *Behaviour Research and Therapy*, vol 144.
- Tang, N.K.Y. & Harvey, A.G. (2004) Correcting distorted perception of sleep in insomnia: a novel behavioural experiment? *Behaviour Research and Therapy*, 42, pp27-39.