



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
CIENCIAS DE LA SALUD
SALUD MENTAL PÚBLICA

**EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVO-
CONDUCTUAL PARA MODIFICAR CREENCIAS Y HÁBITOS DE
SUEÑO EN INDIVIDUOS CON INSOMNIO Y DEPRESIÓN**

Tesis para optar por el grado de:
Doctora en Ciencias de la Salud

Presenta:
Yarmila Elena Valencia Carlo

Tutora Principal
Dra. Guillermina Natera Rey
Facultad de Psicología, UNAM

Integrantes del Comité Tutor
Dr. Carlos Sabás Cruz Fuentes
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Dr. Alejandro Jiménez Genchi
Instituto Nacional De Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Ciudad Universitaria, CD. MX.

Enero de 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

La presente tesis es un esfuerzo en el cual participaron varias personas, revisando, corrigiendo, acompañando y dándome ánimos en esta etapa de mi vida profesional.

A Dios por darme protección y sabiduría durante el proceso de aprendizaje en el posgrado.

Agradezco a la Dra. Guillermina Natera, al Dr. Carlos Cruz y al Dr. Alejandro Jiménez por su apoyo académico en el desarrollo de esta tesis.

Gracias a mis padres y hermanos porque me alentaron a continuar, a pesar de las dificultades.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca que me permitió realizar el doctorado en Ciencias de la Salud.

A todos quienes de una u otra forma han colaborado para el logro de esta investigación, les agradezco su valiosa colaboración.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen	8
Capítulo 1. Introducción	10
Capítulo 2. Marco teórico.....	12
2.1 Definición de Insomnio	12
2.2 Epidemiología del insomnio	14
2.3 Factores de riesgo del insomnio	15
2.4 Modelos sobre el origen y mantenimiento del insomnio.....	16
2.5 Creencias del sueño e insomnio	20
2.6 Hábitos de sueño en pacientes con insomnio	22
2.7 Insomnio y depresión	23
2.8 Evidencia de la terapia cognitivo-conductual en el insomnio y depresión	25
Capítulo 3. Material y métodos.....	31
3.1 Planteamiento del problema.....	31
3.2 Justificación.....	32
3.3 Pregunta de investigación	33
3.4 Objetivos del estudio	33
3.4.1 Objetivo general.....	33
3.4.2 Objetivos específicos.....	33
3.5 Hipótesis de investigación.....	34
3.6 Método	34
3.6.1 Diseño del estudio	34
3.6.2 Población, lugar y tiempo	34
3.6.3 Variables del estudio	34
3.6.4 Muestra del estudio	35
3.7 Criterios de selección	35
3.7.1 Criterios de inclusión	35
3.7.2 Criterios de exclusión	36
3.7.3 Criterios de eliminación	36
3.8 Instrumentos	36
3.8.1 Índice de severidad del insomnio (ISI).....	36
3.8.2 Diario de sueño.....	37
3.8.3 Escala de Prácticas de Higiene del Sueño (EPHS)	37
3.8.4 Creencias Disfuncionales y Actitudes sobre el Sueño (DBAS).....	38
3.8.5 Escala de Respuestas Rumiativas (RRS)	39
3.8.6 Cuestionario de la salud del paciente-9 (PHQ-9).....	39
3.8.7 Cambio Clínico Observable	40
Capítulo 4. Resultados.....	41
4.1 Resultados descriptivos	42
4.1.1 Datos sociodemográficos	42
4.1.2 Datos clínicos	42

4.1.1	Características descriptivas por grupos de tratamiento	52
4.2	Resultados de pruebas no paramétricas	57
4.2.1	Prueba de Friedman	57
4.2.2	Prueba de Kruskal-Wallis	58
4.1	Cambio clínico observable	61
Capítulo 5.	Consideraciones finales	68
5.1	Discusión.....	68
5.2	Limitaciones y sugerencias	71
5.3	Conclusiones.....	72
Referencias bibliográficas.....		73
Anexos		89
6.1	Anexo 1. Consentimiento informado	89
6.2	Anexo 2. Instrumento de recolección de datos	91
6.3	Anexo 3. Programa de terapia cognitivo-conductual SOMNE.....	100
6.3.1	Sesión 1.....	100
6.3.2	Sesión 2.....	111
6.3.3	Sesión 3.....	117
6.3.4	Sesión 4.....	123
6.3.5	Sesión 5.....	127
6.4	Anexo 4. Resúmenes de las sesiones de TCC-I para los pacientes.....	129
6.4.1	Resumen sesión 1	129
6.4.2	Resumen sesión 2.....	137
6.4.3	Resumen sesión 3.....	140
6.4.4	Resumen sesión 4.....	146
6.4.5	Resumen sesión 5.....	151
6.5	Anexo 5. Lista de verificación actividades de TCC-I	155
6.6	Anexo 6. Cartel de invitación al estudio	156
6.7	Anexo 7. Minivolantes del programa de TCC-I.....	157
6.8	Anexo 8. Carta de aceptación artículo	158
6.9	Anexo 9. Tablas complementarias	159
6.10	Bibliografía	184

ABREVIATURAS

APM: Asociación Mexicana de Psiquiatría

APA: Asociación Americana de Psiquiatría

AASM: Academia Americana de Medicina del Sueño

ICSD-3: Clasificación internacional de los trastornos del sueño

CCO: Cambio clínico observable

DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales cuarta edición

DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición

EEG: Electroencefalograma

ES: Eficiencia de sueño

ISI: Índice de severidad del insomnio

RRS: Escala de respuestas rumiativas

EPHS: Escala de prácticas de higiene del sueño

DBAS: Cuestionario de Creencias disfuncionales y actitudes sobre el sueño

MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

MOR: Movimientos oculares rápidos

OMS: Organización Mundial de la Salud

PHQ-9: Cuestionario de salud del paciente-9

RMP: Relajación muscular progresiva

TCC-I: Terapia cognitivo-conductual para el insomnio

TCC-D: Terapia cognitivo-conductual para la depresión

TDM: Trastorno depresivo mayor

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos del trastorno de insomnio DSM-5.....	13
Tabla 2. Criterios diagnósticos del trastorno de insomnio ICSD-3.....	14
Tabla 3. Resumen de las teorías sobre el origen y mantenimiento del insomnio.....	19
Tabla 4. Evidencia de la guía de tratamiento cognitivo-conductual para el insomnio.....	29
Tabla 5. Variables incluidas en el estudio.....	34
Tabla 6. Características sociodemográficas y clínicas del grupo de tratamiento farmacológico.....	43
Tabla 7. Características sociodemográficas y clínicas del grupo de terapia cognitivo-conductual.....	44
Tabla 8. Características sociodemográficas y clínicas del grupo de tratamiento combinado.....	44
Tabla 9. Resumen características sociodemográficas de los 3 grupos de tratamiento.....	46
Tabla 10. Insomnio en el pretratamiento y postratamiento.....	48
Tabla 11. Depresión en el pretratamiento y postratamiento.....	49
Tabla 12. Rumiación en el pretratamiento y postratamiento.....	49
Tabla 13. Hábitos de sueño en el pretratamiento y postratamiento.....	50
Tabla 14. Creencias de sueño en el pretratamiento y postratamiento.....	50
Tabla 15. Insomnio por grupo de tratamiento.....	51

Tabla 16. Depresión por grupo de tratamiento.....	52
Tabla 17. Rumiación por grupo de tratamiento.....	53
Tabla 18. Hábitos de sueño por grupo de tratamiento.....	54
Tabla 19. Creencias de sueño por grupo de tratamiento.....	55
Tabla 20. Prueba de Friedman para mediciones repetidas.....	56
Tabla 21. Resumen prueba de Kruskal-Wallis por pares de tratamiento.....	58
Tabla 22. Cambio clínico observable insomnio.....	61
Tabla 23. Cambio clínico observable depresión.....	62
Tabla 24. Cambio clínico observable rumiación.....	63
Tabla 25. Cambio clínico observable higiene del sueño.....	64
Tabla 26. Cambio clínico observable creencias sobre el sueño.....	65
Tabla 27. Medias del cambio clínico observable por grupos de tratamiento.....	66
Figura 1. Flujograma de participantes del estudio	41
Figura 2. Factores de riesgo asociados con el insomnio.....	131
Figura 3. Medidas de higiene del sueño.....	132
Figura 4. Respiración diafragmática.....	134

Resumen

Objetivo general: Evaluar una intervención de terapia cognitivo-conductual para insomnio (TCC-I) dirigida a modificar las creencias y hábitos de sueño en individuos con insomnio y depresión.

Objetivos específicos: 1) Identificar el tipo de creencias relacionadas con el sueño en los participantes insomnes antes y después de la intervención asignada, 2) Describir el uso de las medidas de higiene del sueño en los participantes insomnes antes y después del tratamiento, 3) Determinar los cambios en el insomnio, depresión, pensamientos rumiativos y otras variables de sueño (severidad del insomnio, el tiempo total de sueño, número de despertares, horarios de dormir y eficiencia del sueño) en los participantes antes y después de la intervención asignada y 4) Comparar el cambio clínico observable de los hábitos y creencias del sueño entre los grupos de tratamiento.

Metodología: El diseño del estudio es cuasiexperimental y longitudinal.

Participantes: El muestreo de participantes fue por conveniencia (n=21), se incluyeron a pacientes con insomnio y depresión que acuden a consulta externa entre mayo de 2017 y febrero de 2020. Se excluyeron a los sujetos con discapacidad intelectual, diagnóstico de psicosis, trastorno depresivo grave, dependencia a sustancias psicoactivas o pacientes con un puntaje menor a 8 puntos en el Índice de severidad del insomnio (ISI). Para descartar que los participantes no tengan otros trastornos de sueño u otros trastornos psiquiátricos se aplicaron preguntas de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). La medición de las variables de interés se realizó con el índice de severidad del insomnio, escala de prácticas de higiene del sueño, creencias disfuncionales y actitudes sobre el sueño, cuestionario sobre la salud del paciente-9, escala de respuestas rumiativas, un diario de sueño y se calculó el cambio clínico observable expresado en porcentaje para cada variable en el pre y postratamiento.

Aplicación del modelo de intervención: El programa de terapia cognitivo-conductual SOMNE consta de cinco sesiones grupales. Se conformaron tres grupos: el primero recibió tratamiento farmacológico (n=10) y estuvieron registrados en una lista de espera para recibir la terapia cognitivo-conductual al concluir con su participación en el estudio, el segundo grupo de participantes únicamente recibió terapia cognitivo-conductual (n= 9) y el tercer grupo recibió el tratamiento farmacológico combinado con TCC (n=10). Se hizo el seguimiento a las 5 semanas, 3 y 6 meses postratamiento.

Análisis estadístico: Se hizo el análisis de los datos recolectados utilizando el programa Stata versión 16.1.

Resultados: Al considerar el total de los participantes (n=26), el promedio de edad corresponde a 52.61 años (S.D:8.21); 61.54 % de los participantes son mujeres (n=16) y 38.46 % hombres (n=10); respecto al estado civil 42.31 % (n=11) viven en unión libre con su pareja y 30.77 % son casados (n=8). En cuanto al nivel de escolaridad 50 % (n= 13) estudiaron hasta la preparatoria; las principales comorbilidades referidas son sobrepeso (19.23 %), hipertensión arterial (20.03 %) y diabetes mellitus (15.38 %).

Conclusiones: En la mayoría de los participantes, se observaron cambios clínicos en los hábitos y creencias de sueño, insomnio, depresión, rumiación; esta mejoría se mantuvo en las evaluaciones a las 5 semanas, 3 y 6 meses de postratamiento. Por otra parte, se evaluaron las características sociodemográficas entre los grupos de tratamiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$) en ninguno de los grupos.

Palabras clave: Insomnio, creencias y hábitos de sueño, terapia cognitivo-conductual

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud un tercio de la población a nivel mundial presenta insomnio en algún momento de la vida (OMS,1992). Usualmente el paciente insomne se queja de dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes durante la noche o somnolencia diurna; la severidad de este trastorno está determinada por la frecuencia y duración del problema (Rocha et al., 2002). El insomnio crónico es el resultado de hábitos de sueño inadecuados y en muchos casos, pensamientos disfuncionales que aumentan la interrupción del sueño (Morin & Benca, 2012). Diversos estudios encontraron una relación positiva entre los horarios irregulares de levantarse y acostarse, el uso de dispositivos electrónicos antes de ir a la cama, las siestas en el día, el consumo de sustancias estimulantes con la alteración del sueño (Bluestein & Rutledge, 2010; Kryger et al., 2011). El impacto negativo del insomnio sobre el estado de salud es ampliamente conocido, las consecuencias se mantienen aún después de controlar las comorbilidades médicas y psiquiátricas (Khurshid, 2018). Se ha asociado a este trastorno del sueño con baja calidad de vida, mayor utilización de los servicios de salud, reducción en la productividad laboral e incremento de la mortalidad (Johnson et al., 2006).

La relación entre el insomnio y la depresión es bidireccional, la persistencia de síntomas de insomnio es común en aquellas personas con remisión parcial de la depresión, incluso en aquellos que recibieron antidepresivos (Frazen et al., 2008). Además, la dificultad de sueño residual en pacientes con remisión de los síntomas depresivos, incrementa el riesgo de padecer futuros episodios depresivos (Dombrovski et al., 2008).

De las diferentes opciones terapéuticas disponibles, el tratamiento farmacológico y la terapia cognitivo-conductual (TCC-I) reportan los mejores resultados (Simon & VonKorff,1997). El uso de medicamentos hipnóticos es efectivo, a pesar de esto se recomienda limitar el tiempo de prescripción debido a los efectos adversos

reportados: alteraciones en la arquitectura del sueño, somnolencia, deterioro en la memoria y la destreza motriz, insomnio de rebote, riesgo de tolerancia y dependencia (APM, 2010). Existe evidencia sobre los beneficios del abordaje psicoterapéutico en el insomnio, se han reportado algunos efectos secundarios transitorios al inicio del tratamiento tales como reducción del tiempo en cama en las primeras semanas y algunos síntomas de ansiedad (Miller et al., 2014; Maurer et al., 2021). Sin embargo, el paciente es protagonista activo de los cambios a largo plazo y hay menor probabilidad de recaídas (Buysse et al., 2011).

La terapia cognitivo-conductual es un tratamiento de diversos componentes, que combina las técnicas del control de estímulos, restricción del tiempo en cama, medidas de higiene del sueño, ejercicios de respiración para relajación y la reestructuración cognitiva, puede suministrarse de forma individual y grupal (Espie et al., 2001). Tratar las creencias y hábitos disruptivos para el sueño ayuda a mejorar el tiempo y calidad del dormir, debido a que personas con depresión y ansiedad tienden a tener más creencias disfuncionales sobre el sueño comparados con individuos sin problemas en su salud mental (Tsai et al., 2013).

Por otra parte, con la TCC-I se reduce la hiperactivación cognitiva y física para conciliar mejor el sueño y controlar los estímulos que distraen o dificultan el inicio del sueño (Sharma & Andrade, 2012).

El propósito del presente estudio es evaluar la utilidad del programa de terapia cognitivo-conductual SOMNE para modificar creencias y hábitos de sueño en personas con insomnio y depresión que recibieron tratamiento farmacológico combinado con terapia cognitiva-conductual en comparación con participantes que recibieron tratamiento farmacológico o terapia cognitivo-conductual, los resultados de esta investigación aportarán información que ayudará a desarrollar mejores modelos de tratamiento en individuos insomnes en el ámbito de atención clínica.

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Definición de Insomnio

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (APA, 2013) define al trastorno de insomnio como la dificultad para iniciar o mantener el sueño, despertares precoces en la mañana junto con la sensación de que el sueño no es reparador, ocasiona un malestar clínicamente significativo y deterioro en el nivel de funcionalidad del individuo.

Esta dificultad en el sueño debe presentarse a pesar de las oportunidades y circunstancias son adecuadas para dormir, no se puede atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia y requiere la presencia de por lo menos un síntoma asociado: fatiga, inatención, irritabilidad, somnolencia diurna, alteración la memoria, dificultades en el comportamiento, deterioro en el rendimiento académico o laboral, efecto negativo como cuidador o en el funcionamiento familiar.

Otro criterio importante es que el insomnio debe estar presente al menos tres noches a la semana, durante un mínimo de tres meses y no se explica mejor por algún problema médico o psiquiátrico (ver tabla 1).

Se debe especificar si el insomnio se caracteriza por uno de los siguientes:

- Con trastorno mental concurrente no relacionado con el sueño, incluidos los trastornos por consumo de sustancias.
- Con otra afección médica concurrente.
- Con otro trastorno de sueño.

Respecto a la duración de los síntomas:

- Insomnio episódico: Los síntomas duran como mínimo un mes, pero menos de tres meses.
- Insomnio persistente: Los síntomas duran tres meses o más.
- Insomnio recurrente: Dos o más episodios en el plazo de un año.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del trastorno de insomnio (DSM-5)

- A.** Insatisfacción por la calidad o cantidad del sueño, asociada a uno o más de los siguientes síntomas: 1) Dificultad para iniciar el sueño, 2) Dificultad para mantener el sueño o 3) Despertar precoz por la mañana con incapacidad para volver a dormir.
- B.** La alteración del sueño causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, educativo, académico, del comportamiento u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C.** La dificultad del sueño se produce al menos tres noches a la semana.
- D.** La dificultad del sueño está presente durante un mínimo de tres meses.
- E.** La dificultad de sueño se produce a pesar de las condiciones favorables para dormir.
- F.** El insomnio no se explica mejor por otro trastorno del sueño y no se produce exclusivamente en el curso de otro trastorno del sueño (p. ej. narcolepsia, parasomnia, trastorno del sueño relacionado con la respiración, trastorno del ritmo circadiano).
- G.** El insomnio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, medicamento o droga.
- H.** La coexistencia de trastornos mentales y afecciones médicas no explica adecuadamente la presencia de insomnio.

La Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño del año 2014 (ICSD-3), clasifica al insomnio en:

- Insomnio transitorio o de corta duración: Los síntomas duran días o menos de 3 meses.
- Insomnio crónico: Los síntomas tienen una duración ≥ 3 meses o los síntomas son intermitentes pero recurrentes a largo plazo.
- Otros trastornos de insomnio: Se tienen síntomas, pero no cumplen con los criterios de los otros dos tipos de insomnio.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de Trastorno de insomnio (ICSD-3)

- A.** El paciente reporta o los padres/cuidador observan uno o más de lo siguiente:
- 1) Dificultad para iniciar el sueño.
 - 2) Dificultad para mantener el sueño.
 - 3) Despertar más temprano de lo previsto.
 - 4) Resistencia de ir a la cama en un horario apropiado.
 - 5) Dificultad para dormir sin la intervención de los padres o cuidador.
- B.** El paciente reporta o los padres/cuidador observan uno o más de lo siguiente relacionado con la dificultad para dormir:
Fatiga/malestar, problemas en la atención, concentración o memoria, dificultad para realizar las actividades sociales, familiares, laborales, académicas, irritabilidad/cambios en el estado de ánimo, somnolencia diurna, problemas en la conducta (hiperactividad, impulsividad, agresividad), reducción en la motivación, energía o iniciativa, propensión a cometer errores/accidentes, propensión o insatisfacción con el sueño.
- C.** El problema de sueño/vigilia no se explica mejor por otro trastorno de sueño.
- D.** El problema de sueño no se explica sólo por una oportunidad inadecuada (ej. suficiente tiempo asignado para dormir) o circunstancias inadecuadas para dormir (ej. ambiente seguro, oscuro, tranquilo y confortable).
- E.** La dificultad de sueño y los síntomas diurnos ocurren al menos tres veces a la semana.
- F.** La dificultad de sueño y los síntomas diurnos deben estar presentes al menos tres meses.
- G.** El problema de sueño no se explica sólo por una oportunidad inadecuada (ej. suficiente tiempo asignado para dormir) o circunstancias inadecuadas para dormir (ej. ambiente seguro, oscuro, tranquilo y confortable).

2.2 Epidemiología del insomnio

Se estima que la prevalencia a nivel mundial de insomnio en población adulta está entre 10 a 30 % (Taylor et al., 2007, Zhang et al., 2019), esta proporción se

incrementa a 50 o 60 % cuando hay comorbilidades médicas y/o psiquiátricas asociadas (Aernout et al, 2021).

Empleando definiciones más estrictas, que incluyen una frecuencia de los síntomas de insomnio de al menos tres veces por semana, se han reportado prevalencias entre el 4 y el 9 % (Ohayon, 2002). En poblaciones específicas como pacientes en consulta externa de hospitales generales, la prevalencia de insomnio se ha estimado en 11.7%, en pacientes psiquiátricos este valor se incrementa de 23 a 60% (Morin et al., 2015). Por su parte, Perlis et al., (2019) realizaron un estudio prospectivo en buenos durmientes de ≥ 35 años y reportaron una incidencia anual del insomnio agudo de 27 %, aunque la mayoría de los participantes se recuperó, el 7 % desarrolló insomnio crónico y el 17 % desarrolló un sueño deficiente persistente, que no remitió a sueño normal ni progresó a insomnio crónico.

Algunos estudios realizados en México indican que la prevalencia de insomnio en población general oscila entre 14-35 % (Téllez et al., 2005; Gaona et al., 2021). Jiménez & Caraveo (2017) realizaron un estudio transversal sobre trastornos del sueño en una muestra representativa de habitantes entre 18 a 65 años de la Ciudad de México, los síntomas de insomnio reportados fueron de 37 %, seguido por somnolencia diurna (21.5 %) y ronquido habitual (9.9 %). Por su parte Guerrero & Torre (2018) estimaron la prevalencia de los síntomas más comunes de trastornos del dormir en adultos con 40 años o mayor edad en las áreas metropolitanas de cuatro ciudades: Ciudad de México, Montevideo, Santiago de Chile y Caracas (n=4 533), los tres principales síntomas fueron ronquido (60.2 %), insomnio (34.7 %) y siestas diurnas (29.2 %). Los hombres mexicanos tuvieron mayor frecuencia de ronquido (61.7 %) y siestas diurnas (24.3 %) mientras que las mujeres presentaron más insomnio (41.8 %) y uso de medicamentos sedantes (7.7 %).

2.3 Factores de riesgo del insomnio

Entre los factores de riesgo del insomnio tenemos: (Cunnington et al., 2013).

- Edad avanzada, esto se debe a la menor producción de melatonina que está

implicada en la regulación del ciclo sueño-vigilia, también se reduce la fase de ondas lentas por lo que el sueño es menos reparador y hay más despertares durante la noche.

- Es más frecuente en las mujeres, especialmente en el período perimenopáusico debido a los cambios hormonales que se dan en ese período de edad.
- Las personas con historia familiar de insomnio tienen más probabilidad de padecer este mismo problema de sueño, en comparación con aquellos que duermen bien. Diversos estudios indican que la predisposición genética se relaciona con mayor severidad del insomnio.
- Ciertos hábitos pueden incrementar el riesgo de insomnio, algunos incluyen realizar siestas largas en el día, beber café, tabaco o alcohol antes de dormir, horarios irregulares de sueño.
- Estrés y preocupaciones, tienen a crear un círculo vicioso entre la dificultad para conciliar el sueño y estar preocupado por el insomnio.
- Pobre nivel educativo, los hallazgos de investigaciones indican que hay una correlación inversamente proporcional entre los años de educación y los síntomas de insomnio, aun controlando el efecto de la edad, género y origen étnico. (Gellis et al., 2005).
- Bajo nivel socioeconómico, esto se explica por las disparidades en salud, por ejemplo, dificultad en el acceso a servicios de salud, vivir en hacinamiento, falta de servicios básicos en el hogar.
- Presencia de problemas médicos o psiquiátricos tales como afecciones cardíacas, asma bronquial, depresión, ansiedad.

2.4 Modelos sobre el origen y mantenimiento del insomnio

A continuación, se presentan los modelos más importantes sobre la etiología del insomnio crónico.

El modelo de control de estímulos propuesto por Richard Bootzin (1972), explica el origen de insomnio crónico basándose en el condicionamiento clásico. Señala que los sujetos sanos utilizan la cama para dormir, mientras que los insomnes usan el

dormitorio para muchas otras actividades lo que altera la asociación entre estímulos y respuesta. Es decir, nuestras conductas y pensamientos se encuentran relacionados a los estímulos que nos rodean. Aprendemos a reaccionar de una determinada manera ante ciertos estímulos, si una persona aprende a preocuparse en la cama, asociará la cama con preocupación. Por el contrario, si aprende a dormir rápido estando en la cama el individuo comenzará a asociar la cama con dormirse rápido (Jansson & Linton, 2008).

El modelo diátesis-estrés más conocido como el de las “3 Ps” sustenta que el insomnio se produce de forma aguda y se relaciona con factores predisponentes y precipitantes, la forma crónica del trastorno se mantiene por conductas mal adaptativas de afrontamiento llamados también factores perpetuantes (Spielman et al., 1987; Suh et al., 2014). Así pues, una persona puede ser propensa al insomnio debido a características de rasgo, experimenta episodios agudos a consecuencia de factores precipitantes y padecer insomnio crónico a consecuencia de factores conductuales. Los factores predisponentes incluyen aspectos genéticos, fisiológicos o psicológicos que confieren susceptibilidad al individuo. Los factores precipitantes son diferentes factores estresantes (ej. enfermedades médicas, estrés agudo, trastornos psiquiátricos) y/o factores sociales en los que hay cambios en el contexto del paciente (ej. necesidad de cuidar a un bebé en la noche) los cuales desencadenan problemas transitorios para conciliar y mantener el sueño. Los factores perpetuantes consisten en estrategias desadaptativas que adoptan los individuos ante el insomnio agudo en un intento por obtener más sueño, por ejemplo: exceso de tiempo en la cama, conductas no relacionadas con el dormir que se ejecutan en el dormitorio (Lancee et al., 2015; Ferini et al., 2021).

El modelo cognitivo de Harvey explica el papel de la acción cognitiva, en la generación sintomática de aspectos que mantienen el insomnio, definiendo la acción de las cogniciones en cuatro aspectos: 1) Excesiva negatividad en las creencias, 2) Un nivel elevado de activación y distrés, 3) Atención selectiva y monitoreo de conductas elevado y 4) Una percepción distorsionada del déficit de sueño. Estos cuatro factores generan tanto las conductas desadaptativas, que

refuerzan las creencias en la noche sobre la percepción negativa que se tiene del déficit de sueño real y durante el día la percepción errada del funcionamiento diurno, haciendo que el insomnio se mantenga a largo plazo (Harvey, 2002).

Según *el modelo neurocognitivo* el insomnio agudo es precipitado por el estrés, el insomnio persistente ocurre por la utilización de estrategias de manejo no adaptativas y el insomnio crónico ocurriría como resultado de una activación condicionada llamado también arousal cortical. La actividad EEG de alta frecuencia beta y gamma sería el resultado de un condicionamiento clásico (claves visuales o temporales generalmente asociadas con la somnolencia y el sueño), ya en ausencia de estresores situacionales. Estas frecuencias rápidas indicarían que el insomne continúa procesando la información (rumiación mental) tanto al inicio del sueño como durante el sueño no MOR (Perlis & Giles, 1997). Posteriormente, Buysse y colaboradores (2011) propusieron un nuevo modelo neurocognitivo el cual señala que el insomnio se caracteriza por una actividad electroencefalográfica similar a la de la vigilia durante el sueño no MOR. Así pues, los insomnes registran en el sueño no MOR patrones electroencefalográficos propios, tanto del sueño como de la vigilia en distintas regiones cerebrales.

Por último, en *el modelo psicobiológico del déficit de inhibición de vigilia* (Espie et al., 2006), los sucesos estresantes de la vida diaria elevan la activación fisiológica, así como la psicológica, hay un alto grado de activación fisiológica, cognitiva y emocional (Wilsmore et al., 2013). El sujeto centra su atención en estos factores estresantes, lo que causa la aparición de los síntomas de insomnio y su mantenimiento. La autora propone un modelo para entender el insomnio como un fallo de los mecanismos que llevan a conciliar el sueño normalmente; dormir bien es una función automática asociada a factores como: Una situación fisiológica determinada (cansancio interno), un momento del día que generalmente es al llegar la noche y un ambiente adecuado, como la cama y habitación agradables. Cuando no se dan las condiciones no se cumple la función automática del dormir, así una situación fisiológica no adecuada, un ambiente no propicio o una activación

fisiológica o cognitiva son los elementos que pueden llevar al individuo a no dormir (Okajima et al., 2014).

Tabla 3. Resumen de las teorías sobre el origen y mantenimiento del insomnio crónico

	Autor	Propuesta	Aportaciones	Limitaciones
Control de estímulos	Bootzin	El condicionamiento clásico interviene en el origen y mantenimiento del insomnio	Introduce la técnica de control de estímulos para el tratamiento del insomnio	No considera otros factores implicados en la manifestación y mantenimiento del insomnio
Modelo de las 3 Ps	Spielman & Glovinsky	Explica la etiología del insomnio por factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes.	Introduce la técnica de restricción del sueño, derivada de este modelo.	No considera la influencia del ritmo sueño-vigilia: No tiene en cuenta el papel del condicionamiento.
Modelo cognitivo	Harvey	El insomnio se debe a una excesiva preocupación por la falta de sueño y su posible repercusión en el funcionamiento durante la vigilia.	Considera la excesiva activación cognitiva en el origen y mantenimiento del insomnio.	No explica los tipos de pensamientos que predisponen al insomnio. No valora la implicación de otras variables
Modelo neurocognitivo	Perlis & Giles Perlis et al. Buysse et al.	Basado en el modelo de las 3 Ps, propone interacción entre factores cognitivos y conductuales. El estado de hiperactivación cortical se refleja en ritmos rápidos	Visión integradora la hiperactivación cortical	No explica si existe disfunción de los mecanismos cerebrales que regulan el sueño.

		en el EEG durante el sueño no MOR		
Modelo psicobiológico déficit de inhibición de vigilia	Espie Espie et al.	Resalta la importancia de centrar la atención en factores estresantes	Atribuye el insomnio a dificultades para inhibir el estado de vigilia	Necesita validación

Fuente: Alteraciones cognitivas y emocionales del insomnio crónico. Medrano & Ramos, 2016

2.5 Creencias del sueño e insomnio

En varios trastornos psiquiátricos se produce un procesamiento cognitivo que tiene una serie de características que han sido bien estudiadas. A continuación, se describen las más frecuentes (Carney & Edinger, 2006; Morin & Belángier, 2011):

-Inferencia arbitraria: Sacar una conclusión específica sin evidencia suficiente.

-Abstracción específica (filtro mental): Focalizarse en un solo detalle ignorando otros aspectos más importantes de una experiencia.

-Hipergeneralización: Llegar a conclusiones basados en una experiencia muy limitada y muy estrecha.

-Magnificación y minimización: Sobre o infravalorar el significado de un suceso en particular.

-Personalización: Tendencia a auto referir los sucesos externos sin base suficiente.

-Pensamiento absolutista o dicotómico: Tendencia a colocar la experiencia en categorías de todo o nada.

-Descalificación de lo positivo: Rechazo de las experiencias positivas argumentando que “no cuentan”.

-Deberes e imperativos: Auto imposiciones generalmente no realistas.

-Lectura del pensamiento: Se presume saber lo que el otro está pensando sin molestarse en comprobarlo.

-Rueda de la fortuna: Se considera que algo va a salir mal antes de haya indicios para pensarlo.

-Sacar conclusiones precipitadas: Llegar a conclusiones precipitadas sin disponer de datos suficientes que las apoyen.

Las creencias hacia el sueño constituyen un elemento importante que tiende a perpetuar el insomnio. Sin embargo, en ocasiones resulta difícil, tanto para el paciente como para el terapeuta, identificar estos pensamientos disfuncionales, pues suelen ser automáticos y, a veces, ni el paciente es consciente de ellos. La mayoría de los pacientes insomnes sobreestiman el tiempo de latencia para el inicio del sueño, mientras que subestiman el tiempo que pasan dormidos (Fortier et al., 2012). Es una creencia común que una buena noche de sueño aumenta las emociones positivas y el bienestar durante el día, en cambio una mala noche de sueño incrementa las emociones negativas y la irritabilidad (Chang et al., 2018). Asimismo, se ha señalado que, durante el día, la ansiedad y la preocupación sobre las consecuencias del insomnio conducen a una percepción sesgada de los déficits diurnos, atribuyendo todos sus problemas al hecho de no dormir bien. Khan et al. (2017) apoyan estos supuestos y concluyen que las emociones negativas como la tristeza, frustración e ira tienen efectos perjudiciales sobre el sueño en la mayoría de los casos, mientras que las emociones positivas como el amor o la felicidad están relacionadas con un mejor sueño.

Algunos tipos de creencias disfuncionales más frecuentes en insomnes son: el catastrofismo (pensar en las peores consecuencias que ocurrieron u ocurrirán), el pensamiento dicotómico (tendencia a definir todas las experiencias como buenas o malas, positivo o negativo), expectativas irreales sobre el sueño y las consecuencias diurnas del insomnio (Woodley & Smith, 2006). El papel predictivo de estas creencias en la respuesta a la terapia cognitivo-conductual fue investigado, los resultados indican que las puntuaciones altas sobre las creencias sobre el dormir predicen cambios en el tiempo de latencia de sueño, también predicen un pobre resultado en el tratamiento (Wang et al., 2020). Otro estudio encontró que las creencias relacionadas con el sueño tienen un pequeño papel predictivo en la mejoría del sueño y en los síntomas diurnos del insomnio después de recibir terapia cognitivo-conductual, estas creencias sólo predecirían la respuesta al tratamiento

en la eficiencia de sueño y somnolencia diurna (Koffel et al., 2015). Por otro lado, Eidelman et al. (2016) condujeron un ensayo clínico aleatorizado en donde se aplicaron tres intervenciones psicoterapéuticas a pacientes insomnes (terapia conductual, terapia cognitiva y terapia cognitivo-conductual), se hicieron mediciones antes de comenzar el tratamiento, al concluirlo, a los seis y doce meses de postratamiento. Se encontró que los tres tipos de terapia modificaron de forma significativa las creencias sobre el sueño, especialmente la terapia cognitiva y la terapia cognitivo-conductual.

2.6 Hábitos de sueño en pacientes con insomnio

Hay evidencia de que las personas con insomnio tienen hábitos y conductas que alteran el sueño p.ej. siestas en el día, horarios irregulares de acostarse y levantarse, permanecer mucho tiempo acostado en cama sin dormir, utilizar dispositivos electrónicos antes de la hora de sueño, consumo de sustancias estimulantes del sistema nervioso central (Nakata et al., 2004; Chung et al., 2018). Además, las preocupaciones sobre el insomnio, activarían el sistema nervioso simpático, esto daría lugar a un estado de ansiedad que facilitaría la atención selectiva y el monitoreo de estímulos internos y/o externos cuyo significado es magnificado. A su vez, las creencias erróneas en torno al dormir se incrementarían y la implementación de conductas de seguridad para dormir alimentaría el malestar psicológico existente (Van Houdenhove et al, 2018).

El hallazgo más consistente sobre los hábitos de dormir inadecuados e insomnio es el consumo de moderadas y grandes cantidades de cafeína antes de acostarse provoca efectos negativos sobre el sueño: prolonga el tiempo de latencia del dormir, reduce el tiempo total de sueño, se acorta la duración de las fases 1, 2 y 3 del sueño no MOR, el tiempo de despertares después de iniciado el sueño se incrementa y la calidad de sueño empeora (Pigeon et al., 2008). Sin embargo, esta evidencia no puede aplicarse a gente que no consume café antes de ir a la cama y tiene problemas para dormir.

Al igual que la cafeína, el consumo de nicotina promueve la activación y despertares durante la noche por la estimulación de las neuronas colinérgicas en el prosencéfalo

(Drake et al., 2013). Los efectos descritos sobre el sueño son prolongación del tiempo de latencia del sueño, reducción del tiempo total del dormir, despertares precoces en la madrugada y decremento del sueño MOR y del sueño de ondas lentas. En pacientes dependientes al tabaco, la abstinencia de esta sustancia ocasiona frecuentemente un incremento en los despertares determinado por medidas de auto reporte y polisomnografía (Jaehne et al., 2009). Wilsmore y colaboradores (2013) realizaron un estudio transversal en participantes de 16 a 84 años (n=22,389) casi la mitad de los participantes (45 %) reportaron síntomas de insomnio al menos una vez por semana, uno de cada cinco cumplía con criterios diagnósticos de trastorno de insomnio. La somnolencia diurna (OR: 1.75 IC_{95%}:1.50-2.05), depresión (OR: 2.01, IC_{95%}: 1.74-2.32) y apnea del sueño (OR: 1.92, IC_{95%}:1.59-2.32) estuvieron asociadas con insomnio. También se encontró una asociación significativa en la insatisfacción del sueño con el horario de trabajo prolongado (OR: 1.01, IC_{95%}:1.007-1.015), la dependencia al alcohol (OR: 1.16, IC_{95%}: 1.09-1.16) y trabajo por turnos (OR: 1.36, IC_{95%}: 1.07-1.74)⁴⁷. Otra investigación reportó hallazgos similares sobre el cambio en el turno de trabajo, aquellos trabajadores con rotación de turno tuvieron mayor dificultad para conciliar el sueño (21 % vs 12 %), la probabilidad de accidente fue mayor (19.5 % vs 8.8 %) y hubo más bajas médicas (62.8% vs 38.5 %) en comparación a trabajadores con turno fijo. Ishigooka et al. (1999) encontraron que tener horarios irregulares de sueño y levantarse muy tarde de la cama estuvieron asociados a insomnio de largo plazo. Por su parte, Brunborg et al. (2011) hallaron una relación positiva entre el uso de computadoras y teléfono celulares en el dormitorio y sueño no reparador.

2.7 Insomnio y depresión

La evidencia de los estudios que investigaron el curso y evolución de estos dos trastornos indica que la depresión se asocia con el insomnio. A menudo el insomnio se presenta antes que la depresión y predice la recurrencia de los episodios depresivos (Hertenstein et al., 2019; Jindal & Thase, 2004). Por ejemplo, los individuos diagnosticados de insomnio y depresión manifiestan mayor activación mental antes del sueño, más creencias y actitudes disfuncionales sobre el sueño,

se esfuerzan más para dormir, tienen peor nivel de funcionalidad en comparación con pacientes insomnes no deprimidos (Baglioni et al., 2011; McCallet al., 2010).

Ford y Kamerow (1989) observaron que el riesgo de desarrollar un nuevo episodio de depresión mayor era más alto en los pacientes insomnes al inicio del estudio y que persistió un año más tarde al compararlos con aquellos sin insomnio o si lo tenían al inicio se resolvía al poco tiempo. También se encontró que la presencia de insomnio está relacionada con mayor duración del episodio depresivo, mayor número de episodios depresivos y severidad de los síntomas afectivos, acorta el tiempo de aparición de un nuevo episodio. Li et al. (2016) publicaron un meta-análisis de 34 estudios prospectivos que estudiaron esta asociación, los resultados confirmaron la relación de estos dos trastornos (RR=2.27, IC 95% 1.89-2.27) y se reafirma la importancia de la prevención y tratamiento oportuno.

Otros estudios se han enfocado en investigar si el insomnio aparece luego de un episodio depresivo, por ejemplo, Ohayon & Roth (2003) realizaron un estudio retrospectivo con una importante muestra de cuatro países europeos (n=14,915), en 41.7 % de los casos los síntomas de insomnio se presentaron antes del primer episodio afectivo (trastorno bipolar o depresión), 29.4 % aparecieron al mismo tiempo y 28.9 % reportó después del inicio del episodio depresivo, estos resultados sugieren que en los individuos con insomnio y depresión, el insomnio no siempre es un síntoma del trastorno depresivo. Dado que la alteración del sueño forma parte de los criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor, podría objetarse que el insomnio indica la existencia de una depresión subclínica, sin embargo, hallazgos en adultos jóvenes y mayores confirman el peso importante del insomnio en la aparición de depresión al compararlo con otros síntomas específicos de este trastorno afectivo cuando se valora la contribución independiente de cada uno de ellos ^{58,59}. Por otra parte, los síntomas residuales de depresión son comunes luego del tratamiento antidepresivo. Nierenberg et al. (1999) encontraron que sólo 19 participantes (17.6 %) de 108 no refirieron síntomas residuales después de ocho semanas con fluoxetina; el síntoma más frecuente fue insomnio (44 %). Una limitante de este estudio fue que no se tuvo un grupo control.

2.8 Evidencia de la terapia cognitivo-conductual en el insomnio y depresión

La Academia Americana de Medicina del Sueño (AASM, 2014) recomienda el uso de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de insomnio primario y asociado con alguna comorbilidad médica o psiquiátrica. La TCC incluye técnicas como educación en higiene del sueño, instrucciones en el control de estímulos, restricción del tiempo en cama, intención paradójica y estrategias cognitivas. Es aplicada en el curso de cuatro a doce sesiones, cada sesión puede programarse una vez a la semana con una duración de 30 a 60 minutos (Riemman & Perlis, 2009).

La técnica *control de estímulos* consiste en un conjunto de procedimientos de instrucción diseñados para restringir las conductas incompatibles con el sueño y regular el ciclo sueño/vigilia, como: ir a la cama solo cuando se tenga sueño, usar la cama y el dormitorio solo para dormir y para la actividad sexual, levantarse e ir a otra habitación siempre que no sea posible quedarse dormido, regresar a la cama cuando se tenga sueño y repetir este paso tantas veces como sea necesario a lo largo de la noche y levantarse por la mañana siempre a la misma hora, independientemente de lo que se haya dormido (Zwart & Lisman, 1979; Cheung et al., 2019).

Restricción del tiempo en cama pretende limitar la cantidad de tiempo que se pasa en cama al tiempo real de sueño. Los tiempos se determinan según la duración estimada de sueño a partir de un diario de sueño. De tal modo que un paciente que duerme seis horas y pasa en cama ocho horas, su eficiencia de sueño es del 75%, por lo tanto, se le permitirá, durante la primera semana, estar en cama únicamente por seis horas. Los ajustes semanales en la cantidad de horas de sueño permitidas se harán según a la eficiencia de sueño hasta alcanzar nivel óptimo en la duración del dormir (Miller et al., 2014).

Medidas de higiene del sueño hacen referencia a la práctica de hábitos y factores ambientales compatibles con el sueño. Las reglas incluyen: acostarse únicamente cuando se tiene sueño, levantarse a la misma hora todos los días, incluyendo fines de semana, no dormir siestas, no beber alcohol en las dos horas previas a acostarse, no consumir cafeína ni nicotina por lo menos de cuatro a seis horas antes de dormir, practicar ejercicio regularmente, pero evitar el ejercicio intenso varias horas antes de ir a la cama, buscar un entorno confortable en relación a la intensidad de luz, nivel de ruido, temperatura de la habitación, calidad de la almohada y el colchón (Irish et al., 2015).

La *reestructuración cognitiva* permite modificar creencias y actitudes disfuncionales sobre el sueño. Se basa en el supuesto de que modificando tales cogniciones disfuncionales se aliviará la angustia emocional y mejorarán los patrones de sueño. Implica identificar las cogniciones individuales, desafiar su validez y reemplazarlas por pensamientos más adaptativos, mediante el uso de técnicas de reestructuración, como el entrenamiento en reatribución, la cambiar los pensamientos catastróficos, la comprobación de hipótesis o el cambio atencional (Ellis et al., 2007).

Los objetivos específicos para la intervención incluyen: expectativas irreales del sueño, errores conceptuales sobre las causas del insomnio, errores en las atribuciones/amplificaciones de sus consecuencias, ansiedad ante la situación originada por los excesivos intentos por controlar el proceso de sueño e indefensión aprendida asociada con el insomnio (Castronovo et al., 2018).

La *intención paradójica* es una técnica cognitiva que consiste en hacer todo lo posible por mantenerse despierto para aliviar la ansiedad que surge de la obligación de conciliar el sueño. Paradójicamente si el paciente deja de intentar conciliar el sueño y trata de mantenerse despierto el mayor tiempo posible, se espera que la

ansiedad disminuya, de esta forma el sueño puede ocurrir con mayor facilidad (Perlis, 2010).

La *terapia de relajación* comparte la premisa de que el estrés, la ansiedad o el exceso de activación interfieren con el sueño. La relajación muscular progresiva (RMP) y el entrenamiento autógeno van dirigidos, principalmente, a reducir la activación fisiológica (Morgenthaler et al., 2006).

El orden de las terapias puede variar, pero de alguna manera el estándar es empezar con educación sobre el sueño, tratamiento racional y seguir con control de estímulos y restricción de sueño. Se ha visto que la TCC es efectiva tanto en formato individual como grupal (Yamadera et al., 2013). Un meta-análisis sobre la efectividad de la terapia cognitivo en pacientes insomnes reportó diferencias estadísticamente significativas sobre la calidad de sueño, tiempo de latencia del sueño, número de despertares y severidad del insomnio, d de Cohen entre 0.41-0.86, (van der Zweerde et al., 2019). Hallazgos similares fueron encontrados por Okajima et al. (2013) al concluir la TCC el tiempo de sueño en los pacientes insomnes se incrementó treinta y siete minutos, el tiempo de los despertares se redujo a veinticinco minutos y el tiempo de latencia del sueño se redujo a 20.6 minutos. Otras investigaciones indican que el tratamiento combinado con medicamento y terapia cognitivo-conductual redujo la severidad del insomnio cuando se realizó el seguimiento postratamiento (Morin et al., 2014; Cheung et al., 2019).

Debido a que el insomnio es un factor predictor de recurrencia del trastorno depresivo, algunos investigadores han cuestionado si la terapia cognitivo-conductual dirigida a tratar el insomnio (TCC-I) podría tener un papel relevante en el tratamiento del problema afectivo. Manber et al. (2008) evaluaron en treinta sujetos con insomnio y depresión que recibían escitalopram, todos fueron asignados aleatoriamente al grupo de TCC-I o al grupo control en que se aplicó una técnica de

desensibilización durante siete semanas, aquellos que estuvieron en el primer grupo presentaron una remisión considerable de los síntomas de insomnio (50 %) y depresión (61.5 %) en comparación con el segundo grupo (33.3 % depresión y 7.7% insomnio). Cabe mencionar que, las diferencias no fueron estadísticamente significativas debido al tamaño de muestra pequeño.

Estos hallazgos son consistentes con otro ensayo clínico en el que aplicó un modelo de terapia conductual para el insomnio y el tratamiento convencional con antidepresivos en pacientes con insomnio y depresión refractarios.

Los individuos del primer grupo presentaron una mejoría significativa en la calidad de sueño y depresión respecto a los pacientes a los que se les prescribió un antidepresivo. Algunos expertos recomiendan incorporar elementos de la terapia cognitivo-conductual dirigida a tratar la depresión (TCC-D) para mejorar la adherencia al tratamiento y hacer frente a los problemas ocasionados por la falta de motivación, evitación y pensamientos automáticos depresivos.

La TCC-I también incluye elementos de la TCC-D como la técnica de control de estímulos, la terapia de relajación y la reestructuración cognitiva sobre los pensamientos automáticos acerca del sueño ⁷⁶. Mediante la revisión de artículos publicados en revistas internacionales se eligió la intervención de González y colaboradores (2015) que se aplicará en los participantes de esta investigación.

Tabla 4. Evidencia de la guía de tratamiento cognitivo-conductual para el insomnio (Michael Perlis et al., 2005)

Artículo	Participantes	Método	Resultados
The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in patients with Chronic Pain. Jungquist et al. (2010)	Pacientes con insomnio + dolor crónico (n=28)	Aplicación de 8 sesiones de TCC-I individuales utilizando el programa de Perlis. Se hizo la comparación con un grupo control.	Se observó reducción en latencia de sueño, WASO y número de despertares, $p < 0.01$. También hubo mejoría en la eficiencia de sueño $p=0.002$ y severidad del insomnio $p=0.0277$ en el grupo con TCC-I.
Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Trial. Talbot et al. (2014)	Participantes con T. de estrés postraumático + insomnio (n=45).	Dos grupos: 1) TCC para el insomnio (n= 29) y 2) Grupo control en lista de espera (n=16).	TCC-I mejoró el insomnio y se mantuvieron realizar una evaluación a los 6 meses postratamiento $t=7.62$, $p < 0.001$, $d= 1.59$. En el diario de sueño y polisomnografía (< latencia del sueño, WASO; > eficiencia del sueño, tiempo total del sueño y mayor energía) en comparación con el grupo control.
Change in Quality of Life after Brief Behavioral Therapy for Insomnia in Concurrent Depression: Analysis of the Effects of a Randomized Controlled Trial. Shimodera et al. (2014)	Pacientes diagnosticados con T. depresivo mayor + insomnio crónico (n=37)	Aleatorización de los participantes a dos grupos de tratamiento: 1) Tratamiento convencional y 2) tratamiento convencional +TCC por 4 semanas	A las ocho semanas, el grupo que recibió el tratamiento combinado tuvo una mejoría significativa en calidad de vida ($p=0.006$), funcionamiento social ($p=0.002$) y salud mental ($p=0.041$) en comparación con el otro grupo.
Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia, but not Armodafinil, Improves Fatigue in Cancer Survivors with Insomnia: A randomized placebo-controlled trial. Heckler et al. (2016)	Pacientes sobrevivientes al cáncer con insomnio crónico (n=96).	Sujetos fueron aleatorizados en 4 grupos: 1) TCC-I+placebo, 2) TCC-I+ armodafinilo 50 mg, 3) Placebo y 4) Armodafinilo 50 mg. La TCC-I fue individual en siete sesiones.	TCC-I con o sin armodafinilo resultó en reducción significativa en la fatiga relacionada con el cáncer. El análisis de ecuaciones estructuradas encontró que la reducción en la severidad del insomnio fue directamente responsable en la mejoría de la fatiga (0.114, $p < 0.001$).

Artículo	Participantes	Método	Resultados
Randomized Placebo-Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy and Armodafinil for Insomnia After Cancer Treatment. Roscoe et al. (2015)	Pacientes sobrevivientes al cáncer con insomnio en los últimos tres meses (n= 96)	Aleatorizados en 4 grupos: 1) TCC-I + placebo n=24, 2) Armodafinilo n=24, 3) TCC-I + armodafinilo n= 23 y 4) Grupo control n=25. La TCC-I fue individual, de siete sesiones.	Hubo cambios en los grupos de TCC-I +armodafinilo (p=0.001) y TCC-I+ placebo (p=0.010) en la severidad del insomnio y la calidad del sueño en comparación con el grupo placebo. Estos resultados se mantuvieron a los 3 meses de seguimiento. No hubo diferencias entre el grupo control y el grupo que sólo recibió el medicamento.
The Efficacy of cognitive-Behavioral therapy (CBT) as related to sleep quality and hyperarousal level in the treatment of primary insomnia. Gałuszko-Węgielnik (2012)	Participantes con insomnio primario (n= 36).	Los participantes recibieron TCC-I individual entre 8 a 10 sesiones. Se hizo una medición basal y postratamiento a los 3 meses.	Se encontró mejoría en la latencia de sueño, número de despertares en la noche y eficiencia del sueño. Así también en el caso de la activación psicofisiológica (52.3 vs 42.4, p < 0.0001) y los puntajes de la escala de Atenas para insomnio (15.7 vs 6.8, p < 0.0001)
Effectiveness of a CBT Intervention for Persistent Insomnia and Hypnotic Dependency in an Outpatient Psychiatry Clinic. Taylor et al. (2015)	Pacientes con insomnio crónico que recibieron tratamiento con hipnóticos (n=23).	Dos grupos de tratamiento: 1) TCC-I de 5 sesiones individuales n=13 y 2) Tratamiento convencional n= 10.	El grupo que recibió TCC-I tuvo cambios significativos en el sueño (46 %). Sin embargo, no se observaron cambios en los síntomas depresivos, de ansiedad, en la calidad de vida y se reusaron a dejar el tratamiento con hipnóticos.

CAPÍTULO 3

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Planteamiento del problema

Se estima que entre el 60-70 % de los pacientes ambulatorios con depresión refiere problemas en el inicio y mantenimiento del sueño (Geiger et al.,2015). Hay evidencia que reporta mejoría de los síntomas depresivos y reducción de la recurrencia de un nuevo episodio depresivo cuando se trató el insomnio con terapia cognitivo-conductual (Fernández et al., 2015) ^{86,87}, sin embargo, hay otras investigaciones que mostraron los beneficios de los medicamentos antidepresivos en la mejoría de los síntomas del insomnio y depresión (Salo et al., 2012).

Existe una estrecha interrelación entre los procesos de sueño y el estado general de salud física y psicológica de una persona. Los efectos del insomnio suelen desaparecer cuando se restablece el tiempo normal de sueño, no obstante, a largo plazo se han observado consecuencias más graves (O'Brien et al., 2011). Un estudio realizado por Kripke et al. encontraron que la mortalidad en individuos que dormían menos de cuatro horas fue el doble que en gente que habitualmente dormía 7-8 horas. Además, una investigación realizada por Breslau et al. (1996) demostraron que las personas que tenían un sueño deficiente presentaban una prevalencia incrementada de depresión, ansiedad y trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

Los objetivos del tratamiento dirigido al insomnio son mejorar la cantidad y calidad del sueño y reducir las repercusiones en el funcionamiento diurno (Hood et al., 2014). Independientemente de la opción terapéutica que se elija, es importante analizar y ayudar al paciente a corregir aquellas ideas erróneas que tenga sobre el sueño, así como sus preocupaciones y expectativas. La mayoría de personas con insomnio crónico sobreestiman el tiempo de inicio del sueño y al mismo tiempo subestiman el tiempo que permanecen dormidos (Hohagen et al, 1994).

Los beneficios en los pacientes con insomnio que reciben alguna modalidad de tratamiento son positivos, se ha encontrado información en la revisión de la literatura sobre los cambios en el insomnio y la calidad de vida (Rybarczyk et al., 2002;

Richardson & Roth, 2001). No obstante, la correlación entre los hábitos y creencias disfuncionales sobre el sueño no es concluyente.

Si bien el medio ambiente, el estilo de vida y el estado de salud pueden influir sobre la reacción de una persona a los medicamentos, entender la constitución genética de un individuo es la clave para prescribir el mejor tratamiento disponible desde el principio, en lugar de utilizar el método tradicional de prueba y error para encontrar el medicamento adecuado en el tratamiento del insomnio (Beaulieu et al., 2008; Richey et al., 2011).

3.2 Justificación

Los trastornos del sueño son un motivo de consulta frecuente, tanto en servicios de medicina general como en salud mental. Más de la mitad de los pacientes de atención primaria se quejan de insomnio si se les pregunta por el sueño, un tercio lo mencionan a su médico por iniciativa propia y sólo el 5% acude al médico con el objetivo de recibir tratamiento para este problema (Cheung et al., 2014).

Son conocidas las graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales de los trastornos de sueño dentro de las que se mencionan baja productividad en el trabajo, ausentismo laboral, menor calidad de vida, riesgo de accidentes, mayor uso de servicios de salud, incremento en los costos en la atención directos e indirectos en comparación con gente sin insomnio (Daley et al., 2009); estas consecuencias se agravan cuando existe comorbilidad con depresión, ansiedad u otro trastorno mental (Tsuno et al., 2005). Se dice que el impacto del insomnio en la salud y bienestar podría estar subestimado debido a que muchas personas afectadas buscarían ayuda médica después de varios meses o años y se tiene poca información sobre el costo-efectividad de la atención en los servicios de salud mental (Scott et al., 2011).

Algunos estudios internacionales han mostrado la utilidad de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio en pacientes deprimidos utilizando el manual de Perlis y otros programas de terapia cognitivo-conductual empleando la TCC sola o combinada con medicamentos hipnóticos en los que se evaluó el efecto agudo

postratamiento y se hizo un seguimiento de hasta un año luego de terminada la intervención (Wu et al., 2015; Ríos et al.,2019).

En México son pocos los programas de psicoterapia disponibles para el tratamiento del insomnio; el hecho de contar con un manual del orientador en español será de utilidad en la capacitación de personal médico, enfermería y psicología en centros de salud y hospitales donde se cuente atención a la salud mental.

Nuestro estudio plantea aportar información sobre los aspectos relevantes en la salud mental de la gente con insomnio y síntomas depresivos que recibirá tratamiento combinado con tratamiento farmacológico y terapia cognitivo-conductual, con el propósito de ayudar al desarrollo de mejores modelos de atención. Indirectamente, estas estrategias ayudarían a mejorar la calidad de vida de los pacientes insomnes al reducir el deterioro en la salud mental y sus consecuencias.

3.3 Pregunta de investigación

¿El programa de terapia cognitivo-conductual será útil para modificar las creencias y hábitos de sueño de individuos con trastorno de insomnio y depresión?

3.4 Objetivos del estudio

3.4.1 Objetivo general

- Evaluar una intervención de terapia cognitivo-conductual dirigida a modificar las creencias y hábitos de sueño en individuos con trastorno de insomnio y depresión.

3.4.2 Objetivos específicos

- Identificar el tipo de creencias relacionadas con el sueño en los participantes insomnes antes y después de la intervención asignada.
- Describir el uso de las medidas de higiene del sueño en los participantes insomnes antes y después de la intervención asignada.
- Determinar los cambios en el nivel de insomnio, depresión, pensamientos rumiativos y otras variables de sueño (severidad del insomnio, el tiempo total

de sueño, número de despertares, horarios de dormir y eficiencia del sueño) en los participantes antes y después de la intervención asignada.

- Comparar el cambio clínico observable de los hábitos y creencias del sueño entre los grupos de tratamiento.

3.5 Hipótesis de investigación

- Los participantes mostrarán cambios significativos en las creencias y hábitos del sueño antes y después la intervención con terapia cognitivo-conductual.
- Aquellos participantes que reciban el tratamiento farmacológico junto con la intervención psicoterapéutica presentarán más cambios en sus creencias y hábitos de sueño en comparación con el grupo que sólo recibieron fármacos hipnóticos o terapia cognitivo-conductual para tratar el insomnio.

3.6 Método

3.6.1 Diseño del estudio

El diseño del estudio es longitudinal y cuasi-experimental.

3.6.2 Población, lugar y tiempo

La población de estudio estuvo conformada por pacientes con insomnio y depresión leve o moderada que asistieron a consulta externa de la Clínica del Sueño del Instituto Nacional de Psiquiatría y cumplieron con los criterios diagnósticos según la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5).

3.6.3 Variables del estudio

Tabla 5. Variables incluidas en el estudio

	Nombre de variable	Instrumento	Tipo de variable
Variables socio-demográficas	Edad	Hoja de datos generales	Cuantitativa
	Género	Hoja de datos generales	Dicotómica
	Estado civil	Hoja de datos generales	Nominal
	Escolaridad	Hoja de datos generales	Ordinal
	Ocupación	Hoja de datos generales	Nominal

Variabes de interés	Insomnio	Índice de severidad del insomnio	Cuantitativa
	Depresión	Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9)	Cuantitativa
	Rumiación	Escala de respuestas rumiativas (RRS)	Cuantitativa
	Higiene del sueño	Escala de prácticas de higiene del sueño (EPHS)	Cuantitativa
	Creencias sobre el sueño	Escala de creencias disfuncionales y actitudes sobre el sueño (DBAS)	Cuantitativa

3.6.4 Muestra del estudio

Como se probará el programa de terapia cognitivo-conductual de Perlis y colaboradores (2005) traducido al español, la muestra que se utilizará será por conveniencia (n=29) y estará conformada por los individuos que cumplan con los criterios de inclusión. Se conformaron tres grupos de intervención: el primero recibió tratamiento farmacológico (n=10), el segundo grupo de participantes sólo recibió terapia cognitivo-conductual (n=9) y estarán registrados en una lista de espera del curso psicoeducativo sobre insomnio que es impartido en la clínica del sueño, el tercer grupo (n= 10) recibieron tratamiento combinado con fármacos hipnóticos y terapia cognitivo-conductual.

3.7 Criterios de selección

3.7.1 Criterios de inclusión

- Participantes que sepan leer y escribir.
- Edad entre 20-55 años.
- Participantes con el diagnóstico de insomnio y depresión según los criterios diagnósticos del DSM-5.
- Participantes que alcancen un puntaje en la escala ISI > 10 puntos.

- Individuos que tengan un tratamiento antidepresivo y /o hipnótico con dosis estable \geq 1 mes.

3.7.2 Criterios de exclusión

- Participantes que haya recibido tratamiento psicoterapéutico previo para tratar el insomnio o la depresión.
- Diagnóstico de Trastorno bipolar, esquizofrenia o riesgo de suicidio actual.
- Participantes con problemas de abuso o dependencia a sustancias.
- Participantes con enfermedad médica o psiquiátrica que altere el inicio y curso del sueño.
- Uso de medicamentos que afecten el sueño.
- Rechazar participar en el estudio.

3.7.3 Criterios de eliminación

- Se eliminaron del estudio a los participantes que no terminaron las evaluaciones y aquellos que dieron información incompleta.

3.8 Instrumentos

3.8.1 Índice de severidad del insomnio (ISI)

Es un instrumento que fue diseñado por Bastien (2001) con el objetivo de hacer un escaneo breve del insomnio y una evaluación de los cambios en el insomnio. El contenido de la escala corresponde a los criterios del DSM-IV para insomnio y evalúa la percepción actual (dentro de las dos semanas anteriores) del paciente en relación a la severidad de los síntomas, el distrés y la disfunción diurna. Son 7 preguntas de autoevaluación que incluyen la severidad del insomnio de inicio y de mantenimiento, satisfacción con el patrón actual de sueño, interferencia con el funcionamiento diurno, disfunción atribuida al problema de sueño y el grado de preocupación causado por el insomnio. Cada pregunta se contesta de acuerdo a una escala tipo Likert de 5 puntos (0=De ninguna manera, 4=extremadamente), y el rango de puntuación va de 0-28. Una puntuación de 0-7 indica que no hay insomnio clínicamente significativo; de 8-14 puntos es el subumbral de insomnio; 15-21 puntos indica insomnio clínico de severidad moderada; 21-28 puntos es sugestivo

de insomnio severo. La consistencia interna de este instrumento está representada por un alfa de Cronbach de 0.74 a 0.78 (Morin et al., 2011).

3.8.2 Diario de sueño

El diario de sueño se considera el “gold estándar” para la evaluación subjetiva del sueño; este instrumento debe llenarse día a día y se da instrucciones al paciente para que no esté pendiente del reloj durante la noche, pues el registro es un ejercicio de apreciación subjetiva y no una medición objetiva (Carney et al., 2012). Los diarios se deben hacer al menos durante 2 semanas antes de iniciar el tratamiento y durante todo el tiempo que dure éste. Ayudan a establecer el grado de severidad inicial del problema, a la vez que permiten valorar los cambios que se van produciendo durante el tratamiento, lo cual refuerza su eficacia al permitir al paciente constatar las mejorías. Asimismo, permite controlar el cumplimiento del tratamiento y sirve de soporte para la aplicación de alguna de las técnicas conductuales que se utilizan habitualmente (Léger et al., 2012).

Aunque los datos que se obtienen a partir de estos registros subjetivos difieren de las medidas objetivas del sueño registradas mediante polisomnografía, representan una estimación válida y fiable, y el hecho de que sean cotidianas y por períodos prolongados les confiere en la práctica una utilidad mayor que la medida poligráfica objetiva y minuciosa de una o varias noches aisladas. En definitiva, a pesar de algunas limitaciones, el diario de sueño es el método más económico y práctico para evaluar el insomnio y su tratamiento (Brown et al., 2002). Otra información importante es el tiempo de latencia de sueño, tiempo total de sueño, tiempo en cama y eficiencia de sueño. No existe un formato único de diario de sueño, hay variaciones en cuanto a las opciones de registro de las respuestas: estimaciones numéricas sueño/vigilia, escala analógica visual, escala tipo Likert (Harvey, 2000).

3.8.3 Escala de Prácticas de Higiene del Sueño (EPHS)

La EPHS es una escala auto aplicable de 30 reactivos, diseñada por Yang, Lin, Hsu y Cheng (2010) para evaluar la práctica de actividades diurnas y hábitos de sueño que pueden repercutir negativamente en el sueño¹⁰⁸. Los ítems conforman cuatro

dominios: 1) conductas relacionadas con la vigilia (11 ítems, ej. tener una conversación desagradable antes de ir a dormir), 2) horario y tiempo de sueño (5 ítems, ej. duerme hasta tarde los fines de semana), 3) conductas de comida y bebida (6 ítems, ej. toma bastante agua la hora previa antes de ir a dormir) y 4) entorno de sueño (8 ítems, ej. sentir demasiado calor o frío durante el sueño). Cada uno de los reactivos se contesta mediante una escala tipo Likert de 6 puntos que va de 1” nunca” a 6 “siempre”; para obtener el puntaje total se suman todas las respuestas de reactivos, el puntaje total va desde 30 a 150 puntos. Las puntuaciones más altas indican una higiene del sueño inadecuada.

El EPHS se ha utilizado en estudios internacionales que confirman que esta escala tiene buenas propiedades psicométricas (Gaultney & Gray, 2016). Para los distintos dominios, los coeficientes alfa de Cronbach alcanzaron valores entre 0.58 y 0.82.

El coeficiente de consistencia interna en un estudio realizado en población mexicana oscila entre 0.78 y 0.87 (Sandoval et al., 2022).

3.8.4 Cuestionario de Creencias Disfuncionales y Actitudes sobre el Sueño (DBAS)

Este instrumento fue creado por Morin (1993), consta de 30 preguntas que se agrupan en cinco dimensiones: creencias, actitudes, atribuciones y expectativas sobre el sueño en general y el insomnio en particular. La primera dimensión se refiere a la tendencia a magnificar las consecuencias del insomnio sobre el estado de ánimo, la salud o la actividad diaria; la segunda alude a las preocupaciones por la pérdida de control sobre la propia capacidad de dormir; la tercera recoge expectativas no realistas sobre la necesidad del sueño; la cuarta incluye atribuciones causales del insomnio y la quinta dimensión alude a creencias sobre hábitos facilitadores del sueño. Por otra parte, es susceptible a la detección de los cambios provocados por la terapia cognitivo-conductual en pacientes insomnes.

El sujeto evaluado debe indicar el grado de acuerdo o desacuerdo que muestra ante la afirmación que cada ítem recoge. El formato de respuesta consiste en un continuo bipolar de 100 milímetros, sobre el que la persona debe indicar a través de una marca su grado de acuerdo o desacuerdo, la suma de todos los ítems oscila entre

0-300 puntos. No existe un punto de corte, sin embargo, mientras mayores sean los puntajes las creencias y actitudes sobre el sueño serán más intensas y frecuentes. Es un instrumento válido y confiable, la consistencia interna es de 0.80 y una correlación media ítem-total de 0.37(Sierra & Delgado, 2005).

3.8.5 Escala de Respuestas Rumiativas (RRS)

La escala de respuestas rumiativas (Nolen-Hoeksema et al., 1994). Viene en formato auto aplicable, este instrumento inicialmente consta de veintidós ítems que evalúan los pensamientos y conductas de que se realizan cuando se experimenta tristeza o emociones negativas. Posteriormente Treynor, Gonzáles y Nolen-Hoeksema (2003) modificaron este instrumento, dado que doce de los veintidós ítems tenían cierto traslape con la sintomatología depresiva y podrían contribuir a resultados equivocados. El análisis de factores principales de una nueva versión depurada del instrumento permitió identificar dos subfactores de la escala: reflexión, este primer factor se refiere a conductas que tienen relación con el análisis de las dificultades vividas y el segundo factor es la rumiación negativa que implica un pensamiento con valencia emocional negativa (queja) focalizado en el malestar experimentado y se asocia a una evaluación negativa de sí mismo.

Utiliza una escala Likert de cuatro puntos, que van desde “Casi nunca” hasta “casi siempre”, el puntaje total va de 22 a 88 puntos, a mayor puntuación la rumiación es más frecuente. La versión en español fue validada por Hervás et al. (2008), el coeficiente de consistencia interna fue de 0.93.

3.8.6 Cuestionario de la salud del paciente-9 (PHQ-9)

El Cuestionario de la salud del paciente-9 fue creado por Kroenke, Spitzer & Williams (2001). Este cuestionario tiene como objetivo identificar a personas en riesgo de sufrir un episodio depresivo actual y disminuir la presencia de casos falsos positivos. El PHQ-9 está conformado por nueve ítems, las preguntas se basan en los criterios diagnósticos del DSM-IV, emplea una escala Likert que va desde 0 (para nada) hasta 3 (casi todos los días). También se incluye una décima pregunta que evalúa el deterioro funcional causado por los síntomas depresivos, este último ítem

se considera positivo cuando la persona responde en la opción muy difícil o extremadamente difícil. Los autores determinaron distintos puntos de corte para la severidad de la sintomatología depresiva: un puntaje de 0 a 4 refiere ausencia de síntomas depresivos, de 5 a 9 puntos se considera depresión leve, 10 a 14 depresión moderada, 15 a 19 depresión moderadamente severa y ≥ 20 depresión severa¹¹⁵. Con el punto de corte ≥ 10 puntos, se estableció una sensibilidad de 88% y especificidad de 88% para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor. En México, Lara y Navarrete (2013) determinaron la consistencia interna del PHQ-9 en una muestra de mujeres en el embarazo ($\alpha=0.74$) y posparto ($\alpha=0.87$).

3.8.7 Cambio Clínico Observable

El cambio clínico objetivo (CCO) se obtiene mediante la diferencia entre la puntuación del postratamiento y pretratamiento dividido entre el puntaje del pretratamiento, el resultado se multiplica por cien para obtener un porcentaje, el cual indica deterioro o mejoría clínica (Cardiel, 1994).

El CCO en esta investigación se empleó para evaluar si hubo un cambio clínico en cada variable y si este cambio fue significativo ($> 20\%$) respecto a sus puntajes previos, a las 5 semanas, a los 3 y 6 meses de seguimiento.

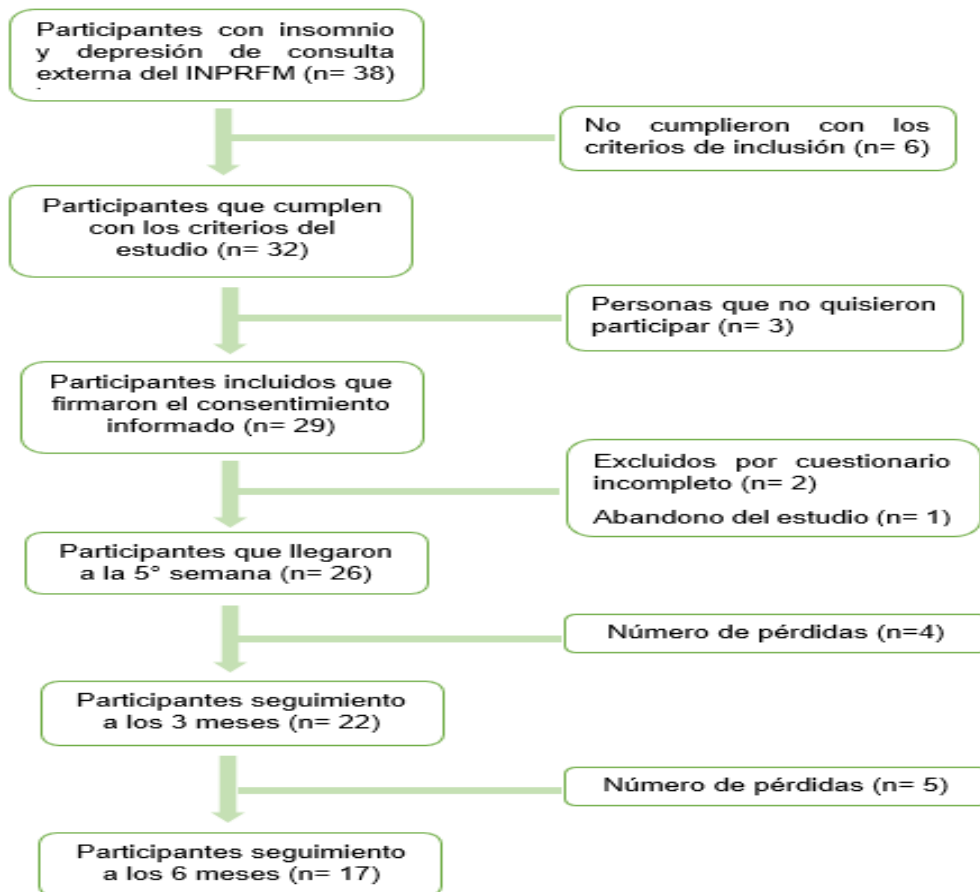
Una mayor puntuación del cambio clínico observable indica mayor reducción en el puntaje de las escalas aplicadas.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

Se invitaron a 41 participantes entre mayo de 2018 hasta enero de 2020, quienes acudieron a consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría. Se identificó que 33 participantes cumplieron con los criterios de inclusión del estudio, 31 de ellos firmaron el consentimiento informado. La figura 1 muestra el proceso del reclutamiento de forma más detallada.

Figura 1. Flujograma de participantes del estudio



Las causas de las pérdidas durante el estudio (n=10) fueron: mejoría de los síntomas (31 %), falta de tiempo para continuar con el estudio (37 %), insatisfacción con el tratamiento (22 %) y no responde (10 %).

A continuación, se presentan los resultados, comenzando con la descripción de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes de los tres grupos de tratamiento. Después se evaluó si hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento aplicando las pruebas de Friedman, Kruskal-Wallis y una prueba post hoc de Bonferroni. Por último, se calculó el cambio clínico observable al inicio de la intervención asignada, a las cinco semanas, a los 3 meses y 6 meses postratamiento.

4.1 Resultados descriptivos

4.1.1 Datos sociodemográficos

El 67 % de los participantes son mujeres mientras que el 33 % son hombres, la media de edad es 52 años (D.E: 8.81); 38.10 % viven en unión libre, 28.57 % son casados, el 19.05 % son separados, 9.52 % son solteros y 4.76 % corresponde a la categoría de viudez. Sobre la situación laboral, 61.9 % tienen un trabajo remunerado; el 38.1 % completó la preparatoria, 14.29 % tiene un nivel de escolaridad de preparatoria trunca, 19.05 % estudió una carrera técnica, 14.29 % estudiaron cuentan con licenciatura, 9.52 % no concluyeron sus estudios universitarios y sólo el 4.76 % estudiaron hasta la secundaria.

Los resultados de las características sociodemográficas por grupo de tratamiento son similares en los tres grupos, más del 50 % de los participantes son mujeres, el valor de las medias están en un rango entre 48.20 y 55.50; > 55 % viven en pareja, > 75 % cuentan con un trabajo remunerado; respecto al nivel de escolaridad, los estudios de preparatoria (> 40 %) y carrera técnica (> 20 %) son los más frecuentes.

4.1.2 Datos clínicos

Los principales problemas médicos reportados en el total de participantes fueron sobrepeso (23.81 %), hipertensión arterial (19.05 %), diabetes mellitus (14.29 %), mientras que el 14.29 % no refirió ninguna comorbilidad médica. Cabe mencionar que el 15.38 % (n= 4) refirió tener más de una comorbilidad.

Al considerar los grupos de tratamiento se encontró que la hipertensión arterial y diabetes mellitus fueron las comorbilidades más frecuentes (22.22 %) en el grupo

que recibió fármacos; en el segundo y tercer grupo de intervención la gastritis (> 20 %) y el sobrepeso (> 30 %) fueron las más predominantes.

Los participantes de los grupos de tratamiento farmacológico y combinado, recibieron medicamentos hipnóticos y antidepresivos.

El clonazepam (> 65 %), fluoxetina (> 30 %) y sertralina (> 20 %) estuvieron entre los medicamentos más utilizados en los individuos que recibieron medicamentos o tratamiento combinado.

En los tres grupos de tratamiento, más de 66.7 % son mujeres, no se encontraron diferencias significativas entre los promedios de edad entre los grupos ($p > 0.05$); en cuanto al estado civil estar casado o vivir en unión libre representa más del 60 %; más del 75 % tienen un trabajo remunerado.

La diabetes mellitus (22.22 %) y la hipertensión arterial (22.22 %) fueron las patologías médicas más frecuentes en el grupo farmacológico, mientras que en los grupos de terapia cognitivo-conductual y tratamiento combinado el sobrepeso (50 % y 33.33 %, respectivamente) y gastritis (25 % y 22.22 %, respectivamente) fueron las más prevalentes.

El clonazepam y fluoxetina se prescribieron bastante en el grupo de tratamiento farmacológico; por su parte el clonazepam y la sertralina fueron los medicamentos más utilizados en el grupo de tratamiento combinado. Respecto al grupo 2 de tratamiento de terapia cognitivo-conductual no estuvieron recibiendo tratamiento para los síntomas de insomnio y depresión, cabe mencionar que en nivel de gravedad de la sintomatología fue leve en todos los participantes de este grupo (ver tabla 9).

Tabla 6. Características sociodemográficas y clínicas del grupo de tratamiento farmacológico

N°	Sexo	Edad	Estado civil	Escolaridad	Tiene Trabajo	Comorbilidad	Tratamiento
1	Mujer	54	Casada	Carrera técnica	Sí	Diabetes mellitus	Clonazepam 2 mg (1-0-1)
2	Mujer	47	Casada	Preparatoria	No	Ninguna	Fluoxetina 20 mg. (1-0-0) Clonazepam gotas (2-0-5)
3	Hombre	35	Soltero	Licenciatura trunca	Sí	Sobrepeso e hipercolesterolemia	Citalopram 20 mg. (1-0-0) Clonazepam 2 mg. (0-0-1/2)
4	Mujer	29	Soltera	Licenciatura	Sí	Ninguna	Fluoxetina 20 mg. (1-0-1) Clonazepam gotas (0-0-3)
5	Mujer	56	Separada	Preparatoria	No	Hipertensión arterial	Fluoxetina 20 mg. (1-0-0) Mirtazapina 30 mg. (0-0-1/2)
6	Hombre	48	Unión libre	Licenciatura	Sí	Tabaquismo (1-2 cigarrillos por día)	Sertralina 50 mg. (0-0-1) Clonazepam 2 mg. (0-0-1/2)
7	Mujer	57	Unión libre	Preparatoria	Sí	Hipertensión arterial	Sertralina 50 mg. (1-0-1) Zolpidem 10 mg. (0-0-1/2)
8	Mujer	52	Casada	Carrera técnica	Sí	Diabetes mellitus	Clonazepam gotas (0-0-3)
9	Hombre	56	Unión libre	Preparatoria	Sí	Sobrepeso	Amitriptilina 25 mg. (0-0-2) Fluoxetina 20 mg. (1-0-0)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. Características sociodemográficas y clínicas del grupo de terapia cognitivo-conductual

N°	Sexo	Edad	Estado civil	Escolaridad	Tiene Trabajo	Comorbilidad	Tratamiento
1	Hombre	55	Casado	Carrera técnica	Sí	Gastritis crónica	Sin medicamento
2	Mujer	46	Separada	Preparatoria trunca	Sí	Diabetes mellitus	Sin medicamento
3	Mujer	65	Unión libre	Preparatoria	No	Sobrepeso	Sin medicamento
4	Mujer	57	Separada	Secundaria	No	Migraña y sobrepeso	Sin medicamento
5	Mujer	45	Unión libre	Preparatoria	No	Dislipidemia y sobrepeso	Sin medicamento
6	Hombre	56	Unión libre	Carrera técnica	Sí	Gastritis	Sin medicamento
7	Mujer	62	Viuda	Preparatoria trunca	No	Hipertensión arterial	Sin medicamento
8	Hombre	58	Casado	Licenciatura trunca	Sí	Sobrepeso	Sin medicamento

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8. Características sociodemográficas y clínicas del grupo de tratamiento combinado

N°	Sexo	Edad	Estado civil	Escolaridad	Tiene trabajo	Comorbilidad	Tratamiento
1	Hombre	59	Casado	Licenciatura	Sí	Sobrepeso	Sertralina 50 mg. (1-0-0) Clonazepam 2 mg. (0-0-1)
2	Mujer	50	Divorciada	Preparatoria	Sí	Fibromialgia	Sertralina 50 mg. (1-0-1) Mirtazapina 30 mg. (0-0-1/2)
3	Hombre	49	Unión libre	Licenciatura trunca	Sí	Gastritis e hipertensión arterial	Sertralina 50 mg (1/2-0-1) Alprazolam 0.5 mg (0-0-1)
4	Hombre	54	Unión libre	Preparatoria	Sí	Sobrepeso	Fluoxetina 20 mg. (1-0-0) Clonazepam gotas (0-0-4)
5	Mujer	58	Casada	Preparatoria trunca	No	Consumo de tabaco	Sertralina 50 mg (0-0-1) Clonazepam 2 mg (0-0-1)
6	Mujer	43	Unión libre	Carrera técnica	Sí	Ninguna	Clonazepam 2 mg (0-0-1) Sertralina 50 mg. (1-0-1/2)
7	Mujer	59	Casada	Preparatoria	No	Diabetes mellitus	Triazolam 0.125 mg (0-0-1) Fluoxetina 20 mg (1-0-0)
8	Hombre	57	Unión libre	Carrera técnica	Sí	Gastritis	Mirtazapina 30 mg. (0-0-1/2) Sertralina 50 mg. (1-0-0)
9	Mujer	60	Unión libre	Preparatoria	Sí	Hipertensión arterial	Fluoxetina 20 mg. (1-1/2-0) Clonazepam gotas (0-0-2)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9. Resumen características sociodemográficas de los 3 grupos de tratamiento

	Género n (%)	Edad (años)	Estado civil n (%)	Escolaridad n (%)	Tiene trabajo n (%)	Comorbilidad	Fármacos n (%)
Grupo 1	Mujeres: 6/9 (66.67) Hombres: 3/9 (33.33)	Media: 48.20 D.E.: 9.94 Valor mín.: 43 Valor máx.:60 Rango: 17	Unión libre: 3/9 (33.33) Casado(a): 3/9 (33.33) Soltero: 2/9 (22.22) Divorciado(a): 1/9 (11.11)	Preparatoria: 4/9 (44.44) Carrera técnica: 2/9 (22.22) Licenciatura: 2/9 (22.22 %) Licenciatura trunca: 1/9 (11.11)	Sí: 7/9 (77.80) No: 2/9 (22.22)	Diabetes mellitus: 2/9 (22.22) Hipertensión arterial: 2/9 (22.22) Otros: 3/9 (33.34) Ninguno:2/9 (22.22)	Clonazepam: 6/9 (66.70) Fluoxetina: 4/9 (44.45) Sertralina: 2/9 (22.23) Otros fármacos: 4/9 (44.45)
Grupo 2	Mujeres: 5/8 (62.50) Hombres: 3/8 (37.50)	Media: 55.50 D.E.: 6.98 Valor min: 45 Valor máx:65 Rango: 20	Unión libre: 3/8 (37.5) Casado(a): 2/8 (25.0) Separado(a): 2/8 (25.0) Viudez: 1/8 (12.5)	Secundaria: 1/8 (12.5) Preparatoria: 4/8 (50.0) Carrera técnica: 2/8 (25.0) Licenciatura trunca: 1/8	Sí: 6/8 (75.0) No: 2/8 (25.0)	Gastritis: 2/8 (25.0) Sobrepeso: 4/8 (50.0) Otros: 2/8 (25.0)	Sin tratamiento farmacológico

				(12.5 %)			
Grupo 3	Mujeres: 5/9 (55.56) Hombres: 4/9 (44.44)	Media: 54.4 D.E.: 5.94 Valor mín.: 43 Valor máx.: 60 Rango: 17	Unión libre: 5/9 (55.56) Casado(a): 3/9 (33.33) Separado(a): 1/9 (11.11)	Preparatoria: 5/9 (55.56) Carrera técnica: 2/9 (22.22) Licenciatura: 1/9 (11.11) Licenciatura trunca: 1/9 (11.11 %)	Sí: 7/9 (77.78) No: 2/9 (22.22)	Sobrepeso: 3/9 (33.33) Gastritis: 2/9 (22.22) Otros: 3/9 (33.33) Ninguno: 1/9 (11.12)	Sertralina: 6/9 (66.67) Clonazepam: 5/9 (55.56) Fluoxetina: 3/9 (33.33) Otros fármacos: 4/9 (44.45)

Grupo 1= Tratamiento farmacológico

Grupo 2 = Terapia cognitivo-conductual

Grupo 3 = Tratamiento combinado

Fuente: Elaboración propia

En las siguientes páginas, se describen los resultados de los instrumentos aplicados en la fase de pre y post intervención.

Insomnio

La media del puntaje de insomnio en el pretratamiento fue de 13.04, con un intervalo de confianza entre 11.59 y 14.49, la mediana fue 13.0 puntos; el valor mínimo fue 8 y el valor máximo llegó a 21. En las evaluaciones realizadas en el postratamiento se observó una reducción en todas las puntuaciones de las medidas descriptivas.

Tabla 10. Insomnio en el pretratamiento y postratamiento

Insomnio	Pretratamiento (n= 26)	Postratamiento		
		5° semana (n=26)	3 meses (n= 22)	6 meses (n=17)
Media	13.04	10.23	8.73	7.82
IC 95 % límite inferior	11.59	8.99	7.79	6.87
IC 95 % límite superior	14.49	11.47	9.67	8.77
Mediana	13.00	10.00	8.00	8.00
Varianza	12.84	9.47	4.49	3.40
Desviación estándar	3.58	3.08	2.12	1.84
Valor mínimo	8	6	6	5
Valor máximo	21	18	14	12
Rango	13	12	8	7
Asimetría	0.526	0.649	1.087	0.834
Curtosis	-0.344	0.154	0.869	0.500

Fuente: Elaboración propia

Depresión

Al inicio del estudio, la media de depresión fue 15.77 (IC 95% 14.75, 16.79); en el seguimiento los puntajes de las medias fueron 12.46 (IC 95% 11.45, 13.47) a la quinta semana, 9.64 (IC 95% 8.91, 10.37) a los tres meses y 8.59 (IC 95% 7.58, 9.60) a los seis meses después de concluir el tratamiento asignado. El valor de la mediana en el pretratamiento fue 15.50, al final del postratamiento se redujo a 8 puntos que corresponde a depresión leve.

Tabla 11. Depresión en el pretratamiento y postratamiento

Depresión	Pretratamiento (n= 26)	Postratamiento		
		5° semana (n=26)	3 meses (n=22)	6 meses (n=17)
Media	15.77	12.46	9.64	8.59
IC 95 % límite superior	14.75	11.45	8.91	7.58
IC 95 % límite inferior	16.79	13.47	10.37	9.60
Mediana	15.50	12.00	10.00	8.00
Varianza	6.35	6.26	2.72	3.88
Desviación estándar	2.52	2.50	1.65	1.97
Valor mínimo	12	9	7	5
Valor máximo	21	18	13	12
Rango	9	9	6	7
Asimetría	0.12	0.52	0.16	0.21
Curtosis	-0.90	-0.38	-0.62	-0.37

Fuente: Elaboración propia

Rumiación

La media de rumiación al inicio fue 56.65 (IC 95 %= 52.90, 60.41), en el postratamiento las puntuaciones se redujeron a 51 (IC 95 %= 47.02, 54.98), 47.59 (IC 95 %= 43.74, 51.44) y 43.88 (IC 95 %= 39.59, 48.17). Por otro lado, los puntajes de la mediana a lo largo del estudio también disminuyeron de 57.50 hasta 51, 47.50 y 44 puntos.

Tabla 12. Rumiación en el pretratamiento y postratamiento

Rumiación	Pretratamiento (n=26)	Postratamiento		
		5° semana (n=26)	3 meses (n=22)	6 meses (n=17)
Media	56.65	51.00	47.59	43.88
IC 95 % límite superior	52.90	47.02	43.74	39.59
IC 95 % límite inferior	60.41	54.98	51.44	48.17
Mediana	57.50	51.00	47.50	44.00
Varianza	86.39	97.12	75.49	69.61
Desviación estándar	9.30	9.86	8.69	8.34
Valor mínimo	38	32	29	25
Valor máximo	75	73	65	59
Rango	37	41	36	34
Asimetría	-0.064	0.226	-0.099	-0.289
Curtosis	-0.449	-0.183	0.084	0.418

Fuente: Elaboración propia

Hábitos de sueño

La media inicial en la escala de higiene del sueño fue 86.42 puntos (IC 95= 80.81, 92.03), al finalizar el estudio se redujo a 68.65 (IC 95= 80.81, 92.03). Por su parte, los valores de la mediana se redujeron de 85 puntos a 77.50, 72.50 y 69, respectivamente.

Tabla 13. Hábitos de sueño en el pretratamiento y postratamiento

Hábitos de Sueño	Pretratamiento (n=26)	Postratamiento		
		5° semana (n=26)	3 meses (n=22)	6 meses (n=17)
Media	86.42	78.38	72.27	68.65
IC 95 % límite superior	80.81	72.90	66.45	61.74
IC 95 % límite inferior	92.03	83.87	78.10	75.56
Mediana	85.00	77.50	72.50	69.00
Varianza	192.89	184.25	172.59	180.62
Desviación estándar	13.89	13.57	13.14	13.44
Valor mínimo	59	50	44	42
Valor máximo	123	114	103	94
Rango	64	64	59	52
Asimetría	0.650	0.473	0.282	-0.127
Curtosis	1.011	0.778	0.648	-0.134

Fuente: Elaboración propia

Creencias de sueño

La media de las creencias de sueño en el pretratamiento fue 91.62 (IC 95 = 85.05, 98.18), a lo largo del postratamiento los puntajes de la media se redujeron a 83.27 (IC 95 = 77.0, 89.54), 77.64 (IC 95 = 71.44, 83.84) y 72.88 (IC 95 = 65.79, 79.98). Algo similar ocurrió con los valores de la mediana.

Tabla 14. Creencias de sueño en el pretratamiento y postratamiento

Creencias de sueño	Pretratamiento (n=26)	Postratamiento		
		5° semana (n=26)	3 meses (n=22)	6 meses (n=17)
Media	91.62	83.27	77.64	72.88
IC 95 % límite inferior	85.05	77.00	71.44	65.79
IC 95 % límite superior	98.18	89.54	83.84	79.98
Mediana	90.50	83.00	75.50	71.00
Varianza	264.01	240.69	195.48	190.36
Desviación estándar	16.25	15.51	13.98	13.79
Valor mínimo	64	59	56	54

Valor máximo	135	123	114	107
Rango	71	64	58	53
Asimetría	0.806	0.674	0.844	0.846
Curtosis	0.857	0.369	0.893	0.992

4.1.1 Características descriptivas por grupos de tratamiento

Tabla 15. Insomnio por grupos de tratamiento

Grupo tratamiento	Insomnio	Pre-tratamiento n= 26	Postratamiento		
			5° semana n=26	3 meses n=22	6 meses n=17
Tratamiento Farmacológico	Media	16.11	13.11	10.63	9.33
	IC 95 % límite inferior	13.49	11.06	8.84	7.27
	IC 95 % límite superior	18.73	14.45	12.41	11.40
	Mediana	16.00	13.50	11.00	9.00
	Varianza	16.80	10.27	4.57	3.87
	Desviación estándar	4.09	3.20	2.14	1.97
	Valor mínimo	11	10	9	7
	Valor máximo	21	18	14	12
	Rango	10	8	5	5
	Asimetría	0.00	0.31	0.23	0.25
Curtosis	-1.87	-1.34	-2.15	-1.82	
Terapia cognitivo-conductual	Media	10.63	8.38	8.17	7.67
	IC 95 % límite inferior	8.84	6.54	6.94	6.81
	IC 95 % límite superior	12.41	10.21	9.39	8.52
	Mediana	11.00	8.50	7.50	8.00
	Varianza	3.87	4.80	1.10	0.57
	Desviación estándar	1.97	2.19	1.05	0.75
	Valor mínimo	9.0	6.0	7.0	7.0
	Valor máximo	14	12	10	9.0
	Rango	5.0	6.0	3.0	2.0
	Asimetría	0.25	0.17	0.00	0.31
Curtosis	-1.83	-0.78	-0.25	-0.10	
Combinado	Media	12.00	9.00	7.75	6.20
	IC 95 % límite inferior	10.00	7.51	6.68	5.16
	IC 95 % límite superior	14.29	10.49	8.82	7.24
	Mediana	14.00	10.00	8.00	6.00
	Varianza	6.20	3.70	1.50	0.50
	Desviación estándar	2.49	1.92	1.23	0.71
	Valor mínimo	8.0	6.0	6.0	5.0
	Valor máximo	15	12	10	7.0
	Rango	6.0	5.0	3.0	2.0
	Asimetría	-1.67	-0.59	1.36	0.00
Curtosis	2.82	-0.02	2.0	2.0	

Se observa diferencias discretas en el promedio y la mediana de los tres grupos del estudio. El promedio ($\bar{X}_3= 6.00$) y mediana ($Me_3= 6.00$) del grupo de tratamiento combinado fueron los valores más bajos a los seis meses de postratamiento al compararlo con los otros grupos ($\bar{X}_1=9.33$, $Me_1=9.00$; $\bar{X}_2=7.83$, $Me_2=8.00$, respectivamente).

Tabla 16. Depresión por grupo de tratamiento

Grupo tratamiento	Depresión	Pre-tratamiento n=26	Postratamiento		
			5° semana n=26	3 meses n=22	6 meses N=17
Farmacológico	Media	15.56	11.22	8.50	9.33
	IC 95 % límite inferior	13.75	9.96	7.61	7.50
	IC 95 % límite superior	17.36	12.48	9.39	11.17
	Mediana	15.00	11.00	8.00	9.50
	Varianza	5.53	2.11	1.14	3.50
	Desviación estándar	2.35	1.45	1.07	1.87
	Valor mínimo	12	9.0	7.0	7.0
	Valor máximo	19	14	10	12
	Rango	7.0	4.0	3.0	5.0
	Asimetría	-0.05	0.07	0.47	0.00
	Curtosis	-1.12	-1.49	-0.83	-1.20
Terapia cognitivo-conductual	Media	15.25	12.50	10.83	9.33
	IC 95 % límite inferior	13.48	10.89	9.80	7.75
	IC 95 % límite superior	17.02	14.11	11.87	10.91
	Mediana	15.50	12.50	10.00	9.00
	Varianza	4.50	3.13	0.70	2.27
	Desviación estándar	2.12	1.77	0.84	1.51
	Valor mínimo	12	9.0	10	8.0
	Valor máximo	18	15	12	12
	Rango	6.0	5.0	2.0	4.0
	Asimetría	-0.31	-0.97	1.54	1.27
	Curtosis	-1.24	0.52	1.43	1.53
Combinado	Media	16.44	14.00	10.38	6.60
	IC 95 % límite inferior	14.07	11.66	8.48	5.18
	IC 95 % límite superior	18.82	16.34	12.27	8.02
	Mediana	17.00	15.00	10.50	7.00
	Varianza	9.53	10.36	4.13	1.30
	Desviación estándar	3.09	3.22	2.03	1.14
	Valor mínimo	12.0	10	7.0	5.0
	Valor máximo	21.0	18.0	13.0	8.0
	Rango	9.0	9.0	6.0	3.0
	Asimetría	-0.08	-0.33	-0.22	-0.41
	Curtosis	-1.35	-1.46	-0.89	-0.18

Los grupos de tratamiento farmacológico y terapia cognitivo-conductual al final del estudio alcanzaron valores que corresponden a depresión leve ($\bar{X}_1=9.50$, $Me_1=9.50$; $\bar{X}_2=9.33$, $Me_2=9.00$); en el caso de tratamiento combinado la media ($\bar{X}_3=6.60$) y mediana ($Me_3=7.00$) indican depresión en remisión.

Tabla 17. Rumiación por grupo de tratamiento

Grupo tratamiento	Rumiación	Pre-tratamiento	Postratamiento		
			5° semana	3 meses	6 meses
Farmacológico	Media	49.44	43.78	40.75	36.83
	IC 95 % límite inferior	43.85	38.16	34.58	29.43
	IC 95 % límite superior	55.04	49.40	46.92	44.24
	Mediana	49.00	42.00	42.00	36.50
	Varianza	53.02	53.44	50.98	49.77
	Desviación estándar	7.28	7.31	7.14	7.06
	Valor mínimo	38	32	28	25
	Valor máximo	58	53	49	45
	Rango	20	21	20	20
	Asimetría	-0.21	-0.26	-0.63	-0.76
Curtosis	-1.35	-1.25	-0.88	0.96	
Terapia cognitivo-conductual	Media	56.13	50.25	49.83	47.33
	IC 95 % límite inferior	49.69	43.39	42.11	40.26
	IC 95 % límite superior	62.56	57.11	57.56	54.41
	Mediana	55.50	48.0	50.50	48.50
	Varianza	59.27	67.36	54.17	45.47
	Desviación estándar	7.70	8.21	7.36	6.74
	Valor mínimo	46	41	41	39
	Valor máximo	67	62	58	54
	Rango	21	21	17	15
	Asimetría	0.11	0.41	-0.17	-0.33
Curtosis	-1.52	-1.76	-2.18	-2.24	
Combinado	Media	64.33	58.89	52.63	47.00
	IC 95 % límite inferior	59.47	52.84	46.60	38.72
	IC 95 % límite superior	69.19	64.93	58.65	55.28
	Mediana	63.00	57.00	50.50	47.00
	Varianza	40.00	61.86	51.98	43.70
	Desviación estándar	6.33	7.87	7.21	6.61
	Valor mínimo	56	49	45	41
	Valor máximo	75	73	65	58
	Rango	19	24	20	17
	Asimetría	0.52	0.67	0.71	1.37
Curtosis	-.071	-0.38	-0.74	2.08	

El grupo de tratamiento farmacológico alcanzó menor puntaje de rumiación al concluir el estudio ($\bar{X}_1=36.83$, $Me_1= 36.50$). Los puntajes de los otros grupos fueron similares a los seis meses del seguimiento ($\bar{X}_2=47.33$, $Me_2=48.50$; $\bar{X}_3=48.20$, $Me_3= 47.00$).

Tabla 18. Hábitos de sueño por grupo de tratamiento

Grupo tratamiento	Hábitos de sueño	Pre-tratamiento	Postratamiento		
			5° semana	3 meses	6 meses
Farmacológico	Media	94.89	87.56	80.87	81.60
	IC 95 % límite inferior	83.81	76.52	70.19	70.34
	IC 95 % límite superior	105.97	98.60	91.56	92.86
	Mediana	94.0	90.00	80.50	81.0
	Varianza	214.75	201.94	167.64	82.30
	Desviación estándar	14.65	14.21	12.95	9.07
	Valor mínimo	73	68	65	70
	Valor máximo	122	114	103	94
	Rango	50	45	38	24
	Asimetría	0.60	0.32	0.43	0.19
Curtosis	0.65	0.26	-0.13	-0.14	
Terapia cognitivo-conductual	Media	85.38	76.63	74.00	69.17
	IC 95 % límite inferior	75.12	67.76	62.76	58.35
	IC 95 % límite superior	95.63	85.49	85.24	79.98
	Mediana	84.50	77.50	73.50	69.50
	Varianza	150.55	115.07	114.80	106.17
	Desviación estándar	12.27	10.73	10.71	10.30
	Valor mínimo	67	60	56	51
	Valor máximo	110	94	88	82
	Rango	43	34	32	31
	Asimetría	0.85	-0.06	-0.67	-1.01
Curtosis	2.48	0.11	1.49	2.27	
Combinado	Media	78.78	70.11	62.50	57.33
	IC 95 % límite inferior	70.84	62.88	55.29	47.70
	IC 95 % límite superior	86.72	77.35	69.71	66.97
	Mediana	79.0	70.00	64.50	59.50
	Varianza	106.69	100.28	74.29	84.27
	Desviación estándar	10.33	10.01	8.62	9.18
	Valor mínimo	59	50	44	42
	Valor máximo	95	84	73	65
	Rango	36	37	29	23
	Asimetría	-0.42	-0.56	-1.48	-0.97
Curtosis	1.01	2.24	3.20	0.11	

Los puntajes de los hábitos de sueño en los tres grupos se redujeron durante el periodo de postratamiento, las medias y medianas a los seis meses de seguimiento disminuyeron en más de catorce puntos al comparar estos valores con los obtenidos en el pretratamiento ($\bar{X}_1= 57.33$, $Me_1= 59.50$; $\bar{X}_2= 69.17$, $Me_2= 69.50$; $\bar{X}_3=81.60$, $Me_3=81.00$).

Tabla 19. Creencias de sueño por grupo de tratamiento

Grupo tratamiento	Creencias de sueño	Pre-tratamiento	Postratamiento		
			5° semana	3 meses	6 meses
Farmacológico	Media	84.33	75.67	69.50	63.67
	IC 95 % límite inferior	75.98	67.66	62.32	55.31
	IC 95 % límite superior	92.68	83.67	76.68	72.03
	Mediana	87.00	76.00	68.00	64.00
	Varianza	113.11	111.94	84.57	63.47
	Desviación estándar	10.64	10.58	9.19	7.97
	Valor mínimo	64	59	56	54
	Valor máximo	96	90	82	75
	Rango	32	32	26	21
	Asimetría	-0.86	-0.17	0.37	0.16
	Curtosis	-0.14	-0.89	-0.13	-1.12
Terapia cognitivo-conductual	Media	89.13	81.00	79.00	75.17
	IC 95 % límite inferior	71.92	65.06	58.67	56.94
	IC 95 % límite superior	106.33	96.94	99.33	93.40
	Mediana	84.00	77.00	75.00	72.50
	Varianza	423.55	387.07	375.20	318.27
	Desviación estándar	20.58	19.67	19.37	17.84
	Valor mínimo	70	63	59	55
	Valor máximo	135	121	114	105
	Rango	65	60	55	51
	Asimetría	1.85	1.52	1.34	1.13
	Curtosis	3.95	2.59	2.15	1.58
Combinado	Media	101.33	92.56	83.63	80.60
	IC 95 % límite inferior	91.44	83.55	75.01	70.15
	IC 95 % límite superior	111.22	101.56	92.24	91.05
	Mediana	99.00	87.00	85.00	81.00
	Varianza	165.50	137.28	95.20	70.80
	Desviación estándar	12.87	11.72	9.75	8.41
	Valor mínimo	85	76	69	71
	Valor máximo	120	109	96	93
	Rango	35	33	22	22
	Asimetría	0.10	0.13	0.42	0.60
	Curtosis	-1.61	-1.56	-2.53	0.27

Los puntajes de la escala DBASS en el pretratamiento fueron más altos en el grupo de tratamiento combinado ($\bar{X}_1=84.11$, $Me_1= 87.00$; $\bar{X}_2=89.13$, $Me_2=84.00$; $\bar{X}_3=101.33$, $Me_3= 99.00$), al concluir el estudio la reducción en las puntuaciones en los tres grupos fue similar.

4.2 Resultados de pruebas no paramétricas

4.2.1 Prueba de Friedman

La prueba de Friedman es una alternativa no paramétrica al ANOVA de medidas repetidas. Se utiliza para determinar si existe o no una diferencia estadísticamente significativa entre las medianas de tres o más grupos en los que aparecen los mismos sujetos en cada grupo.

Las hipótesis para esta prueba son:

-*Hipótesis nula (H_0):* Las mediciones repetidas entre las variables del estudio son iguales.

-*Hipótesis alternativa: (H_a):* Al menos una de las mediciones repetidas entre las variables del estudio es diferente del resto.

Tabla 20. Prueba de Friedman para mediciones repetidas (n=17)

Variables	Periodo de evaluación	Rango promedio	Chi cuadrado	Grados de libertad	Valor p
Insomnio	Pretratamiento	3.94	42.24	3	.000
	Postratamiento				
	5° semana	2.88			
	3 meses	1.79			
Depresión	Pretratamiento	4.00	43.89	3	.000
	Postratamiento				
	5° semana	2.88			
	3 meses	1.76			
Rumiación	Pretratamiento	4.00	48.67	3	.000
	Postratamiento				
	5° semana	2.94			
	3 meses	2.00			
Hábitos de sueño	Pretratamiento	4.00	51.00	3	.000
	Postratamiento				
	5° semana	3.00			
	3 meses	2.00			

	6 meses	1.00			
Creencias de sueño	Pretratamiento	4.00	51.00	3	.000
	Postratamiento				
	5° semana	3.00			
	3 meses	2.00			
	6 meses	1.00			

Los resultados en 17 participantes en los que se evaluó el efecto de tres intervenciones diferentes en mediciones repetidas (pretratamiento y postratamiento) indican que, dado que el valor p es menor de 0.05, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. El tipo de tratamiento utilizado dio lugar a diferencias estadísticamente significativas en los hábitos y creencias de sueño ($\chi^2= 51$, g.l.= 3, $p < 0.05$), así como en los niveles de insomnio ($\chi^2= 42.24$, g.l.=3, $p < 0.05$), depresión ($\chi^2= 43.89$, g.l.= 3, $p < 0.05$) y rumiación ($\chi^2= 48.67$, g.l.=3, $p < 0.05$).

4.2.2 Prueba de Kruskal-Wallis

Para determinar si alguno de los tres grupos de tratamiento tiene un efecto diferente sobre los hábitos y creencias de sueño, insomnio, depresión y rumiación, se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis por cada par de tratamiento y se determinó un nivel de significancia estadística de igual o menor a 0.05.

Las hipótesis de esta prueba son:

-*Hipótesis nula (H_0):* Todos los grupos de tratamiento tienen un efecto similar en los hábitos y creencias de sueño, el insomnio, la depresión y rumiación.

-*Hipótesis alternativa (H_a):* Al menos uno de los grupos de tratamiento tiene un efecto diferente en los hábitos y creencias de sueño, el insomnio, la depresión y rumiación.

En el pretratamiento y postratamiento, se observan diferencias entre los tres grupos de intervención: farmacológico, terapia cognitivo-conductual y tratamiento combinado. Por lo tanto, se rechazó la hipótesis nula de igualdad de las medianas. Hay pruebas suficientes para decir que, hay diferencias estadísticamente significativas, en al menos uno de los tipos de tratamiento suministrados.

Es decir, el tipo de tratamiento suministrado influyó en el resultado de los hábitos de sueño, creencias sobre el sueño, insomnio, depresión y rumiación.

Al comparar los puntajes totales de las escalas aplicadas en el pretratamiento y el postratamiento encontramos que a los tres y seis meses de seguimiento, hubo diferencias significativas ($p < 0.05$) entre el efecto de la intervención farmacológica y el tratamiento combinado sobre los hábitos y creencias del sueño, el insomnio, la depresión y la rumiación (ver tabla).

Tabla 21. Resumen prueba de Kruskal-Wallis por pares de tratamiento

Variable	Variable	K-W	Valor p	Comparación de Tratamientos	K-W por pares	Valor p
Insomnio	Pretratamiento	10.23	0.006*	TCC-fármaco	3.12	0.003*
				Combinado-fármaco	2.19	0.042*
				TCC-combinado	-0.98	0.488
	5 semanas postratamiento	11.58	0.003*	TCC-fármaco	3.13	0.002*
				Combinado-fármaco	2.73	0.009*
				TCC-combinado	-0.48	0.942
	3 meses seguimiento	8.47	0.014*	TCC-fármaco	2.10	0.053
				Combinado-fármaco	2.82	0.007*
				TCC-combinado	0.92	0.917
	6 meses seguimiento	8.95	0.011*	TCC-fármaco	1.24	0.325
				Combinado-fármaco	3.07	0.003*
				TCC-combinado	1.89	0.088
Depresión	Pretratamiento	0.92	0.631	TCC-fármaco	0.29	1.000
				Combinado-fármaco	-0.67	0.756
				TCC-combinado	-0.94	0.523
	5 semanas postratamiento	4.55	0.103	TCC-fármaco	-1.19	0.351
				Combinado-fármaco	-2.15	0.047*
				TCC-combinado	-0.89	0.556
	3 meses seguimiento	6.73	0.034*	TCC-fármaco	-2.46	0.021*
				Combinado-fármaco	-1.99	0.068
				TCC-combinado	0.61	0.817
	6 meses seguimiento	7.80	0.020*	TCC-fármaco	-0.29	0.997
				Combinado-fármaco	2.48	0.019*
				TCC-combinado	2.50	0.018*
Rumiación	Pretratamiento	12.08	0.002*	TCC-fármaco	-1.464	0.215

Rumiación				Combinado-fármaco	-3.469	0.001*
				TCC-combinado	-1.901	0.086
	5 semanas postratamiento	10.99	0.004*	TCC-fármaco	-1.487	0.205
				Combinado-fármaco	-3.316	0.001*
				TCC-combinado	-1.729	0.125
	3 meses seguimiento	7.35	0.025*	TCC-fármaco	-1.893	0.087
				Combinado-fármaco	-2.604	0.013*
				TCC-combinado	-0.518	0.907
	6 meses seguimiento	6.32	0.043*	TCC-fármaco	-2.233	0.038*
				Combinado-fármaco	-2.085	0.050*
				TCC-combinado	0.043	1.000
Hábitos de sueño	Pretratamiento	6.53	0.038*	TCC-fármaco	-1.015	0.465
				Combinado-fármaco	-2.543	0.016*
				TCC-combinado	-1.453	0.219
	5 semanas postratamiento	6.97	0.031*	TCC-fármaco	-0.979	0.491
				Combinado-fármaco	-2.621	0.013*
				TCC-combinado	-1.563	0.177
	3 meses seguimiento	8.09	0.018*	TCC-fármaco	-1.783	0.121
				Combinado-fármaco	-3.197	0.002*
				TCC-combinado	-1.533	0.188
	6 meses seguimiento	10.27	0.006*	TCC-fármaco	-1.746	0.081
				Combinado-fármaco	-9.767	0.001*
				TCC-combinado	-4.683	0.125
Creencias de sueño	Pretratamiento	5.85	0.053	TCC-fármaco	-0.314	1.000
				Combinado-fármaco	-2.251	0.037*
				TCC-combinado	-1.869	0.092
	5 semanas postratamiento	6.74	0.034*	TCC-fármaco	-0.436	0.994
				Combinado-fármaco	-2.451	0.021*
				TCC-combinado	-1.943	0.078
	3 meses seguimiento	5.17	0.075	TCC-fármaco	-0.987	0.485
				Combinado-fármaco	-2.274	0.034*
				TCC-combinado	-1.118	0.395
	6 meses seguimiento	5.89	0.052	TCC-fármaco	-1.374	0.254
				Combinado-fármaco	-2.417	0.023*
				TCC-combinado	-1.107	0.402

El nivel de significación es ≤ 0.05 , se calculó mediante la corrección de Bonferroni

4.1 Cambio clínico observable

El cambio clínico observable (CCO) se calculó al inicio y durante el período del postratamiento. El CCO 1 se calculó con los puntajes obtenidos de la escala de insomnio (ISI) del pretratamiento y la quinta semana de tratamiento; el CCO 2 se obtuvo con las puntuaciones de la escala ISI correspondientes al pretratamiento y 3 meses de seguimiento; por último, para el cálculo de CCO 3 se incluyeron los puntajes del ISI al inicio del tratamiento y 6 meses de seguimiento. Se siguió el mismo procedimiento con el resto de las escalas aplicadas.

El promedio del cambio clínico observable (CCO) para el insomnio fue significativo (>20 %) en las tres mediaciones realizadas, este cambio se incrementó a 40 % al final del estudio.

El cambio clínico observable de los síntomas depresivos en la quinta semana de tratamiento fue relevante en más de la mitad de los participantes (53.84 %), a los 3 meses y 6 meses de seguimiento este porcentaje se incrementó a 86.37 % y 94.12 %, respectivamente. El promedio del CCO a lo largo del estudio fue 21 % en la quinta semana, 34 % a los 3 meses y 42 % a los 6 meses.

Respecto al pensamiento rumiativo el promedio del cambio clínico observable en la quinta semana del estudio fue discreto (11 %), se incrementó a 17 % a los 3 meses y 23 % a los 6 meses de seguimiento.

Sobre el promedio del cambio clínico observable de los hábitos de sueño, en la quinta semana del estudio alcanzó el 12 %, a los 3 meses este valor subió a 15 % y 21 % a los 6 meses de seguimiento.

Por su parte, el promedio del cambio clínico observable de las creencias del sueño a lo largo del estudio se fue incrementando, en la quinta semana alcanzó el 13 %, a los 3 meses subió a 16 % y al final de la investigación llegó a 20 %.

Tabla 22. Cambio clínico observable insomnio

	n	Insomnio pretratamiento	5 ° semana tratamiento	CCO 1	3 meses seguimiento	CCO 2	6 meses seguimiento	CCO 3
Tratamiento farmacológico	1	15	12	-0.20 (20 %)	10	-0.33 (33 %)	8	-0.46 (46 %)
	2	11	10	-0.09 (9 %)	9	-0.18 (18 %)	7	-0.36 (36 %)
	3	17	13	-0.24 (24 %)	--	-----	--	-----
	4	20	15	-0.25 (25 %)	12	-0.40 (40 %)	11	-0.45 (45 %)
	5	14	11	-0.21 (21 %)	8	-0.43 (43 %)	S/D	-----
	6	12	10	-0.17 (17 %)	9	-0.25 (25 %)	8	-0.33 (33 %)
	7	18	14	-0.22 (22 %)	10	-0.44 (44 %)	--	-----
	8	21	18	-0.14 (14 %)	14	-0.33 (33 %)	12	-0.43 (43 %)
	9	17	15	-0.12 (12 %)	13	-0.24 (24 %)	10	-0.41 (41 %)
Terapia cognitivo- conductual	10	9	6	-0.33 (33 %)	8	-0.11 (11 %)	7	-0.22 (22 %)
	11	13	9	-0.31 (31 %)	10	-0.23 (23 %)	9	-0.30 (30 %)
	12	10	12	-0.20 (20 %)	8	-0.20 (20 %)	8	-0.20 (20 %)
	13	8	6	-0.25 (25 %)	--	-----	--	-----
	14	12	8	-0.33 (33 %)	7	-0.42 (42 %)	7	-0.42 (42 %)
	15	9	7	-0.22 (22 %)	--	-----	--	-----
	16	14	11	-0.21 (21 %)	9	-0.36 (36 %)	8	-0.43 (43 %)
	17	10	8	-0.20 (20 %)	7	-0.30 (20 %)	7	-0.30 (30 %)
Tratamiento combinado	18	13	9	-0.31 (31 %)	8	-0.38 (38 %)	6	-0.54 (54 %)
	19	8	6	-0.25 (25 %)	--	-----	--	-----
	20	15	12	-0.20 (20 %)	10	-0.33 (33 %)	7	-0.53 (53 %)
	21	11	8	-0.27 (27 %)	7	-0.36 (36 %)	--	-----
	22	14	10	-0.29 (29 %)	7	-0.18 (18 %)	7	0.50 (50 %)
	23	10	8	-0.20 (20 %)	6	-0.40 (40 %)	--	-----
	24	15	11	-0.26 (26 %)	8	-0.16 (16 %)	6	-0.60 (60 %)
	25	9	7	-0.22 (22 %)	7	-0.22 (22 %)	5	-0.44 (44 %)
	26	13	10	-0.23 (23 %)	9	-0.17 (17 %)	--	-----
Media	12.92	10.23	-0.22 (22 %)	8.91	-0.20 (20 %)	7.88	-0.40 (40 %)	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 23. Cambio clínico observable depresión

	n	Depresión pretratamiento	5° semana postratamiento	CCO 1	3 meses seguimiento	CCO 2	6 meses seguimiento	CCO 3
Tratamiento farmacológico	1	19	13	-0.32 (32 %)	10	-0.47 (47 %)	12	-0.37 (37 %)
	2	12	10	-0.17 (17 %)	8	-0.33 (33 %)	10	-0.17 (17 %)
	3	17	14	-0.24 (24 %)	--	-----	--	-----
	4	15	12	-0.20 (20 %)	10	-0.33 (33 %)	8	-0.47 (47 %)
	5	14	10	-0.29 (29 %)	7	-0.50 (50 %)	--	-----
	6	17	11	-0.35 (35 %)	8	-0.52 (52 %)	7	-0.59 (59 %)
	7	15	10	-0.33 (33 %)	8	-0.46 (46 %)	--	-----
	8	18	12	-0.33 (33 %)	9	-0.50 (50 %)	9	-0.55 (55 %)
	9	13	9	-0.31 (31 %)	8	-0.38 (38 %)	10	-0.23 (23 %)
Terapia cognitivo- conductual	10	14	12	-0.14 (14 %)	10	-0.29 (29 %)	8	-0.43 (43 %)
	11	17	13	-0.23 (23 %)	10	-0.41 (41 %)	9	-0.47 (47 %)
	12	16	14	-0.13 (13 %)	12	-0.25 (25 %)	12	-0.25 (25 %)
	13	12	9	-0.25 (25 %)	--	-----	--	-----
	14	18	14	-0.22 (22 %)	11	-0.39 (39 %)	10	-0.44 (44 %)
	15	13	11	-0.15 (15 %)	--	-----	--	-----
	16	15	12	-0.20 (20 %)	10	-0.33 (33 %)	9	-0.40 (40 %)
17	17	14	-0.17 (17 %)	12	-0.29 (29 %)	8	-0.53 (53 %)	
Tratamiento combinado	18	12	10	-0.16 (16 %)	8	-0.33 (33 %)	5	-0.25 (25 %)
	19	14	12	-0.14 (14 %)	--	-----	--	-----
	20	19	16	-0.16 (16 %)	13	-0.32 (32 %)	8	-0.47 (47 %)
	21	13	10	-0.23 (23 %)	7	-----	--	-----
	22	17	15	-0.12 (12 %)	11	-0.17 (17 %)	7	-0.58 (58 %)
	23	19	17	-0.11 (11 %)	10	-0.15 (15 %)	--	-----
	24	15	12	-0.20 (20 %)	9	-0.21 (21 %)	6	-0.60 (60 %)
	25	18	16	-0.11 (11 %)	12	-0.17 (17 %)	7	-0.61 (61 %)
26	21	18	-0.14 (14 %)	13	-0.38 (38 %)	S/D	-----	
Media	15.77	12.54	-0.21 (21 %)	9.82	-0.34 (34 %)	8.53	-0.42 (42 %)	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 24. Cambio clínico observable rumiación

	n	Rumiación pretratamiento	5 ° semana postratamiento	CCO 1	3 meses seguimiento	CCO 2	6 meses seguimiento	CCO 3
Tratamiento farmacológico	1	47	41	-0.13 (13 %)	39	-0.17 (17 %)	37	-0.21 (21 %)
	2	38	32	-0.15 (15 %)	28	-0.26 (26 %)	25	-0.34 (34 %)
	3	44	40	-0.09 (9 %)	--	-----	--	-----
	4	56	51	-0.08 (8 %)	46	-0.18 (18 %)	43	-0.23 (23 %)
	5	58	53	-0.09 (9 %)	49	-0.16 (16 %)	--	-----
	6	42	36	-0.14 (14 %)	33	-0.21 (21 %)	35	-0.17 (17 %)
	7	53	49	-0.08 (8 %)	45	-0.15 (15 %)	--	-----
	8	49	42	-0.13 (13 %)	39	-0.20 (20 %)	36	-0.27 (27 %)
	9	58	50	-0.13 (13 %)	47	-0.19 (19 %)	45	-0.22 (22 %)
Terapia cognitivo-conductual	10	62	56	-0.10 (10 %)	53	-0.15 (15 %)	51	-0.18 (18 %)
	11	67	62	-0.07 (7 %)	58	-0.13 (13 %)	54	-0.19 (19 %)
	12	54	44	-0.19 (19 %)	41	-0.24 (24 %)	39	-0.28 (28 %)
	13	46	41	-0.11 (11 %)	--	-----	--	-----
	14	51	45	-0.12 (12 %)	42	-0.17 (17 %)	40	-0.22 (22 %)
	15	48	43	-0.10 (10 %)	--	-----	--	-----
	16	57	51	-0.11 (11 %)	48	-0.16 (16 %)	46	-0.19 (19 %)
	17	64	60	-0.06 (6 %)	57	-0.11 (11 %)	54	-0.16 (16 %)
Tratamiento combinado	18	56	52	-0.07 (7 %)	46	-0.18 (18 %)	43	-0.23 (23 %)
	19	68	57	-0.16 (16 %)	--	-----	--	-----
	20	62	49	-0.20 (20 %)	45	-0.27 (27 %)	41	-0.34 (34 %)
	21	59	53	-0.10 (10 %)	48	-0.19 (19 %)	--	-----
	22	72	68	-0.06 (6 %)	60	-0.17 (17 %)	58	-0.19 (19 %)
	23	75	73	-0.03 (3 %)	65	-0.13 (13 %)	--	-----
	24	63	61	-0.03 (3 %)	53	-0.16 (16 %)	48	-0.24 (24 %)
	25	59	55	-0.07 (7 %)	56	-0.13 (13 %)	45	-0.23 (23 %)
	26	65	62	-0.05 (5 %)	48	-0.12 (12 %)	--	-----
	Media	56.65	51.00	-0.11 (11 %)	47.55	-0.17 (17 %)	43.53	-0.23 (23 %)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 25. Cambio clínico observable higiene del sueño

	n	Higiene del sueño pretratamiento	5 ° semana postratamiento	CCO 1	3 meses seguimiento	CCO 2	6 meses seguimiento	CCO 3
Tratamiento farmacológico	1	108	96	-0.11 (11 %)	82	-0.24 (24 %)	77	-0.29 (29 %)
	2	122	114	-0.07 (7 %)	103	-0.16 (16 %)	94	-0.23 (23 %)
	3	96	89	-0.07 (7 %)	---	-----	--	-----
	4	94	90	-0.04 (4 %)	83	-0.12 (12 %)	81	-0.14 (14 %)
	5	86	69	-0.20 (20 %)	65	-0.24 (24 %)	--	-----
	6	88	84	-0.04 (4 %)	79	-0.11 (11 %)	70	-0.20 (20 %)
	7	73	68	-0.07 (7 %)	66	-0.10 (10 %)	--	-----
	8	102	97	-0.05 (5 %)	93	-0.09 (9 %)	83	-0.02 (2 %)
	9	85	81	-0.06 (6 %)	76	-0.11 (11 %)	72	-0.15 (15 %)
Terapia cognitivo-conductual	10	86	76	-0.07 (7 %)	72	-0.16 (16 %)	68	-0.21 (21 %)
	11	67	60	-0.10 (10 %)	56	-0.15 (15 %)	51	-0.24 (24 %)
	12	85	78	-0.08 (8 %)	74	-0.13 (13 %)	69	-0.19 (19 %)
	13	77	65	-0.16 (16 %)	--	-----	--	-----
	14	110	94	-0.14 (14 %)	88	-0.20 (20 %)	82	-0.25 (25 %)
	15	83	78	-0.06 (6 %)	--	-----	--	-----
	16	84	77	-0.08 (8 %)	73	-0.13 (13 %)	70	-0.17 (17 %)
	17	91	85	-0.10 (10 %)	81	-0.11 (11 %)	75	-0.18 (18 %)
Tratamiento combinado	18	80	69	-0.14 (14 %)	66	-0.18 (18 %)	64	-0.20 (20 %)
	19	95	84	-0.12 (12 %)	--	-----	--	-----
	20	78	73	-0.06 (6 %)	67	-0.08 (8 %)	65	-0.17 (17 %)
	21	71	67	-0.05 (5 %)	61	-0.14 (14 %)	--	-----
	22	59	50	-0.15 (15 %)	44	-0.25 (25 %)	42	-0.29 (29 %)
	23	79	70	-0.11 (11 %)	67	-0.15 (15 %)	--	-----
	24	83	79	-0.05 (5 %)	73	-0.12 (12 %)	53	-0.40 (40 %)
	25	89	72	-0.19 (19 %)	59	-0.13 (13 %)	55	-0.27 (27 %)
	26	75	67	-0.11 (11 %)	63	-0.16 (16 %)	--	-----
	Media	86.38	78.15	-0.12 (12 %)	72.32	-0.15 (15 %)	68.47	-0.21 (21 %)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 26. Cambio clínico observable creencias sobre el sueño

	n	Creencias sueño pretratamiento	5 ° semana postratamiento	CCO 1	3 meses seguimiento	CCO 2	6 meses seguimiento	CCO 3
Tratamiento farmacológico	1	74	64	-0.06 (6 %)	61	-0.18 (18 %)	56	-0.24 (24 %)
	2	85	76	-0.08 (8 %)	72	-0.15 (15 %)	69	-0.19 (19 %)
	3	96	90	-0.06 (6 %)	--	-----	--	-----
	4	89	74	-0.17 (17 %)	70	-0.21 (21 %)	66	-0.26 (26 %)
	5	93	85	-0.09 (9 %)	78	-0.16 (16 %)	--	-----
	6	76	69	-0.05 (5 %)	65	-0.14 (14 %)	62	-0.18 (18 %)
	7	87	78	-0.06 (6 %)	72	-0.17 (17 %)	--	-----
	8	95	86	-0.09 (9 %)	82	-0.14 (14 %)	75	-0.21 (21 %)
	9	64	59	-0.10 (10 %)	56	-0.13 (13 %)	54	-0.15 (15 %)
Terapia cognitivo-conductual	10	76	70	-0.08 (8 %)	67	-0.12 (12 %)	65	-0.14 (14 %)
	11	90	84	-0.07 (7 %)	80	-0.11 (11 %)	78	-0.13 (13 %)
	12	96	92	-0.06 (6 %)	84	-0.13 (13 %)	81	-0.16 (16 %)
	13	77	64	-0.04 (4 %)	--	-----	--	-----
	14	135	121	-0.10 (10 %)	114	-0.15 (15 %)	105	-0.22 (22 %)
	15	91	82	-0.10 (10 %)	--	-----	--	-----
	16	78	72	-0.05 (5 %)	70	-0.10 (10 %)	67	-0.14 (14 %)
	17	70	63	-0.10 (10 %)	59	-0.16 (16 %)	55	-0.21 (21 %)
Tratamiento combinado	18	95	87	-0.08 (8 %)	80	-0.17 (17 %)	71	-0.25 (25 %)
	19	99	86	-0.13 (13 %)	--	-----	--	-----
	20	114	105	-0.08 (8 %)	95	-0.17 (17 %)	83	-0.27 (27 %)
	21	85	76	-0.11 (11 %)	69	-0.19 (19 %)	--	-----
	22	92	87	-0.05 (5 %)	78	-0.15 (15 %)	75	-0.18 (18 %)
	23	86	81	-0.06 (6 %)	73	-0.16 (16 %)	--	-----
	24	120	109	-0.09 (9 %)	96	-0.20 (20 %)	93	-0.23 (23 %)
	25	108	98	-0.09 (9 %)	85	-0.21 (21 %)	81	-0.25 (25 %)
	26	113	104	-0.08 (8 %)	93	-0.18 (18 %)	--	-----
	Media	91.69	83.15	-0.13 (13 %)	77.23	-0.16 (16 %)	72.71	-0.20 (20 %)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 27. Medias del Cambio clínico observable por grupos de tratamiento

Insomnio			
	CCO 1	CCO 2	CCO 3
Tratamiento farmacológico	18.22	32.50	40.67
Terapia cognitivo-conductual	25.63	25.33	31.17
Tratamiento combinado	24.78	27.50	52.20
Depresión			
	CCO 1	CCO 2	CCO 3
Tratamiento farmacológico	28.22	43.63	39.67
Terapia cognitivo-conductual	18.63	32.67	42.00
Tratamiento combinado	15.22	24.71	48.25
Rumiación			
Tratamiento farmacológico	11.33	19.00	24.00
Terapia cognitivo-conductual	10.75	16.00	20.33
Tratamiento combinado	8.56	16.88	24.60
Hábitos de sueño			
Tratamiento farmacológico	7.78	14.63	17.60
Terapia cognitivo-conductual	9.88	14.67	20.67
Tratamiento combinado	10.89	15.13	25.15
Creencias de sueño			
Tratamiento farmacológico	8.44	16.00	20.50
Terapia cognitivo-conductual	7.50	12.83	16.67
Tratamiento combinado	8.56	17.88	23.60

Fuente: Elaboración propia

El promedio de mejoría clínica por grupos de tratamiento se incrementó en las evaluaciones de seguimiento a los 3 y 6 meses en todas las variables del estudio. Para el caso de los hábitos y creencias de sueño el tratamiento combinado fue el que obtuvo mayor mejoría clínica ($X_{\text{hábitos}} = 25.15$; $X_{\text{creencias}} = 23.60$), en comparación de los otros dos grupos de intervención al finalizar la investigación

CAPÍTULO 5

CONSIDERACIONES FINALES

5.1 Discusión

El objetivo principal de la tesis fue evaluar los cambios en los hábitos y creencias de sueño en pacientes con insomnio y depresión que recibieron el programa de terapia cognitivo-conductual SOMNE, tratamiento farmacológico o la combinación de medicamentos hipnóticos y la intervención psicoterapéutica. Se hicieron evaluaciones pretratamiento, postratamiento a las 5 semanas, 3 meses y 6 meses luego de concluir la intervención asignada; se encontró que en la mayoría de los participantes hubo mejoría clínicamente significativa en el insomnio y depresión, en menor medida también encontramos mejoría en la rumiación, los hábitos y creencias de sueño.

Los participantes del estudio se caracterizaron por ser adultos con un rango de edad entre 29 y 65 años, gran parte son mujeres (> 50 %), la mayoría están casados o viven con su pareja en unión libre, su nivel educativo es medio y superior, las principales comorbilidades fueron sobrepeso, hipertensión arterial y diabetes mellitus. Este perfil demográfico es similar a otros estudios, que exploraron los efectos de la terapia cognitiva-conductual en personas con insomnio y depresión.

Geoffroy et al. (2018) realizaron un estudio con datos de la Encuesta epidemiológica nacional *Wave 2* en Estados Unidos (n=3573), encontraron que las personas con depresión e insomnio tuvieron un ingreso económico más bajo y menos probabilidades de estar casados en comparación con los que padecían depresión sin problemas para dormir. Por su parte, Bhaskar et al. (2016) llevaron a cabo un estudio transversal con 278 participantes, al comparar a los insomnes con aquellos sin problemas de sueño, se observó que los sujetos > 35 años y la diabetes mellitus se asociaron significativamente con el insomnio crónico, mientras que, otros factores socioeconómicos como el género, nivel educativo, empleo, ingreso económico y comorbilidades médicas, por ejemplo, hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, asma, migraña, enfermedad renal o tiroidea no se asociaron de forma significativa ($p > 0.05$).

Por otra parte, encontramos que los pacientes con peores hábitos y creencias sobre el sueño alcanzaron puntajes altos en las variables de insomnio, depresión y pensamiento rumiativo en comparación a los sujetos que tuvieron mejores hábitos y creencias de sueño y que presentaron insomnio y depresión leves. La evidencia indica que los hábitos y creencias sobre el sueño son los principales factores perpetuantes del insomnio, por ejemplo, las personas insomnes realizan estrategias para compensar la dificultad para dormir, por ejemplo, ir a dormir más temprano, levantarse de la cama más tarde o hacer siestas en el día. Estas conductas con el tiempo llevan a un desbalance entre la oportunidad de dormir, el tiempo y calidad de sueño (Edinger et al., 2001). Las creencias sobre el sueño pueden ocasionar comportamientos que prolonguen el tiempo de vigilia, alteren el ritmo circadiano y/o permanecer en la cama sin dormir realizando otras actividades. (Hiller et al., 2015; Morin, 2011).

Al comparar el puntaje de las escalas en los tres grupos de tratamiento, encontramos mejores resultados con el tratamiento combinado (medicamento + terapia cognitivo-conductual), la diferencia respecto a los otros dos grupos fue estadísticamente significativa. Durante el seguimiento a los 3 y 6 meses, la mejoría en las variables del estudio se mantuvo en los grupos donde se suministró la terapia cognitivo-conductual, investigaciones previas indican que al inicio el tratamiento combinado parece tener una ligera ventaja sobre cualquier modalidad de tratamiento en monoterapia, pero sus efectos a largo plazo son variables entre los pacientes (Jacobs et al., 2004).

La combinación del tratamiento farmacológico y la TCC depende de ciertos factores como la severidad del insomnio con o sin comorbilidades, la preferencia del paciente sobre el tratamiento prescrito, tiempo de respuesta al tratamiento. Si bien el tratamiento farmacológico tiene un inicio de acción más rápido, evidencia disponible sugiere que la terapia cognitivo-conductual se asocian con beneficios del tratamiento con una duración de hasta dos años (Murtang et al, 1995). El uso de medicamentos hipnóticos como terapia de primera línea se da en lugares donde las intervenciones psicoterapéuticas tienen una disponibilidad limitada (Morin et al.,

1999). Sin embargo, existe el riesgo de atribuir completamente la mejoría a la medicación, en lugar de los cambios realizados en las conductas y creencias disruptivas sobre el sueño, lo que puede conducir a una recaída cuando se retira el medicamento hipnótico.

Respecto al insomnio crónico es probable que la TCC aborde los factores perpetuantes, teniendo como principal objetivo que la mejoría clínica sea más sostenida, por tal motivo es el tratamiento de elección (Morin, 2006). En otros casos para optimizar los resultados a corto y mediano plazo, puede ser necesario un utilizar un enfoque combinado.

Un aspecto relevante del estudio fue evaluar el cambio clínico observable (CCO) en las puntuaciones de las escalas aplicadas mediante el Índice de Cardiel en el período de postratamiento y durante el seguimiento de los pacientes, en las variables de insomnio y depresión los valores de este índice fueron mayores en comparación con hábitos de sueño, creencias de sueño y rumiación durante el tiempo de seguimiento. El uso del CCO durante el tratamiento de los pacientes con insomnio con depresión por los clínicos ayudaría a determinar la mejoría del cuadro clínico al modifica los hábitos y creencias del sueño.

Otro hallazgo importante, tiene que ver con el efecto de la TCC-I en la depresión; hay evidencia sobre el relativo éxito en la reducción de los niveles de los síntomas depresivos con el uso de terapia cognitivo-conductual enfocada a tratar el problema de insomnio (Carney et al. 2013). Se sabe que la persistencia de los síntomas de insomnio, es común, entre aquellos con remisión incompleta de la depresión (McClintock et al., 2011), incluso en aquellos que remiten por completo después del tratamiento antidepresivo (Nierenberg et al., 2010), esto sugiere cierta limitación del tratamiento para la depresión en resolver el problema de sueño. Existen dos enfoques secuencial y concomitante sobre la terapéutica del insomnio y depresión comórbidos; el primer enfoque los clínicos tratan un trastorno a la vez mientras que en el segundo enfoque ambos trastornos se tratan simultáneamente, los resultados de las investigaciones con este último enfoque son mixtos. No obstante, hay evidencia a favor sobre la respuesta al tratamiento del insomnio es un factor

mediador en la remisión de la depresión esto sugiere que el esfuerzo enfocado a mejorar el insomnio tiene el potencial de influir en la respuesta al tratamiento de la depresión (Sing et al., 2011). Henry et al. (2021) encontró que la terapia cognitiva conductual aumentó las probabilidades de mejoría clínicamente significativa tanto en los síntomas de insomnio ($g= 0,76$; $p < 0.001$) y depresión ($g= 0,48$; $p < 0.001$).

5.2 Limitaciones y sugerencias

Entre las limitaciones del estudio tenemos que los efectos de la TCC para modificar los hábitos y creencias sobre el sueño no pueden diferenciarse de los efectos de la medicación hipnótica. La combinación de ambas modalidades de tratamiento, de acuerdo a la evidencia publicada indica que hay una mejoría rápida del insomnio en comparación con la TCC administrada en monoterapia (Vallieres A, Morin CM, Guay B., 2005). Sin embargo, esta ventaja inicial no necesariamente se mantiene al final del tratamiento ni predice la recuperación de los pacientes. (Morin, 2014).

El diseño del estudio es cuasi-experimental, este tipo de investigaciones se caracteriza por tener menor precisión y validez en comparación a los estudios experimentales. Eso conlleva a que estos estudios se apliquen en contextos poco controlados, es decir fuera del laboratorio, tal es el caso de escuelas, centros de salud, lugares de trabajo, etc.

Otra limitación es el tamaño de la muestra de participantes, que no permite generalizar nuestros resultados a toda la población con insomnio y depresión. El uso de un método de muestreo por conveniencia aumenta la posibilidad de construir grupos no equivalentes, lo que puede limitar la generalización de los hallazgos porque las variables no controladas podrían influir en los resultados.

Las causas más frecuentes de abandono del estudio fueron poca motivación para completar todas las evaluaciones, falta de tiempo debido al cruce con otras actividades laborales o sociales y la dificultad en trasladarse al lugar donde se impartieron las sesiones de terapia.

En países de mediano ingreso como México, los recursos destinados al tratamiento psicoterapéutico del insomnio y depresión son insuficientes. Si se incluyeran en los centros de salud T-III y hospitales, la terapia cognitiva-conductual grupal o individual

para cambiar los hábitos y creencias sobre el sueño mejoraría la atención a los pacientes insomnes con o sin depresión asociada, evitando que el curso de la enfermedad se cronifique, reduciendo el tiempo de búsqueda de atención de estos problemas de salud mental.

Para futuras investigaciones, se sugiere realizar estudios que incluyan otros métodos de evaluación del sueño, tal es el caso de la poligrafía, polisomnografía o actigrafía.

Se podría evaluar la efectividad del Programa SOMNE en pacientes insomnes con y sin patología dual, aplicando la modalidad virtual.

Recientemente se validó la escala DISRS en español, esta herramienta auto aplicable mide la rumiación relacionada con los síntomas diurnos del insomnio por lo que sería de utilidad para comparar las diferencias entre los pensamientos rumiativos específicos de este trastorno de sueño con otras escalas de rumiación asociada a depresión.

5.3 Conclusiones

- La contribución de esta investigación consiste en que se evaluaron los cambios que se dieron en los hábitos y creencias en el sueño, en el insomnio, depresión y rumiación luego de aplicar el programa de terapia cognitivo-conductual SOMNE al realizar el seguimiento a las 5 semanas, 3 meses y 6 meses.
- Con la aplicación de este programa de intervención psicoterapéutica en individuos que asistieron a consulta externa en un hospital psiquiátrico, se encontraron resultados positivos en la mejoría del insomnio, depresión, creencias y hábitos de sueño.
- En los grupos de tratamiento en relación a los hábitos de sueño se encontró mejorías en todos los grupos, especialmente en aquellos que recibieron la intervención combinada y en el grupo que recibió fármacos.
- Para el caso de las creencias de sueño, los grupos que recibieron la terapia cognitivo-conductual y el tratamiento combinado tuvieron mayor mejoría clínica.

- Se puede aplicar el programa Somne en monoterapia o asociado a farmacoterapia en pacientes con insomnio y depresión de consulta externa para modificar hábitos y creencias sobre el sueño.
- Los cambios clínicos postratamiento se mantuvieron a lo largo del tiempo, con una leve reducción del efecto a los 6 meses del seguimiento.
- El uso del Índice de Cardiel para evaluar el cambio clínico observable, es fácil de calcular e interpretar. Es una herramienta útil para el seguimiento clínico de pacientes insomnes, que puede aplicarse en otros trastornos psiquiátricos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aernout, E., Benradia, I., Hazo, J. B., Sy, A., Askevis-Leherpeux, F., Sebbane, D., & Roelandt, J. L. (2021). International study of the prevalence and factors associated with insomnia in the general population. *Sleep Medicine*, 82, 186-192.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders Edition Fifth*. Am Psychiatric Assoc, 21(21), 591-643.

American Academy of Sleep Medicine. (2014). *International classification of sleep disorders. 3rd ed (ICSD-3)*. AASM; 51-55.

Ashworth, D. K., Sletten, T. L., Junge, M., Simpson, K., Clarke, D., Cunnington, D., & Rajaratnam, S. M. (2015). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for insomnia: an effective treatment for comorbid insomnia and depression. *Journal of counseling psychology*, 62(2), 115.

Asociación Mexicana de Psiquiatría. (2010) *Consenso y Guía de práctica clínica para el tratamiento del insomnio*; México,

Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C., & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of affective disorders*, 135(1-3), 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.011>

Bhaskar, S., Hemavathy, D., & Prasad, S. (2016). Prevalence of chronic insomnia in adult patients and its correlation with medical comorbidities. *Journal of family medicine and primary care*, 5(4), 780–784. <https://doi.org/10.4103/2249-4>

Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep medicine*, 2(4), 297–307. [https://doi.org/10.1016/s1389-9457\(00\)00065-4](https://doi.org/10.1016/s1389-9457(00)00065-4)

Bastien, C. H., Morin, C. M., Ouellet, M. C., Blais, F. C., & Bouchard, S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for insomnia: comparison of individual therapy, group therapy, and telephone consultations. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(4), 653–659. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.4.653>

Beaulieu-Bonneau S, Ivers H, Guay B, Morin CM. Long-Term Maintenance of Therapeutic Gains Associated With Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia Delivered Alone or Combined With Zolpidem. *Sleep*. 2017 Mar 1;40(3):zsx002. doi: 10.1093/sleep/zsx002.

Bluestein, D., Rutledge, C. M., & Healey, A. C. (2010). Psychosocial correlates of insomnia severity in primary care. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM*, 23(2), 204–211. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2010.02.090179>

Bootzin, R. R. (1972). Stimulus control treatment for insomnia. *Proceedings of the American Psychological Association*, 7, 395-396.

Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., & Andreski, P. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological psychiatry*, 39(6), 411–418. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(95\)00188-3](https://doi.org/10.1016/0006-3223(95)00188-3)

Brown, F. C., Buboltz, W. C., Jr, & Soper, B. (2002). Relationship of sleep hygiene awareness, sleep hygiene practices, and sleep quality in university students. *Behavioral medicine (Washington, D.C.)*, 28(1), 33–38. <https://doi.org/10.1080/08964280209596396>

Brunborg, G. S., Mentzoni, R. A., Molde, H., Myrseth, H., Skouverøe, K. J., Bjorvatn, B., & Pallesen, S. (2011). The relationship between media use in the bedroom, sleep habits and symptoms of insomnia. *Journal of sleep research*, 20(4), 569–575. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2011.00913.x>

Buysse, D. J., Germain, A., Moul, D. E., Franzen, P. L., Brar, L. K., Fletcher, M. E., Begley, A., Houck, P. R., Mazumdar, S., Reynolds, C. F., & Monk, T. H. (2011). Efficacy of brief behavioral treatment for chronic insomnia in older adults. *Archives of internal medicine*, 171(10), 887–895. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.535>

Buysse, D. J., Germain, A., Hall, M., Monk, T. H., & Nofzinger, E. A. (2011). A Neurobiological Model of Insomnia. *Drug discovery today. Disease models*, 8(4), 129–137. <https://doi.org/10.1016/j.ddmod.2011.07.002>

Carney, C. E., & Edinger, J. D. (2006). Identifying critical beliefs about sleep in primary insomnia. *Sleep*, 29(3), 342-350.

Carney, C. E., Buysse, D. J., Ancoli-Israel, S., Edinger, J. D., Krystal, A. D., Lichstein, K. L., & Morin, C. M. (2012). The consensus sleep diary: standardizing prospective sleep self-monitoring. *Sleep*, 35(2), 287–302. <https://doi.org/10.5665/sleep.1642>

Castronovo, V., Galbiati, A., Sforza, M., Poletti, M., Giarolli, L., Kuo, T., Zucconi, M., Manconi, M., Hensley, M., Morin, C., & Ferini-Strambi, L. (2018). Long-term clinical effect of group cognitive behavioral therapy for insomnia: a case series study. *Sleep medicine*, 47, 54–59. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2018.03.017>

Chang, S., Ma, Q., Seow, E., Lau, Y. W., Satghare, P., Hombali, A., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2020). Sleep beliefs and attitudes and the association with insomnia among psychiatric outpatients. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 29(1), 33–39. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1466046>

Cheung, J. M., Bartlett, D. J., Armour, C. L., Glozier, N., & Saini, B. (2014). Insomnia patients' help-seeking experiences. *Behavioral sleep medicine*, 12(2), 106–122. <https://doi.org/10.1080/15402002.2013.764529>

Cheung, J., Jarrin, D. C., Ballot, O., Bharwani, A. A., & Morin, C. M. (2019). A systematic review of cognitive behavioral therapy for insomnia implemented in primary care and community settings. *Sleep medicine reviews*, 44, 23–36. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2018.11.001>

Cheung, J. M., Ji, X. W., & Morin, C. M. (2019). Cognitive behavioral therapies for insomnia and hypnotic medications: considerations and controversies. *Sleep Medicine Clinics*, 14(2), 253-265.

Chiu, H. F., Leung, T., Lam, L. C., Wing, Y. K., Chung, D. W., Li, S. W., Chi, I., Law, W. T., & Boey, K. W. (1999). Sleep problems in Chinese elderly in Hong Kong. *Sleep*, 22(6), 717–726. <https://doi.org/10.1093/sleep/22.6.717>

Chung, K. F., Lee, C. T., Yeung, W. F., Chan, M. S., Chung, E. W., & Lin, W. L. (2018). Sleep hygiene education as a treatment of insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Family practice*, 35(4), 365–375. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz122>

Colrain, I. M., Trinder, J., & Swan, G. E. (2004). The impact of smoking cessation on objective and subjective markers of sleep: review, synthesis, and recommendations. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 6(6), 913–925. <https://doi.org/10.1080/1462220041233132493>

Cunnington, D., Junge, M. F., & Fernando, A. T. (2013). Insomnia: prevalence, consequences and effective treatment. *The Medical journal of Australia*, 199(8), S36–S40. <https://doi.org/10.5694/mja13.10718>

Daley, M., Morin, C. M., LeBlanc, M., Grégoire, J. P., & Savard, J. (2009). The economic burden of insomnia: direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. *Sleep*, 32(1), 55–64.

Di, M. D. L. Á. M. (2011). Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. *Revista colombiana de bioética*, 6(1), 125-145.

Dixon, S., Morgan, K., Mathers, N., Thompson, J., & Tomeny, M. (2006). Impact of cognitive behavior therapy on health-related quality of life among adult hypnotic users with chronic

insomnia. *Behavioral sleep medicine*, 4(2), 71–84.
https://doi.org/10.1207/s15402010bsm0402_1

Dombrowski AY, Cyranowski JM, Mulsant BH, et al. Which symptoms predict recurrence of depression in women treated with maintenance interpersonal psychotherapy? *Depress Anxiety*. 2008;25(12):1060–1066.

Drake, C., Roehrs, T., Shambroom, J., & Roth, T. (2013). Caffeine effects on sleep taken 0, 3, or 6 hours before going to bed. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 9(11), 1195–1200.
<https://doi.org/10.5664/jcsm.3170>

Dryman, A., & Eaton, W. W. (1991). Affective symptoms associated with the onset of major depression in the community: findings from the US National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area Program. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 84(1), 1–5.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb01410.x>

Edinger, J. D., Wohlgenuth, W. K., Radtke, R. A., Marsh, G. R., & Quillian, R. E. (2001). Does cognitive-behavioral insomnia therapy alter dysfunctional beliefs about sleep?. *Sleep*, 24(5), 591-599.

Edinger, J. D., Arnedt, J. T., Bertisch, S. M., Carney, C. E., Harrington, J. J., Lichstein, K. L., Sateia, M. J., Troxel, W. M., Zhou, E. S., Kazmi, U., Heald, J. L., & Martin, J. L. (2021). Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 17(2), 255–262. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8986>

Eidelman, P., Talbot, L., Ivers, H., Bélanger, L., Morin, C. M., & Harvey, A. G. (2016). Change in Dysfunctional Beliefs About Sleep in Behavior Therapy, Cognitive Therapy, and Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia. *Behavior therapy*, 47(1), 102–115.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.10.002>

Ellis, J., Hampson, S. E., & Croypley, M. (2007). The role of dysfunctional beliefs and attitudes in late-life insomnia. *Journal of psychosomatic research*, 62(1), 81–84.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.06.007>

Espie, C. A., Inglis, S. J., Tessier, S., & Harvey, L. (2001). The clinical effectiveness of a cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 45–60.

Espie, C. A., Broomfield, N. M., MacMahon, K. M., Macphee, L. M., & Taylor, L. M. (2006). The attention-intention-effort pathway in the development of psychophysiologic insomnia: a theoretical review. *Sleep medicine reviews*, 10(4), 215–245.
<https://doi.org/10.1016/j.smrv.2006.03.002>

Fernandez-Mendoza, J., Shea, S., Vgontzas, A. N., Calhoun, S. L., Liao, D., & Bixler, E. O. (2015). Insomnia and incident depression: role of objective sleep duration and natural history. *Journal of sleep research*, 24(4), 390–398. <https://doi.org/10.1111/jsr.12285>

Ferini-Strambi, L., Auer, R., Bjorvatn, B., Castronovo, V., Franco, O., Gabutti, L., Galbiati, A., Hajak, G., Khatami, R., Kitajima, T., McEvoy, D., Nissen, C., Perlis, M., Pevernage, D. A., Randerath, W., Riemann, D., Rizzo, G., Van Someren, E., Vgontzas, A., Barazzoni, F., European Sleep Foundation (2021). Insomnia disorder: clinical and research challenges for the 21st century. *European journal of neurology*, 28(7), 2156–2167. <https://doi.org/10.1111/ene.14784>

Figuroa, G. (2002). La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 46-62.

Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention?. *JAMA*, 262(11), 1479–1484. <https://doi.org/10.1001/jama.262.11.1479>

Fortier-Brochu, E., Beaulieu-Bonneau, S., Ivers, H., & Morin, C. M. (2012). Insomnia and daytime cognitive performance: a meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 16(1), 83–94. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2011.03.008>

Franzen PL, Buysse DJ. Sleep disturbances and depression: risk relationships for subsequent depression and therapeutic implications. *Dialogues Clin Neurosci*. 2008;10(4):473–481

Gaona-Pineda, E., Martínez-Tapia, B., Rodríguez-Ramírez, S., Guerrero-Zúñiga, S., Pérez-Padilla, R., & Shamah-Levy, T. (2021). Dietary patterns and sleep disorders in Mexican adults from a National Health and Nutrition Survey. *Journal of Nutritional Science*, 10, E34. doi:10.1017/jns.2021.24

Galuszko-Węgielnik, M., Jakuszkowiak-Wojten, K., Wiglusz, M. S., Cubała, W. J., & Landowski, J. (2012). The efficacy of Cognitive-Behavioural Therapy (CBT) as related to sleep quality and hyperarousal level in the treatment of primary insomnia. *Psychiatria Danubina*, 24 Suppl 1, S51–S55.

Geiger-Brown, J. M., Rogers, V. E., Liu, W., Ludeman, E. M., Downton, K. D., & Diaz-Abad, M. (2015). Cognitive behavioral therapy in persons with comorbid insomnia: A meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 23, 54–67. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2014.11.007>

Geoffroy, P. A., Hoertel, N., Etain, B., Bellivier, F., Delorme, R., Limosin, F., & Peyre, H. (2018). Insomnia and hypersomnia in major depressive episode: Prevalence, sociodemographic characteristics and psychiatric comorbidity in a population-based study. *Journal of affective disorders*, 226, 132–141. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.032>

Germain, A., Moul, D. E., Franzen, P. L., Miewald, J. M., Reynolds, C. F., 3rd, Monk, T. H., & Buysse, D. J. (2006). Effects of a brief behavioral treatment for late-life insomnia: preliminary findings. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 2(4), 403–406.

- Groeger, J. A., Zijlstra, F. R., & Dijk, D. J. (2004). Sleep quantity, sleep difficulties and their perceived consequences in a representative sample of some 2000 British adults. *Journal of sleep research*, 13(4), 359–371. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2004.00418.x>
- Guerrero, S., & Torre, L. (2018). Los trastornos del sueño en México. A propósito de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *NCT Neumología y Cirugía de Tórax*, 77(3), 180-182.
- González, A.M. Egea, C., Barbeito, S., Ruiz, S., Manjón, J., Álvarez, A., Peciña, J., Vega, P., De Andrés, J. (2015). Programa Somne. Desclée de Brouwer.
- Gureje, O., Kola, L., Ademola, A., & Olley, B. O. (2009). Profile, comorbidity and impact of insomnia in the Ibadan study of ageing. *International journal of geriatric psychiatry*, 24(7), 686–693. <https://doi.org/10.1002/gps.2180>
- Harvey A. G. (2000). Sleep hygiene and sleep-onset insomnia. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(1), 53–55. <https://doi.org/10.1097/00005053-200001000-00011>
- Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour research and therapy*, 40(8), 869-893.
- Haynes, P. (2015). Application of cognitive behavioral therapies for comorbid insomnia and depression. *Sleep Medicine Clinics*, 10(1), 77-84.
- Henry, A. L., Miller, C. B., Emsley, R., Sheaves, B., Freeman, D., Luik, A. I., Littlewood, D. L., Saunders, K., Kanady, J. C., Carl, J. R., Davis, M. L., Kyle, S. D., & Espie, C. A. (2021). Insomnia as a mediating therapeutic target for depressive symptoms: A sub-analysis of participant data from two large randomized controlled trials of a digital sleep intervention. *Journal of sleep research*, 30(1), e13140. <https://doi.org/10.1111/jsr.13140>
- Heckler, C. E., Garland, S. N., Peoples, A. R., Perlis, M. L., Shayne, M., Morrow, G. R., Kamen, C., Hoefler, J., & Roscoe, J. A. (2016). Cognitive behavioral therapy for insomnia, but not armodafinil, improves fatigue in cancer survivors with insomnia: a randomized placebo-controlled trial. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24(5), 2059–2066. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2996-y>
- Hertenstein, E., Feige, B., Gmeiner, T., Kienzler, C., Spiegelhalder, K., Johann, A., Jansson-Fröjmark, M., Palagini, L., Rücker, G., Riemann, D., & Baglioni, C. (2019). Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 43, 96–105. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.10.006>
- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: La escala de respuestas rumiativas. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13(2).
- Hiller, R. M., Johnston, A., Dohnt, H., Lovato, N., & Gradisar, M. (2015). Assessing cognitive processes related to insomnia: a review and measurement guide for Harvey's cognitive model for the maintenance of insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 23, 46-53.

Hohagen, F., K ppler, C., Schramm, E., Rink, K., Weyerer, S., Riemann, D., & Berger, M. (1994). Prevalence of insomnia in elderly general practice attenders and the current treatment modalities. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 90(2), 102–108. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb01563.x>

Hood, H. K., Rogojanski, J., & Moss, T. G. (2014). Cognitive-behavioral therapy for chronic insomnia. *Current treatment options in neurology*, 16(12), 321. <https://doi.org/10.1007/s11940-014-0321-6>

Hsu, H. M., Chou, K. R., Lin, K. C., Chen, K. Y., Su, S. F., & Chung, M. H. (2015). Effects of cognitive behavioral therapy in patients with depressive disorder and comorbid insomnia: A propensity score-matched outcome study. *Behaviour research and therapy*, 73, 143–150. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.016>

Irish, L. A., Kline, C. E., Gunn, H. E., Buysse, D. J., & Hall, M. H. (2015). The role of sleep hygiene in promoting public health: A review of empirical evidence. *Sleep medicine reviews*, 22, 23–36. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2014.10.001>

Isaac F, Greenwood KM. The relationship between insomnia and depressive symptoms: genuine or artifact? *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2011;7:57-63. doi: 10.2147/NDT.S16267. Epub 2011 Feb 14. PMID: 21430795; PMCID: PMC3056174.

Ishigooka, J., Suzuki, M., Isawa, S., Muraoka, H., Murasaki, M., & Okawa, M. (1999). Epidemiological study on sleep habits and insomnia of new outpatients visiting general hospitals in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 53(4), 515–522. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.1999.00578.x>

Ishak, W. W., Bagot, K., Thomas, S., Magakian, N., Bedwani, D., Larson, D., Brownstein, A., & Zaky, C. (2012). Quality of life in patients suffering from insomnia. *Innovations in clinical neuroscience*, 9(10), 13–26.

Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19

Jansson-Fr jmark, M., & Linton, S. J. (2008). The role of sleep-related beliefs to improvement in early cognitive behavioral therapy for insomnia. *Cognitive behaviour therapy*, 37(1), 5–13. <https://doi.org/10.1080/16506070801907013>

Jaehne, A., Loessl, B., B rkai, Z., Riemann, D., & Hornyak, M. (2009). Effects of nicotine on sleep during consumption, withdrawal and replacement therapy. *Sleep medicine reviews*, 13(5), 363–377. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2008.12.003>

Jefferson, C. D., Drake, C. L., Scofield, H. M., Myers, E., McClure, T., Roehrs, T., & Roth, T. (2005). Sleep hygiene practices in a population-based sample of insomniacs. *Sleep*, 28(5), 611–615. <https://doi.org/10.1093/sleep/28.5.611>

Jernel v, S., Lekander, M., Blom, K., Rydh, S., Lj tsson, B., Axelsson, J., & Kaldo, V. (2012). Efficacy of a behavioral self-help treatment with or without therapist guidance for co-morbid

and primary insomnia--a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 12, 5. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-5>

Jiménez-Genchi, A., & Caraveo-Anduaga, J. (2017). Crude and Adjusted Prevalence of Sleep Complaints in Mexico City. *Sleep science*, 10(3), 113–121. <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20170020>

Johnson, E. O., Roth, T., & Breslau, N. (2006). The association of insomnia with anxiety disorders and depression: exploration of the direction of risk. *Journal of psychiatric research*, 40(8), 700–708. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.07.008>

Jungquist, C. R., O'Brien, C., Matteson-Rusby, S., Smith, M. T., Pigeon, W. R., Xia, Y., Lu, N., & Perlis, M. L. (2010). The efficacy of cognitive-behavioral therapy for insomnia in patients with chronic pain. *Sleep medicine*, 11(3), 302–309. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.05.018>

Katz, D. A., & McHorney, C. A. (2002). The relationship between insomnia and health-related quality of life in patients with chronic illness. *The Journal of family practice*, 51(3), 229–235.

Khan, M. S., & Aouad, R. (2017). The Effects of Insomnia and Sleep Loss on Cardiovascular Disease. *Sleep medicine clinics*, 12(2), 167–177. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2017.01.005>

Koffel, E.A., Koffel, J.B., Gehrman, P.R., 2015. A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Med. Rev.* 19, 6–16.

Kryger, M. H., Roth, T., & Dement, W. C. (2010). Principles and Practice of Sleep Medicine E-Book. Elsevier Health Sciences

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606>.

Khurshid K. A. (2018). Comorbid Insomnia and Psychiatric Disorders: An Update. *Innovations in clinical neuroscience*, 15(3-4), 28–32.

Lancee, J., Eisma, M. C., van Straten, A., & Kamphuis, J. H. (2015). Sleep-Related Safety Behaviors and Dysfunctional Beliefs Mediate the Efficacy of Online CBT for Insomnia: A Randomized Controlled Trial. *Cognitive behaviour therapy*, 44(5), 406–422. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1026386>

Léger, D., Morin, C. M., Uchiyama, M., Hakimi, Z., Cure, S., & Walsh, J. K. (2012). Chronic insomnia, quality-of-life, and utility scores: comparison with good sleepers in a cross-sectional international survey. *Sleep medicine*, 13(1), 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.03.020>

Levandovski, R., Sasso, E., & Hidalgo, M. P. (2013). Chronotype: a review of the advances, limits and applicability of the main instruments used in the literature to assess human phenotype. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 35(1), 3–11. <https://doi.org/10.1590/s2237-60892013000100002>

Li, L., Wu, C., Gan, Y., Qu, X., & Lu, Z. (2016). Insomnia and the risk of depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC psychiatry*, 16(1), 375. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1075-3>

López, A. T., Sánchez, M. E. G., Torres, F. G., Ramírez, M. P. N., & Olivares, M. V. S. (1995). Hábitos y trastornos del dormir en residentes del área metropolitana de Monterrey. *Salud Mental*, 18(1), 14-22.

Manber, R., Edinger, J. D., Gress, J. L., Pedro-Salcedo, M. G. S., Kuo, T. F., & Kalista, T. (2008). Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep*, 31(4), 489-495

Mason, E. C., & Harvey, A. G. (2014). Insomnia before and after treatment for anxiety and depression. *Journal of affective disorders*, 168, 415-421.

Maurer, L. F., Schneider, J., Miller, C. B., Espie, C. A., & Kyle, S. D. (2021). The clinical effects of sleep restriction therapy for insomnia: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 58, 101493.

McCall, W. V., Reboussin, B. A., & Cohen, W. (2000). Subjective measurement of insomnia and quality of life in depressed inpatients. *Journal of sleep research*, 9(1), 43–48. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2869.2000.00186.x>

McCall, W. V., Blocker, J. N., D'Agostino, R., Jr, Kimball, J., Boggs, N., Lasater, B., & Rosenquist, P. B. (2010). Insomnia severity is an indicator of suicidal ideation during a depression clinical trial. *Sleep medicine*, 11(9), 822–827. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.004>

McClintock, S. M., Husain, M. M., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Trivedi, M. H., Cook, I., Morris, D., Warden, D., & Rush, A. J. (2011). Residual symptoms in depressed outpatients who respond by 50% but do not remit to antidepressant medication. *Journal of clinical psychopharmacology*, 31(2), 180–186. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e31820ebd2c>

Miller, C. B., Espie, C. A., Epstein, D. R., Friedman, L., Morin, C. M., Pigeon, W. R., Spielman, A. J., & Kyle, S. D. (2014). The evidence base of sleep restriction therapy for treating insomnia disorder. *Sleep medicine reviews*, 18(5), 415–424. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2014.01.006>

Mitchell, M. D., Gehrman, P., Perlis, M., & Umscheid, C. A. (2012). Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC family practice*, 13, 40. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-40>

Miró, E., Lozano, M. D. C. C., & Casal, G. B. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista colombiana de psicología*, (14), 11-27.

Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. Guilford Press.

Morin, C. M. (1998). *Insomnio: asistencia y tratamiento psicológico*. Ariel.

Morin, C. M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R., & Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized controlled trial. *Jama*, 281(11), 991-999.

Morin, C. M., Vallières, A., Guay, B., Ivers, H., Savard, J., Mérette, C., Bastien, C., & Baillargeon, L. (2009). Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA*, 301(19), 2005–2015. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.682>

Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 34(5), 601–608. <https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601>

Morin, C. M., & Bélanger, L. (2011). Cognitive therapy for dysfunctional beliefs about sleep and insomnia. In *Behavioral treatments for sleep disorders* (pp. 107-118). Academic Press.

Morin, C. M., & Benca, R. (2012). Chronic insomnia. *Lancet* (London, England), 379(9821), 1129–1141. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60750-2)

Morin, C. M., Beaulieu-Bonneau, S., Ivers, H., Vallières, A., Guay, B., Savard, J., & Mérette, C. (2014). Speed and trajectory of changes of insomnia symptoms during acute treatment with cognitive-behavioral therapy, singly and combined with medication. *Sleep medicine*, 15(6), 701–707. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.02.004>

Morin, C. M., Drake, C. L., Harvey, A. G., Krystal, A. D., Manber, R., Riemann, D., & Spiegelhalter, K. (2015). Insomnia disorder. *Nature reviews. Disease primers*, 1, 15026. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.26>

Morgenthaler, T., Kramer, M., Alessi, C., Friedman, L., Boehlecke, B., Brown, T., Coleman, J., Kapur, V., Lee-Chiong, T., Owens, J., Pancer, J., Swick, T., & American Academy of Sleep Medicine (2006). Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An american academy of sleep medicine report. *Sleep*, 29(11), 1415–1419.

Nakata, A., Haratani, T., Takahashi, M., Kawakami, N., Arito, H., Kobayashi, F., & Araki, S. (2004). Job stress, social support, and prevalence of insomnia in a population of Japanese daytime workers. *Social science & medicine* (1982), 59(8), 1719–1730. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.002>

Nierenberg, A. A., Adler, L. A., Peselow, E., Zornberg, G., & Rosenthal, M. (1994). Trazodone for antidepressant-associated insomnia. *The American journal of psychiatry*.

Nierenberg, A. A., Keefe, B. R., Leslie, V. C., Alpert, J. E., Pava, J. A., Worthington, J. J., & Fava, M. (1999). Residual symptoms in depressed patients who respond acutely to fluoxetine. *The Journal of clinical psychiatry*, 60(4), 18118.

Nierenberg, A. A., Husain, M. M., Trivedi, M. H., Fava, M., Warden, D., Wisniewski, S. R., Miyahara, S., & Rush, A. J. (2010). Residual symptoms after remission of major depressive disorder with citalopram and risk of relapse: a STAR*D report. *Psychological medicine*, 40(1), 41–50. <https://doi.org/10.1017/S0033291709006011>

Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of personality and social psychology*, 67(1), 92–104. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.67.1.92>

Norell-Clarke, A., Jansson-Fröjmark, M., Tillfors, M., Holländare, F., & Engström, I. (2015). Group cognitive behavioural therapy for insomnia: Effects on sleep and depressive symptomatology in a sample with comorbidity. *Behaviour research and therapy*, 74, 80–93. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.09.005>

O'Brien, E. M., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., Hrabosky, J., & Zimmerman, M. (2011). Severe insomnia is associated with more severe presentation and greater functional deficits in depression. *Journal of psychiatric research*, 45(8), 1101–1105. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.01.010>

Ohayon M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep medicine reviews*, 6(2), 97–111. <https://doi.org/10.1053/smr.2002.0186>

Ohayon, M. M., & Roth, T. (2003). Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *Journal of psychiatric research*, 37(1), 9–15. [https://doi.org/10.1016/s0022-3956\(02\)00052-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3956(02)00052-3)

Okajima, I., Nakamura, M., Nishida, S., Usui, A., Hayashida, K. I., Kanno, M., Nakajima, S., & Inoue, Y. (2013). Cognitive behavioural therapy with behavioural analysis for pharmacological treatment-resistant chronic insomnia. *Psychiatry research*, 210(2), 515–521. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.028>

Okajima, I., Nakajima, S., Ochi, M., & Inoue, Y. (2014). Reducing dysfunctional beliefs about sleep does not significantly improve insomnia in cognitive behavioral therapy. *PloS one*, 9(7), e102565. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102565>

Palagini, L., Faraguna, U., Mauri, M., Gronchi, A., Morin, C. M., & Riemann, D. (2016). Association between stress-related sleep reactivity and cognitive processes in insomnia disorder and insomnia subgroups: preliminary results. *Sleep medicine*, 19, 101–107. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2015.10.020>

Passos, G. S., Tufik, S., Santana, M. G., Poyares, D., & Mello, M. T. (2007). Tratamento não farmacológico para a insônia crônica [Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia]. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 29(3), 279–282. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462006005000045>

Perlis, M. L., Giles, D. E., Mendelson, W. B., Bootzin, R. R., & Wyatt, J. K. (1997). Psychophysiological insomnia: the behavioural model and a neurocognitive perspective. *Journal of sleep research*, 6(3), 179–188. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2869.1997.00045.x>

Perlis, M. L., Sharpe, M., Smith, M. T., Greenblatt, D., & Giles, D. (2001). Behavioral treatment of insomnia: treatment outcome and the relevance of medical and psychiatric morbidity. *Journal of behavioral medicine*, 24(3), 281–296. <https://doi.org/10.1023/a:1010770807823>

Perlis, M. L., Smith, M. T., Cacialli, D. O., Nowakowski, S., & Orff, H. (2003). On the comparability of pharmacotherapy and behavior therapy for chronic insomnia: Commentary and implications. *Journal of psychosomatic research*, 54(1), 51-59.

Perlis, M. L., Aloia, M., & Kuhn, B. (Eds.). (2010). Behavioral treatments for sleep disorders: A comprehensive primer of behavioral sleep medicine interventions. Academic Press.

Perlis, M. L., Vargas, I., Ellis, J. G., Grandner, M. A., Morales, K. H., Gencarelli, A., Khader, W., Kloss, J. D., Gooneratne, N. S., & Thase, M. E. (2020). The Natural History of Insomnia: the incidence of acute insomnia and subsequent progression to chronic insomnia or recovery in good sleeper subjects. *Sleep*, 43(6), zsz299. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz299>

Pigeon, W. R., Hegel, M., Unützer, J., Fan, M. Y., Sateia, M. J., Lyness, J. M., Phillips, C., & Perlis, M. L. (2008). Is insomnia a perpetuating factor for late-life depression in the IMPACT cohort?. *Sleep*, 31(4), 481–488. <https://doi.org/10.1093/sleep/31.4.481>

Pigeon W. R. (2010). Diagnosis, prevalence, pathways, consequences & treatment of insomnia. *The Indian journal of medical research*, 131, 321–332

Richardson, G. S., & Roth, T. (2001). Future directions in the management of insomnia. *The Journal of clinical psychiatry*, 62 Suppl 10, 39–45.

Richey, S. M., & Krystal, A. D. (2011). Pharmacological advances in the treatment of insomnia. *Current pharmaceutical design*, 17(15), 1471–1475. <https://doi.org/10.2174/138161211796197052>

Riemann, D., & Perlis, M. L. (2009). The treatments of chronic insomnia: a review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. *Sleep medicine reviews*, 13(3), 205-214.

Rios, P., Cardoso, R., Morra, D., Nincic, V., Goodarzi, Z., Farah, B., Harricharan, S., Morin, C. M., Leech, J., Straus, S. E., & Tricco, A. C. (2019). Comparative effectiveness and safety of pharmacological and non-pharmacological interventions for insomnia: an overview of reviews. *Systematic reviews*, 8(1), 281. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1163-9>

Roscoe, J. A., Garland, S. N., Heckler, C. E., Perlis, M. L., Peoples, A. R., Shayne, M., Savard, J., Daniels, N. P., & Morrow, G. R. (2015). Randomized placebo-controlled trial of cognitive behavioral therapy and armodafinil for insomnia after cancer treatment. *Journal of*

clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology, 33(2), 165–171. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.6769>

Rocha, F. L., Guerra, H. L., & Lima-Costa, M. F. (2002). Prevalence of insomnia and associated socio-demographic factors in a Brazilian community: the Bambuí study. *Sleep medicine*, 3(2), 121–126. [https://doi.org/10.1016/s1389-9457\(01\)00119-8](https://doi.org/10.1016/s1389-9457(01)00119-8)

Rybarczyk, B., Lopez, M., Benson, R., Alsten, C., & Stepanski, E. (2002). Efficacy of two behavioral treatment programs for comorbid geriatric insomnia. *Psychology and aging*, 17(2), 288–298.

Rybarczyk, B., Stepanski, E., Fogg, L., Lopez, M., Barry, P., & Davis, A. (2005). A placebo-controlled test of cognitive-behavioral therapy for comorbid insomnia in older adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(6), 1164–1174. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.6.1164>

Salo, P., Sivertsen, B., Oksanen, T., Sjösten, N., Pentti, J., Virtanen, M., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2012). Insomnia symptoms as a predictor of incident treatment for depression: prospective cohort study of 40,791 men and women. *Sleep medicine*, 13(3), 278–284. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.06.022>

Sasai, T., Inoue, Y., Komada, Y., Nomura, T., Matsuura, M., & Matsushima, E. (2010). Effects of insomnia and sleep medication on health-related quality of life. *Sleep medicine*, 11(5), 452–457. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.09.011>

Scott, G. W., Scott, H. M., O'Keeffe, K. M., & Gander, P. H. (2011). Insomnia - treatment pathways, costs and quality of life. *Cost effectiveness and resource allocation : C/E*, 9, 10. <https://doi.org/10.1186/1478-7547-9-10>

Scharf, M., Erman, M., Rosenberg, R., Seiden, D., McCall, W. V., Amato, D., & Wessel, T. C. (2005). A 2-week efficacy and safety study of eszopiclone in elderly patients with primary insomnia. *Sleep*, 28(6), 720-727.

Sharma, M. P., & Andrade, C. (2012). Behavioral interventions for insomnia: Theory and practice. *Indian journal of psychiatry*, 54(4), 359.

Sierra, J. C., Delgado-Domínguez, C. J., & Carretero-Dios, H. (2005). Propiedades psicométricas de la Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS) en una muestra Española de sujetos normales [Psychometric properties of the Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale (DBAS) in healthy Spanish subjects]. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 523–539.

Schwartz, D. R., & Carney, C. E. (2012). Mediators of cognitive-behavioral therapy for insomnia: a review of randomized controlled trials and secondary analysis studies. *Clinical psychology review*, 32(7), 664–675. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.006>

Shimodera, S., Watanabe, N., Furukawa, T. A., Katsuki, F., Fujita, H., Sasaki, M., & Perlis, M. L. (2014). Change in quality of life after brief behavioral therapy for insomnia in concurrent depression: analysis of the effects of a randomized controlled trial. *Journal of clinical sleep*

medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine, 10(4), 433–439. <https://doi.org/10.5664/jcsm.3624>

Simon, G. E., & VonKorff, M. (1997). Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. *The American journal of psychiatry*, 154(10), 1417–1423. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.10.1417>

Sing, C. Y., & Wong, W. S. (2011). The effect of optimism on depression: The mediating and moderating role of insomnia. *Journal of health psychology*, 16(8), 1251-1258.

Smith, M. T., Huang, M. I., & Manber, R. (2005). Cognitive behavior therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorders. *Clinical psychology review*, 25(5), 559-592.

Spielman, A. J., Caruso, L. S., & Glovinsky, P. B. (1987). A behavioral perspective on insomnia treatment. *The Psychiatric clinics of North America*, 10(4), 541–553.

Suh, S., Yang, H. C., Fairholme, C. P., Kim, H., Manber, R., & Shin, C. (2014). Who is at risk for having persistent insomnia symptoms? A longitudinal study in the general population in Korea. *Sleep medicine*, 15(2), 180–186. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.09.024>

Taylor, D. J., Mallory, L. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Riedel, B. W., & Bush, A. J. (2007). Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep*, 30(2), 213–218. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.2.213>

Taylor, H. L., Rybarczyk, B. D., Nay, W., & Leszczyszyn, D. (2015). Effectiveness of a CBT Intervention for Persistent Insomnia and Hypnotic Dependency in an Outpatient Psychiatry Clinic. *Journal of clinical psychology*, 71(7), 666–683. <https://doi.org/10.1002/iclp.22186>

Talbot, L. S., Maguen, S., Metzler, T. J., Schmitz, M., McCaslin, S. E., Richards, A., Perlis, M. L., Posner, D. A., Weiss, B., Ruoff, L., Varbel, J., & Neylan, T. C. (2014). Cognitive behavioral therapy for insomnia in posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Sleep*, 37(2), 327–341. <https://doi.org/10.5665/sleep.3408>

Téllez, A., Sánchez, M, Torres F., Ramírez, M., Olivares, M. (1995). Hábitos y trastornos del dormir en residentes del área metropolitana de Monterrey. *Salud Mental*, 18 (1):14–22.

Guerrero, S., Gaona, E.B., Cuevas, L., Torre, L., Reyes, M., Shamah, T., & Pérez, R. (2018). Prevalencia de síntomas de sueño y riesgo de apnea obstructiva del sueño en México. *Salud Pública de México*, 60(3), 347-355. <https://doi.org/10.21149/9280>

Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 247-259.

Tsai, Y. L., Chen, C. W., Cheng, H. C., Chang, C. H., Chen, C. Y., & Yang, C. M. (2013). Cognitive and behavioral factors in insomnia comorbid with depression and anxiety. *Sleep and Biological Rhythms*, 11(4), 237-244.

Tsuno, N., Besset, A., & Ritchie, K. (2005). Sleep and depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 66(10), 1254–1269. <https://doi.org/10.4088/jcp.v66n1008>.

van der Zweerde, T., Bisdounis, L., Kyle, S. D., Lancee, J., & van Straten, A. (2019). Cognitive behavioral therapy for insomnia: a meta-analysis of long-term effects in controlled studies. *Sleep medicine reviews*, 48, 101208.

Van Houdenhove, L., Buysse, B., Gabriëls, L., & Van den Bergh, O. (2011). Treating primary insomnia: clinical effectiveness and predictors of outcomes on sleep, daytime function and health-related quality of life. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 18(3), 312–321. <https://doi.org/10.1007/s10880-011-9250-7>

Walsh J. K. (2002). Zolpidem "as needed" for the treatment of primary insomnia: a double-blind, placebo-controlled study. *Sleep medicine reviews*, 6 Suppl 1, S7–S33. [https://doi.org/10.1016/s1087-0792\(02\)80002-8](https://doi.org/10.1016/s1087-0792(02)80002-8)

Wang, Y. Y., Yang, Y., Rao, W. W., Zhang, S. F., Zeng, L. N., Zheng, W., Ng, C. H., Ungvari, G. S., Zhang, L., & Xiang, Y. T. (2020). Cognitive behavioural therapy monotherapy for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Asian journal of psychiatry*, 49, 101828. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.10.008>

Watanabe, N., Furukawa, T. A., Shimodera, S., Morokuma, I., Katsuki, F., Fujita, H., Sasaki, M., Kawamura, C., & Perlis, M. L. (2011). Brief behavioral therapy for refractory insomnia in residual depression: an assessor-blind, randomized controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 72(12), 1651–1658. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06130gry>

Wilsmore, B. R., Grunstein, R. R., Fransen, M., Woodward, M., Norton, R., & Ameratunga, S. (2013). Sleep habits, insomnia, and daytime sleepiness in a large and healthy community-based sample of New Zealanders. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 9(6), 559–566. <https://doi.org/10.5664/jcsm.2750>

Woodley, J., & Smith, S. (2006). Safety behaviors and dysfunctional beliefs about sleep: testing a cognitive model of the maintenance of insomnia. *Journal of psychosomatic research*, 60(6), 551–557. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.03.002>

World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization.

Wu, J. Q., Appleman, E. R., Salazar, R. D., & Ong, J. C. (2015). Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Comorbid With Psychiatric and Medical Conditions: A Meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 175(9), 1461–1472. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.3006>

Yamadera, W., Sato, M., Harada, D., Iwashita, M., Aoki, R., Obuchi, K., Ozone, M., Itoh, H., & Nakayama, K. (2013). Comparisons of short-term efficacy between individual and group cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Sleep and biological rhythms*, 11(3), 176–184. <https://doi.org/10.1111/sbr.12019>

Yang, C. M., Lin, S. C., Hsu, S. C., & Cheng, C. P. (2010). Maladaptive sleep hygiene practices in good sleepers and patients with insomnia. *Journal of health psychology, 15*(1), 147–155. <https://doi.org/10.1177/1359105309346342>

Zhang, Y., Ren, R., Lei, F., Zhou, J., Zhang, J., Wing, Y. K., ... & Tang, X. (2019). Worldwide and regional prevalence rates of co-occurrence of insomnia and insomnia symptoms with obstructive sleep apnea: a systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews, 45*, 1-17.

Zwart, C. A., & Lisman, S. A. (1979). Analysis of stimulus control treatment of sleep-onset insomnia. *Journal of consulting and clinical psychology, 47*(1), 113–118. <https://doi.org/10.1037//0022-006x>.

ANEXOS

6.1 Anexo 1. Consentimiento informado

INVESTIGADORA RESPONSABLE

Soy la Dra. Yarmila Valencia, tengo formación en psiquiatra y actualmente estoy realizando el posgrado de Ciencias de la Salud en la Facultad de Medicina-UNAM. Como responsable de esta investigación, le hago la más cordial invitación para participar en el estudio, que se explica a continuación.

1. PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Estoy llevando a cabo un estudio que tiene como objetivo aplicar un modelo de terapia cognitivo-conductual para modificar creencias y hábitos de sueño en gente con insomnio y depresión. La información que usted nos proporcione será de utilidad en mejorar los programas de atención en esta institución.

2. EN QUÉ CONSISTE EL ESTUDIO

Su participación consistirá en llenar un cuestionario en dos ocasiones: al inicio del estudio y al concluir el programa de terapia cognitivo-conductual, el cual tiene una duración de cinco sesiones (cada sesión se dará una vez a la semana). Si tiene dudas o preguntas estaré dispuesta a darle mayor información o aclarar cualquier duda que tenga.

3. NATURALEZA VOLUNTARIA DE LA PARTICIPACIÓN

Su participación es completamente voluntaria, sin que esto afecte la atención que recibe en esta institución. Es importante aclarar que tiene el derecho de suspender su colaboración y retirarse del estudio en el momento que usted lo decida.

4. ¿INVOLUCRA ALGÚN RIESGO SU PARTICIPACIÓN?

Las preguntas del cuestionario y la extracción de una muestra de sangre no tienen el riesgo de dañar su salud física ni psicológica. Si en algún momento, siente alguna incomodidad o molestia debe comunicarse con la investigadora principal para platicar sobre esta situación.

5. BENEFICIOS DERIVADOS DEL ESTUDIO

Con su colaboración en esta investigación, se pretende tener un mejor entendimiento del tema y ofrecer un mejor tratamiento para otras personas con el mismo problema de salud. Por otra parte, las sesiones de terapia cognitivo-conductual serán gratuitas y se cubrirán los gastos de transporte los días que asista a las sesiones.

6. CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que usted proporcione será confidencial y anónima, es decir ninguna otra persona ajena al estudio, pueda acceder a ellos.

Los datos personales que nos brinde solamente serán utilizados para fines de investigación, esta información será analizada junto con la de las otras participantes para realizar una conclusión sobre el tema y la publicación de los resultados en conjunto.

7. A QUIÉN DIRIGIRSE EN CASO DE DUDAS O PREGUNTAS

¿Tiene alguna pregunta o duda sobre este documento o el estudio?

Si no comprendió algo o necesita más información puede contactarse conmigo, mis datos se encuentran al final de la hoja.

8. FIRMA DE LA PARTICIPANTE

Si acepta contestar el cuestionario, le pediría que firme su aceptación.

Su firma a continuación indica que ha leído la información de este consentimiento informado y que ha tenido la oportunidad de hacer cualquier pregunta que tenga sobre el estudio.

Su firma también indica que acepta participar **voluntariamente** y se le ha reiterado que puede cambiar su decisión en cualquier momento. El hecho de firmar este documento no hace que renuncie a ninguno de sus derechos, además usted recibirá una copia del mismo.

México CD. MX., a _____ de _____ de 202_____

Nombre de la participante

Firma

**Nombre de la persona que
obtiene el Consentimiento**

Firma

Dra. Yarmila Valencia, posgrado de Ciencias de la Salud.
Teléfono 41605353, e-mail: yarmiel@hotmail.co

6.2 Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

I. DATOS GENERALES

Nombre: _____

Edad (años cumplidos): _____

Instrucciones: Por favor, lea cuidadosamente y conteste con una “X” las siguientes preguntas, recuerde que no hay respuestas incorrectas.

1) Estado civil	
Soltero	
Casado	
Unión libre	
Divorciado o separado	
Viudo	

4) Último grado educativo que aprobó en la escuela	
Primaria	
Secundaria incompleta	
Secundaria	
Preparatoria	
Carrera técnica	
Universidad incompleta	
Universidad	
Otro	

2) Ocupación actual	
Estudiante	
Ama de casa	
Trabaja fuera del hogar	
No trabaja	

5) Turno de trabajo	
Matutino	
Vespertino	
Nocturno	
Rotativo	

3) Número de personas que dependen económicamente de usted	

6) Horas de trabajo por día	
Menos de 6 horas	
Hasta 8 horas	
Más de 8 horas	

II. Datos clínicos

7. Comorbilidades (otras enfermedades actuales)	
Diabetes	
Hipertensión arterial	
Enfermedad de la tiroides	
Sobrepeso/obesidad	
Depresión	
Ansiedad	
Ninguna	
Otro(as): _____ _____ _____	

8. ¿Desde cuándo tiene insomnio?	
Menos de 1 mes	
1-3 meses	
6 meses	
Más de 6 meses	

9. ¿Actualmente toma medicamentos?	
Si	
No	

10. ¿Cuáles? (especifique medicamento y dosis p.ej. sertralina 100 mg. al día)	
a.	_____
b.	_____
c.	_____
d.	_____

11. Tiempo aproximado con este tratamiento (meses o años)	
a.	_____
b.	_____
c.	_____
d.	_____

ÍNDICE DE SEVERIDAD DE INSOMNIO

Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

1. Por favor califique la severidad de su problema de insomnio en el último mes.

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Muy severa
Dificultad para dormir.	0	1	2	3	4
Dificultad para mantenerse dormido/a.	0	1	2	3	4
Problema para despertar muy temprano.	0	1	2	3	4

2. ¿Qué tan satisfecho ó insatisfecho/a está usted con su patrón de sueño actual?

Muy satisfecho				Muy insatisfecho
0	1	2	3	4

3. ¿En que medida considera usted que su problema de sueño interfiere con su funcionamiento diario (por ejemplo, fatiga en el día, capacidad para funcionar en el trabajo/tareas diarias, concentración, memoria, estado de ánimo, etc.)?

No interfiere en absoluto	Un poco	Algo	Mucho	Interfiere demasiado
0	1	2	3	4

4. ¿Qué tan evidente para los demás cree usted que es su problema para dormir, en términos de la afección de su calidad de vida?

Nada evidente	Apenas	Algo	Mucho	Demasiado evidente
0	1	2	3	4

5. ¿Qué tan preocupado/afligido está usted por su problema de sueño actual?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Demasiado
0	1	2	3	4

TOTAL =

Diario de sueño

Nombre: _____ No Exp. _____

Instrucciones: Este diario ayudará a identificar su patrón de sueño. Complételo por la mañana. Especifique horarios, por ejemplo 1:00 PM o 13:00, y donde sea apropiado utilice minutos (min).

Día (fecha)	En la noche		Al día siguiente:		Durante la noche		Anoche dormí en total (horas):	Medicamento que tomé (dosis):	Califico mi dormir con (0=Pésimo - 10=Excelente)	Al día siguiente me sentí:
	Me acosté a las:	Me dormí a las:	Desperté a las:	Me levanté a las:	Desperté (número de veces):	Me volví a dormir en (min.)				
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

ESCALA DE PRÁCTICAS DE HIGIENE DEL SUEÑO (EPHS)

Nombre _____

Fecha _____

Instrucciones: los siguientes reactivos son descripciones de hábitos del sueño, actividades de la vida diaria y ambientes para dormir. Por favor circule el número correspondiente para indicar con qué frecuencia le ocurren las situaciones descritas, desde 1 (nunca) hasta 6 (siempre).

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1. La hora de ir a la cama no es constante todos los días.	1	2	3	4	5	6
2. La hora de levantarse no es constante todos los días.	1	2	3	4	5	6
3. Permanecer en cama después de despertar por la mañana.	1	2	3	4	5	6
4. Dormir hasta tarde los fines de semana.	1	2	3	4	5	6
5. Realizar en la cama actividades no relacionadas con el dormir (por ejemplo ver TV, leer).	1	2	3	4	5	6
6. Irse a dormir con hambre.	1	2	3	4	5	6
7. Preocuparse por no poder dormirse en la cama.	1	2	3	4	5	6
8. Tener una conversación desagradable antes de ir a dormir.	1	2	3	4	5	6
9. Tiempo insuficiente para relajarse antes de ir a dormir.	1	2	3	4	5	6
10. Quedarse dormido/a con la TV o la música encendidas.	1	2	3	4	5	6
11. Pensar en asuntos no resueltos mientras está acostado/a en la cama.	1	2	3	4	5	6
12. Ver la hora a la mitad de la noche.	1	2	3	4	5	6
13. Tomar siesta o descansar en la cama por más de 1 hora durante el día	1	2	3	4	5	6
14. Falta de exposición a la luz natural durante el día.	1	2	3	4	5	6
15. Falta de ejercicio físico regular.	1	2	3	4	5	6
16. Preocuparse durante el día acerca del dormir nocturno.	1	2	3	4	5	6
17. Consumir bebidas cafeinadas (café, té, coca-cola) en las 4 horas previas a irse a la cama.	1	2	3	4	5	6
18. Consumir alcohol en las 2 horas previas a irse a la cama.	1	2	3	4	5	6

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
19. Consumir sustancias estimulantes (por ejemplo nicotina) en las 2 horas previas a irse a la cama.	1	2	3	4	5	6
20. Realizar ejercicio vigoroso en las 2 horas previas a acostarse.	1	2	3	4	5	6
21. Beber muchos líquidos durante la hora previa a acostarse.	1	2	3	4	5	6
22. Comer demasiado durante la hora previa a acostarse.	1	2	3	4	5	6
23. El ambiente donde duerme es demasiado ruidoso o demasiado silencioso.	1	2	3	4	5	6
24. El ambiente donde duerme es demasiado luminoso o demasiado oscuro.	1	2	3	4	5	6
25. El ambiente donde duerme es demasiado húmedo o demasiado seco.	1	2	3	4	5	6
26. Sentir demasiado calor o demasiado frío durante el sueño.	1	2	3	4	5	6
27. Poca ventilación en la habitación.	1	2	3	4	5	6
28. Cama y/o almohada incómodas.	1	2	3	4	5	6
29. Presencia de muchos objetos no relacionados con el dormir dentro de la habitación.	1	2	3	4	5	6
30. El dormir es afectado por el/la compañero/a de cama.	1	2	3	4	5	6

ESCALA DE ACTITUDES Y CREENCIAS DISFUNCIONALES ACERCA DEL DORMIR

A continuación, se incluyen varias afirmaciones que reflejan las creencias y actitudes de las personas sobre el sueño. Indique por favor hasta qué punto Ud. está de acuerdo con cada una de ellas. Marca con un círculo o una cruz la respuesta que más se asemeja a tu situación.

Opciones de respuesta:

1= Totalmente de acuerdo 2= Ligeramente de acuerdo 3= Indiferente
4= Ligeramente en desacuerdo 5= Totalmente en desacuerdo

1. Necesito dormir 8 horas para sentirme despejado/a y funcionar bien durante el día	1	2	3	4	5
2. Si una noche no consigo dormir lo necesario, necesito recuperar el sueño haciendo la siesta al día siguiente día o durmiendo más la noche siguiente	1	2	3	4	5
3. Como me estoy haciendo mayor, necesito dormir menos	1	2	3	4	5
4. Me preocupa que si estoy una o dos noches sin dormir pueda tener una crisis nerviosa	1	2	3	4	5
5. Me preocupa que el insomnio crónico pueda tener consecuencias graves sobre mi salud física	1	2	3	4	5
6. Si paso más tiempo en la cama suelo conseguir dormir más y sentirme mejor al día siguiente	1	2	3	4	5
7. Cuando no consigo conciliar el sueño, debo quedarme en la cama y poner más empeño en dormirme	1	2	3	4	5
8. Me preocupa que pueda perder el control de mi capacidad de dormir	1	2	3	4	5
9. Puesto que me estoy haciendo mayor, debería acostarme más pronto por la noche	1	2	3	4	5
10. Después de una mala noche, sé que la falta de sueño interferirá en mi actividad normal durante el día	1	2	3	4	5
11. Para estar despabilado/a y funcionar bien durante el día, es mejor que me tome una pastilla que dormir mal por la noche	1	2	3	4	5
12. Cuando estoy irritable, deprimido, ansioso durante el día, casi siempre es porque la noche anterior no he dormido bien	1	2	3	4	5
13. Ya que mi compañero/a de cama se duerme tan pronto como se acuesta y duerme durante toda la noche, yo debería ser capaz de hacer lo mismo	1	2	3	4	5

14. Me parece que el insomnio es básicamente el resultado de hacerme mayor y que no puedo hacer gran cosa para solucionar este problema	1	2	3	4	5
15. A veces me da miedo mientras estoy durmiendo	1	2	3	4	5
16. Si una noche duermo bien, sé que voy a pagarlo a la siguiente noche	1	2	3	4	5
17. Si una noche duermo mal, sé que esto alterará mi ritmo de sueño durante toda la semana	1	2	3	4	5
18. Si no duermo correctamente por la noche, apenas puedo funcionar al día siguiente	1	2	3	4	5
19. Nunca puedo prever si voy a dormir bien o si pasará una mala noche	1	2	3	4	5
20. Tengo poca capacidad para sobrellevar las consecuencias negativas de dormir mal	1	2	3	4	5
21. Cuando me siento cansado/a y sin fuerzas, o simplemente me parece que no rindo durante el día, generalmente es porque no pude dormir bien durante la noche	1	2	3	4	5
22. Por la noche me siento abrumado/a por mis propios pensamientos y frecuentemente siento que no tengo control para frenar mi mente	1	2	3	4	5
23. Me parece que a pesar de mis dificultades para el sueño, puedo llevar una vida satisfactoria	1	2	3	4	5
24. Creo que el insomnio es esencialmente el resultado de un desequilibrio químico	1	2	3	4	5
25. Me parece que el insomnio está destruyendo mi capacidad para disfrutar la vida y que me impide hacer lo que yo quiero	1	2	3	4	5
26. Cuando he dormido mal por la noche, evito o cancelo mis obligaciones (sociales, familiares, de trabajo, etc.)	1	2	3	4	5
27. Una copita antes de acostarme es una buena solución para los problemas de sueño	1	2	3	4	5
28. Probablemente la medicación es la única solución para el insomnio	1	2	3	4	5
29. Cada vez duermo peor y no creo que nadie pueda ayudarme	1	2	3	4	5
30. Casi siempre que no duermo bien, se nota en mi aspecto	1	2	3	4	5

ESCALA DE RESPUESTAS RUMIATIVAS (RRS)

Las personas piensan y hacen distintas cosas cuando se sienten tristes, deprimidas o abatidas. Por favor lee cada una de las frases a continuación y marca con un círculo o una cruz la respuesta que más se asemeja a tu situación en el último mes, cuando estuvo triste, deprimido o abatido.

Opciones de respuesta:

1= Casi nunca 2= Algunas veces 3= A menudo 4=Casi siempre

Preguntas				
1. Piensa en lo solo/a que se siente	1	2	3	4
2. Piensa "No seré capaz de hacer mi trabajo o tarea si no puedo quitarme esto de encima".	1	2	3	4
3. Piensa en su sensación de fatiga y molestias físicas.	1	2	3	4
4. Piensa en lo duro que resulta concentrarse	1	2	3	4
5. Piensa en "Qué ha hecho para merecerse esto?"	1	2	3	4
6. Piensa en lo pasivo/a y desmotivado/a que se siente	1	2	3	4
7. Analiza los sucesos recientes para entender ¿Por qué está deprimido?	1	2	3	4
8. Piensa acerca de cómo parece no sentir nada	1	2	3	4
9. Piensa ¿Por qué no puede conseguir hacer las cosas?	1	2	3	4
10. Piensa ¿Por qué siempre reacciono de esta forma?	1	2	3	4
11. Se va solo/a y piensa en porqué se siente así?	1	2	3	4
12. Escribe lo que está pensando y lo analiza	1	2	3	4
13. Piensa acerca de una situación reciente, anhelando que hubiera sido mejor	1	2	3	4
14. Piensa "No seré capaz de concentrarme si continúo sintiéndome de esta manera"	1	2	3	4
15. Piensa "Porqué tengo problemas que el resto de las personas no tienen"	1	2	3	4
16. Piensa "Por qué no puedo controlar mejor las cosas"	1	2	3	4
17. Piensa en lo triste que se siente	1	2	3	4
18. Piensa sobre todos sus defectos, debilidades, fallos y equivocaciones.	1	2	3	4
19. Piensa sobre cómo no le apetece hacer nada	1	2	3	4
20. Analiza su forma de ser para intentar comprender por qué está deprimido/A	1	2	3	4
21. Se va sola/o a algún sitio para pensar en cómo se siente	1	2	3	4
22. Piensa en cómo está de irritado consigo mismo/a	1	2	3	4

6.3 Anexo 3. Programa de terapia cognitivo-conductual SOMNE

6.3.1 Sesión 1

Factores asociados al insomnio I Normas de higiene del sueño Comienzo de la relajación-respiración diafragmática

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 le 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.

TIEMPO TOTAL DE LA SESIÓN: 90 MIN.

Comienzo de la sesión

Esta es la primera sesión grupal. Es conveniente que el terapeuta dedique el tiempo necesario para la presentación de cada uno de los miembros del grupo (animaremos a que cada persona diga su nombre y comenzaremos a enfatizar la importancia de la toma de un papel activo por parte de cada integrante). Una forma de comenzar es presentándose el mismo terapeuta, explicando quién es, dónde trabaja, cuál es su experiencia en lo referente al sueño. Es importante ayudar a que se sientan cómodos; para ello preguntamos cómo ha ido la semana y registramos la asistencia.

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 laborables, 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 Nº 1: Es la más corta y tiene lugar cuando se produce el adormecimiento. Se corresponde con la fase de sueño más ligero.
- Fase Nº 2: Supone más del 50% del tiempo total de sueño. Durante esta fase todavía hay tono muscular.
- Fase Nº 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).

El papel del estrés en el insomnio

Es fundamental comentar el papel del estrés y su relación histórica con el insomnio. Tradicionalmente se relacionaba con sucesos estresantes graves, pero posteriormente se ha venido estableciendo una relación más estrecha entre el estrés leve y el insomnio.

El estrés ha sido reconocido como un importante factor de riesgo para el insomnio, y varios estudios han señalado que los principales indicadores de insomnio fueron la depresión, los problemas de salud, la incapacidad física y el estado mental y social (Linton, 2004). Además, el estrés no solo puede tener un papel en el origen y mantenimiento del insomnio, sino que también es una consecuencia del mismo; de hecho, es una de las consecuencias que más acusan las personas que no pueden dormir.

La conducta y los problemas del insomnio

Se sabe que el ser humano reacciona ante las dificultades relacionadas con el sueño mediante conductas compensatorias de esta pérdida de sueño (dormir más por la mañana, siestas, realizar menos actividades, etc.). El problema es que muchas de estas conductas mantienen, a la larga, estas dificultades.

A lo largo del tratamiento, el terapeuta mostrará cómo manejar estas conductas inadecuadas de compensación.

Tratamiento psicológico del insomnio

Durante la sesión, el terapeuta ha comentado que el insomnio puede ser un problema que puede originarse o mantenerse debido a factores psicológicos y ambientales. Pueden encontrarse involucradas variables conductuales, cognitivas y emocionales, de ahí la necesidad de trabajar conjuntamente en estos niveles. Sabemos que la terapia farmacológica es eficaz para el insomnio agudo; sin embargo, se ha visto que la intervención conjunta de psicofármacos y terapia cognitivo-conductual (TCC) es la mejor opción para el tratamiento del insomnio primario, el insomnio crónico y el insomnio comórbido con otros trastornos psicológicos y problemas de salud (Morgenthaler et ál., 2006). Algunos estudios han encontrado también eficaz la TCC en pacientes con insomnio secundario a condiciones médicas y psiquiátricas (Perlis et ál., 2001; Katofsky et ál., 2012). Además, la TCC en formato grupal ha demostrado ser eficaz incluso con 4 sesiones de tratamiento en personas con insomnio primario (Edinger et ál., 2009). En diferentes metaanálisis se ha confirmado que las mejoras causadas por la TCC persisten por lo menos 6 meses después de finalizar el tratamiento (Morin et ál., 2006; Smith et ál., 2002).

El objetivo de la creación de este tratamiento grupal con orientación cognitivo-conductual, el tratamiento Somne, es dotar al paciente de la información y las estrategias suficientes para poder mejorar la calidad de su sueño, para aprender a relajarse, a controlar los pensamientos que activan y mantienen esta problemática; es decir, enseñar a superar los pensamientos desadaptativos sobre el sueño para que puedan desarrollar un descanso adecuado a sus propias condiciones y circunstancias.

Para la creación de este manual hemos seleccionado de entre los principales manuales de intervención y de la literatura científica, las principales técnicas e informaciones que se han mostrado más eficaces contra el insomnio.

A lo largo del tratamiento, el terapeuta solicitará al paciente la realización semanal de registros de sueño, ya que han mostrado ser eficaces en este tipo de trastornos (Katofsky et ál., 2012). De esta forma facilitaremos la comprensión y el manejo de las principales técnicas para afrontar esta situación. Para ello expondremos una gran variedad de técnicas, con el fin de que cada persona pueda optar por aquellas que considere más apropiadas; se trabajará mediante tareas planteadas para realizar en casa, que desarrollarán tanto la generalización y como la práctica activa; y se manejará información concreta por escrito.

Factores asociados al sueño: normas de higiene del sueño

Se trata de una serie de consejos que nos conducen a que durmamos mejor.

Algunos de ellos ya pueden pasar a formar parte de nuestra conducta habitual. Sin embargo, la inadecuada higiene del sueño puede no ser la única causa de su insomnio, aunque puede estar contribuyendo a la cronificación del mismo.

Creemos que la educación en la higiene del sueño debe realizarse como un complemento de otras técnicas cognitivo-conductuales, aunque también se contempla dentro de los tratamientos que han mostrado eficacia para el sueño por sí solos (Morin et ál., 1999).

A continuación, el terapeuta enumerará y comentará aquellos factores que se ve que pueden afectar a la capacidad de dormir, y explicará a los pacientes cómo se pueden mejorar.

La alimentación, las bebidas y otras sustancias

- Evitar comer en exceso antes de acostarse. Tampoco debemos acostarnos con hambre, ya que dificultará el inicio del sueño.

- Se recomienda hacer cenas ligeras, de 3 a 4 horas antes de acostarse, evitando comidas copiosas o muy ricas en grasas, ya que son más difíciles de digerir y pueden dificultar el sueño, así como alimentos con vitamina C, azúcares y/o exceso de proteínas, que aumentan la activación metabólica.

- Evitar el uso de sustancias estimulantes, sobre todo durante las horas previas a acostarse. Entre las sustancias estimulantes se encuentran la cafeína, la teína, el chocolate o las bebidas que contengan estos tipos de sustancias, como las bebidas de cola o té. Se debe evitar el consumo de café después de las 4 de la tarde.

- Hay que evitar el uso de sustancias como el alcohol u otras drogas. Algunas de ellas son estimulantes, pero otras, a pesar de tener una acción más sedativa, provocan un efecto de rebote y hacen que la calidad del sueño empeore y que el sueño sea fragmentado (contrario al primer estado de relax), afectando por tanto a nuestro descanso.

- El tabaco también puede afectar al sueño. La nicotina es un estimulante.

Sin embargo, a las personas con dependencia el hecho de no poder fumar les puede llevar a sentirse más ansiosos. Cuando hay dificultades para conciliar el sueño, se recomienda mantener estable la dosis de nicotina y observar cómo afecta a nuestra capacidad para dormir.

- Se recomienda incluir en la cena hidratos de carbono porque el porcentaje de triptófano con respecto a otros aminoácidos es mayor en estos alimentos, así como la leche. Ambos son facilitadores del sueño.

- Recomendaremos evitar, al despertarse en mitad de la noche, levantarse e ir a comer o beber algo, ya que puede favorecer que la persona se despierte. Por ejemplo, se puede recomendar que lleven un vaso de agua a la habitación y de este modo si se despiertan con sed podrán beber sin necesidad de levantarse.

- Antes de acostarse es conveniente ir al baño y orinar, para evitar despertarse por la noche.

- Es conveniente restringir la ingesta de líquidos durante las horas previas a acostarse. Dicha restricción puede evitar que la persona se despierte enseguida o que tenga que despertares en mitad de la noche para ir al baño.
- Debe tenerse en cuenta la temperatura de los alimentos. Aquellos con temperaturas bajas pueden producir una mayor estimulación; por el contrario, los alimentos calientes (no en exceso) pueden ayudar a inducir una mayor sensación de relax.
- La obesidad y la diabetes también se han relacionado en ocasiones con un acortamiento del sueño (Grandner et ál., 2013; St-Onge et ál., 2013). Por tanto, puede ser beneficioso perder algo de peso si se presenta obesidad y dificultades para dormir. No obstante, el acortamiento del sueño también se da en personas delgadas por exceso de activación fisiológica.
- Animaremos a que cada persona lleve a cabo un registro propio de qué alimentos favorecen o dificultan su sueño, y de la hora y la cantidad de la ingesta. De este modo relacionaremos de forma precisa e individual este hecho.

Registro de alimentos							
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Alimento o bebida							
Cantidad y hora							
Sueño							

Ejercicio físico y actividades mentales previas al sueño

- El ejercicio y la actividad física son básicos para el equilibrio y bienestar de todo ser humano. No obstante, es mejor evitar hacerlo durante las últimas horas del día, antes de acostarse. Es necesario que durante las horas previas al sueño se produzca una disminución progresiva de la actividad. Es muy difícil pasar de un nivel elevado de actividad al sueño. Por lo tanto, desaconsejaremos realizar actividad física intensa durante las dos horas, o dos horas y media, previas al momento de irse a dormir.
- Es importante que antes de dormir se realicen actividades de intensidad baja y que no requieran una atención constante o elevada, ya que este tipo de acciones pueden provocar una activación que nos dificultará el dormir.
- Además, se ha observado que la luz constante puede entorpecer la aparición del sueño. En base a esta observación, actividades como utilizar el ordenador, el móvil u otros dispositivos con luz constante pueden llevar a tener dificultades a la hora de conciliar el sueño.
- También conviene recordar que las actividades que van a propiciar la transición al sueño van a ser aquellas que no requieran un esfuerzo (intenso o constante) físico ni mental.
- En muchas personas aquejadas por problemas de sueño, crear unos hábitos antes de dormir ayuda a preparar el organismo para conciliar el sueño y facilita la desconexión de lo rutinario, propiciando la transición hacía el sueño. Ejemplos: poner sonidos relajantes (dependerá de la persona, pues hay otras que prefieren el silencio), tener en la habitación olores y colores suaves, como el olor a lavanda.
- Hay que señalar que, en el caso de no haber conciliado el sueño en unos 20 minutos, es mejor levantarse e ir a otra habitación, y comenzar a realizar una actividad que no sea

estimulante, hasta que vuelva de nuevo el sueño. Si es necesario habrá que repetir esto varias veces.

- Es recomendable tratar de regular el momento de ir a dormir, tener una hora (o un intervalo) para irse a dormir, y respetarlo independientemente del sueño que se tenga o de lo que se haya dormido el día anterior. Este hábito facilitará la regularidad del sueño y el hecho de que nuestro cuerpo se acostumbre a ese momento para dormir.
- Cuando se dan dificultades para dormir, es mejor evitar la siesta. Muchas veces se tiende a realizar conductas compensatorias, descansando al día siguiente, por no haber descansado durante la noche. Sin embargo, este hecho puede provocar un ciclo repetitivo, haciendo que la siguiente noche volvamos a tener dificultades para dormir.
- No obstante, conviene que el terapeuta comente que existen excepciones a lo recomendado a propósito de la siesta, ya que para ciertas personas, debido a sus horarios o su edad, las siestas pueden ser necesarias. El único requisito que se exige es que sean de corta duración, siempre inferiores a los 20 minutos, y que se contabilicen como horas de sueño, siempre observando cómo repercute en el sueño nocturno en cada persona.

Las condiciones ambientales

- Es importante señalar que la temperatura es uno de los factores que hay que tener en cuenta a la hora de facilitar el sueño –entre 18 y 22 grados centígrados es lo recomendable–. El hecho de que la habitación se encuentra a temperatura muy alta o muy comportará dificultades a la hora de conciliar el sueño. No obstante, la temperatura corporal varía a lo largo del día, y normalmente coinciden los momentos de sueño con los momentos en que nuestra temperatura corporal es baja. Es bueno que en la habitación haya una temperatura fresca pero no fría, y que dispongamos de ropa adecuada a la estación del año para cubrirnos si tenemos frío.
- Hay que preocuparse de que no haya luz intensa (intentar que no haya luz o que sea muy tenue, si la hay) y de que la humedad sea la adecuada. La habitación debe de haber sido ventilada.
- La calidad de la cama debe ser la adecuada. El colchón y el somier deben tener la dureza y la comodidad suficientes, y que la ropa de cama no sea escasa, excesiva o molesta.
- Los ruidos son un importante factor disipador del sueño. Hay que procurar que exista un ambiente tranquilo y sin ruido mientras se duerme.

Otros factores relacionados

- Hay que controlar las variables fisiológicas antes de irse a la cama. No es recomendable ir a la cama con hambre, sed o ganas de orinar y tampoco es conveniente ir con el estómago muy lleno.
- Los pensamientos y las preocupaciones también pueden llevar a tener dificultades a la hora de dormir –dedicaremos las dos sesiones posteriores a conocer este fenómeno y a dar estrategias para controlarlo–.
- Es importante también no hacer ‘esfuerzos’ para conciliar el sueño. Debe producirse de forma natural; no es algo que debamos intentar controlar –dormirse requiere una actitud pasiva–.
- Aunque se tarde en conciliar el sueño, no debe ser una fuente de preocupación; lo importante es el descanso. Si estamos relajados descansaremos, aunque tardemos en dormirnos.
- La cama debe utilizarse para dormir. Cuando hay problemas de sueño, es mejor evitar actividades como ver la televisión, escuchar la radio o leer, ya que hará que la cama se

asocie con actividades diferentes a dormir. Y esto no nos interesa de ningún modo, pues debilitará la asociación de la cama con dormir.

Relajación-respiración diafragmática (20 minutos)

La terapia de relajación contra el insomnio engloba varios métodos.

Comenzaremos a introducir métodos que nos faciliten la relajación. De esta forma podremos rebajar el nivel de activación y llegar a tener un pequeño control sobre nuestras variables fisiológicas.

Esta terapia de relajación de basa en la constatación de que con frecuencia muchos pacientes con insomnio muestran altos niveles de activación fisiológica, cognitiva y emocional a lo largo del día (National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group on Insomnia, 1999). Se trata de una intervención idónea para aquellas personas que tienen dificultades para relajarse, o para aquellos que al dormir se encuentran con dificultades asociadas a algún tipo de dolor o a molestias físicas (Perlis et ál., 2009).

En concreto vamos a practicar 2 métodos diferenciados, que nos facilitarán la relajación:

- Respiración diafragmática.
- Entrenamiento en relajación muscular progresiva.

Durante esta primera sesión comenzaremos a realizar el Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Bernstein y Borkovec (1973) y la Respiración diafragmática, que son útiles para realizar un tipo de respiración más profunda y lenta, impulsada por el diafragma. Este tipo de respiración es similar a la que se produce en los momentos cercanos al sueño (Perlis et ál.,2009).

Respiración diafragmática

Pasos para ejercitar la respiración abdominal o diafragmática:

Les pediremos que se sienten o se tumben boca arriba.

- Les enseñaremos cómo colocar las manos (el terapeuta lo ejemplificará con su postura).
- Colocar la mano derecha en la fracción blanda entre el ombligo y las costillas.
 - Colocar la mano izquierda en el pecho, encima del estómago (parte frontal del pecho).
 - Les pediremos que miren y observen qué mano se mueve más y qué ocurre al respirar (sensación de onda de mano derecha a izquierda).
- Les permitiremos que durante un minuto o dos observen y se acomoden a esta sensación. Hay que vigilar la postura y procurar que no se respire de forma profunda, sino con un ritmo e intensidad normal
- A continuación, comenzaremos con el ejercicio de respiración abdominal:

“Vamos a imaginar una escena agradable en la postura en la que nos encontramos... Eso es. Ahora vamos a ir concentrándonos en nuestra respiración... Vamos a comenzar a realizar un ejercicio de respiración abdominal... Para ello te voy a pedir que coloques tu mano derecha a la altura del abdomen, un poco por debajo del ombligo y la izquierda, a la altura del pecho, y que concentres tu atención en la mano que tienes en el vientre, mientras continúas respirando de forma rítmica en esa zona... Comenzaremos a espirar de forma natural. Eso es... Debes fijarte también en cómo se hunde esa zona de forma ligera mientras la otra permanece más quieta. Ahora permite que entre aire en los pulmones y

nos vamos fijando en cómo se va hinchando esa zona. Eso es... Continuamos respirando y fijándonos en esa zona, cómo se hunde al espirar y se hincha al inspirar... Muy bien...”.

No hay que realizar este ejercicio más de 5 minutos seguidos y es necesario descansar entre las repeticiones para evitar una posible hiperventilación. En unos 15-20 minutos de práctica es fácil que el paciente llegue a dominar esta técnica. Para asegurarnos de que podamos llevar esta técnica a nuestro ritmo de vida habitual, podemos comenzar haciendo este ejercicio sentados o tumbados. Tras unas sesiones en las que ya lo dominemos, pasaremos a realizarlo de pie, caminando, etc., y a hacerlo en diferentes situaciones (en la casa, en el trabajo, con ruido, sin ruido, con más agobio o con menos...).

Relajación muscular progresiva

La evidencia científica ha constatado la eficacia de la Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (1939) como un tratamiento para el insomnio, así como la adaptación de la misma realizada por Bernstein y Borkovec en 1973, llamada “entrenamiento en relajación muscular progresiva” (Bootzin y Perlis., 1992).

En esta técnica se enseña a relajar los músculos a través de un proceso en dos pasos. Primero se aplica de forma voluntaria tensión en ciertos grupos musculares; después se pide que se libere la tensión, requiriendo a la persona que se fije en cómo sus músculos se relajan. Este tratamiento se ha mostrado más efectivo que el placebo, la lista de espera o la ausencia de tratamiento (Morin et ál., 1994).

Normas básicas de la relajación muscular progresiva

- Es importante estar concentrado en la actividad.
- Hay que señalar que es importante la práctica y que, como en cualquier habilidad, se irá aprendiendo de forma progresiva.
- El lugar donde se lleve a cabo debe ser tranquilo, pero no debe ser un lugar totalmente aislado, ya que en la vida diaria es complicado conseguir un lugar insonorizado.
- Es importante realizar la práctica en un lugar donde no haga ni excesivo calor ni mucho frío (podemos tener al lado una mantita por si la necesitamos durante la práctica).
- La luz debe ser ligera-tenue (hay que evitar oscuridad total).
- Es importante llevar una ropa cómoda y estar cómodos mientras estemos llevando a cabo la relajación.
- Pueden aparecer sensaciones de hormigueo, de flotar, de ligereza, de pesadez o cualquier otra. Son sensaciones habituales al comienzo de la práctica, pero no son señales exclusivas de que la relajación sea efectiva, es decir, si no aparecen estas sensaciones la práctica puede ser igualmente efectiva. No debemos asustarnos si aparecen, ni preocuparnos si no aparecen.
- En el caso de que el paciente comience a reírse, o que abra los ojos, hay que dejar que esta conducta se extinga sola; nosotros continuaremos con el desarrollo de la relajación.

Principales grupos musculares

1. Mano y antebrazo dominantes.
2. Bíceps dominante.
3. Mano y antebrazo no dominantes.
4. Bíceps no dominante.
5. Frente.
6. Parte superior de las mejillas y nariz.

7. Parte inferior de las mejillas y mandíbulas.
8. Cuello y garganta.
9. Pecho, hombros y parte superior de la espalda.
10. Región abdominal o estomacal.
11. Muslo dominante.
12. Pantorrilla dominante.
13. Pie dominante.
14. Muslo no dominante.
15. Pantorrilla no dominante.
16. Pie no dominante.

Descripción de los ejercicios

- Apretar el puño dominante contrayendo la mano, la muñeca y el antebrazo: 2-3 segundos y relajar de golpe.
- Contraer el bíceps dominante empujando el codo contra la superficie que tengamos de apoyo. 2-3 segundos y relajar de golpe.
- Frente: elevar las cejas o arrugar la frente. 2-3 segundos y relajar de golpe.
- Cara y nariz: arrugar la nariz y apretar los labios. 2-3 segundos y relajar de golpe.
- Cara y mandíbulas: apretar los dientes y hacer una sonrisa forzada. 5-7 segundos y relajaremos de golpe.
- Pecho y garganta: empujar la barbilla hacia abajo, como tratando de tocar el pecho, pero al mismo tiempo hacer fuerza para que no se consiga. 5-7 segundos y relajar de golpe.
- Hombros y espalda: Arquear la espalda como si quisiera unir los omoplatos entre sí. 5-7 segundos y relajar de golpe.
- Abdomen: Poner el estómago duro y tenso, como si quisiera contrarrestar un fuerte golpe. 5-7 segundos y relajar de golpe.
- Piernas: colocar la pierna estirada y subirla hacia arriba 20 centímetros, tensando y haciendo fuerza. 5-7 segundos, y para relajar, soltar la pierna y que caiga a peso.
- Ejercicios de pantorrilla y pie. Existen dos movimientos:
 - Estirar la pierna y la punta de los dedos hacia delante. 5-7 segundos y relajar de golpe.
 - Doblar los dedos hacia nuestra cara. 5-7 segundos y relajar de golpe.
- Recordar mantener en estado de relajación entre la aplicación de cada ejercicio unos 30 segundos.

Cómo realizar la relajación muscular progresiva

Comenzaremos pidiéndoles que elijan una las posturas comentadas al inicio de la sesión y que se coloquen según la misma. Esta elección y la colocación en la postura seleccionada siempre precederán al inicio de la relajación. Una vez en esa postura, comenzaremos a narrar la relajación:

“Vamos a aprender un método de relajación que se llama ‘entrenamiento en relajación progresiva’. En este tipo de relajación vamos a aprender a tensar y luego relajar, secuencialmente, varios grupos de músculos a lo largo de todo el cuerpo. Para ello le pediré que cierre los ojos, pero antes le diré y le mostraré qué ejercicios vamos a hacer –le mostramos cómo apretar los puños, los bíceps, etc., y a qué nos referimos cuando le decimos que los relaje o los suelte–, en este tipo de relajación. Además de aprender a relajarnos, también vamos a aprender a detectar la tensión; de esta forma en la vida diaria será mucho más sencillo detectarla. Este aprendizaje va a requerir práctica diaria”. “Vamos a comenzar entrenando la mano y el antebrazo dominante –antes de la práctica le

habremos preguntado cuál es—. Tense los músculos de la mano y el antebrazo derechos apretando el puño. Ahora debe ser capaz de sentir la tensión en su mano, en los nudillos, en el antebrazo. ¿Puede sentir esa tensión? Eso es... De acuerdo, bien, manténgala unos segundos y suéltela de golpe –mantenemos 30 segundos así, sin comenzar con el siguiente ejercicio–. Muy bien... Ahora comenzaremos con el bíceps dominante: ténselo empujando el codo contra el sillón, el colchón, la colchoneta... ¿Puede sentir la tensión que se produce en esa zona? Eso es..., sienta la tensión en los músculos. Eso es..., manténgalo y suéltelo de golpe –nos mantenemos 30 segundos así, sin comenzar con el siguiente ejercicio–. Eso es... Muy bien. Continuaremos ahora con la tensión-distensión de mano no dominante y bíceps no dominante de la misma forma”.

Tarea para casa

Se pedirá al grupo que durante esta semana continúe realizando el registro de sueño.

- Durante esta semana es importante que cada paciente observe y anote qué condiciones entorpecedoras del sueño han detectado en su vida, y que trate de comenzar, durante esta misma semana, a adecuarse a las normas de higiene del sueño.
- Sería conveniente recalcar la idea de comenzar a practicar la relajación muscular progresiva (en el grupo muscular aprendido durante esta sesión) y la respiración diafragmática profunda, que es necesaria antes de la aplicación de cualquier técnica de relajación.

Bibliografía

American Academy of Sleep Medicine, *International Classification of Sleep Disorders. Diagnostic and Coding Manual*, (ICSD-2), American Academy of Sleep Medicine, Westchester (IL), 2005.

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR), American Psychiatric Association, Washington DC, 2000 [tr. cast., *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM-IV-TR, Masson, Barcelona, 2001].

Berry, R. B., R. Brooks, C. E. Gamaldo, S. M. Harding, C. L. Marcus, B. V. Vaughn y M. M. Tangredi, de la American Academy of Sleep Medicine, *The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications*, American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL, 2012.

Edinger, J. D., Olsen M. K., Stechuchak K. M., Means M. K., Lineberger M.D., Kirby A. y Carney C. E., “Cognitive Behavioral Therapy for Patients with Primary Insomnia or Insomnia Associated Predominantly with Mixed Psychiatric Disorders: A Randomized Clinical Trial”, *Sleep* 32/34 (2009) 499-510.

Katofsky, I., J. Backhaus, K. Junghanns, H. J. Rumpf, M. Hüppe, U. von Eitzen y F. Hohagen, “Effectiveness of a cognitive behavioral self-help program for patients with primary insomnia in general practice – a pilot study”, *Sleep Med.* 13 (2012) 463-468.

Krystal, A. D., “The changing perspective on chronic insomnia management”, *Journal of Clinical Psychiatry* 65 (2004) 20-25.

Linton, S. J., “Does work stress predict insomnia?”, *British Journal of Health Psychology* 9 (2004) 127-136.

López-Ibor, J. J. y M. Valdés (Eds.), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR), Masson, Barcelona, 2001.

Morgenthaler, T., M. Kramer, C. Alessi, L. Friedman, B. Boehlecke, T. Brown, J. Coleman, V. Kapur, T. Lee-Chiong, J. Owens, J. Pancer y T. Swick, de la American Academy of Sleep Medicine, "Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An american academy of sleep medicine report", *Sleep* 29 (2006) 1415-1419.

Morin, C. M., R. R. Bootzin, D. J. Buysse, J. D. Edinger, C. A. Espie y K. L. Lichstein, "Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004)", *Sleep* 29 (2006) 1398-1414.

Perlis, M. L., M. C. Sharpe, M. T. Smith, D. W. Greenblatt y D. E. Giles, "Behavioral treatment of insomnia: Treatment outcome and the relevance of medical and psychiatric morbidity", *Journal of Behavioral Medicine* 24 (2001), 281-96.

Roth, T., "Insomnia: Definition, prevalence, etiology, and consequences", *Journal of Clinical Sleep Medicine* 15 (2007) 7-10.

Sateia, M. J., K. Doghramji, P. J. Hauri y C. M. Morin, "Evaluation of Chronic Insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review", *Sleep* 23 (2000) 243-308.

Smith, M. T., M. L. Perlis, A. Park, M. S. Smith, J. Pennington y D. E. Giles, "Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia", *American Journal of Psychiatry* 159 (2002) 5-11.

Summers, M. O, M. I. Crisostomo y E. J. Stepanski, "Recent Developments in the Classification, Evaluation, and Treatment of Insomnia", *Chest* 130 (2006) 276-286.

Thorpy, M. J., "Classification of sleep disorders", *Journal of Clinical Neurophysiology* 7 (1990) 67-81.

6.3.2 Sesión 2

Factores asociados al insomnio II Restricción del tiempo de cama Control de estímulos Relajación 2

TIEMPO TOTAL DE LA SESIÓN: 90 MIN.

Comienzo de la sesión

La sesión comenzará con la revisión de las “tareas para casa” que se solicitaron en la sesión anterior. Se comenta también cómo ha ido la semana y las medidas de higiene del sueño que se han empleado.

Posteriormente se examinarán los registros de sueño. Debe analizarse la evolución personal de cada componente del grupo, examinar las horas semanales medias de sueño y considerar las variables que han ido corrigiendo tras la sesión anterior (anotamos estos datos en una pizarra). Durante la semana previa se introdujo la variable “tiempo de cama” (tiempo que se pasa en la cama sin dormir), con el objetivo de poder utilizarla como línea base de la técnica de “Restricción del tiempo de cama”, que aprenderemos durante esta sesión.

Es conveniente analizar cómo se ha desarrollado la práctica de la relajación-respiración diafragmática, las incidencias y el momento del día en el que se ha realizado. Dedicaremos a ambas tareas unos 20 minutos.

En esta sesión vamos a enseñar una serie de técnicas que se encuentran relacionadas con lo que ya aprendimos durante la sesión anterior y que nos ayudarán a tener mayor control sobre nuestro sueño y sobre las actividades que pueden encontrarse en la base de la dificultad.

Repaso de las tareas para casa

Continuamos repasando el registro de sueño de la semana previa, haciendo una puesta en común, analizando las dificultades surgidas durante la semana y las dudas que hayan podido presentarse. Vamos a intentar empezar a establecer asociaciones entre el sueño y las variables ambientales, conductuales, cognitivas y emocionales (lo anotaremos en una pizarra, comenzando a establecer estas conexiones). Para realizar esta tarea, y más tratándose de la primera, podemos emplear entre 20 y 30 minutos, pues por el hecho de ser el primer día pueden surgir más dudas.

Ejemplo de realización de esta tarea				
“Mi sueño”	Factores del ambiente que pueden afectarme	Factores de mi comportamiento que pueden afectarme	Factores de mi forma de pensar que pueden afectarme	Factores de mi forma de sentir que pueden afectarme
“Me costó dormir 1 hora y algo y me he	“Había ruido, mi marido estaba	“Discutimos porque no apagó	“Ahora no voy a poder dormir por su culpa”	“Me enojé”

levantado 2 veces al baño”	viendo la tele en el cuarto”	la tele y se despertó”		
----------------------------	------------------------------	------------------------	--	--

Entre las dificultades que nos podemos encontrar se encuentra el hecho de que nadie se atreva a ser el primero en comenzar a participar. Para sortear esta dificultad pediremos algún voluntario, poniendo en valor la idea de que quien más colabore más va a obtener, ya que tendrá la ventaja de que podamos trabajar más sobre su caso concreto. Durante esta sesión nos dedicaremos a explicar a los pacientes qué factores externos pueden estar interfiriendo de forma negativa en su capacidad para conciliar el sueño.

Control de los estímulos

Hay ciertos estímulos o hábitos que se asocian con determinadas situaciones valoradas negativamente, con lo que ante su repetición se termina volviendo también negativos. En el caso de personas con dificultades de larga duración para dormir, se ha encontrado que ciertos estímulos del dormitorio que deberían ser discriminativos y apropiados para conciliar el sueño adecuadamente, pasan a convertirse en lo contrario, en señales de algo negativo.

El objetivo de esta técnica es terminar con estas asociaciones inadecuadas, de forma que la persona pueda volver a dormir sin dificultades, haciendo que vuelvan a ser señales facilitadoras del sueño y dejen de ser valoradas como algo negativo.

Explicación del ciclo negativo del sueño

Cuando durante varios días se repiten las dificultades a la hora de dormir, la persona anticipa la idea de que esa noche tampoco dormirá o que lo va a hacer mal, y se inicia de este modo un ciclo repetitivo de dificultades para iniciar el sueño que se traduce en tensión y miedo al insomnio. Esta preocupación lleva a activar más a la persona, que genera más dificultades para conciliar el sueño. Entonces, el hecho de ‘no poder dormir’ en la habitación se asocia a los estímulos ambientales (habitación, cama, etc.). De hecho, la persona puede llegar a asociar su habitación con intentos malogrados para quedarse dormido y terminar desarrollando aversión a ese momento, evitando esta situación y tratando de dormir en sitios diferentes como el sofá. Si esta asociación se produce frecuentemente, el condicionamiento será cada vez más fuerte y el insomnio se producirá con mayor frecuencia, pues el propio entorno del dormir se ha convertido en un estímulo del no dormir. Cuando el paciente ha desarrollado miedo a no dormir, este condicionamiento desencadenará reacciones incompatibles con el dormir (excesiva activación: tensión, preocupación, miedo a, etc.), incluso antes de irse a la cama, haciendo que otros estímulos ambientales u otras conductas se condicionen con el no dormir. Esto mismo ocurre cuando se dan despertares en mitad de la noche haciendo que la persona no pueda volver a dormirse.

El objetivo de esta técnica es que la persona aprenda a romper con esas señales que se han convertido en discriminativas de activación y ansiedad, y pasen a convertirse en señales facilitadoras del sueño. Es decir, que la habitación vuelva a convertirse en un estímulo discriminativo de dormir.

Según Bootzin (1991), existe una serie de instrucciones para el control de estímulos, que deben incluir los siguientes factores: el momento de ir a dormir, señalando qué actividades están permitidas y cuáles no cuando se está en la cama, cómo actuar en caso de que no

consigamos conciliar el sueño dentro de un tiempo razonable; el momento para levantarse; y las horas de siestas.

Normas para el control de estímulos (Caballo y Buela-Casal, 1991)

- Acostarse solo ante la sensación de sueño (nosotros preferimos recomendar que se acuesten cada día a la misma hora).
- No utilizar la habitación para actividades diferentes al dormir (ni ver la TV, ni comer, ni hablar por teléfono...).
- Realizar conductas o hábitos repetitivos antes de dormir para que finalmente se conviertan en señales inductoras del sueño (hacerlas cada noche y en el mismo orden).
- En caso de no conseguir dormirse en 15-30 min, levantarse e irse a otro lugar; no permanecer en la cama ni en la habitación hasta que vuelva la sensación de sueño. Repetir este desplazamiento tantas veces como sea necesario.
- Levantarse de forma habitual siempre a la misma hora por la mañana, independientemente de lo que se haya podido dormir durante la noche.
- Evitar las siestas u otros momentos para dormir.

Algunos autores han señalado que simplemente la regla de no dormir la siesta y levantarse cada mañana a la misma hora tiene la eficacia suficiente como para corregir el insomnio (Zwart y Lisan, 1979).

Por lo tanto, debemos ayudar a los pacientes a discriminar los estímulos que están en la base de esta situación y tratar de modificarlos. El control de estímulos ya forma parte de las normas de higiene de sueño que hemos trabajado durante la sesión previa

Algunos terapeutas aconsejan a sus pacientes la retirada del reloj de pulsera. Los pacientes en vez de utilizar el reloj externo de muñeca deben levantarse según su criterio, cuando estimen que ya han pasado unos 15-30 minutos. Esto es útil para que el paciente aprenda a identificar los signos del sueño (bostezos, ojos cansados, cabezadas, frotarse los ojos, etc.) que tienen lugar cuando la persona está somnolienta y no solo cansada (Taylor y Roane, 2010). Ambas técnicas se han mostrado eficaces en el insomnio en diferentes estudios previos (Spielman et al., 1987).

Restricción del sueño o del tiempo de cama

Cuando hay un problema con el sueño, las personas tienden a compensar el no haber dormido bien esa noche estando más tiempo en la cama al día siguiente; sin embargo, esta estrategia que parece adecuada cuando el problema de sueño es puntual (una noche sin dormir), lleva al mantenimiento de este problema en personas que tienen esta dificultad de forma más frecuente.

Lo primero que debemos hacer es ayudar al paciente a que sea consciente del tiempo real que pasa en la cama (tanto por el día como por la noche). Para facilitar esta identificación les pediremos que realicen un registro del tiempo de cama. La línea base ya la hemos establecido en la sesión anterior con el registro de sueño, pero nos ayudaremos también esta semana de este otro registro:

Registro del tiempo en cama							
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Tiempo en la cama durmiendo							
Número de horas de sueño y calidad del mismo (día-noche)							

El objetivo de esta estrategia es provocar un ligero estado de falta de sueño, de forma que coincida el tiempo que se está en la cama con el tiempo real que la persona duerme. Muchas veces la persona a la que se le expone a esta estrategia presenta miedos acerca del empeoramiento de su sueño, ya que ahora percibe que va a tener la posibilidad de dormir menos, no obstante, se le debe asegurar que esta estrategia está orientada hacia su mejora a medio plazo. Esta situación va a facilitar que la persona se quede dormida antes, de forma más profunda y con menos interrupciones. Por lo tanto, lo mejor es reducir el tiempo que se está en la cama intentando que se aproxime lo más posible al tiempo de sueño. Más adelante se irá aumentando el tiempo en la cama hasta conseguir una duración adecuada del sueño para cada persona.

Por lo tanto, vamos a pedirles que durante estas semanas lleven a cabo las siguientes pautas:

- Ser conscientes de que van a adecuar el tiempo que pasan en la cama al tiempo de sueño real que tienen. Es decir, como hemos dicho en sesiones anteriores no todo el mundo tiene la misma necesidad de horas de sueño y lo que van a hacer es controlar lo que su cuerpo necesita. Es importante romper el mito de las 8 horas, ya que no es real y es importante recordarlo.
- Debemos pedirles que intenten restringir el tiempo de cama tanto como puedan (adecuándolo al momento en el que realmente están durmiendo), aunque hay que añadir también que nunca deben reducirlo a menos de 5 horas/noche.
- Para poder llevar a cabo esta estrategia hay que regular los momentos de sueño; pero al mismo tiempo hay que indicar al paciente que debe acostarse y levantarse más o menos a la misma hora (por eje., si duerme 5 horas quizás se puede adecuar el momento de ir a la cama a la 1.00 de la madrugada para así despertarte y levantarte a las 6.00).
- Debemos pedir al paciente que evite las siestas o ensoñaciones (“tengo los ojos cerrados pero no estoy durmiendo”), ya que esto puede provocar luego por la noche dificultades para dormir.
- Hay que señalar que progresivamente iremos aumentando el tiempo de cama, con un ritmo determinado, por ejemplo, semanalmente. Es importante que esta técnica se adapte a las condiciones de cada persona, ya que hay personas que necesitaran hacerlo de forma más lenta y otras más rápida.
- La eficiencia del sueño (ES) se refiere al cálculo del tiempo adecuado para cada persona y para ello se utiliza una fórmula para adecuar el tiempo que la persona permanece en la cama con el sueño que es adecuado para ella.

$$\frac{\text{Tiempo total de sueño}}{\text{Tiempo total en cama}} \times 100 = \text{ES}$$

Cuando en esta fórmula obtenemos una puntuación menor a 85%-90% durante los 5 días previos es que existe un desequilibrio que debemos aprender a corregir. Según Caballo y Buela-Casal (1991), los valores de la eficiencia de sueño deben tenerse en cuenta de la siguiente forma:

- Más del 90% la semana previa: incremento de 15 min del tiempo de cama.
- Por debajo del 85% la semana previa: reducción de 15-20 min (manteniendo esto unos 10 días hasta volver a reevaluar).
- Entre el 85-90%: sin modificaciones. Hay que explicar al paciente las siguientes consideraciones:
 - El tiempo de cama se refiere tanto al día como a la noche, no se restringe el tiempo solo al del sueño nocturno.
 - El tiempo de sueño nunca se limita a menos de 5 horas, porque, de lo contrario, el paciente puede sufrir somnolencia diurna excesiva (Sharma y Andrade, 2012).
 - Ante la somnolencia durante el día debemos valorar si esta nos impide hacer una vida normal.

Relajación

Continuaremos practicando el segundo grupo muscular del entrenamiento en relajación muscular progresiva y las respiraciones diafragmáticas. Les dedicaremos unos 20 minutos.

Tareas para casa

- Esta semana el terapeuta solicitará que continúen realizando los registros de sueño.
- También el terapeuta pedirá que lleven a cabo las normas de control de estímulos. Registraremos qué normas llevábamos a cabo antes de estos consejos y qué cosas no realizábamos antes de lo aprendido en esta sesión.
- El terapeuta debe pedir que comiencen a adecuar el tiempo que duermen con el tiempo que permanecen en la cama, analizando la eficiencia de sueño.
- Se practicará la relajación muscular progresiva (grupo muscular aprendido durante esta sesión) o la respiración diafragmática.

Bibliografía

- Bootzin, R. R., "A stimulus control treatment for insomnia", *Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association* 7 (1972) 395-396.
- Bootzin, R. R., D. Epstein y J. M. Wood, "Stimulus control instructions", en P. J. Hauri (ed.), *Case studies in insomnia*, Plenum Press, Nueva York, 1991, pp. 19-28.
- Caballo, V. E., *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos II. Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*, Siglo XXI, Madrid, 1998.
- Caballo, V. E. y G. Buela-Casal, "Tratamiento conductual de los trastornos del sueño", en V. E. Caballo, J. C. Sierra y G. Buela-Casal, *Manual de psicología clínica aplicada*, Siglo XXI, Madrid, 1991.

Morin, C. M., R. R. Bootzin, D. J. Buysse, J. D. Edinger, C. A. Espie y K. L. Lichstein, "Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004)", *Sleep* 29 (2006) 1398-1414.

Perlis, M. L., C. Jungquist, M. T. Smith y D. Posner, *Insomnio. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento*, Desclée De Brouwer, Bilbao, 2009.

Sharma, M. P. y C. Andrade, "Behavioral interventions for insomnia: Theory and practice", *Indian Journal of Psychiatry* 54 (2012) 359-366.

Spielman, A. J, P. Saskin y M. J. Thorpy, "Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed", *Sleep* 10 (1987) 45-56. Taylor, D. J. y B. M. Roane, "Treatment of insomnia in adults and children: A practice-friendly review of research", *Journal of Clinical Psychology* 66 (2010) 1137-1147.

Zwart, C. A. y S. A. Lisman, "Analysis of stimulus control treatment of sleep-onset insomnia", *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47 (1979), 113-118.

6.3.3 Sesión 3

Pensamientos negativos I Explicación de los pensamientos que se asocian al insomnio y a su mantenimiento Relajación 3

TIEMPO TOTAL DE LA SESIÓN: 90 MIN.

Comienzo de la sesión

Durante esta sesión el terapeuta revisará los registros de sueño que se ha realizado durante esta semana. Los pacientes están ya familiarizados con esta técnica y podemos dedicarle 15 minutos.

Es importante dedicar, también, cierto tiempo a revisar cómo los pacientes han aplicado en casa el control de estímulos –que ha trabajado en la sesión precedente– y revisar si el tiempo de cama se ha ajustado al tiempo de sueño (registro entregado en la sesión anterior) y tratar de adaptarlo en el caso de que no estén aplicándolo. Dedicaremos unos 15 minutos a este repaso.

Revisaremos también la evolución de las técnicas de respiración-relajación e indagaremos sobre los momentos en que los pacientes lo están llevando a cabo y las dificultades que hayan podido surgir. Dedicaremos 5-10 minutos a esta cuestión.

En esta sesión vamos a comenzar a trabajar la parte cognitiva del insomnio, los pensamientos relacionados con el inicio y el mantenimiento del mismo.

Explicaremos también algunas formas de detectar los pensamientos negativos.

Ejemplos de pensamientos inadecuados asociados al insomnio

Para comenzar se pedirá al grupo que realice una ‘tormenta de ideas’ acerca de este tipo de pensamientos. El terapeuta los irá apuntando en una pizarra; esto ayudará a que cada persona identifique, no solo los suyos, sino también los de los compañeros del grupo.

El siguiente listado es una relación de pensamientos que frecuentemente se producen en personas con insomnio:

- Siempre estaré así, no mejoraré.
- Esto es un infierno, no puedo con ello.
- Es lo peor que te puede pasar.
- No duermo nada.
- Llevo sin dormir toda la semana.
- No voy a poder trabajar porque no he dormido hoy.
- Tengo que dormirme que mañana tengo que levantarme e ir a trabajar.
- Me siento muy cansado, eso es porque hoy no he dormido bien.
- Nunca voy a conseguir dormir bien.
- Los demás van a decir que no trabajo bien / que no me ocupo de mis cosas.

- Es injusto que esto me pase a mí; ¡si soy una buena persona!

Ahora sobre este listado vamos a tratar de identificar cada pensamiento con el nombre de la distorsión a la que pertenece.

Los pensamientos y el sueño

Frecuentemente los pensamientos pueden provocar estados de ansiedad, miedo, tristeza o inseguridad. La dificultad radica en que a menudo nos afectan sin que seamos conscientes de ello, ya que muchas veces se producen de forma automática, y llevan a la persona afectada a actuar de una forma que no solo no es adecuada, sino que muchas veces es la causa de que persista el problema.

Existen diferentes tipos de pensamientos que no son racionales y que llamamos “distorsiones cognitivas”. Albert Ellis comenzó a hablar de ellas, y fueron ampliadas por Aaron T. Beck, padre de la psicología cognitiva.

Todos tenemos distorsiones cognitivas, sin embargo, tienden a aparecer con mayor frecuencia y tener una mayor influencia en nuestra vida cuando nos encontramos más ‘débiles’. Las distorsiones son nuestra percepción o interpretación del mundo y de las cosas que nos suceden. Por tanto, vamos a ponerlas a prueba, de forma que comencemos a darnos cuenta que esta forma de pensar solo se trata de una de las posibles formas de percibir el mismo mundo-acontecimiento y que normalmente no son ni la única, ni la más real, ni la más positiva forma de percibirlo.

Es importante ofrecer algún ejemplo de situaciones en la que se han producido interpretaciones erróneas, ya que son más frecuentes de la que nos imaginamos.

Suelo explicar la siguiente situación: Un paciente se cruzó conmigo en urgencias y no lo saludé. El paciente, posteriormente, me narró este hecho, señalando que yo a pesar de haberlo visto, no lo había saludado. Él pensó que debido a la situación (‘nervios’) yo no lo había saludado. Sin embargo, nada más lejos de la realidad, esto se debió a mi miopía. Este hecho demuestra que muchas veces nuestras interpretaciones de la realidad o de la conducta de los demás no siempre son reales o acertadas. Existen explicaciones alternativas a nuestra forma de percibir el mundo-acontecimiento.

Principales distorsiones cognitivas

Abstracción selectiva o filtraje negativo

Forma de pensar en que la persona solo se fija en ciertos aspectos de la situación y no en otros. Es una especie de visión de túnel donde solo se percibe aquello que está de acuerdo con nuestro estado de ánimo o forma de pensar y no se presta atención a otros aspectos.

Ejemplo: Una persona va de vacaciones y al volver un amigo le pregunta qué tal lo han pasado. La persona comenta que le ha ido muy mal porque ha hecho mal tiempo todas las vacaciones. Sin embargo, si hubiese sido realista habría comentado que solo llovió 3 de 7 días, por lo que el tiempo no fue malo, que fue de excursión, que estuvo en la playa, que ha descansado y que se lo ha pasado bien. No obstante, al pensar de esta forma distorsionada su conclusión ha sido negativa, ya que solo se ha quedado con ciertos aspectos de la situación, desdeñando otros. Por tanto, la experiencia subjetiva es negativa cuando no tendría motivo para serlo.

Palabras clave: “Esto es insoportable”, “Todo me sale mal”, “Es un día horrible”.

Pensamiento polarizado

En esta forma de pensamiento la persona extrae una conclusión general de un solo hecho concreto, sin que existan más evidencias.

Ejemplo: La novia de un chico rompe con él; él concluye que no es capaz de mantener una relación y que nunca más será capaz de tener novia, ya que él no vale para eso.

Palabras clave: “Nunca conseguiré dormir...”, “Nada va a mejorar ni cambiar...”, “Siempre estaré así”, “Si no soy capaz de hacer esto, no soy capaz de hacer nada”.

Sobregeneralización

En esta forma de pensamiento la persona extrae una conclusión general de un solo hecho concreto, sin que existan más evidencias.

Ejemplo: La novia de un chico rompe con él; él concluye que no es capaz de mantener una relación y que nunca más será capaz de tener novia, ya que él no vale para eso.

Palabras clave: “Nunca conseguiré dormir...”, “Nada va a mejorar ni cambiar...”, “Siempre estaré así”, “Si no soy capaz de hacer esto, no soy capaz de hacer nada”.

Interpretación del pensamiento

La persona realiza interpretaciones de las intenciones o sentimientos de las demás personas sin tener ninguna base para ello y generalmente estas interpretaciones son negativas para él.

Ejemplo: En el trabajo, el jefe comenta a los empleados que deben trabajar más. La persona interpreta qué como duerme mal, rinde peor y que el jefe lo comenta por eso.

Palabras clave: “Eso es porque...”, “Eso se debe a...”, “Lo ha hecho por...”.

Visión catastrófica

La persona adelanta acontecimientos catastrofistas sin ninguna base para ello.

Ejemplo: Ver a alguien que estar enfermo y pensar que te va a pasar a ti también.

Palabra clave: “¿Y si me ocurre a mí...?”.

Personalización

Esta forma de pensar hace que la persona relacione los acontecimientos del entorno consigo mismo sin que haya una base real para ello.

Ejemplo: En una reunión el jefe comenta que quiere que los empleados sean más puntuales y una persona piensa que el jefe se está refiriendo concretamente a él.

Palabras clave: “Ese comentario lo hace por mí”, “Siempre me atribuye cosas...”, “Me suelta indirectas”.

Maximización y minimización

La persona tiende a evaluar los acontecimientos, y generalmente da mayor importancia a los negativos y minimiza los positivos.

Ejemplo: Una persona tiene una discusión con su pareja y comienza a pensar en lo mal que va su relación, y piensa que seguro que lo van a dejar, y minimiza el hecho de que hayan hecho las paces y que hayan sido capaces de hablarlo.

Palabras clave: “Se ahoga en un vaso de agua”.

Falacia de control

La persona se percibe con un grado de control irreal sobre los acontecimientos que le suceden o sobre las personas de su entorno (puede darse tanto por una sensación de exceso de control como de poco control).

Ejemplo: Una pareja discute y el chico piensa que si su novia cambiase su actitud él se sentiría bien.

Palabras clave: “No puedo hacer...”, “Me sentiré bien si tal persona cambia...”, “Tengo la responsabilidad de...”, “Que haría sin mí...”, “Tengo que conseguir dormirme ya...”.

Falacia de justicia

Consiste en la tendencia a valorar como injusto todo aquello que no coincide con lo que la persona desea o quiera.

Ejemplo: Un estudiante le dice a su madre: “Me han suspendido. ¡Qué injusto!”.

Palabras clave: “Es injusto...”.

Razonamiento emocional

La persona cree que los acontecimientos concuerdan con las emociones que le provocan.

Ejemplo: Si una persona se siente nerviosa cuando se encuentra en un grupo es porque realmente tiene motivos para estarlo, porque no lo aprecian lo suficiente; sin embargo, puede haber otros motivos.

Palabras clave: “Si me siento así... es que ha sucedido...”.

Falacia de cambio

La persona piensa que su bienestar depende de los actos de los demás, de que las otras personas cambien su conducta.

Ejemplo: Una persona piensa: “Solo conseguiré trabajo si cambia el mercado. La cosa está muy mal”; y mientras tanto se sienta a esperar a que la situación cambie.

Palabras clave: “Si *tal* persona cambiara *tal* cosa, entonces yo podría hacer/ser *tal* cosa”.

Etiquetado

En esta forma de pensar se da una etiqueta a las personas y a los sucesos.

Ejemplo: Una persona piensa que tiene mal carácter y se identifica siempre con esto.

Palabras clave: “Las mujeres tardan mucho en arreglarse”, “Los hombres no lloran”.

Los “deberías”

La persona con esta distorsión presenta una forma de pensar con normas rígidas y severas sobre cómo se suponen que tienen que suceder las cosas. Si no se llega a este nivel o se producen las situaciones o los comportamientos en la forma en que la persona no espera, se produce una alteración emocional fuerte.

Ejemplos: Una persona piensa: “Debería no estar enfermo”, cuando no es una cuestión de decisión.

Palabras clave: “Debería...”, “No debería...”, “Tengo que...”, “Tiene que ser...”.

Culpabilidad

Esta distorsión toma dos formas: o bien la persona se siente responsable de todo lo que le ocurre a ella y a los de su alrededor, o bien siente que no tiene ninguna responsabilidad.

Ejemplo: Una persona se encuentra mal y sus familiares se sienten culpables por no poder ayudarlo, cuando en realidad no está en sus manos.

Palabras clave: “Es culpa mía...”.

Falacia de razón

La persona cree estar en posesión de la verdad e ignora los razonamientos de los demás.

Ejemplo: Una pareja discute y no consiguen llegar a un acuerdo porque cada uno piensa que tiene la razón y no se paran a escuchar las consideraciones del otro.

Palabras clave: “Yo tengo la razón en...”, “Los demás no tienen ni idea...”.

Falacia de recompensa divina

En esta distorsión la persona tiende a pensar que sus problemas se resolverán en el futuro de forma ‘mágica’, por sí solos, o que serán recompensados en el futuro sin que tengan que hacer nada por ello.

Ejemplo: Una persona le pide a una ‘forma superior’ que le ayude a encontrar trabajo.

Palabras clave: “Dios, ayúdame a...”, “La suerte me hará encontrar...”.

No reconocer sus esfuerzos

La persona tiende a pensar que las cosas positivas que suceden son por casualidad o porque otra persona hizo algo, y no por sus propios esfuerzos.

Ejemplo: Una persona hace un examen y, tras estudiar un mes, consigue aprobar. Piensa que es debido a que tuvo suerte y fue fácil.

Palabras clave: “No mejoro nada”, “Salió bien por casualidad”.

En todos los casos el terapeuta debe poner y solicitar ejemplos concretos relacionados con el sueño, tratando de analizar los antecedentes y los consecuentes tanto de una forma de pensar como de la otra forma.

Técnica: Tiempo de pensar

Las preocupaciones normalmente suelen aparecer de forma más persistente en momentos de inactividad. Los momentos previos al dormir son momentos generalmente de poca actividad y en muchas personas es cuando más afloran estas preocupaciones, con lo cual se produce activación y sensación de ansiedad cuando lo que debería estar ocurriendo es que sea un momento de tranquilidad y desactivación. No vamos a tratar de quitarlos ni evitarlos, porque lo que harán será aparecer con más persistencia (Recordemos la anécdota de cerrar los ojos y no pensar en un elefante, que solo lleva a que pensemos más y más en un elefante.).

Lo que sí vamos a hacer es buscar un momento al día, 15 minutos concretamente, para escribir las preocupaciones que nos ocupan la mente.

Trataremos de que este momento para pensar y escribir no esté entre las dos horas previas al acostarse, para evitar que se produzca activación.

Posteriormente, cuando nos venga a la cabeza alguna de esas preocupaciones, nos diremos simplemente que las vamos a dejar para luego, para el momento que le dedicamos a pensar y escribir las preocupaciones. Como cualquier técnica, necesita una práctica, así que es importante tener paciencia en el aprendizaje y la práctica hasta que alcance su máximo nivel de efectividad.

Técnica: Práctica de pensamientos que conducen a dormir bien

Durante esta sesión, hemos visto que los pensamientos pueden tener efectos negativos sobre nuestras vidas; también predisponen, precipitan y mantienen nuestros problemas de sueño. Sin embargo, si aprendemos a detectar y reconocer los pensamientos inadecuados, y a tener pensamientos más realistas, conseguiremos mejorar nuestro sueño. Por tanto, la

actitud adecuada y realista es: “¡Yo puedo intervenir; puedo hacer cosas para mejorar la situación!”.

Relajación

Continuaremos practicando el tercer grupo muscular de la relajación muscular progresiva y las respiraciones diafragmáticas. Dedicaremos unos 20 minutos a ello.

Tarea para casa

- Esta semana el terapeuta pedirá que continúen realizando:
- El registro de sueño.
- La relajación muscular progresiva (grupo muscular aprendido durante esta sesión) y la respiración diafragmática.
- El ejercicio que a continuación explicamos.

Tarea para casa: Identificación de pensamientos negativos

El terapeuta ya ha explicado los tipos de pensamientos inadecuados que existen y los que se asocian al insomnio. Ahora podemos tratar de identificar cada uno los que tenemos. Dado que al principio es difícil, para ayudarnos vamos a trabajar con el listado de pensamientos que pusimos al comienzo de esta sesión y con los que han salido en la tormenta de ideas del grupo. Vamos a pedir que traten de identificar cada pensamiento, identificando el tipo de distorsión al que pertenece.

La tarea de casa que vamos a pedirles que realicen es la identificación de sus pensamientos negativos. Pediremos que detecten algún tipo de pensamientos explicado durante esta sesión. Es importante poner ejemplos de ellos y normalizar esta situación. Lo importante es detectarlos y ver si existen explicaciones alternativas a esta forma de pensar. Para facilitar esta tarea, pediremos que, en el registro de pensamientos negativos que adjuntemos a continuación, anoten los que sean capaces de detectar y que añadan la emoción que les produce esa forma de pensar.

Registro de pensamientos negativos	
Pensamiento negativo que aparece durante esta semana (pedirles que presten atención especial a los relacionados con el sueño)	Efecto que tiene (tristeza, ansiedad, alegría, indiferencia, otros...)

Bibliografía

- Bados, A., “Terapia cognitiva de Beck”, en F. J. Labrador (coord.) *Técnicas de Modificación de Conducta*, Pirámide, Madrid, 2008, pp. 517-532.
- Beck, A. T., A. J. Rush, B. Shaw y G. Emery, *Terapia cognitiva de la depresión*, Desclée De Brouwer, Bilbao, 1983.
- Coates, T. J. y C. E. Thoresen, “Treating sleep disorders: Few answers, some suggestions, and many questions”, en S. M. Turner, K. S. Calhoun y H. E. Adams (comps.), *Handbook of clinical behavior therapy*, Wiley, Nueva York, 1981.
- Ellis, A., *Reason and emotion in psychotherapy*, Lyle Stuart, Nueva York, 1962.

6.3.4 Sesión 4

Pensamientos negativos II

Reestructuración cognitiva de las creencias erróneas sobre el sueño

Técnicas: Detención del pensamiento, intención paradójica, relajación 4

TIEMPO TOTAL DE LA SESIÓN: 90 MIN.

Comienzo de la sesión

Durante esta sesión el terapeuta comenzará preguntando cómo ha transcurrido la semana y repasando las principales dificultades. Revisaremos los registros de sueño (10 minutos de dedicación).

Examinaremos los pensamientos inadecuados o negativos que han ido apareciendo durante esta semana y que se han logrado detectar; también repasaremos las dificultades han podido surgir durante su identificación. Para ello, cada persona irá exponiendo los pensamientos negativos que ha encontrado y la emoción que les ha producido esa forma de pensar, y los iremos apuntando en una pizarra. Este proceso lo repetiremos con cada miembro del grupo. Se puede poner en valor que la realización grupal facilita que cada persona no solo identifique los suyos, sino que se beneficie de los que hayan podido encontrar los demás, ya que puede ocurrir que los otros también lo presenten pero que no hayan conseguido identificarlo.

Dedicaremos 15-20 minutos a este ejercicio.

Con esto, lo que se pretende es que cada persona comience a encontrar por sí misma la relación entre sus pensamientos y sus conductas y emociones. Conviene insistir en la idea de que no todas las técnicas son igual de útiles para todos y que deben descubrir y adoptar las que sean mejores para ellos.

Reestructuración cognitiva de creencias erróneas sobre el sueño

Durante la semana anterior hemos trabajado la detección de pensamientos que puede llevar a que se interprete la realidad de una forma negativa y sin fundamento alguno. Se ha visto cómo estos pensamientos pueden producir sentimientos y emociones negativas que afecten a la conducta y la vida en general. Por ese motivo, durante esta sesión continuaremos mostrando estrategias que pueden ayudar a modificar o discutir estos pensamientos y creencias. Por este motivo debemos poner a prueba los pensamientos y las creencias, y ver las consecuencias que comportan (ansiedad, malestar, tristeza, desmotivación...).

Durante la semana anterior vimos y trabajamos cómo realizar un registro para detectar estos pensamientos negativos o inadecuados que aparecen en la vida diaria. Ahora incluiremos alguna casilla más en el registro semanal para facilitar su detección y así tener una base para discutirlos.

Técnica de la triple columna		
Pensamientos automáticos negativos	Distorsión a la que pertenece este tipo de pensamiento	Reinterpretación: Sustituye por pensamiento más realista
Ejemplo: Si no duermo no podré funcionar bien mañana	Catastrofismo y pensamiento del tipo todo o nada	No es la primera vez que no duermo, de hecho, todo el mundo tiene días en los que no duerme y aun así somos capaces de

		funcionar bien. Tengo la certeza de que esto es así porque ya me ha pasado otras veces y he podido.
--	--	---

Es decir, enseñaremos a que vean sus pensamientos como posibilidades que hay que contrastar, no como una afirmación de la realidad.

Técnicas para la reestructuración cognitiva

Contrarrestar la sobreestimación de la probabilidad

Consiste en cuestionarse la evidencia de los juicios de probabilidades. Es decir, debemos ayudar al paciente a que estime sus pensamientos como posibilidades, no como hechos verdaderos, y que examine las hipótesis que realiza para ayudarlo a llegar a otras posibilidades. Debemos ayudarlos a hacer una estimación realista sobre qué probabilidad existe de que las predicciones que hacen lleguen a ocurrir, ayudándolos a descubrir otras soluciones diferentes a las que había generado en un principio (Craske y Lewin, 1997). Para ello pediremos a cada integrante del grupo que nos cuente situaciones en las que pensó que algo iba a suceder de determinada forma y que no fue así, y pedirles que estimen del 0 al 100% el grado en que creían que esto iba a suceder de cierto modo.

Detención del pensamiento

Esta técnica fue desarrollada por Bain en 1928 y adaptada por Wolpe y Lazarus a mediados de siglo xx para el tratamiento de pensamientos fóbicos y obsesivos.

Se les ha enseñado durante estas sesiones que hay una serie de pensamientos que están frecuentemente rondando en nuestra cabeza y que pueden llevarnos a sentirnos peor. Esta técnica es para pensamientos que se fundamentan en el pasado (“No debía haber hecho...”) o en el futuro

(“Seguro que no voy a poder...”), cuando la persona percibe algo como amenazante, aunque su probabilidad de que ocurra sea muy baja. En este caso, estos pensamientos no llevan a soluciones, sino que producen ansiedad y malestar.

Se puede poner el ejemplo de una persona que no pudo dormir durante varios días y que cada vez que se iba a la cama pensaba que iba a volver a suceder, lo que le generaba gran ansiedad.

El terapeuta no debe centrarse en tratar de cambiar el grado de significación que un acontecimiento ha tenido para ellos, y tampoco se va a trabajar sobre la creencia de que algo suceda en el futuro.

La forma de proceder en estos casos es la siguiente:

1. Detectar estos pensamientos lo más rápidamente posible.
2. Expresarlos verbalmente. Es importante que los verbalicemos de la manera más parecida a como se han pensado. Por ejemplo: “Jamás superaré este problema; no podré volver a dormir bien. No podré levantarme ni ir a trabajar”.
3. Ahora vamos a decidir qué estímulo nos va a ayudar a detener el pensamiento (STOP, palmada en la mesa, una goma en la muñeca...).

Desarrollo de la técnica en 3 niveles:

- Primero vamos a comenzar cerrando los ojos y vamos a reproducir de forma voluntaria los pensamientos negativos de los que hemos hablado, los vamos a expresar en voz alta. A los pocos segundos de haber comenzado vamos a interrumpir los pensamientos con ayuda del estímulo distractor que hemos elegido previamente (palmada en la mesa, STOP, goma). Inmediatamente después traeremos a la cabeza un pensamiento

distractor o imagen para centrar la atención durante unos 30 segundos en otra cosa. Este pensamiento o imagen pueden referirse a:

– Recordar detalladamente una situación que para ellos sea agradable, como, por ejemplo: la playa, el bosque, la ciudad, la familia, el hogar, una fiesta...

– Describir el lugar en el que se encuentre en ese momento (cuadros, olores, gente...)

– Contar de 3 en 3 hacia atrás desde el número 100 al cero.

– Intentar aprender una nueva canción.

Hay que repetir este paso varias veces (8-10) hasta que resulte fácil generar los pensamientos y cortarlos.

• En el segundo nivel de manejo produciremos los pensamientos en nuestra mente sin expresarlos en voz alta y repetiremos el primer nivel.

Pensamiento negativo –STOP– pensamiento distractor.

Realizaremos este paso varias veces hasta que lo tengamos aprendido.

• En el siguiente nivel se hace lo mismo, pero ahora el estímulo distractor (palmada, STOP, goma) se hace únicamente de forma mental y se lleva la atención hacia un pensamiento distractor (describir la playa, la familia,

etc.). Se repite el paso hasta conseguir dominar la técnica y detener los pensamientos.

Tarea para casa

Se pedirá que practiquen de forma sistemática durante 2 semanas esta técnica para conseguir dominarla (5-10 aplicaciones diarias; preferiblemente evitar la noche para practicar). Y podemos utilizarlo también en todas aquellas ocasiones en que aparezca algún pensamiento que se desee cortar.

Intención paradójica

La eficacia de la “intención paradójica” se basa en el principio fundamental de que las personas intenten llevar a cabo la conducta que están evitando por temor. De esta manera, el círculo vicioso que mantiene este ciclo, se rompe.

Se trata, por tanto, de una técnica adecuada para personas que tienen pensamientos incompatibles con el sueño. Hay personas que después de una o varias noches sin poder dormir o durmiendo mal comienzan a desarrollar una ansiedad anticipatoria ante la dificultad para dormir. De tal forma, que la ansiedad por no conseguir dormir se va convirtiendo en la fuente principal del trastorno. La intención paradójica pretende eliminar esta ansiedad haciendo que el paciente realice aquello que tanto teme: que intente permanecer toda la noche despierto. De esta forma la preocupación y la ‘ansiedad’ por no quedarse dormido comienzan a disminuir. La misión de la intención paradójica es “amortiguar los miedos individuales de los pacientes” (Frankl, 1984). Por ejemplo, se puede imaginar a una persona que sufre dificultades para dormir, se acuesta, pero no se duerme hasta muy tarde, esto va haciendo que por la mañana se encuentre muy cansado y que al día siguiente al llegar a la hora de dormir se encuentre muy nervioso pensando que le va a ocurrir lo mismo. Con esta técnica le pediríamos a la persona que no se durmiera hasta más tarde de lo que normalmente lo hace (concretamos el momento). Eliminaremos la ansiedad anticipatoria, lo que llevará probablemente a que la persona se relaje y por tanto seguramente a que el sueño llegue antes de lo previsto.

Otro ejemplo: Se pedirá a la persona que haga justamente lo contrario a lo que intenta. La persona con problemas de insomnio suele decirse, asimismo: “me acuesto y trato de

quedarme dormido, pero por más que lo intento no lo consigo”. Con la intención paradójica, se le dice a la persona: “acuéstese y trate de permanecer despierto todo lo que pueda”. Esta intervención se piensa que es adecuada para el insomnio cuando hay preocupación intensa sobre el sueño, la pérdida del mismo, y sus consecuencias (Espie, 2011). Por el contrario, se desaconseja esta técnica para personas con una gran ansiedad ante todo tipo de eventos vitales.

Bibliografía

Craske, M. G. y M. R. Lewin, “Trastorno por pánico”, en V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 1, Siglo XXI, Madrid, 1997.

Espie, C. A., “Paradoxical intention therapy”, en M. L. Perlis, M. Aloia y B. Kuhn (eds.), *Behavioral treatments for Sleep Disorders: A Comprehensive primer of behavioral sleep medicine interventions*, Academic Press, Londres, 2001, pp. 61-70

Frankl, V. E., *Man’s search for meaning*, Washington Square Press/Pocket Books, Nueva York, 1984.

6.3.5 Sesión 5

Repaso de las técnicas y sucesos, Relajación final Cierre de las sesiones continuadas

TIEMPO TOTAL DE LA SESIÓN: 90 MIN.

Comienzo de la sesión

Los objetivos de esta sesión son repasar las dudas que hayan podido ir surgiendo durante las sesiones precedentes, tratar de resolverlas y ayudar a realizar una reflexión sobre lo que se ha ido asimilando durante las sesiones.

Para ello, y como en sesiones anteriores, comenzaremos con un repaso de las tareas para casa que se encargaron durante la sesión anterior. Dedicaremos entre 15 y 20 minutos para este asunto.

¡Revisando lo aprendido!

El terapeuta realizará una breve revisión de las principales técnicas que se han ido aprendiendo durante las sesiones. De esta forma tendremos una buena oportunidad para aclarar dudas o dificultades que hayan podido surgir y que no se hayan resuelto. Durante esta sesión, realizaremos una comparación del primer y el último registro de sueño de cada paciente; así se puede observar la evolución de cada uno. Para facilitar la visualización de cada persona, y del grupo, podemos realizar en la pizarra un breve gráfico comparativo sobre cuántas horas estaban durmiendo al comienzo y al final, añadiendo, según el terapeuta observe, las incidencias o los hechos importantes que haya que comentar. De esta forma se propiciará que los participantes sean conscientes del proceso seguido y del proceso a seguir. A continuación, facilitamos un modelo de registro y un modelo de gráfico comparativo. En ellos revisaremos y compararemos ciertos aspectos trabajados durante todas las sesiones:

MODELO DE REGISTRO		
	Sesión 1	Actualidad
Hora de acostarte		
Hora levantarte		
Tiempo que te cuesta dormirte		
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir		
Nº veces despiertas por la noche y tiempo que permaneces despierto		
Sensación al levantarte (cansado, descansado)		
Otros momentos en que se duerme durante el día		
Momento del día con mayor sensación de sueño		
Condiciones luz, temperatura, comodidad, alimentación,		
Actividad realizada cada día		
Tiempo en la cama sin dormir		

Además, aprovecharemos la sesión para insistir en la necesidad de continuar con la práctica de las técnicas aprendidas durante estas sesiones, y señalar que, a pesar de la finalización del tratamiento presencial, es necesario continuar en casa con lo que se ha aprendido, recordando la conveniencia de la revisión del material dado cada cierto tiempo.

¿Qué hacemos si nos vuelve a ocurrir?

Es muy importante recordar que de vez en cuando todos vamos a pasar una noche en vela y es crucial no preocuparse; es algo normal. Lo importante es no comenzar con miedos del tipo: “ves, ya estoy de nuevo, ya no voy a conseguir dormir y no podré llevar una vida normal”. Sabemos que estos son los factores que llevan a que se cronifique la ansiedad anticipatoria, los miedos y ese círculo vicioso que lleva a que esos pensamientos nos pongan nerviosos, nos exciten y nos dificulten el dormir. Sabemos que todas esas catástrofes que adelantamos son poco probables. Anteriormente estos pensamientos y situaciones ya nos han ocurrido y hemos podido realizar una vida normal, sin que esas terribles consecuencias que pensábamos que iban a suceder llegaran a presentarse.

Es importante que nos demos cuenta de que tenemos estrategias diferentes y efectivas para lograr el objetivo de normalizar esta situación. Recordemos:

- No debemos asustarnos. Pasará y no ocurrirá nada por una noche en vela.
- Será algo transitorio, sin consecuencias importantes salvo la incomodidad.
- Disponemos de ayuda y estrategias.

Ahora haremos una tormenta de ideas en grupo ante la pregunta: “¿Qué podemos hacer ante una noche de insomnio?”.

Tras la terminación de este ejercicio recordaremos las pautas correctas de actuación ante el momento de no dormir: Levantarse de la cama e ir a otra habitación. Si vemos que el insomnio persiste comenzaremos de nuevo con la restricción del “tiempo de cama” (una semana evaluando cuánto se duerme y cuánto tiempo permanecemos en la cama, y adecuarlos. Posteriormente recuperamos 15 minutos por cada semana que mantengamos la eficiencia de sueño por encima del 90%; así hasta que se haya vuelto a la normalidad).

Repaso de sesiones y revisión de dudas

Realizaremos un breve repaso de cada técnica aprendida. En este momento el grupo comenta lo que le ha aportado cada técnica y lo que ha aprendido de ella, así como las dificultades que ha encontrado:

- Diferencias individuales en el sueño.
- Técnicas de registro de sueño.
- Normas de higiene del sueño.
- Respiraciones diafragmáticas
- Relajación.
- Control de estímulos.
- Restricción del tiempo de cama.
- Pensamientos negativos asociados al insomnio.
- Distorsiones cognitivas.
- Técnica del tiempo para pensar.
- Reestructuración cognitiva: creencias erróneas sobre el sueño.
- Detección del pensamiento.
- Intención paradójica.

Sabemos que cuando se acaba el tratamiento todas las personas tienden a relajarse y dejan de practicar de forma tan continuada las técnicas y directrices aprendidas. Sin embargo, pediremos e insistiremos en la necesidad de que se **cumplan las siguientes recomendaciones:**

- Mantener a largo plazo el establecimiento de un horario fijo de levantarse y acostarse. No obstante, algunos pacientes pueden ser más flexibles al respecto y probar gradualmente y valorar cómo les afecta una mayor flexibilidad, no solo fijándose en un día, sino en un periodo más largo.

Por ejemplo, algunos pacientes se pueden quedar una o dos noches sin despertador (entre 30-60 minutos adicionales), pero el resto de días deberá seguir las normas de horarios.

- Nunca dormir más tras una noche de insomnio. Evitar siestas. No compensar.
- Recordemos que la cama es para dormir, no para permanecer despierto ni realizar otras actividades, salvo dormir o mantener relaciones sexuales.
- Irse de la cama o de la habitación cuando veamos que llevamos un rato totalmente despiertos o incómodos, y que no conseguimos conciliar el sueño, es una regla muy importante que hay que seguir toda la vida.
- Evitar realizar actividades excitantes o estimulantes las dos horas previas al dormir.
- No nos va a ocurrir nada catastrófico por no dormir una noche o dormir poco varias noches seguidas; ya sabemos que es cansado y desagradable.

Práctica de la relajación y las respiraciones

Dedicaremos 20 minutos a realizar la relajación muscular y las respiraciones diafragmáticas.

Cierre de la sesión

Mostramos nuestra disponibilidad para cualquier duda que pueda surgir.

Recordamos el material que se ha dado y la necesidad de seguir practicando los ejercicios y los registros de sueño. Se adjuntamos un registro de sueño reducido para este tiempo, hasta las sesiones de recordatorio. Ahora se presentan por semanas, no por días, para facilitar seguimiento:

Registro de sueño para utilizar semanalmente

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
¿Qué tal duermes? Bien/regular/mal				
Sensación al levantarte (cansado/ descansado)				
Otros momentos en que se duerme durante el día				
Tiempo que se pasa en la cama sin dormir				
¿Llevas a cabo las técnicas? ¿Cuáles?				
Observaciones				

6.4 Anexo 4. Resúmenes de las sesiones de TCC-I para los pacientes

6.4.1 Resumen sesión 1

Objetivo de la sesión: En esta sesión se hará una revisión teórica breve sobre el sueño fisiológico y el insomnio, se explicará sobre las medidas de higiene del sueño y la respiración diafragmática.

Dormir es una actividad necesaria, pero debemos saber que no todos dormimos las mismas horas. Hay gente que duerme 4 horas y otros duermen 12 horas; lo más frecuente es entre 7 a 8 horas.

De hecho, hay variaciones individuales: Hay días que dormimos más y otros menos; a lo largo de nuestra vida también se van produciendo cambios. A medida que nos hacemos mayores dormimos menos horas y es más frecuente que nos despertemos varias veces a lo largo de la noche. Hay situaciones que pueden afectar a nuestro sueño: los horarios laborales, las preocupaciones, la salud, etc.

El tiempo adecuado para dormir es aquel que nos permite realizar nuestras actividades diarias con normalidad. Tener una mala noche de sueño no implica que, al día siguiente, no se podrán realizar las actividades diarias.

¿En qué consiste el insomnio?

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente entre la población adulta, se caracteriza por problemas de iniciación, mantenimiento del sueño y/o un sueño no reparador, lo que causa un deterioro significativo en la vida diaria.

El insomnio es un problema de salud muy común y puede tener importantes consecuencias para la vida de la persona que lo padece y para sus familiares.

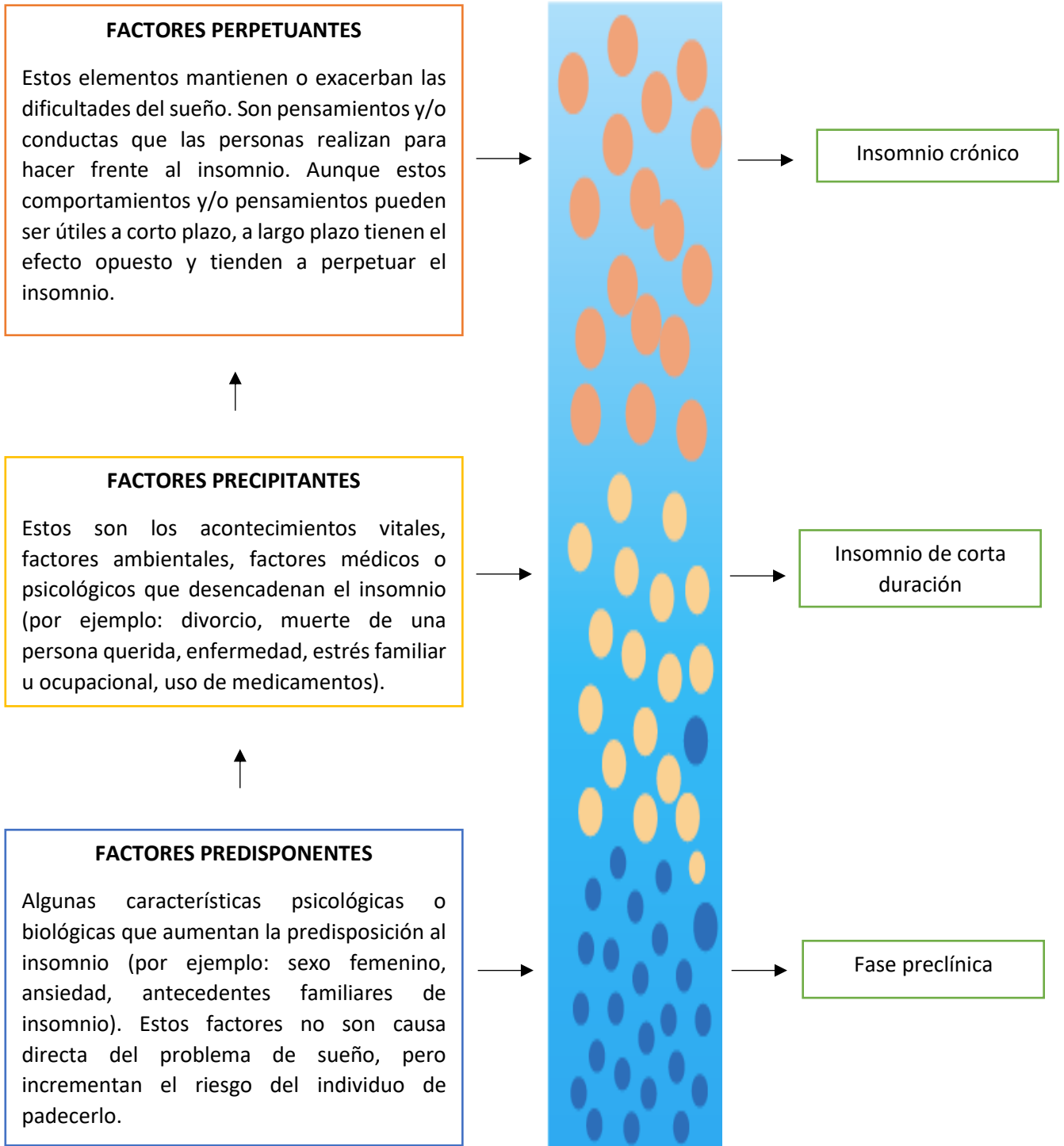
Hay momentos del día que todos sentimos una mayor somnolencia. Cada persona debe identificar cuando le ocurre, los ritmos circadianos (de 24 horas), en los que algunas condiciones del cuerpo humano varían, por ejemplo, la temperatura corporal es menor en la madrugada y mayor entre las 16:00-18:00 p.m.

La conducta y los problemas de insomnio

Debemos saber que el ser humano reacciona frecuentemente ante las dificultades relacionadas con el dormir mediante conductas compensatorias de esta pérdida de sueño (dormir más por la mañana, siestas, realizar menos actividades, evitar la cama).

El problema es que muchas de estas conductas mantienen a largo plazo, estas dificultades de sueño. Durante estas sesiones aprenderemos a manejar estas conductas inadecuadas de compensación. Por ello debemos conocer que sucede antes y después del momento de dormir que pueda estar dificultando que tengamos un sueño adecuado.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON EL INSOMNIO



Spielman propuso un modelo de progresión del sueño normal a crónico denominado modelo 3P, refiriéndose a factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes del insomnio. Se podría decir que los factores predisponentes provienen de la esfera biopsicosocial y genética, y los factores precipitantes se pueden resumir en términos de amenazas o eventos estresantes de la vida (por ejemplo: una promoción, un examen, una queja médica).

Los factores perpetuantes se relacionan, sobre todo, con el miedo a no dormir y con las creencias y comportamientos no adaptativos (con el consiguiente desarrollo de hábitos erróneos) en relación con el sueño. Por este motivo es importante manejar clínicamente el insomnio antes de llegar a este punto de perpetuación, y el nivel más adecuado para hacerlo por accesibilidad y por conocimiento del paciente son los centros de salud.

MEDIDAS DE HIGIENE DEL SUEÑO



Levántate y acuéstate siempre a la misma hora, incluso los fines de semana y días festivos



Haz ejercicio, por ejemplo pasear por mañanas



No te acuestes con sensación de hambre: Toma un vaso de leche caliente o una infusión (manzanilla, limón)



Come una cena ligera, evitando las grasas y picantes



Realiza una actividad relajante antes de acostarte: Escuchar música suave o ejercicios de relajación.



Evita las siestas largas (más de 30 minutos) y limitadas a una vez al día



Evita sustancias estimulantes como el café, té, alcohol en la noche.



Condiciones adecuadas para el sueño: habitación oscura y sin ruidos.



No estés pendiente del reloj: Si en 15-20 minutos no consigues conciliar el sueño, ve a otra habitación e intenta relajarte hasta que la somnolencia vuelva.

La alimentación, bebidas y otras sustancias

- Evitar comer en exceso antes de acostarse. Tampoco debemos acostarnos con hambre, ya que dificultará el inicio del sueño.
- No acostarse con hambre, evite las comidas copiosas o muy ricas en grasas, ya que son más difíciles de digerir y pueden dificultar el sueño.
- Evitar el uso de sustancias estimulantes (café, té, refrescos, bebidas energizantes) sobre todo en las horas previas a acostarse.
- No consuma bebidas alcohólicas, tabaco u otras drogas. Algunas de ellas son estimulantes, pero otras, a pesar de tener una acción más sedativa, provocan un efecto de rebote y hacen que la calidad de sueño empeore y sea fragmentado, afectando el descanso.
- Es conveniente restringir la ingesta de líquidos durante las horas previas a acostarse. Dicha restricción puede evitar que la persona se despierte a mitad de la noche para ir al baño.
- Debe tenerse en cuenta la temperatura de los alimentos, que no estén excesivamente fríos ni calientes (debemos tener en cuenta las variaciones individuales y adecuarlas a nuestra experiencia)
- Evite levantarse e ir a comer o beber durante la noche. Para ello podemos dejar un vaso de agua en la mesa de noche antes de acostarnos.

Ejercicio físico y actividades mentales previas al sueño

- Evitar realizar actividad física intensa durante las dos horas previas a la hora de dormir.
- Es mejor hacer actividades de intensidad baja, que no requieran una atención constante o elevada.
- Evitar utilizar la computadora, el teléfono celular u otros dispositivos electrónicos en la noche por tiempo prolongado.
- Crear hábitos o una rutina antes de ir a la cama ayuda a preparar el organismo para conciliar el sueño. Ejemplos: poner sonidos relajantes (dependerá de la persona, pues hay otras que prefieren el silencio), realizar ejercicios de relajación.
- Regular el momento de ir a dormir, hay que tener una hora (o intervalo de sueño), respetarlo independientemente del sueño que se tenga o lo que haya dormido el día anterior.
- Evitar siestas, salvo casos concretos. Las siestas deben ser de corta duración (menos de 20 minutos), este tiempo debe contabilizarse como horas de sueño, siempre observando cómo repercute en el sueño nocturno de cada persona.

Condiciones ambientales

- La temperatura es uno de los factores que hay que tener en cuenta a la hora de facilitar el sueño (entre 18 a 22 grados centígrados, es lo recomendable).
- Preocuparse de que no haya luz intensa en la habitación y si se necesita, que sea lo más natural y tenue posible.

- La calidad de la cama debe ser adecuada. El colchón y la almohada deben tener la comodidad suficiente; se recomienda que la ropa de cama no sea escasa, excesiva o molesta.
- Favorecer un ambiente tranquilo y sin ruido.
- Mantener la higiene en la cama y la habitación en general.

Otros factores asociados

- Los pensamientos y preocupaciones pueden activarnos y llevarnos a tener dificultades a la hora de dormir.
- No hacer esfuerzos para conciliar el sueño. Debe producirse de forma natural; no es algo que debamos intentar controlar (dormirse necesita una actitud pasiva).
- Aunque se tarde en conciliar el sueño no debe ser una fuente de preocupación, lo importante es el descanso.

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA



Paso 1. Expulse el aire de los pulmones varias veces, puede suspirar o exhalar por la boca.



Paso 2. Inicie la respiración diafragmática dirigiendo el aire durante la inspiración "hacia el abdomen", como si quisiera empujar hacia arriba las manos que están sobre el abdomen.



Paso 3. Mantener por un instante en aire en los pulmones, sin que haya presión.



Paso 4. Cuando sienta la necesidad de expulsar el aire, relaje el abdomen (éste se "desinflará" y las manos bajarán de forma simultánea).



Paso 5. Quélese un instante con los pulmones vacíos, sintiendo cómo se va relajando. Cuando nuevamente sienta el impulso de inspirar, hágalo lenta y profundamente mientras llena los pulmones con aire y el abdomen sube.



Paso 6. Practique esta técnica el tiempo que sea necesario antes de dormir.

EXPLICACIÓN DE LA RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

-La respiración diafragmática la puede realizar sentado en una silla o recostado boca arriba.

-Coloque la mano derecha en el abdomen (entre el ombligo y las costillas).

-Coloque la mano izquierda en el pecho.

-Observe que mano se mueve más y qué ocurre al respirar (sensación de onda de mano derecha a izquierda).

-Vamos a imaginar una escena agradable en la postura en la que nos encontramos, coloque su cuerpo “derecho” pero relajado,muy bien, ahora cierren sus ojos lentamente, e inhalen (tomen aire) durante siete segundos, mientras “inflan” su estómago con ese aire... Si están respirando adecuadamente su estómago se infla como una bolsa cuando inspiran... si están respirando incorrectamente entonces suben los hombros y su estómago permanece plano. Mantengan el aire por siete segundos, después suelten el aire lentamente, también en siete segundos, hasta lo último que puedan. Es muy probable que a nadie le salga bien a la primera, así que lo intentaremos otra vez, recuerden que primero tomarán todo el aire que puedan durante siete segundos mientras inflan su estómago y después lo soltarán durante otros siete segundos hasta desinflar por completo su estómago. No tienen que hacer un gran esfuerzo para tomar aire, háganlo de manera tranquila y natural. Ahora... inhalen (cuenta hasta siete) ... exhalen (cuenta hasta siete)”.

No realizar este ejercicio más de 5 minutos seguidos, es necesario descansar entre las repeticiones para evitar una posible hiperventilación.

Para asegurarnos de que podamos llevar esta técnica a nuestro ritmo de vida habitual, comencemos haciendo este ejercicio sentados o recostados en la cama o sobre una alfombra. Luego de unas sesiones en las que logremos dominar la técnica, pasaremos a realizarlo de pie, caminando, etc. Y aplicar esta técnica en distintas situaciones (p.ej. en la casa, en el trabajo, con ruido, sin ruido).

A tener en cuenta:

- La respiración debe seguir un ritmo natural.
- El objetivo, dentro de la normalidad, es tener una respiración rítmica y calmada.
- La respiración por la nariz es preferible a la respiración por la boca, puesto que los conductos nasales filtran y calientan el aire que entra. El respirar por la boca y no por la nariz, muchas veces nos lleva a que cuando dormimos respiremos por la boca.
- Puede llevarse a cabo en cualquier lugar.
- Es mejor no practicarla con el estómago lleno.
- No debemos forzarla; simplemente se trata de permitir que entre el aire.
- Las respiraciones deben ser siempre suaves; también la transición entre inspiración-espирación (expulsión del aire), ya que si las hacemos muy rápidas o profundas se puede hiperventilar.
- Nuestra forma de respirar refleja cómo nos encontramos emocionalmente. Si estamos enfadados o nerviosos, respiramos de una forma más rápida y

entrecortada; cuando nos encontramos calmados nuestra respiración es tranquila y rítmica.

Tareas para la casa (sesión 1)

- Durante esta semana continúe con el llenado del diario de sueño.
- En esta semana es importante que usted observe y anote que condiciones entorpecedoras del sueño se han comentado durante esta sesión. Trate de reflexionar sobre qué condiciones pueden aplicarse a nuestra propia vida. Esta semana comenzaremos a adecuarnos a estas normas de higiene del sueño.
- Realice un registro de alimentos especificando los alimentos o bebidas que consume antes de acostarse todos los días, la cantidad y hora de ingesta y sueño.
- Empezar a practicar la respiración diafragmática.

Registro de alimentos

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Alimento o bebida							
Cantidad y hora							
Sueño							

Es necesario que aprendas todo lo que puedas durante estas sesiones y que lo pongas en práctica. Con el objetivo de corregir aquellos aspectos del sueño que lo necesiten, continuaremos con el registro de sueño. Es imprescindible que la próxima semana lo traigas lleno el diario de sueño y el registro de alimentos, ya que es la única forma en la que podemos adecuarnos a tu situación.

6.4.2 Resumen sesión 2

MI PLAN PARA DORMIR MEJOR (TÉCNICA CONTROL DE ESTÍMULOS)

A continuación, presentamos algunas reglas para la higiene del sueño, se trata de una serie de consejos que sirven para mejorar nuestra forma de dormir.

En las siguientes semanas, yo cumpliré con lo siguiente:

1. Iré a la cama sólo cuando sienta sueño, no antes de mi hora habitual de dormir.
2. Me levantaré y saldré de la cama si no puedo dormir luego de media hora. No me forzaré a dormir, iré a otra habitación hasta que sienta que mi sueño es suficiente para dormir rápido en el momento que regrese a mi cama.
3. Si aún no puedo conciliar el sueño, repetiré el paso tres.
4. Evitaré hacer actividades o cosas que me mantengan despierto/a en la cama. Es decir, ocuparé la cama sólo para dormir, si la actividad sexual no perjudica mi sueño, esta podría ser una excepción a la regla.
5. Si estoy preocupado/a intentando resolver mis problemas, con pensamientos reiterativos sobre una situación o “luchando para dormir”. Saldré de la cama hasta que estos pensamientos desaparezcan y sienta las señales de sueño antes de retornar a la cama.
6. Evitaré realizar siestas y permanecer acostado en la cama durante el día, excepto en caso que sea necesario.
7. Llenaré mi diario de sueño cada mañana, preferiblemente una hora después de levantarme, para que pueda observar el impacto de este plan en mi sueño.
8. Consideraré las horas previas a ir a la cama como un período de descanso.

Otros consejos de ayuda: Evitaré tomar café, té, refrescos o bebidas energizantes en la noche. Intentaré hacer ejercicio en un horario que no esté cerca de la hora de dormir.

RESTRICCIÓN DEL TIEMPO EN CAMA

Cuando hay un problema en el sueño, solemos tender a compensar el no haber dormido bien estando más tiempo en la cama al día siguiente. Sin embargo, esta estrategia que parece adecuada con el tiempo, lleva a la cronificación del insomnio. Por ello, debemos ser conscientes del tiempo real que pasamos en la cama, tanto en el día como en la noche. El objetivo de esta estrategia es provocar un estado ligero de falta de sueño, de forma que coincida el tiempo que se está en la cama con el tiempo real que la persona duerme. Esta situación facilitará que puedan dormir de forma más profunda y con menos interrupciones.

Recomendaciones

- Con esta técnica se pretende adecuar el tiempo que pasamos en la cama a nuestro tiempo de sueño real. No todo el mundo presenta la misma necesidad de dormir, ni necesita dormir las mismas horas. Conviene romper el mito de las 8 horas de sueño, ya esto no vale para todas las personas.
- Debemos intentar restringir el tiempo de cama tanto como se pueda (adecuándolo al momento en el que se duerme realmente).
- Para poder realizar esta estrategia hay que regular los momentos de sueño, acostarse y levantarse más o menos a la misma hora (por ejemplo, si sabemos que dormimos 5 horas quizás podemos adecuar el momento de ir a la cama a la 1:00 de la madrugada para así despertar y levantarnos a las 6:00 de la mañana).
- Hay que tener cuidado con las siestas o el “tengo los ojos cerrados, pero no estoy durmiendo”. Esto puede provocar en la noche dificultades para dormir:
- Si su eficiencia de sueño fue menor a 85 %, es recomendable hacer uso de esta técnica. Se irá aumentando progresivamente el tiempo en cama, p.ej. semanalmente o cada 10 días; debemos tener en cuenta que esto debe adaptarse a las condiciones de cada persona, ya que hay personas que necesitará hacerlo de forma más lenta y otras más rápida.
- El tiempo en cama se refiere tanto al día como la noche, no se restringe al sueño nocturno, sino que incluye también las siestas.
- La eficiencia de sueño se refiere al cálculo del tiempo adecuado para cada persona y para ello se utiliza una fórmula para adecuar el tiempo que pasamos en la cama con el sueño que es adecuado para nosotros. Cuando en esta fórmula obtenemos una puntuación menor al 90 % durante los cinco días previos, se interpreta de que existe un desequilibrio debemos aprender a corregir.
- Los valores de eficiencia de sueño deben tenerse en cuenta de la siguiente forma:
 - Más del 90 %: incremento de 15 minutos del tiempo en cama.
 - Debajo del 85 %: reducción de 15-20 minutos (manteniendo esto unos 10 días hasta volver a reevaluar).
 - Entre 85 a 90 %: sin modificaciones del tiempo en cama.

Como primer paso calcule su eficiencia de sueño de los últimos cinco días.

Ejemplo: Cuando revisamos un diario de sueño de la persona X, tenemos la siguiente información:

	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Hora de acostarse	10:30 p.m.	10:45 p.m.	11:00 p.m.	12:00 a.m.	11:30 p.m.
Hora que despierta	6:00 a.m.	5:30 a.m.	5:45 a.m.	5:30 a.m.	7:30 a.m.
Nº de horas de sueño	7 hrs. 30 min.	6 hrs. 45 min.	6 hrs. 45 min.	5 hrs. 30 min.	8 hrs.
Hora de levantarse de la cama	6:30 a.m.	6:15 a.m.	6:30 a.m.	6:00 a.m.	8:30 a.m.

Nota: El tiempo total de sueño es todo el tiempo que se durmió a lo largo de los últimos 5 días (sin contar los despertares). El tiempo total de cama se obtiene sumando el tiempo total de sueño y tiempo que se estuvo despierto en la cama.

Tiempo de sueño= Sumatoria horas de sueño de los últimos 5 días.

Tiempo de sueño= 7 hrs. 30 min. + 6 hrs. 45 min. + 6 hrs. 45 min. + 5 hrs. 30 min.+ 8 hrs.
Tiempo de sueño= 34 hrs. y 30 min. (equivale a 34.5 horas de sueño)

En el ejemplo se observa que el martes, la persona X durmió 7 hrs. y 30 minutos; se despertó a las 6:00 a.m. pero se quedó recostado en cama 30 minutos más por lo que se levantó de la cama a las 6:30 a.m. Al sumar los 30 minutos que esta persona se quedó en cama despierta a las 7 hrs. y 30 min. de sueño, obtenemos 8 horas de tiempo en cama.

Tiempo en cama = Suma del tiempo que se permaneció en cama los últimos 5 días.

Tiempo en cama = 8 hrs. + 7 hrs. 30 min. + 7 hrs. 30 min. + 6 hrs. + 9 hrs.

Tiempo en cama = 38 hrs.

La eficiencia de sueño (ES) se calcula de la siguiente forma:

$$ES = \frac{\text{Tiempo total de sueño} \times 100}{\text{Tiempo total en cama}}$$

Ejemplo:

Eficiencia de Sueño = 34.5 horas de sueño/ 38 horas tiempo total en cama.

Eficiencia de Sueño = 0.91 * 100

Eficiencia de Sueño = 91 %

Si usted obtuvo una eficiencia de sueño < 85 %, considere lo siguiente:

- Inicialmente hay que restringir el tiempo en cama tanto como lo pueda tolerar.
- En todos los casos, el tiempo en cama no debe reducirse a menos de 4 o 5 horas por noche porque puede presentar somnolencia diurna excesiva.
- Puede elegir tanto la hora de acostarse como la hora de levantarse. Por ejemplo, podría elegir acostarse a las 23 horas, pero debe levantarse cinco horas más tarde (es decir, a las 4 de la madrugada).

- d) Es preferible mantener una hora de levantarse regular y reajustar solamente el momento de acostarse.
- e) Los cambios en el tiempo en cama permitido se suelen hacer cada diez, aunque en ocasiones puede ser necesario hacer cambios más frecuentes.

Tareas para la casa (sesión 2)

- Esta semana continuaremos con el llenado del diario de sueño.
- Lleve a cabo las normas de control de estímulos. Registraremos que normas cumplimos antes de aplicar estos consejos y qué reglas no aplicábamos antes de lo aprendido en esta sesión.
- Comience a adecuar el tiempo que usted duerme con el tiempo que permanece en la cama, analizando la eficiencia de sueño.
- Practique la respiración diafragmática.
- Calcule su eficiencia de sueño de los últimos 5 días.

6.4.3 Resumen sesión 3

EXPLICACIÓN DE LOS PENSAMIENTOS QUE SE ASOCIAN AL INSOMNIO Y SU MANTENIMIENTO

Objetivo de la sesión: En esta sesión usted se familiarizará con los principales tipos de pensamientos negativos y aprenderá a identificarlos.

<p>Abstracción selectiva o filtraje negativo</p>	<p>Forma de pensar en que la persona se fija en ciertos aspectos de la situación y no en otros. Es una especie de visión de túnel donde solo se percibe aquello que está de acuerdo con nuestro estado de ánimo o forma de pensar y no se presta atención a otros aspectos. Ej. <i>“No soporto que..”, “no aguanto que..”</i></p>
<p>Pensamiento polarizado (pensamiento dicotómico)</p>	<p>Clasificar las situaciones en términos extremadamente opuestos. Ej. <i>“Soy perfecto/ soy un fracaso”, “todo/nada”</i></p>
<p>Sobregeneralización</p>	<p>En esta forma de pensamiento la persona extrae una conclusión general de un hecho concreto, sin que existan más evidencias. Ej. <i>“siempre estaré así”, “si no soy capaz de hacer esto, no soy capaz de hacer nada”</i>.</p>
<p>Lectura del pensamiento</p>	<p>El individuo realiza interpretaciones de las intenciones o sentimientos de las demás personas sin tener ninguna base para ello y generalmente estas</p>

<p>Catastrofismo</p>	<p>interpretaciones son negativas para la persona. Ej. <i>“Eso lo hace por....”, “eso lo dice por.....”</i></p> <p>La persona adelanta acontecimientos catastrofistas sin ninguna base para ello. Ej. <i>“y si sucede algo peor....”, “y si me ocurre a mí...”</i>.</p>
<p>Personalización</p>	<p>Tendencia al relacionar lo que sucede a nuestro alrededor con nosotros o nuestras situaciones. Ej. <i>“ese comentario es hacía mi...”, “siempre me atribuye lo que pasa...”</i>.</p>
<p>Maximización y minimización</p>	<p>El individuo tiende a evaluar los acontecimientos, tendiendo a dar mayor importancia a los eventos negativos minimizando los positivos. Ej. <i>“Todo me sale mal”, “Lo que pasó por suerte, eso no cuenta”</i>.</p>
<p>Los deberías</p>	<p>La persona presenta una forma de pensar con normas rígidas y severas sobre cómo se supone que tienen que ocurrir las cosas: <i>“debería....”, “no debería....”, “tiene que ser así...”</i></p>
<p>Falacia de justicia</p>	<p>Consiste en la tendencia a valorar como injusto todo aquello que no coincide con lo que la persona desea o quiere. Ej. <i>“es injusto que...”, “no hay derecho a...”</i></p>
<p>Falacia de la razón</p>	<p>La persona cree estar en posesión de la verdad e ignora los razonamientos de los demás. Ej. <i>“siempre tengo la razón en...”, “estoy en lo correcto”, “los demás no tienen ni idea...”</i>.</p>
<p>Falacia de control</p>	<p>La persona se percibe con un grado de control irreal sobre los acontecimientos que le ocurren o sobre las personas de su entorno (puede darse tanto una sensación de exceso de control como de poco control). Ej. <i>“tengo que dormir ya..”, “tengo la responsabilidad de....”, “que haría sin mí....”</i>.</p>
<p>Falacia del cambio</p>	<p>La persona piensa que su bienestar depende de los actos de los demás, de que las otras personas cambien su conducta. Ej. <i>“si tal persona cambiara, entonces yo podría hacer/estar/sentir...”</i></p>
<p>Falacia de la recompensa divina</p>	<p>Esperar a que los problemas cambien por sí solos, esperando recibir una recompensa. Ej. <i>“todo cambiará mañana”, “la suerte me hará encontrar”</i>.</p>

Razonamiento emocional	Si uno se siente de un modo determinado es de considerar que hay motivo real para sentirse así. Ej. <i>“me siento así porque esto está sucediendo”</i> .
Etiquetado	En esta forma de pensar se da una etiqueta a las personas y a los sucesos. Ej. <i>“soy un...”, “él/ella es así...”</i>
Culpabilidad	Esta distorsión toma dos formas: o bien la persona se siente responsable de todo lo que le ocurre a ella y a los de su alrededor, o bien siente que no tiene ninguna responsabilidad. Ej. <i>“es culpa mía”, “no tengo la culpa de..”</i>
No reconocer esfuerzos	La persona tiende a pensar que las cosas positivas que suceden son por casualidad o porque otra persona hizo algo y no por sus propios esfuerzos. Ej. <i>“salió bien por casualidad”, “no mejoró nada”</i> .

TÉCNICA TIEMPO DE PENSAR

Las preocupaciones suelen aparecer de forma más persistente en momentos de inactividad. Los momentos previos al dormir generalmente son momentos de poca actividad, no vamos a tratar de quitarlos. Lo que vamos a hacer es buscar un momento al día, 15 minutos concretamente, para escribir las preocupaciones que nos ocupan la mente. Trataremos que este momento para pensar no esté entre las dos horas previas al acostarnos, para evitar que se produzca activación. Posteriormente cuando nos venga a la cabeza alguna de esas preocupaciones, nos diremos que las vamos a dejar para el momento que le dediquemos a pensar y escribir las preocupaciones. Como cualquier técnica, necesita práctica, así que paciencia (Ver diario de preocupaciones).

IDENTIFICACIÓN DE LOS PENSAMIENTOS IRRACIONALES

En la explicación previa nos detuvimos a exponerte los principales pensamientos erróneos que aparecían en el sueño. Volvemos a recordarlos: catastrofismo (anticipación y dramatismo), razonamiento emocional y lectura del pensamiento.

En esta estrategia se trata de descubrir si alguna de tus ideas sobre el sueño corresponde con uno o más de los pensamientos ilógicos. Puedes preguntarte:

- ¿En este pensamiento, estoy anticipándome creyendo que va a pasarme lo peor o que no lo podré afrontar? ¿Realmente puedo saber lo que va a pasar en el futuro? ¿O bien, estoy exagerando el malestar o las consecuencias que temo? ¿Las cosas son tan graves como las veo?
- ¿Me estoy dejando arrastrar por mis emociones como única prueba para pensar tan mal? ¿Esto es realista?
- Al pensar ¿Intento saber lo que dirán o cómo reaccionarán los demás ante mi miedo? ¿Acaso esto es posible?

Este método puede resultarte más fácil si tienes presente que algunos de tus pensamientos pueden contener palabras o expresiones claves (ya apuntadas), que te darán pistas sobre el pensamiento erróneo acerca del sueño. Por ejemplo:

- Términos como “seguro que...”, “ya verás cómo...”, “esto es lo peor”, “y si...”
- Palabras exageradas como “insoponible”, “terrible”, “fatal”, “qué desastre”, “horroroso”, van a reflejar un pensamiento catastrofista.
- Expresiones como “si siento que...es porque...”, “estas sensaciones son señal de...”, “me siento....luego debe ser así”; son típicas de razonamiento emocional.
- Referencias a los demás del tipo “la gente pensará que ...”, “si hago.....verás como los demás...”, “nadie...”, “todo el mundo...” son habituales en la lectura del pensamiento (ver registro de pensamientos negativos).

Tarea para la casa (sesión 3)

- Esta semana continuaremos con el llenado del diario de sueño.
- La respiración diafragmática.
- Identificación de pensamientos negativos.
- Diario de preocupaciones

Para este último ejercicio de pensamientos negativos vamos a trabajar con el listado de pensamientos negativos que se ha dado en esta sesión. Para ello, le pedimos que apunte en el siguiente registro los pensamientos negativos que identifique en usted y observe la emoción que cada uno de ellos le produce. Muchos de estos pensamientos se repetirán, observe cuáles son más frecuentes.

Pensamiento negativo	Emoción
Pensamiento negativo que aparece durante esta semana (poner especial atención a los pensamientos relacionados con el sueño).	Efecto que tiene (tristeza, alegría, ansiedad, indiferencia, etc.).
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

DIARIO DE PREOCUPACIONES

Durante el día dedique de 15 a 20 minutos de su tiempo para llenar este diario, evite realizar el registro de preocupaciones dos horas antes de ir a dormir.

Preocupaciones o problemas	Posibles soluciones a la preocupación o problema
1. _____ _____ _____ _____	1. _____ _____ 2. _____ _____ 3. _____ _____
2. _____ _____ _____ _____ _____	1. _____ _____ 2. _____ _____ 3. _____ _____

3. _____

4. _____

1. _____

2. _____

3. _____

1. _____

2. _____

3. _____

6.4.4 Resumen sesión 4

Analizar la evidencia (datos a favor y en contra) de los pensamientos

Objetivo de la sesión: Es poner a prueba los pensamientos y las creencias, y ver las consecuencias que comportan.

Durante la semana anterior se han aprendido los tipos de pensamientos que pueden llevar a interpretar la realidad de una forma negativa y sin base alguna. Se ha ido viendo cómo estos pensamientos, nos afectan y hacen que nos sintamos mal, incluso incidiendo en la conducta.

En apartados previos vimos que los pensamientos sobre el sueño pueden parecer ciertos para la persona y por eso rara vez se los cuestiona. Son pensamientos muy creíbles, que se tienden a mantener, aunque no haya pruebas objetivas que los sustenten.

Analiza los datos que existen al respecto. Puedes preguntarte: “Tengo evidencias para sostener mis ideas” ¿Qué pruebas hay a favor de estas creencias? ¿Y en contra? ¿En qué pruebas o hechos reales se basan mis pensamientos? ¿Qué me indican los hechos?”

Analiza una por una tus ideas sobre el sueño, a continuación, busca las pruebas o datos objetivos que la respaldan y después las pruebas que las desechan. Es importante que se trate de hechos (datos demostrables) y no simples apreciaciones subjetivas o intuiciones.

Pongamos un ejemplo de cómo realizar este método de cuestionamiento. Supongamos que aún tienes esta creencia: “No duermo bien y mi salud está empeorando”

Veamos los datos o pruebas a favor de esta idea:

- En ocasiones los médicos pueden equivocarse en sus evaluaciones.
- Me veo más ojeroso/a y avejentado/a.
- Siento que algo malo me puede pasar.

Y ahora, los datos o pruebas en contra:

- No tengo problemas físicos previos.
- Revisiones médicas normales.
- Llevo un estilo de vida sano.
- Cumplí con mis actividades en el trabajo y/o hogar.

Si tienes dificultad para realizar esta estrategia de discusión porque no encuentras datos en contra de esta creencia, puedes pedir a alguna persona de confianza que te ayude a buscarlos. Esta persona podrá ser más objetiva y le resultará más sencillo.

Discusión “en frío”: Una vez que ya conoces tus pensamientos concretos sobre el sueño, tendrás que pasar a analizarlos, para valorar su veracidad o falsedad; para ello es preciso que los tomes como hipótesis a comprobar y no como verdades absolutas.

Este trabajo de análisis y discusión deberás realizarlo con detenimiento (sin prisas) y siempre por escrito, para que sea preciso y minucioso. Pon esos pensamientos “encima de la mesa” y uno por uno “míralos con lupa” para evaluarlos con detalle y de esta manera establecer si son realistas o no.

Además, te recomendamos, que abordes inicialmente esta tarea de cuestionamiento “en frío”; o sea, cuando te encuentres más tranquila/o (por ejemplo en casa) para que la ansiedad no interfiera en tus apreciaciones y eso te permita estar centrada/o y ser objetiva/o.

Tendrás que trabajar sobre cada una de estas ideas o creencias tantas veces como necesites (usando diferentes técnicas de discusión a tu alcance), para que poco a poco vayan perdiendo fuerza o convicción y así puedas desecharlas totalmente.

Si no logras desestimar completamente estas ideas cuando estás serena/o (“en frío”) y sigues mostrando dudas sobre su veracidad, cuando te veas envuelta/o en una crisis (“situación en caliente”) estas dudas tomarán fuerza, el malestar se disparará y no podrás afrontar el problema de insomnio con éxito.

Ahora en la siguiente tabla te proponemos que analices cada uno de tus pensamientos sobre el sueño, los datos concretos que los respaldan (pruebas a favor) y datos que los desestiman (pruebas en contra).

ANÁLISIS DE LA EVIDENCIA DE LOS PENSAMIENTOS

Ejemplo de pensamiento negativo: “Tengo que dormir 8 horas todos los días. De lo contrario no tendré energía para cumplir con mis actividades”.	
<i>Pruebas a favor</i>	<i>Pruebas en contra</i>
Me siento cansada/o durante el día.	Hay días en los que me desvelé y a pesar de eso realicé mis actividades de ese día.
Necesito café para estar despierta/o	Mi tiempo de sueño varía de un día a otro.
Cuando era más joven al apoyar mi cabeza en la almohada me llegaba el sueño.	Tengo días en los que despierto temprano y otros duermo un poco más, sin que me sienta cansada/o.
No cumpliré con las actividades del día	Todos podemos tener una mala noche de sueño, esto no afectará gravemente mi tiempo de dormir las siguientes noches.

-Contrarrestar la sobreestimación de la probabilidad: Se tiende a pensar frecuentemente que determinados acontecimientos tienen muchas posibilidades de ocurrir y esto hace que nos pongamos ansiosos. Por ejemplo, un familiar sale de viaje y no nos llama en unas horas. Comenzamos a pensar que ha tenido un accidente y nos ponemos nerviosos. Sin embargo, se nos escapa pensar otro tipo de posibilidades como que se le ha

podido apagar el celular, que no tiene cobertura, que apenas está llegando a su destino, etc.

Esto pasa en numerosas situaciones de la vida y a pesar que nos hace sentir mal y no es real, seguimos pensando de la misma forma.

Por tanto, ahora se te pedirá que piense en situaciones en las que te sucedió esto y que estimes del 0 al 100 % el grado en que creías que esto iba a suceder y que tan mal te hizo sentir. Además, queremos que imagines cómo te sentiste cuando te diste cuenta de que no ocurrió lo que temías. Una vez hecho esto, debes pensar qué es lo que ocasionó este malestar: ¿La situación o lo que tú pensaste que iba a suceder? Trata de estimar tus pensamientos como posibilidades, no como hechos verdaderos, examina las hipótesis (posibles alternativas) e intenta cambiar tus pensamientos negativos por otros más constructivos.

Detención del pensamiento: Se ha visto durante estas sesiones que existen una serie de pensamientos que están frecuentemente rodando en nuestra cabeza y que nos llevan a sentirnos peor. Esta técnica es para pensamientos que se fundamentan en el pasado (“No debía hacer.....”) o en el futuro (“Seguro que no voy a poder....”) cuando la persona percibe algo como amenazante, aunque su probabilidad de que ocurra es muy baja. En este caso los pensamientos no llevan a soluciones, sino que producen ansiedad o malestar.

Esta técnica es una continuación de la detección de pensamientos, que ya conocemos; la forma de proceder es la siguiente:

1. Detectar estos pensamientos lo más rápido posible.
2. Expresarlos verbalmente. Es importante que los verbalicemos de la manera más parecida a como se han pensado. Por ejemplo “Jamás superaré este problema; no podré volver a dormir bien. No podré levantarme ni para ir a trabajar”.
3. Ahora vamos a decidir qué estímulo nos va ayudar a detener el pensamiento (p.ej. mentalizar STOP o detente, pararse por unos segundos, poner las manos en la mesa).

Desarrollo de la técnica en tres niveles:

- Primero vamos a comenzar cerrando los ojos y vamos a reproducir de forma voluntaria los pensamientos negativos de los que hemos hablado, los vamos a expresar en voz alta. A los pocos segundos de haber comenzado vamos a interrumpir los pensamientos con ayuda del estímulo distractor que hemos elegido previamente (p.ej. mentalizar STOP o detente, pararse por unos segundos, poner las manos en la mesa). Inmediatamente después traeremos a la cabeza un pensamiento distractor o imagen para centrar la atención durante unos 30 segundos en otra cosa. Este pensamiento o imagen pueden referirse a:
 - ✓ Recordar detalladamente una situación que para ellos sea agradable, como por ejemplo: la playa, el bosque, la ciudad, la familia, el hogar, una fiesta....
 - ✓ Describir el lugar en que se encuentre en ese momento (imágenes, gente, aromas....)
 - ✓ Contar de 3 en 3 hacia atrás desde el número 100 hasta el cero.

- ✓ Intentar aprender una nueva canción.

Hay que repetir este paso varias veces (8-10) hasta que resulte fácil generar los pensamientos e interrumpirlos.

- En el segundo nivel de manejo produciremos los pensamientos en nuestra mente sin expresarlos en voz alta y repetiremos el primer nivel.
Pensamiento negativo-STOP (estímulo distractor)-pensamiento distractor.
Realizaremos este paso varias veces hasta que lo tengamos aprendido.
- En el siguiente nivel se hace lo mismo, pero ahora el estímulo distractor (mentalizar STOP o detente, pararse por unos segundos, poner las manos en la mesa) se hace únicamente de forma mental y se lleva la atención hacia un pensamiento distractor (describir la playa, la familia, etc.). Se repite el paso hasta conseguir dominar la técnica y detener los pensamientos.

La detención del pensamiento también se puede utilizar en todas las ocasiones que aparezca algún pensamiento que se desee evitar o interrumpir.

Intención paradójica

La eficacia de la intención paradójica se basa en el principio fundamental de que las personas intenten llevar a cabo la conducta que está evitando por temor. De esta manera el círculo vicioso que mantiene este ciclo, se rompe. Se trata por lo tanto de una técnica adecuada para personas que tienen pensamientos incompatibles con el sueño. Hay personas que después de una o varias noches sin poder dormir o durmiendo mal comienzan a desarrollar una ansiedad anticipatoria ante la dificultad para dormir. De tal forma, que esta ansiedad por no conseguir dormir se va convirtiendo en la fuente principal del trastorno.

La intención paradójica pretende eliminar esta ansiedad haciendo que el paciente realice aquello que tanto teme: que intente permanecer despierto toda la noche, así la preocupación y ansiedad por no quedarse dormido comienzan a disminuir. La misión de la intención paradójica es “amortiguar los miedos individuales de los pacientes”: Por ejemplo se puede imaginar a una persona que sufre dificultades para dormir, se acuesta pero no se duerme hasta muy tarde, esto va haciendo que por la mañana se encuentre muy cansado y que al día siguiente al llegar la hora de dormir se encuentre muy nervioso pensando que le va a ocurrir lo mismo.

Intente cumplir con la siguiente regla: “*Acuéstese y trate de permanecer despierto todo lo que pueda*”. Con esta técnica eliminaremos la ansiedad anticipatoria, lo que llevará probablemente a que se relaje y el sueño llegue antes de lo previsto.

La intención paradójica es adecuada para el insomnio cuando hay preocupación intensa sobre el sueño, la pérdida del mismo y sus consecuencias. Por el contrario, desaconsejamos esta técnica para personas con una gran ansiedad ante todo tipo de eventos vitales.

Tareas para la casa (sesión 4)

- Llenar el diario de sueño.
- Continúa con la práctica de la respiración diafragmática, ahora en posición de pie.
- Trata de detectar pensamientos negativos y generar alternativas a esta primera forma de pensar.

Registro de pensamientos		
Pensamientos automáticos negativos	Distorsión a la que pertenece este tipo de pensamiento	Reinterpretación: Sustituye por un pensamiento más realista

- Realizar el ejercicio de sobreestimación de posibilidades relacionadas con el sueño.

Ej. "Nunca volveré a dormir bien" (pensamiento negativo). ¿Es válido este pensamiento o hay otras posibilidades a considerar que no he tomado en cuenta?. Por favor responda este cuestionamiento.

- Practicar en casa la detención del pensamiento (5-10 aplicaciones diarias; preferiblemente evitar la noche para practicar).
- Practicar en casa la intención paradójica.
- Aborda la discusión de tus ideas negativas sobre el sueño. Cuestionálas con los diferentes métodos explicados para que vayan perdiendo fuerza o convicción.

6.4.5 Resumen sesión 5

Repaso de las sesiones y revisión de dudas

Objetivos de la sesión: Repasar las dudas que hayan podido ir surgiendo durante las sesiones previas, tratar de resolverlas y ayudar a realizar una reflexión sobre lo que se ha ido asimilando durante las sesiones previas.

Revisando lo aprendido

Durante esta sesión realizaremos una comparación del primer y último diario de sueño de cada participante y así poder observar su evolución.

Resumen diario de sueño		
	Sesión 1	Actualidad
-Hora de acostarse -Hora de levantarse -Tiempo que te cuesta dormirte -Tiempo que permaneces en la cama sin dormir -Nº de veces que despiertas por la noche y tiempo que permaneces despierto -Sensación al levantarte (cansado/descansado) -Otros momentos en que se duerme durante el día. -Momento del día con mayor sensación de sueño -Condiciones de luz, temperatura, comodidad, alimentación. -Actividad realizada cada día .Tiempo en la cama sin dormir		

Por favor, compare estas variables de sueño entre el primer diario de sueño y diario de sueño actual.

Que hacemos si nos vuelve a ocurrir

Es muy importante recordar que de vez en cuando todos vamos a pasar una “noche en vela” y es crucial no preocuparse; es algo normal. Lo importante es no comenzar con miedo del tipo “ves, ya estoy de nuevo así, ya no voy a conseguir dormir y no podré llevar una vida normal”. Sabemos que estos son los factores que llevan a que se cronifique la ansiedad anticipatoria, los miedos y ese círculo vicioso el cual nos lleva a que esos pensamientos nos pongan nerviosos y nos dificulten dormir. Todas las catástrofes que adelantamos son poco probables. Anteriormente estos pensamientos y situaciones ya nos han ocurrido y hemos podido realizar una vida normal, sin que estas terribles consecuencias que pensábamos que iban a suceder llegaran a presentarse.

Es importante que nos demos cuenta de que tenemos estrategias diferentes y efectivas para lograr el objetivo de normalizar esta situación. Recordemos: No debemos asustarnos. Pasará y no ocurrirá nada por una noche en vela. Será algo transitorio sin consecuencias importantes salvo la incomodidad. Disponemos de ayuda y estrategias.

Recordemos las pautas correctas de actuación ante un momento de insomnio: Levantarse de la cama e ir a otra habitación. Si vemos que el insomnio persiste comenzaremos de nuevo con la restricción del tiempo de cama (cinco días o una semana evaluando cuánto se duerme y cuánto tiempo permanecemos en la cama y adecuarlos. Posteriormente recuperamos 15 minutos por cada semana que mantengamos la eficiencia de sueño por encima de 90 %; así hasta que se haya vuelto a la normalidad).

Repaso de sesiones y revisión de dudas

Sabemos que cuando se acaba el tratamiento todas las personas tienden a relajarse y dejan de practicar de forma seguida las técnicas aprendidas. Sin embargo, pediremos e insistiremos en la necesidad de que **se cumplan las siguientes recomendaciones:**

- Mantener a largo plazo un horario fijo de levantarse y acostarse. No obstante, algunos pacientes pueden probar gradualmente y valorar cómo les afecta una mayor flexibilidad, no sólo fijándose un día, sino en un período más largo. Por ejemplo, algunos pacientes se pueden quedar una o dos noches sin despertador (entre 30-60 minutos adicionales), pero el resto de los días deberá seguir las normas de horarios.
- Nunca dormir tras una noche de insomnio. Evitar siestas, no compensar.
- Recordemos que la cama es para dormir, no para permanecer despierto ni realizar otras actividades, con excepción de dormir o mantener relaciones sexuales.

- Salir de la cama o de la habitación cuando veamos que llevamos un rato despiertos/as o incómodos/as y no consigamos conciliar el sueño, es una regla muy importante que hay que seguir toda la vida.
- Evitar realizar actividades estimulantes dos horas previas antes de dormir.
- No nos va ocurrir nada catastrófico por no dormir una noche o dormir poco varias noches seguidas; ya intuimos que es cansado y desagradable.

Nota: Es importante seguir practicando de forma continua los ejercicios que se aprendieron en este curso.

- ✓ Diferencias individuales en el sueño.
- ✓ Diario de sueño.
- ✓ Normas de higiene del sueño.
- ✓ Respiración diafragmática.
- ✓ Control de estímulos.
- ✓ Restricción del tiempo en cama.
- ✓ Pensamientos negativos asociados al insomnio.
- ✓ Técnica del tiempo para pensar.
- ✓ Registro de pensamientos negativos (identificación de los pensamientos negativos, reinterpretación de estos pensamientos).
- ✓ Contrarrestar la sobreestimación de probabilidad.
- ✓ Detención del pensamiento.
- ✓ Intención paradójica.

A continuación, adjuntamos un registro de sueño reducido para el seguimiento del problema de sueño:

REGISTRO DE SUEÑO SEMANAL

	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
¿Qué tal duerme? (Bien/Regular/Mal)				
Sensación al levantarse (Cansado/Descansado)				
Otros momentos en que duerme durante el día				

Tiempo que se pasa en la cama sin dormir				
¿Lleva a cabo las técnicas? ¿Cuáles?				
Observaciones				

¡Muchas gracias por participar!

6.5 Anexo 5. Lista de verificación actividades de terapia cognitivo-conductual

Verificación de las actividades (realizada por un observador)	
1. Lugar adecuado en tamaño y acústica	
2. Escarapelas con identificación de los participantes	
3. Se explica al comienzo los objetivos y metodología de la sesión a los participantes	
4. El contenido de la sesión es comprensible y claro	
5. Se cumplen los objetivos planteados para la sesión	
6. El terapeuta permite que todos participen	
7. Sesión entre 90 a 120 minutos	
8. Registro de la información (grabadora o filmadora)	
9. Se dieron tareas para el hogar	
10. Se aclaran dudas o preguntas sobre el tema de la sesión	
Comentarios:	

6.6 Anexo 6. Cartel de invitación al estudio

UNAM POSGRADO
Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

ESTUDIO SOBRE EL EFECTO DE UN MODELO DE TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA MODIFICAR CREENCIAS Y HÁBITOS DE SUEÑO

Te invitamos a participar en esta investigación que te ayudará a mejorar tus hábitos y creencias sobre el sueño. Si cumples con varios puntos de la siguiente descripción, eres la persona indicada para esta investigación:

- Dificultad para dormir desde hace varias semanas.
- Somnolencia en el día.
- Fatiga o falta de energía.
- Te cuesta concentrarte.
- Problemas de memoria.
- Preocupación sobre la falta de sueño
- Sientes tristeza o enojo gran parte del día
- Perdiste el interés por actividades que antes disfrutabas.
- Sentimientos de inutilidad o desesperanza.
- Dificultad para realizar las actividades diarias

La intervención tiene una duración de cinco sesiones, cada sesión se imparte una vez por semana, los días miércoles en dos horarios: de 9:00-11:00 a.m. (turno matutino) y 4:00-6:00 p.m. (turno vespertino).

Si estás interesado/a marca al teléfono 41605353 para agendar una entrevista con la investigadora principal

6.7 Anexo 7. Minivolantes del programa de TCC-I

Si tienes problemas de insomnio y depresión, te invitamos a participar del:
Curso Psicoeducativo dirigido a mejorar los hábitos y creencias sobre el sueño
Horario: Jueves 15:00-17:00 p.m. (consta de 5 sesiones, cada sesión se imparte una vez a la semana).
Lugar: Aula del cuarto piso, edificio de servicios clínicos.
Costo: Gratuito.
Contactos: Dra. Yarmila Valencia Telf. 56226666 ext. 82367 y Clínica del sueño INPRFM Telf. 41605353.

Si tienes problemas de insomnio y depresión, te invitamos a participar del:
Curso Psicoeducativo dirigido a mejorar los hábitos y creencias sobre el sueño
Horario: Jueves 15:00-17:00 p.m. (consta de 5 sesiones, cada sesión se imparte una vez a la semana).
Lugar: Aula del cuarto piso, edificio de servicios clínicos.
Costo: Gratuito.
Contactos: Dra. Yarmila Valencia Telf. 56226666 ext. 82367 y Clínica del sueño INPRFM Telf. 41605353.

Si tienes problemas de insomnio y depresión, te invitamos a participar del:
Curso Psicoeducativo dirigido a mejorar los hábitos y creencias sobre el sueño
Horario: Jueves 15:00-17:00 p.m. (consta de 5 sesiones, cada sesión se imparte una vez a la semana).
Lugar: Aula del cuarto piso, edificio de servicios clínicos.
Costo: Gratuito.
Contactos: Dra. Yarmila Valencia Telf. 56226666 ext. 82367 y Clínica del sueño INPRFM Telf. 41605353.

Si tienes problemas de insomnio y depresión, te invitamos a participar del:
Curso Psicoeducativo dirigido a mejorar los hábitos y creencias sobre el sueño
Horario: Jueves 15:00-17:00 p.m. (consta de 5 sesiones, cada sesión se imparte una vez a la semana).
Lugar: Aula del cuarto piso, edificio de servicios clínicos.
Costo: Gratuito.
Contactos: Dra. Yarmila Valencia Telf. 55226666 ext. 82367 y Clínica del sueño INPRFM Telf. 41605353.

Si tienes problemas de insomnio y depresión, te invitamos a participar del:
Curso Psicoeducativo dirigido a mejorar los hábitos y creencias sobre el sueño
Horario: Jueves 15:00-17:00 p.m. (consta de 5 sesiones, cada sesión se imparte una vez a la semana).
Lugar: Aula del cuarto piso, edificio de servicios clínicos.
Costo: Gratuito.
Contactos: Dra. Yarmila Valencia Telf. 55226666 ext. 82367 y Clínica del sueño INPRFM Telf. 41605353.

Si tienes problemas de insomnio y depresión, te invitamos a participar del:
Curso Psicoeducativo dirigido a mejorar los hábitos y creencias sobre el sueño
Horario: Jueves 15:00-17:00 p.m. (consta de 5 sesiones, cada sesión se imparte una vez a la semana).
Lugar: Aula del cuarto piso, edificio de servicios clínicos.
Costo: Gratuito.
Contactos: Dra. Yarmila Valencia Telf. 55226666 ext. 82367 y Clínica del sueño INPRFM Telf. 41605353.

6.8 Anexo 8. Carta de aceptación artículo



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

salud mental

Yarmila Elena Valencia Carlo (First author)
Guillermina Natera Rey
Alejandro Jiménez Genchi

April, 2022

Dear Authors:

We are pleased to inform you that your manuscript "Psychometric properties of the Diurnal Insomnia Symptoms Response Scale (DISRS) in a Mexican population sample" will be published in Volume 46, issue 1, January-February 2023).

Best regards,

Dr. Héctor Pérez-Rincón
Director-Editor
Jefe del Departamento de Publicaciones
INPRFM

Phone +52 55 4160 5128
Email: perezrh@imp.edu.mx
www.inprf-cd.gob.mx/revista_sm/

6.9 Anexo 9. Tablas complementarias

Diferencia de medianas (Prueba de Wilcoxon)

Prueba de Wilcoxon (síntomas de insomnio)

Rangos

Variable	Rangos	n	Rango promedio	Suma de rangos
Insomnio postratamiento- insomnio pretratamiento	Rangos negativos	21 ^a	11	231
	Rangos negativos	0 ^b	0.00	0.00
	Empates	0 ^c		
	Total	21		

a. Insomnio postratamiento < insomnio pretratamiento

b. Insomnio postratamiento > insomnio pretratamiento

c. Insomnio postratamiento = insomnio pretratamiento

Estadísticos de prueba^a

	Insomnio postratamiento- insomnio pretratamiento
Z	-4.065 ^b
Sig. Asintótica (bilateral)	0.000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos

Los síntomas de insomnio de los participantes cambiaron entre las mediciones efectuadas antes ($Md_1 = 13$) y después ($Md_2 = 10$) de implementar el programa de terapia cognitivo-conductual para modificar hábitos y creencias sobre el sueño ($z = -4.065$, $p < 0.01$).

Prueba de Wilcoxon (Síntomas depresivos)

Rangos

Variable	Rangos	n	Rango promedio	Suma de rangos
Depresión postratamiento- depresión pretratamiento	Rangos negativos	21 ^a	11	231
	Rangos negativos	0 ^b	0.00	0.00
	Empates	0 ^c		
	Total	21		

- a. Depresión postratamiento < depresión pretratamiento
- b. Depresión postratamiento > depresión pretratamiento
- c. Depresión postratamiento = depresión pretratamiento

Estadísticos de prueba^a

	Depresión postratamiento-depresión pretratamiento
Z	-4.043 ^b
Sig. Asintótica (bilateral)	0.000

- a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon
- b. Se basa en rangos positivos

Los síntomas depresivos de los participantes cambiaron entre las mediciones efectuadas antes ($Md_1 = 15$) y después ($Md_2 = 12$) de implementar el programa de terapia cognitivo-conductual para modificar hábitos y creencias sobre el sueño ($z = -4.043$, $p < 0.01$).

Prueba de Wilcoxon (Rumiación)

Rangos

Variable	Rangos	n	Rango promedio	Suma de rangos
Rumiación postratamiento-rumiación pretratamiento	Rangos negativos	21 ^a	11	231
	Rangos negativos	0 ^b	0.00	0.00
	Empates	0 ^c		
	Total	21		

- a. Rumiación postratamiento < rumiación pretratamiento
- b. Rumiación postratamiento > rumiación pretratamiento
- c. Rumiación postratamiento = rumiación pretratamiento

Estadísticos de prueba^a

	Depresión postratamiento-depresión pretratamiento
Z	-4.041 ^b
Sig. Asintótica (bilateral)	0.000

- a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon
- b. Se basa en rangos positivos

Los pensamientos rumiativos cambiaron entre las mediciones efectuadas antes ($Md_1 = 56$) y después ($Md_2 = 49$) de implementar el programa de terapia cognitivo-conductual para modificar hábitos y creencias sobre el sueño ($z = -4.041$, $p < 0.01$).

Prueba de Wilcoxon (Hábitos de sueño)

Rangos				
Variable	Rangos	n	Rango promedio	Suma de rangos
Hábitos de sueño postratamiento- hábitos de sueño pretratamiento	Rangos negativos	21 ^a	11	231
	Rangos negativos	0 ^b	0.00	0.00
	Empates	0 ^c		
	Total	21		

- a. Hábitos de sueño postratamiento < hábitos de sueño pretratamiento
 b. Hábitos de sueño postratamiento > hábitos de sueño pretratamiento
 c. Hábitos de sueño postratamiento = hábitos de sueño pretratamiento

Estadísticos de prueba^a

	Hábitos de sueño postratamiento- hábitos de sueño pretratamiento
Z	-4.021 ^b
Sig. Asintótica (bilateral)	0.000

- a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon
 b. Se basa en rangos positivos

Hay diferencias en los hábitos de sueño de los participantes antes y después de implementar ($Md_1 = 74$) y después ($Md_2 = 65$) el programa de terapia cognitivo-conductual para modificar hábitos y creencias sobre el sueño ($z = -4.021$, $p < 0.01$).

Prueba de Wilcoxon (Creencias de sueño)

Rangos				
Variable	Rangos	n	Rango promedio	Suma de rangos
Creencias del sueño postratamiento- creencias del sueño pretratamiento	Rangos negativos	21 ^a	11	231
	Rangos negativos	0 ^b	0.00	0.00
	Empates	0 ^c		
	Total	21		

- a. Creencias del sueño postratamiento < creencias del sueño pretratamiento
 b. Creencias del sueño postratamiento > creencias del sueño pretratamiento

c. Creencias del sueño postratamiento = creencias de sueño pretratamiento

Estadísticos de prueba^a

	Creencias del sueño postratamiento- creencias del sueño pretratamiento
Z	-4.027 ^b
Sig. Asintótica (bilateral)	0.000

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos positivos

Hay diferencias en las creencias sobre el sueño de los participantes antes y después de implementar ($Md_1 = 70$) y después ($Md_2 = 62$) el programa de terapia cognitivo-conductual para modificar hábitos y creencias sobre el sueño ($z = -4.027$, $p < 0.01$).

DATOS DE LOS DIARIOS DE SUEÑO DE CADA PARTICIPANTE:

Participante 1

Datos sociodemográficos y clínicos

Mujer de 54 años de edad, casada, es promotora de ventas, su último grado de estudios es carrera técnica. Es originaria de la Ciudad de México y recibe tratamiento por diabetes mellitus desde hace diez años.

Sobre las variables de sueño hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 a 6 horas de sueño, reducción del tiempo de cama sin dormir de 7 horas a 6 horas y 50 minutos, en el tiempo de siestas en el día de 60 minutos a 30 minutos y en la eficiencia de sueño de 72 % a 92 %.

En la evaluación post-intervención la participante superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 20 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	23:00 p.m.	23:00 p.m.
Hora de despertarse	7:00 a.m.	6:50 a.m.
Hora de levantarse	7:10 a.m.	7:00 a.m.
Tiempo que te cuesta dormir	60 minutos	30 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	3 horas	2 horas
N° de despertares en la noche	2-3 veces	2 veces

Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Menos cansado
Siestas en el día.	1 vez (60 minutos)	1 vez (30 minutos)
Momento del día con mayor sensación de sueño	En la mañana	En la mañana
Tiempo total de sueño	5 horas	6 horas
Tiempo total en cama	7 horas	6 horas 50 minutos
Toma medicamentos para dormir	Sí	Sí
Eficiencia de sueño	71 %	92 %

Paciente 2

Datos sociodemográficos y clínicos

Mujer de 47 años de edad, casada, es ama de casa, su último grado de estudios es preparatoria. Es originaria del Estado de México, actualmente no refiere comorbilidades médicas.

Sobre las variables de sueño hubo cambios en el tiempo de sueño, de 5 horas y 30 minutos a 6 horas de sueño, incremento del tiempo total de cama en una hora, en el número de siestas en el día se mejoró discretamente y en la eficiencia de sueño se incrementó de 81 % a 83 % al concluir la quinta sesión de terapia cognitivo-conductual.

En la evaluación post-intervención la participante no alcanzó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 9 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio fue similar en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	12:00 a.m.	23:30 p.m.
Hora de despertarse	7:00	7:30 a.m
Hora de levantarse	7.30 a.m	8:00 a.m
Tiempo que te cuesta dormir	30 minutos	20 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	3 horas y 30 minutos	3 horas
N° de despertares en la noche	2 veces	1 vez
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Menos cansado
Siestas en el día.	1 vez (60 minutos)	1 vez (60 minutos), ocasionalmente cuando tiene mucho sueño
Momento del día con mayor sensación de sueño	En la mañana	En la mañana
Tiempo total de sueño	4 horas y 30 minutos	5 horas
Tiempo total en cama	5 horas y 30 minutos	6 horas

Toma medicamentos para dormir	Sí	Sí
Eficiencia de sueño	81 %	83 %

Paciente 3

Datos sociodemográficos y clínicos

Hombre de 35 años de edad, soltero, servidor público, su último grado de estudios es licenciatura. Es originario de la Ciudad de México, refiere sobrepeso e hipercolesterolemia.

Sobre las variables de sueño hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 a 6 horas de sueño y 20 minutos, incremento del tiempo de cama sin dormir de 6 horas a 7 horas, luego de la quinta sesión de la terapia cognitivo-conductual el participante evita las siestas y la eficiencia de sueño mejoró de 83 % a 86 %.

En la evaluación post-intervención la participante superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 24 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	1:00 a.m.	1:00 a.m.
Hora de despertarse	9:00 a.m.	8:30 a.m.
Hora de levantarse	9:00 a.m.	9:00 a.m.
Tiempo que te cuesta dormir	45 minutos	30 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	2 horas y 30 minutos	2 horas
N° de despertares en la noche	1 vez	1 vez
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Cansado
Siestas en el día.	1 vez al día (60 minutos)	Evita realizar siestas
Momento del día con mayor sensación de sueño	A medio día	A medio día
Tiempo total de sueño	5 horas	6 horas y 20 minutos
Tiempo total en cama	6 horas	7 horas
Toma medicamentos para dormir	Sí	Sí
Eficiencia de sueño	83 %	86 %

Paciente 4

Datos sociodemográficos y clínicos

Mujer de 29 años de edad, soltera, abogada, su último grado de estudios es licenciatura. Es originaria de Tlaxcala, no refiere comorbilidades médicas.

Sobre las variables de sueño hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 4 horas y 50 minutos a 5 horas y 30 minutos, reducción del tiempo en cama de 7 horas a 6 horas y 40 minutos, reducción en el tiempo de siestas de 60 minutos a 30 minutos e incremento en la eficiencia de sueño de 64 % a 82 %.

En la evaluación post-intervención la participante superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 25 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	23:45 p.m.	23:30 p.m.
Hora de despertar	7:00 a.m.	7:00 a.m.
Hora de levantarse	7.00 a.m	7:00 a.m
Tiempo que te cuesta dormir	40 minutos	25 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	3 horas	3 horas y 30 minutos
N° de despertares en la noche	2 veces	1 vez
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Cansado
Siestas en el día.	1 vez al día (60 minutos)	1 vez (30 minutos) cuando tiene mucho sueño
Momento del día con mayor sensación de sueño	Finalizando la tarde	Finalizando la tarde
Tiempo total de sueño	4 horas y 50 minutos	5 horas y 30 minutos
Tiempo total en cama	7 horas	6 horas y 40 minutos
Toma medicamentos para dormir	Sí	Sí
Eficiencia de sueño	64 %	82 %

Paciente 5

Datos sociodemográficos y clínicos

Mujer de 56 años de edad, separada, se dedica a la venta de abarrotes, su último grado de estudios es preparatoria. Es originaria de la Ciudad de México, refiere hipertensión arterial.

Sobre las variables de sueño hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 a 6 horas de sueño, incremento del tiempo de cama sin dormir de 6 horas y 30 minutos a 7 horas, evita realizar siestas en el día y la eficiencia de sueño mejoró de 79 % a 85 %.

En la evaluación post-intervención la participante superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 21 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	22:30 p.m.	22:00 p.m.
Hora de despertar	7:30 a.m.	7:30 a.m.
Hora de levantarse	8:00 a.m	7:45 a.m
Tiempo que te cuesta dormir	45 minutos	40 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	3 horas	1 horas
N° de despertares en la noche	2 veces	1 vez
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Menos cansado
Siestas en el día.	1 vez (60 minutos)	Evita realizar siestas
Momento del día con mayor sensación de sueño	Al medio día	A medio día
Tiempo total de sueño	5 horas	6 horas
Tiempo total en cama	6 horas y 30 minutos	7 horas
Toma medicamentos para dormir	Sí	Sí
Eficiencia de sueño	79 %	85 %

Paciente 6

Datos sociodemográficos y clínicos

Hombre de 48 años de edad, unión libre, contador público, su último grado de estudios es licenciatura. Es originario de Puebla, refiere consumo de tabaco habitual.

Sobre las variables de sueño hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 horas y 20 minutos a 6 horas y 15 minutos, reducción del tiempo en cama sin dormir de 6 horas y 30 minutos, evita realizar siestas en el día y en la eficiencia de sueño mejoró de 82 % a 87 %.

En la evaluación post-intervención la participante no superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 17 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	22:30 p.m.	22:00 p.m.
Hora de despertar	7:30 a.m.	7:30 a.m.
Hora de levantarse	8:00 a.m	7:45 a.m
Tiempo que te cuesta dormir	45 minutos	40 minutos

Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	3 horas	1 horas
N° de despertares en la noche	2 veces	1 vez
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Menos cansado
Siestas en el día.	1 vez (60 minutos)	Evita realizar siestas
Momento del día con mayor sensación de sueño	Al medio día	A medio día
Tiempo total de sueño	5 horas y 20 minutos	6 horas y 15 minutos
Tiempo total en cama	6 horas y 30 minutos	7 horas
Toma medicamentos para dormir	Sí	Sí
Eficiencia de sueño	82 %	87 %

Paciente 7

Datos sociodemográficos y clínicos

Mujer de 57 años de edad, unión libre, tiene un negocio de comida, su último grado de estudios es preparatoria. Es originaria de la Ciudad de México, refiere hipertensión arterial.

Sobre las variables de sueño hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 horas y 25 minutos a 5 horas y 50 minutos, incremento discreto del tiempo total en cama de 6 horas y 15 minutos a 6 horas y 30 minutos, el tiempo de siestas se redujo a 30 minutos y en la eficiencia de sueño se incrementó de 85 % a 87 %.

En la evaluación post-intervención la participante superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 22 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	12:30 a.m.	12:30 a.m.
Hora de despertar	6:00 a.m.	6:30 a.m.
Hora de levantarse	6:30 a.m	6:45 a.m
Tiempo que te cuesta dormir	30 minutos	30 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	2 horas y 30 minutos	2 horas
N° de despertares en la noche	2 veces	1 vez
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Cansado
Siestas en el día.	1 vez (90 minutos)	1 vez (60 minutos)
Momento del día con mayor sensación de sueño	En la mañana	En la mañana

Tiempo total de sueño	5 horas y 25 minutos	5 horas y 50 minutos
Tiempo total en cama	6 horas y 15 minutos	6 horas y 30 minutos
Toma medicamentos para dormir	Sí	Sí
Eficiencia de sueño	85 %	87 %

Paciente 8

Datos sociodemográficos y clínicos

Hombre de 55 años de edad, casado, trabaja como personal administrativo, su último grado de carrera técnica. Es originario de la Ciudad de México, refiere gastritis crónica.

Sobre las variables de sueño hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 horas a 6 horas y 20 minutos, el tiempo total de cama se incrementó en 30 minutos, las siestas en el día se suprimieron y en la eficiencia de sueño aumentó de 79 % a 88 %.

En la evaluación post-intervención la participante superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 14 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	23:30 p.m.	23:00 p.m.
Hora de despertar	6:30 a.m.	6:30 a.m.
Hora de levantarse	6:30 a.m.	6:30 a.m.
Tiempo que te cuesta dormir	30 minutos	25 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	2 horas	1 hora
Nº de despertares en la noche	1 vez	1 vez (no todos los días)
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Menos cansado
Siestas en el día.	1 vez (60 minutos)	Evita realizar siestas
Momento del día con mayor sensación de sueño	En la mañana	En la mañana
Tiempo total de sueño	5 horas	6 horas y 20 minutos
Tiempo total en cama	6 horas y 30 minutos	7 horas
Toma medicamentos para dormir	Sí	Sí
Eficiencia de sueño	79 %	88 %

Paciente 9

Datos sociodemográficos y clínicos

Mujer de 46 años de edad, separada, trabaja como personal de limpieza, su último grado de estudios es preparatoria trunca. Es originaria del Estado de México, refiere diabetes mellitus.

Sobre las variables de sueño hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 horas y 15 minutos a 6 horas y 40 minutos, aumentó el tiempo total en cama de 6 horas y 30 minutos a 7 horas y 20 minutos, no realiza siestas en el día y en la eficiencia de sueño se incrementó de 81 % a 89 %.

En la evaluación post-intervención la participante no superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 12 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	22:30 p.m.	22:00 p.m.
Hora de despertar	7:00 a.m.	7:00 a.m.
Hora de levantarse	8:00 a.m.	7:00 a.m.
Tiempo que te cuesta dormir	40 minutos	25 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	3 horas	1 hora y 30 minutos
Nº de despertares en la noche	1 vez	Despierta 1 vez para ir al baño
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Menos cansado
Siestas en el día.	Evita realizar siestas	Evita realizar siestas
Momento del día con mayor sensación de sueño	Al finalizar la tarde	Al finalizar la tarde
Tiempo total de sueño	5 horas y 15 minutos	6 horas y 40 minutos
Tiempo total en cama	6 horas y 30 minutos	7 horas y 20 minutos
Toma medicamentos para dormir	Sí	Sí
Eficiencia de sueño	81 %	89 %

Paciente 10

Datos sociodemográficos y clínicos

Mujer de 65 años de edad, unión libre, es ama de casa, su último grado de estudios es preparatoria. Es originaria de la Ciudad de México, padece de sobrepeso.

Sobre las variables de sueño hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 6 horas a 6 horas y 30 minutos, el tiempo total de cama se incrementó 20 minutos más, de 7 horas a 7

horas y 20 minutos, evita las siestas en el día y la eficiencia de sueño aumentó discretamente, de 85 % a 87 %.

En la evaluación post-intervención la participante superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 33 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	12:00 a.m.	23:00 p.m.
Hora de despertarse	7:00 a.m.	7:15 a.m.
Hora de levantarse	7:30 a.m.	7:20 a.m.
Tiempo que te cuesta dormir	50-60 minutos	25 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	1 hora y 30 minutos	30 minutos
N° de despertares en la noche	2 veces	0-1 vez
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Descansado
Siestas en el día.	Ninguna	Evita realizar siestas
Momento del día con mayor sensación de sueño	A medio día	Antes ir a la cama
Tiempo total de sueño	6 horas	6 horas y 30 minutos
Tiempo total en cama	7 horas	7 horas y 20 minutos
Toma medicamentos para dormir	No	Sí
Eficiencia de sueño	85 %	87 %

Participante 11

Datos sociodemográficos y clínicos

Mujer de 57 años de edad, separada, ama de casa, su último grado de estudios es secundaria. Es originaria de la Ciudad de México, refiere migraña y sobrepeso.

Sobre las variables de sueño hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 horas y 20 minutos a 6 horas y 25 minutos, el tiempo total de cama se incrementó a 45 minutos más, evita las siestas en el día y la eficiencia de sueño aumentó de 84 % a 89 %.

En la evaluación post-intervención la participante superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 31 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	23:30 p.m.	12:20 a.m.
Hora de despertarse	6:30 a.m.	6:45 a.m.
Hora de levantarse	6:35 a.m.	7:00 a.m.

Tiempo que te cuesta dormir	30-40 minutos	15 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	1 hora	20 minutos
Nº de despertares en la noche	2 veces	1 vez
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Descansado
Siestas en el día.	1 vez al día (30 minutos)	Evita realizar siestas
Momento del día con mayor sensación de sueño	En la mañana	En la noche
Tiempo total de sueño	5 horas y 20 minutos	6 horas y 25 minutos
Tiempo total en cama	6 horas y 15 minutos	7 horas
Toma medicamentos para dormir	No	Sí
Eficiencia de sueño	84 %	89 %

Participante 12

Datos sociodemográficos y clínicos

Mujer de 45 años de edad, vive en unión libre, ama de casa, su último grado de estudios es preparatoria. Es originaria de la Ciudad de México, tiene dislipidemia y sobrepeso.

Sobre las variables de sueño hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 horas y 40 minutos a 6 horas, el tiempo total de cama se incrementó 5 minutos más, de 6 horas y 45 minutos a 6 horas y 50 minutos, el número de siestas se redujo a una sola vez en el día y la eficiencia de sueño aumentó, de 83 % a 92 %.

En la evaluación post-intervención la participante superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 20 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	23:00 a.m.	12:00 a.m.
Hora de despertarse	4:30 a.m. y 6:00 a.m.	6:20 a.m.
Hora de levantarse	6:15 a.m.	6:30 a.m.
Tiempo que te cuesta dormir	50 minutos	20 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	2 horas	30 minutos
Nº de despertares en la noche	1-2 veces	1 vez
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Menos cansado

Siestas en el día.	1-2 vez al día (90 minutos)	1 vez al día
Momento del día con mayor sensación de sueño	En la mañana	En la noche
Tiempo total de sueño	5 horas y 40 minutos	6 horas
Tiempo total en cama	6 horas y 45 minutos	6 horas y 50 minutos
Toma medicamentos para dormir	No	Sí
Eficiencia de sueño	83 %	92 %

Participante 13

Datos sociodemográficos y clínicos

Hombre de 56 años de edad, vive en unión libre, técnico de computación, su último grado de estudios es carrera técnica. Es originario de la Ciudad de Puebla, refiere gastritis.

Sobre las variables de sueño hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 horas y 30 minutos a 6 horas y 30 minutos, el tiempo total en cama se incrementó 40 minutos más, de 6 horas y 20 minutos a 7 horas, evita las siestas en el día y la eficiencia de sueño aumentó de 84 % a 90 %.

En la evaluación post-intervención la participante superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 25 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	22:45 p.m.	23:30 p.m.
Hora de despertarse	5:00 a.m.	6:20 a.m.
Hora de levantarse	6:30 a.m.	6:25 a.m.
Tiempo que te cuesta dormir	30 minutos	20 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	1 hora y 30 minutos	30 minutos
N° de despertares en la noche	2 veces	0-1 vez
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	descansado
Siestas en el día.	1 vez al día (60 minutos)	Evita realizar siestas
Momento del día con mayor sensación de sueño	En la mañana	A media tarde
Tiempo total de sueño	5 horas y 30 minutos	6 horas y 30 minutos
Tiempo total en cama	6 horas y 20 minutos	7 horas
Toma medicamentos para dormir	No	Sí
Eficiencia de sueño	84 %	90 %

Paciente 14

Datos sociodemográficos y clínicos

Mujer de 62 años de edad, viuda, es ama de casa, su último grado de estudios es preparatoria trunca. Es originaria de la Ciudad de México, refiere hipertensión arterial.

Sobre las variables de sueño hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 horas a 6 horas, el tiempo total en cama se incrementó 40 minutos más, de 6 horas y 30 minutos a 7 horas y 10 minutos, evita las siestas en el día y la eficiencia de sueño aumentó de 79 % a 84 %.

En la evaluación post-intervención la participante superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 33 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	22:30 a.m.	22:30 a.m.
Hora de despertarse	3:00 a.m. y 5:00 a.m.	6:15 a.m.
Hora de levantarse	5:30 a.m.	6:10 a.m.
Tiempo que te cuesta dormir	25-40 minutos	25 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	1 horas y 45 minutos	35 minutos
N° de despertares en la noche	1 vez	Ninguna
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Menos cansado
Siestas en el día.	1 vez al día (45 minutos)	Evita realizar siestas
Momento del día con mayor sensación de sueño	A media mañana	A las 14:30 p.m.
Tiempo total de sueño	5 horas	6 horas
Tiempo total en cama	6 horas y 30 minutos	7 horas y 10 minutos
Toma medicamentos para dormir	No	Sí
Eficiencia de sueño	79 %	84 %

Participante 15

Datos sociodemográficos y clínicos

Hombre de 59 años de edad, casado, estudió pedagogía, su último grado de estudios es licenciatura. Es originario de la Ciudad de México, refiere sobrepeso.

Sobre las variables de sueño hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 horas y 40 minutos a 6 horas y 15 minutos, el tiempo total en cama se redujo en 20 minutos, de 7 horas y 20 minutos a 7 horas, evita las siestas en el día y la eficiencia de sueño aumentó de 75

% a 87 %. En la evaluación post-intervención la participante superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 22 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	12:00 a.m.	23:30 p.m.
Hora de despertarse	5:00 a.m.	5:30 a.m.
Hora de levantarse	6:00 a.m.	5:45 a.m.
Tiempo que te cuesta dormir	45 minutos	20 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	1 hora y 40 minutos	1 hora
Nº de despertares en la noche	2 veces	0-1 vez
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Descansado
Siestas en el día.	1 vez al día (60 minutos)	Evita realizar siestas
Momento del día con mayor sensación de sueño	En la mañana	Al comenzar la noche
Tiempo total de sueño	5 horas y 40 minutos	6 horas y 15 minutos
Tiempo total en cama	7 horas y 20 minutos	7 horas
Toma medicamentos para dormir	No	Sí
Eficiencia de sueño	75 %	87 %

Participante 16

Datos sociodemográficos y clínicos

Mujer de 50 años de edad, divorciada, es manicurista y peluquera, su último grado de estudios es preparatoria. Es originaria del Estado de México, refiere fibromialgia.

Sobre las variables de sueño hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 horas a 6 horas y 20 minutos, el tiempo total en cama se incrementó 30 minutos más, de 6 horas y 30 minutos a 7 horas, evita las siestas en el día y la eficiencia de sueño aumentó de 79 % a 88 %. En la evaluación post-intervención la participante superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 21 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	23:00 a.m.	23:15 a.m.
Hora de despertarse	4:30 a.m.	5:30 a.m.

Hora de levantarse	5:45 a.m.	6:00 a.m.
Tiempo que te cuesta dormir	45 minutos	30 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	2 horas	1 hora
N° de despertares en la noche	1 vez	Ninguna
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Descansado
Siestas en el día.	1 vez al día (30 minutos)	Evita realizar siestas
Momento del día con mayor sensación de sueño	En la mañana	En la mañana
Tiempo total de sueño	5 horas	6 horas y 20 minutos
Tiempo total en cama	6 horas y 30 minutos	7 horas
Toma medicamentos para dormir	No	Sí
Eficiencia de sueño	79 %	88 %

Participante 17

Datos sociodemográficos y clínicos

Hombre de 49 años de edad, vive en unión libre, es policía, su último grado de estudios es licenciatura trunca. Es originario de la Ciudad de México, refiere gastritis crónica e hipertensión arterial.

Sobre las variables de sueño hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 horas y 20 minutos a 6 horas, el tiempo total en cama se incrementó 45 minutos más, de 6 horas y 30 minutos a 7 horas y 15 minutos, evita las siestas en el día y la eficiencia de sueño aumentó de 82 % a 84 %. En la evaluación post-intervención la participante alcanzó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 20 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	23:00 a.m.	23:00 a.m.
Hora de despertarse	5:40 a.m.	5:50 a.m.
Hora de levantarse	6:15 a.m.	6:00 a.m.
Tiempo que te cuesta dormir	50-60 minutos	40 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	3 horas	1 hora
N° de despertares en la noche	1-2 veces	1 vez

Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Menor cansancio
Siestas en el día.	1 vez al día (30-60 minutos)	Evita realizar siestas
Momento del día con mayor sensación de sueño	Al despertar	En la noche
Tiempo total de sueño	5 horas y 20 minutos	6 horas
Tiempo total en cama	6 horas y 30 minutos	7 horas y 15 minutos
Toma medicamentos para dormir	No	Sí
Eficiencia de sueño	82 %	84 %

Participante 18

Datos sociodemográficos y clínicos

Hombre de 54 años de edad, vive en unión libre, es mecánico de autos, su último grado de estudios es preparatoria. Es originario de la Ciudad de México, refiere sobrepeso como comorbilidad.

Hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 horas y 30 minutos a 6 horas, el tiempo total en cama se incrementó 40 minutos más, de 6 horas y 40 minutos a 7 horas y 20 minutos, evita las siestas en el día y la eficiencia de sueño aumentó de 81 % a 83 %.

En la evaluación post-intervención la participante no alcanzó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 15 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio fue similar en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	23:30 p.m.	23:00 a.m.
Hora de despertarse	4:40 a.m.	5:30 a.m.
Hora de levantarse	5:30 a.m.	5:45 a.m.
Tiempo que te cuesta dormir	40-60 minutos	30 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	2 horas y 30 minutos	40 minutos
Nº de despertares en la noche	1 vez	Ninguno
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Descansado
Siestas en el día.	1 vez al día (30 minutos)	Evita realizar siestas
Momento del día con mayor sensación de sueño	En la mañana	A media tarde
Tiempo total de sueño	5 horas y 30 minutos	6 horas
Tiempo total en cama	6 horas y 40 minutos	7 horas y 20 minutos

Toma medicamentos para dormir	No	Sí
Eficiencia de sueño	81 %	83 %

Paciente 19

Datos sociodemográficos y clínicos

Mujer de 58 años de edad, casada, es ama de casa, su último grado de estudios es preparatoria trunca. Es originaria de la Ciudad de México, refiere consumo habitual de tabaco.

Hubieron cambios en el tiempo total de sueño, de 5 horas y 45 minutos a 6 horas y 20 minutos, el tiempo total en cama se incrementó 10 minutos más, de 6 horas y 50 minutos a 7 horas, evita las siestas en el día y la eficiencia de sueño aumentó de 84 % a 88 %.

En la evaluación post-intervención la participante superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 25 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	12:30 a.m.	12:00 a.m.
Hora de despertarse	3:00 a.m. y 5:30 a.m.	6:00 a.m.
Hora de levantarse	5:50 a.m.	6:15 a.m.
Tiempo que te cuesta dormir	40-50 minutos	25 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	2 horas	1 hora
N° de despertares en la noche	1 vez	Ninguna
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Menos cansado
Siestas en el día.	1 vez al día (30-40 minutos)	Evita realizar siestas
Momento del día con mayor sensación de sueño	En la mañana	En la tarde
Tiempo total de sueño	5 horas y 45 minutos	6 horas y 20 minutos
Tiempo total en cama	6 horas y 50 minutos	7 horas
Toma medicamentos para dormir	No	Sí
Eficiencia de sueño	84 %	88 %

Participante 20

Datos sociodemográficos y clínicos

Mujer de 43 años de edad, vive en unión libre, es diseñadora gráfica, su último grado de estudios es carrera técnica. Es originario de la Ciudad de México, no refiere ninguna comorbilidad médica.

Hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 horas y 20 minutos a 6 horas y 30 minutos, el tiempo total en cama se incrementó 20 minutos más, de 6 horas y 40 minutos a 7 horas, evita las siestas en el día y la eficiencia de sueño aumentó de 81 % a 90 %.

En la evaluación post-intervención la participante no superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 13 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	23:45 p.m.	23:30 p.m.
Hora de despertarse	4:00 a.m. y 5:30 a.m.	5:30 a.m.
Hora de levantarse	6:00 a.m.	5:45 a.m.
Tiempo que te cuesta dormir	45 minutos	30 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	1 hora y 30 minutos	50 minutos
N° de despertares en la noche	2 veces	0-1 vez
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Descansado
Siestas en el día.	1 vez al día (30 minutos)	Evita realizar siestas
Momento del día con mayor sensación de sueño	En la mañana	En la noche
Tiempo total de sueño	5 horas y 20 minutos	6 horas y 30 minutos
Tiempo total en cama	6 horas y 40 minutos	7 horas
Toma medicamentos para dormir	No	Sí
Eficiencia de sueño	81 %	90 %

Paciente 21

Datos sociodemográficos y clínicos

Mujer de 60 años de edad, casada, es ama de casa, su último grado de estudios es preparatoria. Es originaria de la Ciudad de México, refiere diabetes mellitus.

Hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 horas a 6 horas, el tiempo total en cama se incrementó 30 minutos más, de 6 horas y 30 minutos a 6 horas y 50 minutos, las siestas en el día se redujeron a una vez por día y la eficiencia de sueño aumentó de 79 % a 85 %. En la evaluación post-intervención la participante superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 27 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	23:30 p.m.	23:30 p.m.
Hora de despertarse	2:00 a.m. y 4:30 a.m.	5:40 a.m.
Hora de levantarse	5:30 a.m.	6:00 a.m.
Tiempo que te cuesta dormir	40-60 minutos	30 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	1 hora	40 minutos
Nº de despertares en la noche	1 vez	Ninguno
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Menor cansancio
Siestas en el día.	1 vez al día (60 minutos)	0-1 vez al día (30 minutos)
Momento del día con mayor sensación de sueño	En la mañana	En la tarde
Tiempo total de sueño	5 horas	6 horas
Tiempo total en cama	6 horas y 30 minutos	6 horas y 50 minutos
Toma medicamentos para dormir	No	Sí
Eficiencia de sueño	79 %	85 %

Paciente 22

Mujer de 54 años de edad, vive en unión libre, es comerciante, su último grado de estudios fue preparatoria. Es originario de la Ciudad de México, tiene sobrepeso.

Hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 horas a 6 horas, el tiempo total en cama se incrementó 40 minutos más, de 6 horas y 30 minutos a 6 horas y 40 minutos, no realiza siestas y la eficiencia de sueño aumentó de 84 % a 87 %.

En la evaluación post-intervención la participante superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 14 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	12:00 a.m.	12:00 a.m.

Hora de despertarse	3:30 a.m. y 5:30 a.m.	5:00 a.m.
Hora de levantarse	6:30 a.m.	6:30 a.m.
Tiempo que te cuesta dormir (latencia de sueño)	25-30 minutos	25 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	1 hora y 30 minutos	40 minutos
N° de despertares en la noche	2 veces	1 vez
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Menos cansado
Siestas en el día.	No realiza siestas	No realiza siestas
Momento del día con mayor sensación de sueño	En la mañana	En la mañana
Tiempo total de sueño	5 horas	6 horas
Tiempo total en cama	6 horas	6 horas y 40 minutos
Toma medicamentos para dormir	A veces	Sí
Eficiencia de sueño	84 %	87 %

Paciente 23

Mujer de 58 años de edad, casada, es vendedora de ropa, su último grado de estudios es preparatoria trunca. Es originaria de Puebla, refiere consumo de tabaco casi todos los días. Hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 horas a 6 horas, el tiempo total en cama se incrementó 15 minutos más, de 6 horas y 45 minutos a 6 horas, evita las siestas en el día y la eficiencia de sueño aumentó de 82 % a 84 %.

En la evaluación post-intervención la participante superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 20 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	23:15 p.m.	23:00 p.m.
Hora de despertarse	2:30 a.m.	6:00 a.m.
Hora de levantarse	6:00 a.m.	6:10 a.m.
Tiempo que te cuesta dormir	20-30 minutos	20 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	1-2 horas	30 minutos
N° de despertares en la noche	1 vez	Ninguno
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Descansado

Siestas en el día.	0-1 vez	Ninguno
Momento del día con mayor sensación de sueño	En la tarde	En la mañana
Tiempo total de sueño	5-6 horas	6 horas
Tiempo total en cama	6 horas y 45 minutos	7 horas
Toma medicamentos para dormir	Algunas veces	Sí
Eficiencia de sueño	82 %	84 %

Paciente 24

Mujer de 61 años de edad, casada, trabaja como personal de limpieza, su último grado de estudios es preparatoria. Es originaria del Estado de México, refiere diabetes mellitus.

Hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 horas y 15 minutos a 6-7 horas, el tiempo total en cama se redujo de 8 horas a 7 horas, evita las siestas en el día y la eficiencia de sueño aumentó de 85 % a 87 %.

En la evaluación post-intervención la participante superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 13 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	22:30 p.m.	22:30 p.m.
Hora de despertarse	4:00 a.m.	6:10 a.m.
Hora de levantarse	6:30 a.m.	6:15 a.m.
Tiempo que te cuesta dormir	30-35 minutos	25-30 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	1-2 horas	1 hora
N° de despertares en la noche	1 vez	1 vez ocasionalmente
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Muy cansado	Levemente cansado
Siestas en el día.	1 vez, ocasionalmente	Rara vez
Momento del día con mayor sensación de sueño	Al inicio de la noche	En la mañana
Tiempo total de sueño	5 horas y 15 minutos	6-7 horas
Tiempo total en cama	8 horas	7 horas
Toma medicamentos para dormir	No	Sí
Eficiencia de sueño	85 %	87 %

Paciente 25

Hombre de 57 años de edad, vive en unión libre, es cajero en un negocio de comida , su último grado de estudios es carrera técnica. Es originario de la Ciudad de México, refiere síntomas de gastritis.

Hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 horas y 30 minutos a 7 horas, el tiempo total en cama se redujo en 20 minutos, de 7 horas y 30 minutos a 7 horas y 10 minutos, no realiza siestas en el día y la eficiencia de sueño aumentó de 84 % a 87 %.

En la evaluación post-intervención la participante superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 22 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	23:00 p.m.	23:00 p.m.
Hora de despertarse	4:00 y 6:00 a.m.	6:00 a.m.
Hora de levantarse	6:30 a.m.	6:10 a.m.
Tiempo que te cuesta dormir	30-60 minutos	20 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	1 hora y 30 minutos	45 minutos
N° de despertares en la noche	2 veces	Ninguno
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Descansado
Siestas en el día.	No	No
Momento del día con mayor sensación de sueño	En la mañana	En la mañana
Tiempo total de sueño	5:30 horas	7 horas
Tiempo total en cama	7 horas y 30 minutos	7 horas y 10 minutos
Toma medicamentos para dormir	No	Sí
Eficiencia de sueño	84 %	87 %

Paciente 26

Mujer de 62 años de edad, separada, es estilista, su último grado de estudios es preparatoria. Es originaria de la Ciudad de México, refiere hipertensión arterial.

Hubo cambios en el tiempo total de sueño, de 5 horas a 6 horas y 20 minutos, el tiempo total en cama se incrementó 20 minutos más, de 6 horas y 30 minutos a 7 horas, las siestas no son frecuentes y la eficiencia de sueño aumentó de 83 % a 86 %.

En la evaluación post-intervención la participante superó el cambio clínico mínimo esperado, alcanzó un porcentaje de 15 % en los síntomas de insomnio, dicho cambio se mantuvo en la evaluación a los 3 meses de seguimiento.

Variables de sueño	Sesión 1	Sesión 5
Hora de acostarse	23:30 p.m.	23:30 p.m.
Hora de despertarse	2:00 a.m. y 4:30 a.m.	5:40 a.m.
Hora de levantarse	5:30 a.m.	6:00 a.m.
Tiempo que te cuesta dormir	40-60 minutos	30 minutos
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir (en toda la noche)	1 hora	40 minutos
N° de despertares en la noche	1 vez	Ninguno
Sensación al levantarse (cansado, descansado)	Cansado	Menor cansancio
Siestas en el día.	1 vez al día (60 minutos)	0-1 vez al día (30 minutos)
Momento del día con mayor sensación de sueño	En la mañana	En la tarde
Tiempo total de sueño	5 horas	6 horas y 20 minutos
Tiempo total en cama	6 horas y 30 minutos	7 horas
Toma medicamentos para dormir	No	Sí
Eficiencia de sueño	83 %	86 %

6.10 Bibliografía

Medrano-Martínez, P., & Ramos-Platón, M. J. (2016). Alteraciones cognitivas y emocionales en el insomnio crónico. *Revista de Neurología*, 62(4), 170-78.

Harvey, A. G. (2002). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 869–893. doi:10.1016/s0005-7967(01)00061-4

Krystal, A. D. (2003) Insomnia in women. *Clin Cornerstone*, 5(3), 41-50. doi:10.1016/s1098-3597(03)90034-2.

Mai, E., & Buysse, D. J. (2008). Insomnia: Prevalence, Impact, Pathogenesis, Differential Diagnosis, and Evaluation. *Sleep Medicine Clinics*, 3(2), 167–174. doi:10.1016/j.jsmc.2008.02.001

Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E.R. (2011). A Heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 589-609. doi:10.1177/1745691611419672.

Watkins, E., Moberly, N. J., & Moulds, M. L. (2008). Processing mode causally influences emotional reactivity: distinct effects of abstract versus concrete construal on emotional response. *Emotion*, 8 (3), 364–378. doi:10.1037/1528-3542.8.3.364