



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**Enfermería en el tratamiento no farmacológico
del insomnio: terapias cognitivo conductuales.**

Revisión bibliográfica.

Estudiante: Sonia Onco Valero

Tutelado por: María Jesús Del Río Mayor

Soria, 31 de Mayo de 2017

RESUMEN:

Introducción: El sueño es un estado fisiológico en el que existe una disminución del nivel de conciencia, temporal y reversible y se producen cambios en diversas funciones del organismo entre las que se encuentran la disminución del: gasto cardíaco, presión arterial, el metabolismo basal, frecuencia respiratoria y del flujo sanguíneo cerebral. Se considera que el sueño es patológico cuando su alteración afecta a la calidad de vida de las personas provocando un deterioro físico, psicológico o conductual. El trastorno del sueño más frecuente es el insomnio que se define como la dificultad para iniciar o mantener el sueño, así como la sensación de tener un sueño no reparador. El tratamiento puede ser farmacológico y no farmacológico, siendo este último la mejor opción. En el tratamiento no farmacológico se incluyen la aplicación de las terapias cognitivo conductuales: control de estímulos, restricción del sueño, higiene del sueño, técnicas de relajación, intención paradójica y reestructuración cognitiva.

Objetivos: con esta revisión bibliográfica se pretende conocer las diferentes terapias cognitivo conductuales como parte del tratamiento del insomnio primario e identificar la función enfermera en la aplicación de las mismas.

Material y métodos: para ello se ha realizado una revisión bibliográfica entre 2008 y 2017 utilizando como bases de datos Pubmed, Cuiden, Dialnet, Scielo y el motor de búsqueda Google Académico. Además por su relevancia con el tema en estudio, se utilizan varias revistas, un libro y una Guía de Práctica Clínica.

Resultados y discusión: existen acuerdos y desacuerdos según los diferentes autores revisados con respecto a: indicaciones, beneficios y resultados obtenidos con las diferentes terapias cognitivo conductuales. La mayoría de autores afirman que las terapias no farmacológicas son el tratamiento de primera elección en el tratamiento del insomnio.

Conclusiones: las terapias cognitivo conductuales son la primera línea de tratamiento del insomnio primario por su alta efectividad y carencia de efectos secundarios. Además, está demostrado que la utilización correcta de estas terapias cognitivo conductuales, disminuyen el consumo de hipnóticos en el paciente insomne. La intervención enfermera en atención primaria como parte de un equipo multidisciplinar tiene un rol fundamental en el abordaje terapéutico del insomnio y especialmente en la utilización de las terapias cognitivo conductuales.

Palabras clave: insomnio, tratamiento no farmacológico, terapias cognitivo conductuales y enfermería.



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

Campus Universitario Duques de Soria



ÍNDICE

ABREVIATURAS:.....	3
1.INTRODUCCIÓN.....	4
1.1.SUEÑO.....	4
1.2.INSOMNIO.....	5
1.3.TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO: TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES.....	7
2.JUSTIFICACIÓN:	10
3.COMPETENCIAS:.....	10
4.OBJETIVOS:.....	10
5.MATERIAL Y MÉTODOS:.....	11
6.RESULTADOS Y DISCUSIÓN:	13
7.CONCLUSIONES:	21
8.BIBLIOGRAFÍA:	22
9.ANEXOS	
9.1. ANEXO I: Índice de gravedad de insomnio (ISI).	
9.2. ANEXO II: Escala de somnolencia de Epworth.	
9.3. ANEXO III: Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI).	
9.4. ANEXO V: Diario del sueño-vigilia.	
9.5. ANEXO V: Medidas higiénico-dietéticas.	

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1. Bases de datos utilizadas y artículos seleccionados.....	11
Figura 2: Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica.....	12

ABREVIATURAS:

-AP: Atención Primaria.

-MBRS: Mindfulness based-stress reduction.

-SHUTI: Sleep Healthy Using The Internet.

-TCC: Terapias cognitivo conductuales.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. SUEÑO.

El sueño ocupa más de una tercera parte del tiempo de la vida de los seres humanos. Se define como “*estado fisiológico en el que se produce una disminución del nivel de conciencia, temporal y reversible*“ en él, se producen cambios en algunas funciones del organismo entre las que se encuentran la disminución del: gasto cardíaco, presión arterial, el metabolismo basal, frecuencia respiratoria y del flujo sanguíneo cerebral. También influye en: restauración del equilibrio del sistema nervioso central y del resto de los tejidos, en la recuperación de la energía, la organización, almacenamiento de recuerdos y la eliminación de aquellos que sean irrelevantes así como en la termorregulación.

Se considera sueño normal cuando es adecuado su inicio como su mantenimiento, duración y los efectos reparadores, así como la ausencia de molestias nocturnas o diurnas relacionadas con el mismo¹.

La duración del sueño depende de: la persona, edad, estado de salud y emocional; oscila entre 4-12 horas, siendo de 7-8 horas lo más frecuente a excepción de los niños que duermen 18 horas y los ancianos entre 5-6 horas. Has que sentirse reparados y descansados en el día a día y, para ello es necesario dormir al menos las horas necesarias para sentirse en óptimas condiciones físicas y mentales².

Existen dos tipos de sueño:

-El sueño de ondas rápidas, sueño paradójico o sueño REM: se caracteriza por los movimientos rápidos de los ojos, activación y desincronización del electroencefalograma y la presencia de atonía muscular, en esta fase se producen las ensoñaciones y las funciones cognitivas como: el aprendizaje, la consolidación de la memoria, la regulación emocional y se manifiesta una elevada actividad neuronal¹⁻⁴. Representa el 20-25% del total del sueño, aparece cada 90-110 minutos y dura 10 minutos^{1,2,3}.

-El sueño de ondas lentas o sueño no REM, se caracteriza por movimientos oculares lentos y en él se aprecian 4 fases:

- Fase I: tiene una duración breve (5-15 minutos); representa el 5% del total del sueño y es la fase de transición entre la vigilia y el sueño.
- Fase II: su duración abarca entre 10-40 minutos y representa el 45-50% del total. En esta fase aparecen los husos de sueño y los complejos K (ondas lentas trifásicas). No existen movimientos oculares y los despertares son fáciles.
- Fase III: Su duración es de 10-15 minutos y representa el 20-25% del total. Aparece algún huso de sueño y desaparecen las puntas de sueño. En esta fase el sueño es profundo por lo que es difícil despertarse y se produce un descenso en las constantes vitales.

- Fase IV: Representa el 20-25% del total del sueño, no existen movimientos oculares y el sueño es muy profundo¹⁻⁴.

A las fases I y II se les llama sueño superficial y a las III y IV sueño profundo.

El sueño se modifica a lo largo de la vida, es decir, varía la estructura y la duración, de manera que con los años se vuelve más superficial y fragmentado y disminuye gradualmente el sueño de ondas lentas¹.

En la regulación global del sueño participan diferentes neurotransmisores como son: acetilcolina, norpinefrina, serotonina, dopamina y orexina. La melatonina regula el ritmo circadiano y su producción es controlada por la exposición a la luz y por otros factores, entre ellos los campos electromagnéticos⁵.

Un sueño es patológico cuando su alteración afecta a la calidad de vida de las personas provocando malestar físico, psicológico o conductual².

La American Psychiatric Association en su Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) añade que los trastornos del sueño pueden estar relacionados con otro trastorno mental, con el consumo de sustancias o con otra enfermedad médica⁶.

El trastorno del sueño más frecuente en la población es el insomnio^{1,4,7,8}.

1.2. INSOMNIO

Se define insomnio como *“la dificultad para iniciar o mantener el sueño, así como la sensación de un sueño no reparador”*¹.

Se puede clasificar según la etiología, el momento de la noche en el que se produce y según su duración:

1. Según su etiología: primario y secundario.

- Insomnio primario: puede estar relacionado con los rasgos de personalidad o los estilos de afrontamiento y carece de causa subyacente.

- Insomnio secundario: es consecuencia de otro cuadro clínico, psiquiátrico o situación adaptativa.

2. Según el momento de la noche en que se produce: de conciliación, de mantenimiento y despertar precoz.

- Insomnio de conciliación: es la dificultad para conciliar el sueño, más frecuente en jóvenes y relacionado con el consumo de drogas o con algunos trastornos psiquiátricos, especialmente con el de ansiedad.

- Insomnio de mantenimiento: en él se producen múltiples interrupciones y periodos de vigilia, los pacientes presentan dificultades para mantener el sueño. Es frecuente en los ancianos y se relaciona con problemas psíquicos y médicos.

- Despertar precoz: el paciente se despierta horas antes de lo habitual.

3. Según su duración: transitorio, agudo o de corta duración y crónico.

- Insomnio transitorio: se asocia a factores estresantes, si se eliminan éstos el sueño vuelve a la normalidad. Es el más frecuente y su duración es inferior a una semana.
- Insomnio agudo o de corta duración: se asocia a factores desencadenantes más duraderos en el tiempo, de 1-4 semanas.
- Insomnio crónico: relacionado con procesos físicos o psíquicos o incluso sin motivo evidente. Ocurre más de 3 veces por semana y durante un tiempo superior a 4 semanas^{2,5,9}.

Sobre el insomnio existe diversidad de información como prevalencia, factores de riesgo, síntomas, consecuencias y tratamiento.

Con respecto a la prevalencia, cabe destacar que el insomnio afecta ocasionalmente a un tercio de la población y, de manera crónica, a un 10 %. El 75% de los casos de insomnio son secundarios y el 25% restante, primarios¹. La prevalencia del insomnio aumenta con la edad, siendo mayor en mujeres que en hombres; el estado civil, nivel económico y desempleo son factores que también influyen en el aumento del número de casos^{10,11}. A pesar de su elevada prevalencia, solamente un 10% de los insomnes son tratados de forma adecuada² y, tan sólo entre 15 y 25 % de la población insomne demandan ayuda por este problema¹².

Los principales factores de riesgo se pueden clasificar en tres grupos: predisponentes, precipitantes y perpetuantes.

- Factores predisponentes: se relacionan con la edad, el género y el nivel socioeconómico.
- Factores precipitantes: relacionados con las situaciones estresantes.
- Factores perpetuantes: relacionados con las emociones, conductas y creencias^{2,10}.

Otros a considerar son los factores ambientales como el ruido, la temperatura, la iluminación y el entorno¹³; además, el consumo de tabaco, alcohol, bebidas estimulantes (té y café) y drogas dificultan la conciliación y el mantenimiento del sueño¹⁴.

También la presencia trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad y algunas enfermedades médicas como el cáncer, artritis, asma, EPOC, Parkinson, Alzheimer, apnea obstructiva del sueño, presencia de respiración de Cheyene-Stokes, reflujo gastroesofágico y nicturia influyen de forma negativa en la conciliación del sueño⁹.

Los síntomas más frecuentes que presentan estos pacientes son: fatiga, irritabilidad, cefaleas, sensación de malestar, alteración del humor, dificultad para concentrarse, disminución de la motivación, cansancio físico y mental, somnolencia diurna, disminución de la capacidad cognitiva, alteraciones en el funcionamiento psicomotor y cambios en el rendimiento socio-laboral^{1-4,11}.

En cuanto a las consecuencias, el insomnio desencadena cambios metabólicos, endocrinos e inmunológicos y favorece la aparición de enfermedades cardiovasculares.

Además las modificaciones de la cantidad y calidad del sueño pueden provocar mayor consumo de recursos sanitarios, abuso de medicación y deterioro de la calidad de vida^{14,15}.

El insomnio también tiene consecuencias a nivel psicológico y social: alteración de las relaciones interpersonales y laborales, modificando el estado de ánimo, la motivación personal y la concentración¹⁴.

El diagnóstico del insomnio se realiza fundamentalmente en AP¹⁶ y se basa en la información recogida de la historia clínica y la aportada por la familia del paciente¹. Para la valoración y evaluación del insomnio se utilizan escalas y cuestionarios diagnósticos que valoraran la calidad del sueño y el impacto diurno como son: Índice de Severidad de insomnio (ANEXO I), Escala de somnolencia de Epworth (ANEXO II) e Índice de calidad del sueño de Pittsburgh (ANEXO III). Además se utiliza el diario del sueño (ANEXO IV) para determinar la severidad del problema y evaluar las alteraciones^{3,4}.

En el tratamiento del insomnio se incluyen métodos farmacológicos y no farmacológicos siendo estos últimos la mejor opción para afrontar el insomnio².

El tratamiento farmacológico se inicia cuando el no farmacológico ha sido insuficiente, cuando los síntomas son significativos o cuando el insomnio ocasiona trastornos importantes^{9,15}, siempre durante el menor tiempo y con la dosis más baja^{2,11,15}, además su retirada debe ser de manera gradual ya que la supresión puede producir insomnio de rebote^{1,15}.

Los fármacos más empleados para el tratamiento del insomnio son: los hipnóticos no benzodiazepínicos o los fármacos Z entre los que se encuentran: zolpiden, zaleplón y zoplicona y los benzodiazepínicos: triazolam, estazolam, lorazepam, temazepam. Además, cuando el insomnio es derivado de la depresión se utilizan los antidepresivos como amitriptilina, nortriptilina y paroxetina y los antihistamínicos en procesos alérgicos y en el insomnio leve^{1,2,6,11,15}.

Se individualizará la elección del hipnótico en función de las preferencias del paciente, gravedad y repercusión del insomnio, riesgos, beneficios y efectos adversos^{1,15}.

En el tratamiento no farmacológico del insomnio se incluyen las TCC.

1.3. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO: TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES

Las terapias cognitivo conductuales (TCC) son unas estrategias combinadas que se centran en las causas que desencadenan y mantienen el insomnio para corregir creencias y actitudes erróneas sobre el sueño en relación con el insomnio primario^{1,14,17-23}.

Se puede considerar una herramienta de promoción de la salud ya que favorece su adaptación al entorno e incrementa la calidad de vida²⁴.

Los componentes básicos de las terapias cognitivo conductuales son: higiene del sueño, control de estímulos, restricción del sueño, técnicas de relajación, reestructuración cognitiva e intención paradójica^{1,2,4,8,11,14,19,25,26}.

Actualmente son la primera línea de tratamiento no farmacológico para el insomnio^{1,7,17,22,23,27}. Se utiliza en sesiones semanales, individuales o en grupo^{2,8,22,23,28,31,33} y sus resultados se mantienen a largo plazo^{1,11,12,14,15,17,20,23,29,30,31}.

Otras ventajas que aportan la utilización de las TCC son: bajo coste, la ausencia de efectos secundarios, la participación activa del paciente^{2,3}, disminución del consumo de hipnóticos^{2,7,23,27} e incluso abandono de los mismos¹⁸.

Las terapias cognitivo conductuales son muy efectivas, pero no todo el mundo tiene acceso a ellas, sin embargo, actualmente se pueden utilizar por medio del teléfono o de internet^{18,19,20,23}.

El programa Sleep Healthy Using the Internet (SHUTI) es un programa online personalizado compuesto por seis módulos: psicoeducación, restricción de sueño, control de estímulos, higiene del sueño, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas. SHUTI, a través de la introducción de los diarios del sueño, individualiza las recomendaciones para cada usuario. Este programa ya ha demostrado su eficacia en el tratamiento del insomnio a través de Internet en diferentes países anglosajones y se considera como una alternativa en el tratamiento del insomnio¹².

HIGIENE DEL SUEÑO: consisten en hábitos o pautas facilitan el sueño adecuado y, deben ser practicadas por todos pacientes con problemas de sueño^{1,4,19,34}.

Las recomendaciones están dirigidas a realizar un cambio de estilo de vida como la realización de actividad física y otros que interfieren directamente con el sueño, como el consumo de tabaco, alcohol etc^{2,6,8,14,18,19,21,22}. Estas recomendaciones se individualizan según las necesidades y la situación del paciente^{11,22} y, se deben explicar tanto de forma verbal como por escrito^{6,17}. El objetivo de esta terapia es minimizar la incidencia del insomnio y favorecer un sueño normal⁴.

CONTROL DE ESTÍMULOS: a los pacientes que padecen insomnio, su habitación y su cama les genera miedo y frustración^{1,2,8,11}, así pues, el objetivo de esta terapia es que el paciente integre una asociación entre el dormitorio y el sueño con el fin de restablecer un adecuado ciclo de vigilia-sueño^{1,17,19,21,22}.

Es necesario seguir unas instrucciones como: no irse a la cama hasta que sientan sueño, no permanecer en la cama más de 20 minutos despiertos, y, si superan este tiempo, deben levantarse e iniciar alguna actividad para relajarse, no realizar actividades estimulantes antes de irse a dormir como por ejemplo ejercicio físico intenso antes de dormir, no utilizar el ordenador o otros dispositivos móviles, despertarse todos los días a la misma hora incluso los fines de semana y evitar tomar cafeína y fumar^{1,2,4,15,17,19,21,22,25,33,34}.

RESTRICCIÓN DEL SUEÑO: algunos pacientes para recuperar el sueño perdido permanecen más rato en la cama, esto dificulta la conciliación del sueño en las

siguientes noches y altera el ritmo circadiano^{1,2,11,19,20,21,36}. El objetivo de esta terapia es limitar el tiempo total en la cama incluyendo las siestas diurnas, favorecer la conciliación del sueño en las noches siguientes y mejorar la eficiencia (porcentaje de tiempo en la cama que el paciente está dormido)^{1,8,11,22,25}.

El paciente debe completar un diario de sueño (ANEXO V) durante dos semanas, que servirá para calcular el tiempo que el sujeto cree que duerme cada noche^{17,21}. Es necesario un tiempo mínimo de 5 horas para evitar la somnolencia diurna^{1,8,15,20,22,31,35}. La duración del tratamiento es de cuatro semanas^{1,11,17}.

La ventana de sueño es un tipo de restricción del mismo que consiste en limitar la permanencia en la cama para que esta coincida con la cantidad real de tiempo que el paciente duerme con el fin de regular el ciclo vigilia-sueño y mejorar su eficiencia¹. La ventana de sueño cambia en función de la mejora o empeoramiento de la calidad y duración del sueño de manera que si esta no aumenta, tampoco cambiará la ventana, así pues se aumenta 15 minutos cuando la eficiencia sea superior a 85%-90% y, se disminuirá 15 minutos si es inferior a 80%^{1,15,17,20,21,31} y, estos ajustes se realizarán semanalmente¹⁵. En el programa SHUTI los usuarios deben introducir los datos diariamente para recibir las nuevas ventanas de sueño, además seleccionan la hora para levantarse y entonces el programa asigna su próxima ventana del sueño¹².

RELAJACIÓN: son procedimientos que ayudan a reducir la tensión física y mental para favorecer el sueño¹. El objetivo es disminuir el nivel de activación del paciente y controlar la ansiedad que provoca el miedo a no dormir ya que a su vez descende la latencia del sueño². Está indicada realizarla en el momento previo de conciliar el sueño^{1,2,6,11,15,19}, por el día o incluso en mitad de la noche^{17,20}. La relajación muscular progresiva, consiste en aprender a controlar la tensión muscular siendo la técnica de Jacobson la más utilizada y consiste en contraer y relajar los diferentes grupos musculares^{1,22}. La duración es de 4 semanas^{1,8} y se deben realizar de 5 a 12 sesiones diarias en casa de 30 minutos cada una para mejorar la calidad del sueño¹. Las técnicas más comunes se basan en la relajación muscular progresiva, el control de la respiración mediante el diafragma, la imaginación y el biofeedback^{2,6}, además el Mindfulness es otra técnica de relajación indicada para el tratamiento del insomnio^{1,17,22}.

INTENCIÓN PARADÓJICA: persigue reducir la ansiedad anticipada que está asociada al miedo de no poder dormir, se le indica al paciente que se acueste y se esfuerce en no dormir^{2,4,11,30}.

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA: esta terapia se basada en la detección y reemplazo de pensamientos distorsionados o irracionales en relación con el sueño, por otros más racionales, con la consiguiente eliminación a largo plazo de la ansiedad y preocupaciones referidas al insomnio^{2,4}.

Existen otras terapias alternativas como Mindfulness, acupuntura, fitoterapia, fototerapia y administración de melatonina².

2. JUSTIFICACIÓN:

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente, lo padece un tercio de su población, supone un enorme gasto sociosanitario y su abordaje inicial se realiza en AP.

Su principal tratamiento es de tipo farmacológico, tan sólo en España, el consumo de hipnóticos ha aumentado drásticamente en los últimos años, en la actualidad lo consumen el 2,5% de la población y durante 21 meses, además del farmacológico existe tratamiento no farmacológico.

Con esta revisión bibliográfica se pretende conocer lo publicado sobre las medidas no farmacológicas aplicables desde atención primaria en el tratamiento no farmacológico del insomnio y la intervención de enfermería en el mismo.

3.COMPETENCIAS:

Específica:

1. Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables³⁷.

Transversales:

C.T.2. Capacidad para aplicar el razonamiento crítico.

C.T.3. Capacidad de análisis y síntesis.

C.T.7. Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica.

C.T.8. Capacidad de resolución de problemas y toma de decisiones.

C.T.11. Capacidad para desarrollar iniciativas y espíritu emprendedor.

C.T.13. Capacidad de aprender³⁸.

4.OBJETIVOS:

Me he planteado como objetivo general conocer lo publicado sobre el tratamiento no farmacológico del insomnio primario en AP.

Como objetivos específicos me he propuesto:

-Describir las diferentes terapias cognitivo conductuales como parte del tratamiento del insomnio primario.

-Identificar la función enfermera en la aplicación de las terapias cognitivo conductuales en pacientes con insomnio primario.

5.MATERIAL Y MÉTODOS:

Para la realización de dicho trabajo, se ha llevado a cabo entre Enero y Mayo del 2017 una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos: Cuiden, Pubmed, Scielo, Dialnet. Además de buscar en éstas, se utilizó el buscador Google Académico (Google Scholar) para localizar artículos no accesibles desde las anteriores bases de datos. Tras determinar y especificar el tema de revisión sobre el que se desarrolla la búsqueda, se extraen conceptos y términos relacionados con el tratamiento no farmacológico del insomnio.

Las palabras clave utilizadas en español para dicha revisión son las siguientes: insomnio, Enfermería, tratamiento no farmacológico, terapias cognitivo conductuales, técnicas de relajación, restricción del sueño, control de estímulos y en inglés han sido: insomnia, nursing, non pharmacological treatment, cognitive behavioral therapy, relaxation therapy, sleep restriction therapy, control of stimuli. Los operadores booleanos fueron “AND” y, “OR” en Cuiden y Pubmed.

Los criterios de inclusión y exclusión seleccionados son los siguientes:

Criterios de inclusión:

-Estudios publicados entre 2008 y 2017.

Pacientes mayores de 18 años.

Criterios de exclusión:

-Insomnio asociado a otras patologías: VIH, fibromialgia y cáncer.

-Pacientes que presentan alguna demencia o patología psiquiátrica grave

-Pacientes obesos o con sobrepeso.

-Artículos de insomnio en niños y ancianos.

-Artículos repetidos.

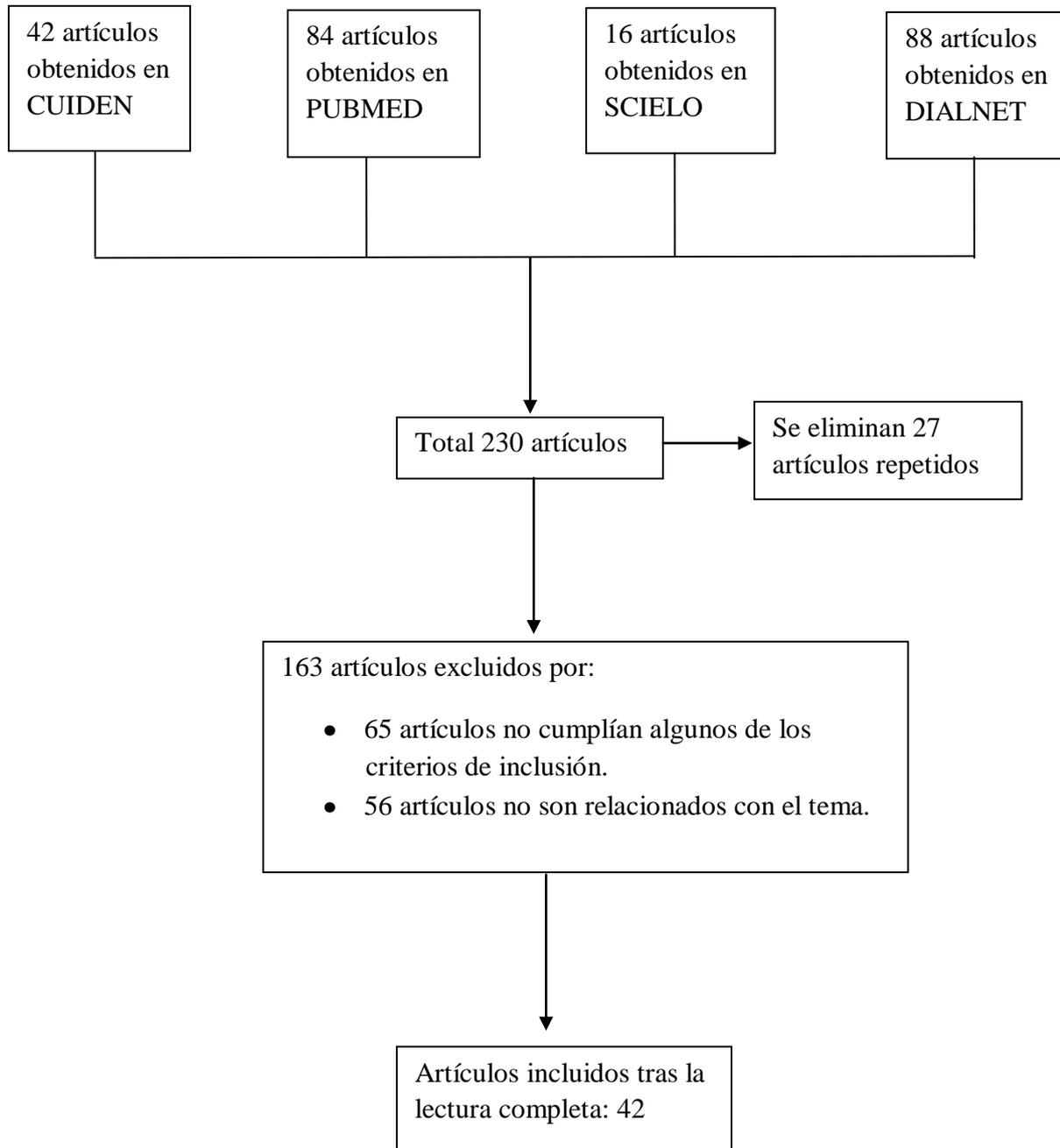
A continuación, en la Tabla 1 se muestran las bases de datos utilizadas y los artículos encontrados y seleccionados en esta revisión bibliográfica.

Tabla 1. Bases de datos utilizadas y artículos encontrados . (Elaboración propia).

BASES DE DATOS	Artículos encontrados	Artículos utilizados
Cuiden	42	5
Pubmed	84	13
Scielo	16	2
Dialnet	88	11

Además, por su pertenencia con el tema se ha utilizado un libro especializado, dos Revistas de Neurología y una Guía de Prácticas clínicas.

Figura 1: Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica. (Elaboración propia).



6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Tras analizar el contenido en los artículos seleccionados con respecto a las TCC primarias, secundarias, combinadas con fármacos y otras terapias alternativas existen acuerdos y desacuerdos según los diferentes autores en cuanto a: número de sesiones, indicaciones, beneficios y resultados obtenidos.

Con respecto a número de sesiones González-Díez S et al.² afirman que cuatro consultas semanales de 15 minutos de duración en semanas consecutivas fueron suficientes para lograr mejorías en la calidad del sueño. Sin embargo, Morín CM et al.³⁰ afirman que sean de 4 a 6 sesiones, sin especificar la duración, Siebern AT et al.²², Mitchell MD et al.²³ barajan de 4 a 8 sesiones durante 30-60 minutos cada una y Oviedo Lugo GF et al.⁸ de 4 a 10 sesiones con una duración de 50 a 60 minutos. Álvarez MA et al.¹ y Koffel E et al.³¹ afirman que sean de 5-8 sesiones, independientemente si son individuales o grupales, mientras que Koffel E et al.³¹ especifican que sean individuales. Varios autores^{4,14,25,27,28}, sostienen que el programa sea de 6 sesiones individuales según²⁷ y grupales^{5,25}. Álamo González C et al.¹⁵, Crönlein T et al.²⁰, Pigeon WR²¹ y Troxel WM et al.³⁹, Gancedo-García A et al.⁶ afirman que sea de 6 a 8 semanas y no especifican si se lleva a cabo de manera individual o grupal. Morin CM et al.³⁰, Bonnet MH et al.¹⁹ y Buysse DJ et al.¹⁸ de 6 a 10 sesiones y tampoco especifican la forma. Sin embargo, Gancedo-García A et al.⁶ alegan que es suficiente una sesión semanal de 30 minutos de duración durante 8-10 semanas.

Existe un total acuerdo de que su indicación es oportuna en el insomnio primario^{4,6,17,21-23,25,28-31,39}. Además, González-Díez S et al.², Álvarez MA et al.¹ y Bonnet MH et al.¹⁹ afirman que está indicado en pacientes que tienen contraindicado el tratamiento farmacológico, por ejemplo en situaciones de embarazo, ancianos o en caso de presentar alguna enfermedad renal, pulmonar o hepática.

En cuanto a los beneficios Ordóñez-García M et al.²⁵ afirman que los resultados se mantienen 3 meses después de su aplicación, sin embargo, Gancedo-García A et al.⁶ y Álvarez MA et al.¹ opinan que los resultados se mantienen hasta pasados 2 años desde la finalización del tratamiento.

Varios autores^{6,25,28}, afirman que se consiguen beneficios terapéuticos en un 70-80% de los pacientes con insomnio. Además, los autores^{5,10,21}, afirman que aporta beneficios en términos coste –efectividad.

Existe un total acuerdo de que existen mejoras en la cantidad y calidad del sueño con reducción del tiempo de latencia y disminución del número de despertares nocturnos según afirman los autores^{2,4,15,18,25,29,31}. Además, otros autores^{11,14,17,20,30,31}, añaden que estas mejoras, obtenidas con las TCC, se mantienen en el tiempo. Tan sólo en dos artículos^{1,22} se concreta que la utilización de estas TCC aumentan el tiempo total del sueño.

Otro de los beneficios de la aplicación de TCC reflejados en las publicaciones revisadas es la disminución del consumo de fármacos tal como lo afirman^{2,14,18,19,24}. Hay que añadir que los pacientes insomnes tratados con TCC^{6,28} abandonan el tratamiento farmacológico.

Además, Díez González S et al.² y Viniegra Domínguez MA et al.³² opinan que por: la ausencia de efectos secundarios, su bajo coste y a estas ventajas se pueden añadir la participación activa del paciente en su proceso de mejora hacen que el tratamiento no farmacológico sea una de las mejores opciones para afrontar el insomnio.

La facilidad de opciones de aplicación de tratamiento eficaces como son el teléfono e Internet con programas novedosos y personalizados según lo afirman Enrique A et al.²⁵.

Rodríguez López AM et al.²⁸ afirman que las TCC son más eficaces que otras técnicas aisladas como restricción del sueño, control de estímulos, técnicas de relajación. Sin embargo, Oviedo Lugo GF et al.⁸ afirman que las TCC tienen mayor eficacia que los medicamentos para el tratamiento del insomnio. Pero, varios autores^{4,5,25} sostienen que las TCC solas o en combinación con fármacos son más eficaces que el tratamiento con fármacos en solitario, sobre todo a largo plazo. Además^{10,14,15,22,23,28} consideran que esta técnica se debe realizar como primera línea de tratamiento del insomnio.

En varias publicaciones^{5,40} se afirma que son levemente efectivas en personas mayores de 60 años.

Según Álamo González C et al.¹⁷ las TCC pueden ser impartidas por personal no especializado, sin embargo recaerá en el personal de enfermería según^{7,14,20,23,24,28,30} y, sería el profesional médico el que debe dirigir las para los autores⁵ y, que puede compartir indistintamente esta actividad tanto por médicos como por enfermeras según Gancedo-García A et al.⁶ y Torrens I et al.²⁶. Sin embargo, Martínez Sebastía N et al.⁷ añaden que las enfermeras tienen un papel fundamental en el abordaje terapéutico del insomnio primario, ya que llevarán a cabo el tratamiento inicial, enseñando a estos pacientes las medidas no farmacológicas y pautarles el médico tratamiento farmacológico cuando no ha habido mejoría con estas intervenciones tras 2-4 semanas.

Con respecto a las diferentes terapias cognitivo conductuales: control de estímulos, restricción del sueño, higiene del sueño y técnicas de relajación existen acuerdos y desacuerdos según autores.

Con respecto al **control de estímulos** existen diferencias de opinión sobre: la temporización, las indicaciones, los efectos positivos y las actividades.

Referente a la temporización, Rodríguez López AM^a et al.²⁸ indican que en la tercera sesión se debe realizar ésta técnica junto con las técnicas de relajación; Hurtado López AM^a et al.¹⁴ coinciden con lo anterior y, añaden la terapia de restricción del sueño. Sin embargo, Coronado Vázquez V et al.²⁷, recomiendan realizar el control de estímulos con la higiene del sueño pero sin especificar en qué sesión se realizará, concretando que se llevará a cabo en sesiones semanales de 30 minutos durante 6 semanas.

En cuanto a las indicaciones, Álvarez MA et al.¹, especifican que esta técnica es eficaz para el tratamiento del insomnio primario. Fernández Rodríguez O et al.⁶ y López Castro F et al.¹⁵ opinan que es adecuada en insomnes que pasan mucho tiempo dando

vueltas en la cama sin poder dormir. Sin embargo, Oviedo Lugo GF et al.⁸ difieren de lo anterior y explican que es eficaz tanto para el insomnio de conciliación como para el de múltiples despertares.

Álvarez MA et al.¹ afirman que se produce una reducción en la latencia de sueño de hasta 30 minutos y, que tiene efectos positivos sobre el mantenimiento de sueño y su duración total; además, hay una mejoría subjetiva del sueño.

Álamo González C et al.¹⁷ indican que junto con la técnica de restricción del tiempo en cama, forman la combinación de TCC que con más frecuencia se indican.

Con respecto a las actividades, varios autores^{1,8,19,22} recomiendan no permanecer en la cama más de 20 minutos despiertos. Sin embargo, Álamo González C et al.¹⁷ y Ordóñez-García M et al.²⁵ explican que si no se puede conciliar el sueño tras 10-15 minutos deben levantarse. Pero, Gancedo-García A et al.⁶ aconsejan levantarse e ir a otra habitación siempre que no sea posible quedarse dormido en 30 minutos. Varios autores^{1,8,17,19,25}, proponen acostarse sólo cuando se tiene sueño y evitar las siestas diurnas. Además^{15,17,19}, recomiendan no: leer, no ver la televisión ni hablar por teléfono en la habitación. También, López de Castro F et al.¹⁵ aconsejan evitar tomar café y fumar. Todos los autores coinciden con que se debe utilizar la cama sólo para dormir y para la actividad sexual, se debe acostar cuando se tenga sueño y se debe levantar por la mañana a la misma hora.

En cuanto a **la terapia restricción del tiempo en cama** también existen coincidencias y diferencias relacionadas con sus indicaciones, el tiempo mínimo de permanencia en cama, la duración del tratamiento, los efectos adversos, los efectos positivos y los resultados obtenidos.

Fernández Rodríguez O et al.⁶ y López de Castro F et al.¹⁵ afirman que esta terapia está indicada en insomnes que se despiertan muchas veces en la noche, mientras que Álvarez MA et al.¹ y Leal-Grialdo JR et al.³⁶ sostienen que está indicado en pacientes que padecen insomnio primario.

Respecto al tiempo mínimo de permanencia en la cama, los autores^{1,2,8,15,19-21,36}, recomiendan que no sea inferior a 5 horas para evitar el exceso de somnolencia diurna. Sin embargo, Ordóñez-García M et al.²⁵ establecen que no sea menor a 4 horas y media. Miller CB et al.³⁵ afirman que debe ser de 4 ó 5 horas. Además, todos coinciden en la importancia de establecer un tiempo mínimo de permanencia en cama para evitar la somnolencia diurna.

Atendiendo a la duración del tratamiento sólo Álvarez MA et al.¹ afirman que sea de 4 semanas.

En relación a los efectos adversos González Díez S et al.² y Morín CM et al.³⁰ opinan que está contraindicado conducir en los momentos de mayor restricción, ya que podría quedarse dormido al volante. Por el contrario, varios autores^{17,19,28}, advierten que esta terapia debe ser utilizada con precaución, sin embargo Álamo González C et al.¹⁷ alegan que está contraindicada en pacientes con trastorno bipolar y, varios autores^{2,19,30,35}, indican que pueden desencadenar episodios maniacos. Pigeon WR²¹ añade que

también está contraindicada la restricción del tiempo en cama en pacientes con hipersomnolencia no tratada y con antecedentes de convulsiones.

En cuanto a los efectos positivos, algunos autores^{19,21,22,30}, coinciden en que esta terapia presenta efectos positivos en la latencia y en la eficiencia del sueño. Además, Leal-Grialdo JR et al.³⁶ añaden que reduce el consumo de medicación hipnótica.

Con respecto a los resultados obtenidos, Álvarez MA et al.¹ afirman que los mejores resultados se obtienen a las 4 semanas del tratamiento y que se mantienen después de 3 meses, mientras que Bonnet MH et al.¹⁹ alegan que su duración permanece entre 3 y 12 meses después del mismo.

Con respecto a la **higiene del sueño**, existen coincidencias y diferencias según los diferentes autores relacionados con: la temporización, las recomendaciones (ANEXO V) y los resultados del tratamiento.

Con respecto a la temporización Rodríguez López AM^a et al.²⁸ indican que en la primera sesión es conveniente realizar educación para la salud sobre el sueño y es en la segunda sesión donde se abordan las diferentes medidas. Sin embargo, Hurtado-López AM^a et al.¹⁴ opinan que es en la segunda sesión directamente y sin sesión previa, donde se deben abordar la higiene del sueño.

Entre las recomendaciones que se dan al paciente, también existen acuerdos y desacuerdos según autores. Así están de acuerdo en que se deben ir a la cama solo cuando se tenga sueño, levantarse todos los días a la misma hora incluso los fines de semana y evitar quedarse en la cama más tiempo del necesario y, Fernández Rodríguez O et al.⁶ y López de Castro F et al.¹⁵ indican que si en 30-45 minutos no se concilia el sueño se debe salir de la cama y de la habitación, sin embargo, Buysse DJ¹⁸ recomienda que sea a los 10-20 minutos. Los autores de los artículos^{4,6,8,15,19,22,33}, mencionan que se deben evitar las siestas durante el día. Sin embargo, otros autores permiten siestas inferiores a 30 minutos en casos concretos^{1,2,17}, Álvarez MA et al.¹ añaden que una siesta breve por la tarde es fisiológica y mejora el rendimiento intelectual, pero que una siesta larga (2-3 horas) dificulta el sueño nocturno.

Con respecto al consumo de alcohol, no especifican tiempo de la limitación muchos autores^{2,8,21,22}, sin embargo Ordóñez-García M et al.²⁵ afirman que sean 6 horas antes de acostarse y Gancedo-García A et al.⁶ que sean dos horas.

La supresión del consumo de tabaco hacen mención expresivamente sin especificar tiempos los autores^{6,8,21}. Con respecto a la cafeína y estimulantes los autores^{1,4,6,11,15,18,36}, lo mencionan también sin especificar tiempos, sin embargo, varios autores^{6,25}, indican que sean 6 horas antes de ir a dormir, Álamo González C et al.¹⁶ lo suprimen después de las 17 horas, Bonnet MH et al.¹⁹ y Siebern AT et al.²² antes de acostarse y después del almuerzo.

El evitar el hambre y las comidas copiosas antes de acostarse es una recomendación presente en varios artículos revisados^{2,4,6,16,17,19,21,25,33}.

Unas condiciones ambientales adecuadas para dormir son mencionadas por los autores^{2,4,16,17,19,21,25,33} y evitar actividades estresantes o el uso del ordenador en las dos horas previas de acostarse lo indican^{2,8,17,19}.

El utilizar la cama únicamente para dormir y practicar sexo lo indican expresamente^{1,2,6,15}.

El ejercicio físico se considera una intervención eficaz para prevenir o disminuir los problemas del sueño, pero se especifica que no se debe realizar antes de irse a dormir^{6,8}. Existen diferencias en cuanto a los horarios de su supresión ya que afirman evitarlo 2 horas antes de dormir según Fernández Rodríguez F et al.⁶, sin embargo que sea al final de la tarde y 3 horas antes de dormir Diez González S et al.² y Álamo González C et al.¹⁷ y, Ordóñez-García M et al.²⁵ evitarlo unas 3 ó 4 horas previas a la hora de acostarse. Bonnet MH et al.¹⁹ afirman evitarlo 4 ó 5 horas antes de acostarse. Sin embargo, varios autores^{6,18}, afirman que sea por lo menos 6 horas antes de acostarse y Alejandro Álvarez D et al.¹¹ recomiendan no hacerlo por la noche y, especifican evitarlo antes de acostarse Pigeon WR²¹ y Siebern AT et al.²². Sin embargo, Álvarez MA et al.¹ afirman que el ejercicio físico regular y moderado por la tarde es beneficioso para el sueño nocturno.

En cuanto a la práctica de ejercicios de relajación, unos autores afirman que es mejor realizarlos por la noche Oviedo Lugo GF et al.⁸ y otros especifican que sea antes de acostarse Diez González S et al.² y Fallon K et al.³⁶.

Tomar baños de agua a temperatura corporal por su efecto relajante lo recomiendan^{1,2} y Oviedo Lugo GF et al.⁸ añaden que sea 20 minutos antes de dormir.

El levantarse de la cama cuando no se puede dormir y hacer algo relajante lo especifican varios autores^{1,2}.

Además de estas recomendaciones higiénico dietéticas mencionadas, existen otras medidas como son: evitar tener el reloj en la habitación mencionado por los autores^{6,18,11,34} y tomar alimentos ricos en triptófano, ya que facilitan la inducción del sueño^{17,34}.

En cuanto a los resultados obtenidos al utilizar las medidas de higiene del sueño varios autores Martínez Sebastián N et al.⁷ y Torrens I et al.²⁶ afirman que es la intervención más utilizada y Bonnet MH et al.¹⁹ añaden que se debe emplear en primer lugar y debe combinarse con el control de estímulos. Coronado Vázquez V et al.²⁷ añaden que es efectiva en pacientes polimedicados y permite hacer un uso más racional de los hipnóticos.

Alejandro Álvarez D et al.¹¹, Álamo González C et al.¹⁷, Pigeon WR¹⁹ y Mitchell MD et al.²³ opinan que la aplicación de esta técnica de forma aisladas tiene pocos beneficios, es confirmada por varios autores^{4,8,11,21,37} y, por eso no la recomiendan de forma aislada y sí asociada a otras TCC.

Con respecto a las diferentes **técnicas de relajación** también existen coincidencias y diferencias en cuanto a: duración del tratamiento, técnicas, indicaciones y beneficios obtenidos.

Referente a la duración del tratamiento Álvarez MA et al.¹ indican que sea de 4 semanas y Oviedo Lugo GF et al.⁸ que su duración sea entre 2-4 semanas. Otros autores indican en qué sesión se debe realizar: en la 5 sesión²⁸ y, en las cuatro primeras sesiones¹⁴. Sin embargo, López de Castro F et al.¹⁵ especifican que se debe realizar pero sin concretarla.

Con respecto a las diferentes técnicas, Álvarez MA et al.¹ y Díez González S et al.² sostienen que la relajación muscular progresiva es la más utilizada y el entrenamiento autógeno^{1,8,20,22} añaden el biofeedback los autores^{2,6,17}. Otra técnica es la imaginación dirigida que la mencionan varios autores^{2,8,33,34}. La gran mayoría de autores nombra las técnicas de respiración como técnicas de relajación^{2,4,6,11,14,15,22,32,34}.

Álvarez MA et al.¹ afirman que está indicada en pacientes con estrés por situaciones de la vida diaria, sin embargo Oviedo Lugo GF et al.⁸ explican que es útil en personas con ansiedad. Además, varios autores^{2,6,11,15,19}, afirman que está indicada en el momento previo de conciliar el sueño, mientras que Álamo González C et al.¹⁷ y Siebern AT et al.²² añaden que pueden realizarse tanto durante el día como por la noche antes de acostarse e incluso en mitad de la noche si el paciente se despierta y es incapaz de volverse a dormir.

En cuanto a los beneficios que aporta esta terapia, Álamo González C et al.¹⁷ y Siebern AT et al.²² afirman que es eficaz para mejorar el inicio del sueño y, Álvarez MA et al.¹ añaden que presentan efectos positivos en el número de despertares tras el inicio del sueño y la calidad del mismo. Además, estas mejorías se observan a las 3-4 semanas de tratamiento y los resultados se mantienen hasta seis meses¹. Pigeon WR²¹ sostiene que es la técnica más fácil de aprender y con la que obtienen resultados positivos al realizarla antes de acostarse. Varios autores⁸, afirman que la relajación está asociada a la utilización de las TCC.

Existen otras TCC como son la intención paradójica y la reestructuración cognitiva consideradas de segunda elección por Díez González S et al.², Hurtado-López AM^a et al.¹⁴ y Torrens I et al.²⁶.

Sobre la **intención paradójica** tan sólo Alejandro Álvarez D et al.¹¹ y De Castro-Manglano P et al.³⁴ concretan su modo de realización.

En cuanto a la **reestructuración cognitiva** es mencionada por Hurtado-López AM^a et al.¹⁴, Ordóñez-García M et al.²⁵ y su realización es explicada por varios autores^{11,25,31}.

Con respecto a la utilización de las **TCC combinadas con fármacos** también existen diferencias y acuerdos según autores con respecto a sus indicaciones y los beneficios.

Bonnet MH et al.¹⁹ afirman que está indicada en pacientes con insomnio grave y sugieren que se debe unir a la medicación la utilización de las TCC. Torales J et al.⁹ y López de Castro F et al.¹⁵ afirman que las opciones farmacológicas se inician cuando el no farmacológico ha sido insuficiente. Díez González S et al.² añaden que los hipnóticos nunca deben considerarse el primer escalón del tratamiento del insomnio.

En cuanto a los beneficios varios autores^{15,19} afirman que se deben continuar con las TCC después de retirar la medicación para mantener mejorías a largo plazo. Hurtado-López AM^a et al.¹⁴ afirman que es posible reducir la medicación con la utilización de las TCC combinadas con fármacos y, Álvarez MA et al.¹ mencionan que las TCC combinadas con zolpidem muestran efectos más beneficiosos y más rápidos sobre el sueño que las TCC de forma aislada.

Siebern AT et al.²² sostienen que se produce mayor latencia del sueño en el grupo de TCC combinada con medicación en comparación con el grupo de TCC de manera aislada. Varios autores^{19,30} añaden que mejora el tiempo de vigilia después del inicio del sueño y Bonnet MH et al.¹⁹ afirman que la mejoría del sueño se mantuvo 6 meses mientras que Morín CM et al.³⁰ no especifican el tiempo e indican que produce beneficios más sostenidos que los fármacos aislados.

Morín CM et al.³⁰ y Mitchel MD et al.²³ añaden que las intervenciones combinadas tienen una serie de ventajas comparadas con las TCC aisladas y, que los hipnóticos ofrecen efectos inmediatos y potentes; sin embargo, las TCC ofertan efectos más sostenidos.

Troxel WM et al.³⁹ describen un programa breve de tratamiento conductual para el insomnio (BBTI) que se desarrolla en 3 fases. La primera consiste en tomar medicamentos de forma pautada al comienzo de la noche y no después de frustrados intentos de dormirse; la segunda fase consiste en combinar la medicación con las TCC y a una hora concreta. Y, en la tercera fase se proporciona información sobre cómo interrumpir la medicación y se refuerzan las recomendaciones. Este programa es una herramienta para mejorar el sueño durante y después.

Además de todas las técnicas ya mencionadas existen otras que se utilizan como son: acupuntura, fitoterapia, fototerapia y Mindfulness.

La utilización de la **acupuntura** es mencionada como alternativa al tratamiento convencional por Díez González S et al.² y, la recomiendan ocasionalmente Torrens I et al.²⁶.

En cuanto a la **aromaterapia** González Díez S et al.² afirman que la lavanda tiene efectos relajantes y que el tratamiento con manzanilla e Ylan Ylan parece mejorar el sueño.

La **fitoterapia** es una terapia muy empleada por la población para el tratamiento del insomnio crónico. Varios autores^{2,4,6,15,30,41}, afirman que la valeriana es el producto más empleado, Fernández Rodríguez O et al.⁶ afirman ausencia de efectos secundarios, en contra posición a lo que opinan estos autores Viniegra Domínguez MA et al.⁴¹ añaden que existen efectos secundarios pero que su consumo reduce: el consumo de

benzodiacepinas, uso de recursos sanitarios y mejora la calidad el sueño de los pacientes a largo plazo con respecto al tratamiento convencional.

Con respecto a la utilización de la **fototerapia** afirman que pueden ser útiles en pacientes con síndrome de retraso de sueño, que poseen un ritmo sueño-vigilia superior a 24 horas² y, Torrens I et al.²⁶ la recomiendan ocasionalmente.

En cuanto a la utilización del **Mindfulness** también existen acuerdos y desacuerdos relacionados con los programas y los beneficios.

Con respecto a la utilización de Mindfulness Gross CR et al.⁴², Hubbling A et al.⁴³ y Ong JC et al.⁴⁴ afirman que este programa consiste en 8 clases semanales de dos horas y media y, practicar en casa 45 minutos al día 6 días a la semana durante 8 semanas, seguido de 20 minutos al día durante 3 meses.

Varios autores^{8,42-44}, afirman que la meditación de atención plena (Mindfulness) aporta beneficios a los pacientes con insomnio. La utilización de forma aislada de la meditación de atención plena mediante el programa de reducción del estrés basado en atención plena (MBRS) consiguieron mejorías en la latencia y el tiempo total del sueño, estos efectos se mantiene a los 5 meses del tratamiento⁴²⁻⁴⁴.

Varios autores^{8,42,43,44}, afirman que utilización de la meditación de atención plena combinada con las TCC aporta mayores beneficios para el paciente insomne que de manera aislada. Gross CR et al.^{4,2} y Hubbling A et al.⁴³ especifican que debe ser combinada con la higiene del sueño, sin embargo Oviedo Lugo GF et al.⁸ explican que las TCC integran la restricción del sueño y el control de estímulos y, Hubbling A et al.⁴³ añaden que es una combinación de estas tres terapias.

Otros autores⁴⁴, afirman que la meditación de atención plena combinada con las TCC muestran beneficios en las medidas de sueño en comparación con la MBRS. Así que, los pacientes que recibieron la meditación de atención plena en combinación con las TCC sus síntomas fueron menos graves que en los pacientes que sólo utilizaron la meditación de atención plena de forma aislada.

7. CONCLUSIONES:

-El sueño es un estado de disminución del nivel de conciencia, temporal y reversible en el que se producen cambios en las funciones del organismo y se considera patológico cuando su alteración afecta a la calidad de la vida de las personas provocando malestar físico, psicológico o conductual.

-El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente, motivo de consulta en AP, constituye un problema de salud pública que afecta a un tercio de la población y provoca enorme gasto sociosanitario.

-En el tratamiento del insomnio se incluyen métodos farmacológicos y no farmacológicos, dentro de los no farmacológicos se incluyen las terapias cognitivo conductuales.

-Las terapias cognitivo conductuales empleadas en el tratamiento del insomnio son: higiene del sueño, control de estímulos, restricción del sueño y técnicas de relajación, intención paradójica y reestructuración cognitiva.

-Las terapias cognitivo conductuales son la primera línea de tratamiento por su alta efectividad y carencia de efectos secundarios.

-Está demostrado que la utilización correcta de las terapias cognitivo conductuales disminuyen el consumo de hipnóticos en el paciente insomne.

-La intervención enfermera en atención primaria como parte de un equipo multidisciplinar tiene un rol fundamental en el abordaje terapéutico del insomnio y especialmente en la utilización de las terapias cognitivo conductuales.

Con respecto a la utilización de las terapias cognitivo conductuales en el tratamiento del insomnio primario son necesarios nuevos estudios, pues en la actualidad están infrautilizadas a pesar de que existen evidencias científicas de sus múltiples beneficios, ya que logran disminuir el consumo de hipnóticos y así se evitan los riesgos asociados de los mismos como son caídas, fracturas y dependencia.

8.BIBLIOGRAFÍA:

¹Álvarez MA,Ortuño F.Tratamiento del insomnio.Medicine [Intenet] 2016 [acceso 7 de Febrero de 2017] ;12(23):1359-68.Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5757135>

²Díaz González S, García Hernández B, Aladro Castañeda M. Priorizando en el tratamiento no farmacológico del insomnio.RqR [Internet] 2016 [acceso el 19 de Febrero]; 4(2): 30-43.Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5501375>

³Pérez Díaz H. El sueño a lo largo de la vida. En:Romero Santo Tomas O, coordinador.Pautas de actuación y seguimiento del insomnio. Edición. Madrid: IMC; 2015. 9-17.Disponible en: <http://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>

⁴Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009.Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_465_Insomnio_Lain_Entr_compl.pdf

⁵Peñuela-Epalza M, Páez-Jiménez DJ, Castro-Cantillo LC, Harvey-Ortega JC, Eljach-Cartagena JA, Banquet-Henao LA. Prevalencia de insomnio en adultos de 18 a 60 años de edad y exposición a campos magnéticos en hogares de Barranquilla, Colombia. Biomédica [Internet] 2015 [acceso el 14 de Marzo de 2017]; 35(2):120-29. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v35nspe/v35nspea13.pdf>

⁶Fernández Rodríguez O, López de Castro F, Villarín Castro A,Tena Rubio JU,Morales Socorro MP, Rodríguez Barrueco. Tratamiento del insomnio [Internet] 2010 [acceso el 18 de Marzo de 2017]; 11(1):1-7.Disponible en: http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/tratamiento_del_insomnio.pdf

⁷Martínez Sebastián N, Anarte Ruiz C, Masoliver Forés Á, Gargallo Monserrate A, López Ferreruela I. Insomnio: Abordaje terapéutico desde Atención Primaria. RqR [Internet] 2017 [acceso el 10 de Marzo de 2017]; 5(1): 27-37.Disponible en: http://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/7827/1/RevistaRqR_Invierno2017_Insomnio.pdf

⁸Oviedo Lugo GF, Verhelst Forero PR, Jordan Mondragón V.Manejo no farmacológico del insomnio. Univ Med [Internet] 2016 [acceso el 23 de Marzo de 2017]; 57(3): 348-66.Disponible en: <file:///C:/Users/Sonia/Downloads/17819-64053-1-SM.pdf>

⁹Torales J. Lo que todo médico internista debe saber acerca del manejo farmacológico del insomnio. Rev virtual Soc Parag Med Int [Revista en Internet] 2016 [acceso el 19 de Marzo de 2017];3(2):101-11.Disponible en: <http://www.revista.spmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/71>

¹⁰Villamor Ruiz EM, Fernández Álvarez F ,Ortiz Fernández S .Educación sanitaria en atención primaria para disminuir el consumo de benzodiazepinas contra el insomnio. Paraninfo Digital [Internet] 2013 [acceso el 15 de Marzo de 2017] ; 19.Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/041d.php>

¹¹Álvarez DJ, Bezzozpe EC, Castellino LC,González LA,Lucero CB,Maggi SC. Insomnio: actualización en estrategias diagnósticas y terapéuticas. Neurol Arg [Internet] 2016 [acceso el 13 de Marzo de 2017]; 8(3): 201-9.Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1853002816300027>

¹²Enrique A, Fernández S,Ritterband L, Botella C.Adaptación española de una intervención online para el tratamiento del insomnio: el programa SHUTI. Agora de Salut [Internet] 2017 [acceso el 21 de Marzo de 2017]; 4(9): 85-91.Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/166387/09_AgoraSalutIV.pdf?sequence=1

¹³Álvarez Ruíz de Larrinaga A, Madrid Pérez JA.Importancia del entorno ambiental. Rev Neurol [Internet] 2016; 63(2): 1-27.Disponible en: <http://ses.org.es/wp-content/uploads/2016/12/rev-neurologia2016.pdf>

¹⁴Hurtado-López AM^a, Cayuela-Fuentes PS, Espinosa-López R, García-Barón A, Segura-López G, Giménez-Andréu MR. Intervención psicoeducativa enfermera en adultos con diagnóstico de insomnio. *Parainfo Digital* [Internet] 2014 [acceso el 26 de Marzo de 2017]; 20. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/pdf/356.pdf>

¹⁵López de Castro F, Fernández Rodríguez O, Mareque Ortega MA, Fernández Agüero L. Abordaje terapéutico del insomnio. *Semergen* [Internet] 2012 [acceso el 7 de Abril de 2017]; 38(4): 233-40. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-abordaje-terapeutico-del-insomnio-S1138359311004461>

¹⁶Martín Águeda B. Diagnóstico del insomnio: historia clínica y exploraciones complementarias. En: Romero Santo Tomas O, coordinador. *Pautas de actuación y seguimiento del insomnio*. Madrid: IMC; 2015. 31-42. Disponible en: <http://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>

¹⁷Cañellas Dols. Tratamiento no farmacológico del insomnio. En: Romero Santo Tomas O, coordinador. *Pautas de actuación y seguimiento del insomnio*. Madrid: IMC; 2015. 43-56. Disponible en: <http://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>

¹⁸Buysse DJ. Insomnia. *JAMA* [Internet] 2013 [acceso el 22 de Abril de 2017]; 309(7): 706-16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3632369/>

¹⁹Bonnet MH, Arand DL. Treatment of insomnia in adults. [Monografía en Internet]. Uptodate; 2015 [acceso 26 de Abril de 2017]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-insomnia-in-adults>

²⁰Crönlein T, Zully J.T he options available in cognitive behavioral therapy to prevent chronification of insomnia. *Epma J* [Internet] 2011 [acceso el 22 de Marzo de 2017]; 2(3): 309-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3405393/>

²¹Pigeon WR. Treatment of Adult Insomnia With Cognitive-Behavioral Therapy. *J Clin Psychol* [Internet] 2010 [acceso el 18 de Marzo de 2017]; 66(11): 1148-60. Disponible en: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4910506&blobtype=pdf>

²²Siebern AT, Suh S, Nowakowski S. Non-Pharmacological Treatment of Insomnia. *Neurotherapeutics* [Internet] 2012 [acceso el 21 de Marzo de 2017]; 9(4): 717-27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3480569/>

²³Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Fam Pract* [Internet] 2012 [acceso 14 de Marzo de 2017]; 13(40): 1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3481424/pdf/1471-2296-13-40.pdf>

²⁴González-Suárez M, Duarte Climents G. Terapia Cognitivo-conductual y enfermería. A propósito de un caso. *ENE* [Internet] 2014 [acceso el 14 de Abril de 2017]; 4(1). Disponible en: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/295/html_1

²⁵Ordóñez-García M, Plaza-San-Martín M, Ampudia-Gamero L, Gómez -Fuentes L, Mendibil-Crespo LI. Breve terapia cognitivo conductual en insomnes en atención primaria. *Gaceta Médica de Bilbao* [Internet] 2015 [acceso el 18 de Marzo de 2017]; 112(4): 192-98. Disponible en: <http://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/35>

²⁶Torrens I, Ortuño M, Guerrero JI, Esteva M, Lorente P. Actitudes ante el insomnio de los médicos de AP de Mallorca. *Aten Primaria* [Internet] 2016 [acceso el 12 de Marzo de 2017]; 48(6): 374-82. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5535707>

²⁷Coronado Vázquez V, López Valpuesta FJ, Fernández López JA. Efectividad del tratamiento no farmacológico para el insomnio crónico en pacientes polimedicados, *Semergen* [Internet] 2010 [acceso el 8 de Abril de 2017]; 36(5): 253-58. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-efectividad-del-tratamiento-no-farmacologico-S1138359310000778>

²⁸Rodríguez López AM, Ferreira González MC, Marcos Sela J, Rial Maciel A. Proyecto de investigación para evaluar la efectividad de un programa de intervención psicoeducativa enfermera en pacientes con insomnio crónico. Presentia [Internet] 2010 [acceso el 26 de Marzo de 2017]; 6(11). Disponible en: <http://www.index-f.com/presentia/n11/p7196.php>.

²⁹Navarro-Bravo B, Párraga-Martínez I, López-Torres Hidalgo J, Andrés-Pretel F, Rabanales-Sotos J. Group cognitive –behavioral therapy for insomnia: a meta-analysis. Anal Psico [Internet] 2015 [acceso el 26 de Febrero de 2017]; 31(1): 8-18. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S021297282015000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=en

³⁰Morín CM, Benca R. Chronic insomnia. Lancet [Internet] 2012 [acceso el 24 de Marzo de 2017]; 379: 1129-41. Disponible en: file:///C:/Users/Sonia/Downloads/Chronic_insomnia.pdf

³¹Koffel E, Koffel J, Gehrman P. A Meta-analysis of Group Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia. Sleep Med Rev [Internet] 2015 [acceso el 26 de Marzo de 2017]; 19(6): 1-31. Disponible en: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4910506&blobtype=pdf>

³²Viniegra Domínguez MA, Parellada Esquius N, De Moraes Ribeiro RM, Parellada Pérez LM, Planas Olives C, Momblan Trejo C. Abordaje integrativo del insomnio en atención primaria: medidas no farmacológicas y fitoterapia frente al tratamiento convencional. Aten Primaria [Internet] 2015 [acceso el 30 de Marzo de 2017]; 47(6): 351-58. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-abordaje-integrativo-del-insomnio-atencion-S0212656714002893>

³³Gancedo-García A, Gutiérrez –Antenaza AF, González- García P , Salinas-Herrero S, Prieto-Merino D, Suárez –Gil P. Efectividad de una intervención educativa breve en pacientes con insomnio en atención primaria. Aten Primaria [Internet] 2014 [acceso el 8 de Abril de 2017]; 46 (10): 549-57. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671400122X>

³⁴De castro-Manglano P, Sarraís O. Protocolo diagnóstico y terapéutico del insomnio. Medicine [Internet] 2011 [acceso el 30 de Marzo de 2017]; 10(85): 5772-76. Disponible en: file:///C:/Users/Sonia/Downloads/2011_Medicine_Protocolo_diagnostico_terapeutico_insomnio.pdf

³⁵Miller CB, Espie CA, Epstein DR, Friedman L, Morin CM, Pigeon WR et al. The evidence base of sleep restriction therapy for treating insomnia disorder. Sleep Med Rev [Internet] 2014 [acceso el 22 de Marzo de 2017]; 18(5): 415-24. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24629826>

³⁶Falloon K, Elley CR, Fernando A 3rd, Lee AC, Arrol B. Simplified sleep restriction for insomnia in general practice: a randomised controlled trial. Br J Gen Pract [Internet] 2015 [acceso el 12 de Abril de 2017]; 65(637): 508-15. Disponible en: <http://bjgp.org/content/65/637/e508.long>

³⁷ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de Julio, por la que establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. Boletín Oficial del Estado, nº174(19 de Julio de 2008)

³⁸Facultad de Enfermería de Soria. Disponible en: http://campusvirtual.uva.es/pluginfile.php/1472305/mod_resource/content/1/GUIA%20DOCENTE%20TFG%202016%202017.pdf

³⁹Troxel W, Germain A, Buysse DJ. Clinical Management of insomnia with Brief Behavioral Treatment (BBTI). Behav Sleep Med [Internet] 2012 [acceso el 28 de Febrero de 2017]; 10(4): 266-79. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/15402002.2011.607200>

⁴⁰Góngora Maldonado F, Pensado Freire H, Tello Bernabé ME. ¿Son eficaces las intervenciones cognitivo conductuales en la mejoría de la calidad del sueño, la duración y la eficiencia en adultos mayores de 60 años? Evidentia [Internet] 2010 [acceso el 14 de Marzo de 2017]; 7(32). Disponible en: <http://www.index-f.com/eventia/n32/ev7362.php>

⁴¹Viniegra Domínguez MA, Parellada Esquius N, De Moraes Ribeiro RM, Parellada Pérez LM, Planas Olives C, Momblan Trejo C. Abordaje integrativo del insomnio en atención primaria: medidas no

farmacológicas y fitoterapia frente al tratamiento convencional. Aten Primaria [Internet] 2015 [acceso el 30 de Marzo de 2017]; 47(6): 351-58.Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-abordaje-integrativo-del-insomnio-atencion-S0212656714002893>

⁴²Gross CR, Kreitzer MJ, Reilly-Spong M, Wall M, Windbush NY, Patterson R, Mahowald M et al. Mindfulness-based stress reduction versus pharmacotherapy for chronic primary insomnia: a randomized controlled clinical trial. Explore [Internet] 2011 [acceso el 28 de Abril de 2017]; 7(2): 76-87. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/MED/21397868>

⁴³Hubbling A, Reilly-Spong M, Jo Kreitzer M, Gross C. How mindfulness changed my sleep: focus groups with chronic insomnia patients. BMC [Internet] 2014 [acceso el 12 de Abril de 2017]; 14(50): 1-11. Disponible en: <https://bmccomplementalmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6882-14-50>

⁴⁴Ong JC, Manber R, Segal Z, Xia Y, Shapiro S, Wyatt JK. A randomized controlled trial of mindfulness meditation for chronic insomnia. Sleep [Internet] 2014 [acceso el 10 de Abril de 2017]; 37(9): 1553-69. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25142566>

9.ANEXOS

9.1. ANEXO I: Índice de gravedad de insomnio (ISI)⁴.

1.Indica la gravedad de tu actual problema (s) de sueño:					
	Nada	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
Dificultad para quedarse dormido/a	0	1	2	3	4
Dificultad para permanecer dormido/a	0	1	2	3	4
Despertarse muy temprano	0	1	2	3	4
2. ¿Cómo/a estás de satisfecho en la actualidad con tu sueño?					
Muy satisfecho	Moderadamente satisfecho			Muy insatisfecho	
0	1	2	3	4	
3. ¿En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diurno (Ej: fatiga durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo etc)?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	
4. ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta a tu calidad de vida?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	
5. ¿Cómo estás de preocupado/a por tu actual problema de sueño?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	
Interpretación: 0-7 = Ausencia de insomnio clínico. 8-14= Insomnio subclínico. 15-21=Insomnio clínico moderado. 22-28=Insomnio clínico grave.					

9.2. ANEXO II: Escala de somnolencia de Epworth⁴.

¿Con qué frecuencia esta somnoliento o se queda dormido en cada una de la siguientes situaciones?					
SITUACIÓN	PUNTUAJE				
	0	1	2	3	4
1. Sentado y leyendo.	0	1	2	3	4
2. Viendo la televisión.	0	1	2	3	4
3. Sentado en un lugar público (ej:cine).	0	1	2	3	4
4. Viajando como pasajero en un auto durante 1 hora.	0	1	2	3	4
5. Descansando en la tarde cuando las circunstancias lo permiten.	0	1	2	3	4
6. Sentado y conversando con alguien.	0	1	2	3	4
7. Sentado en un ambiente tranquilo después del almuerzo (sin alcohol).	0	1	2	3	4
8 .En un auto , mientras se encuentra detenido por algunos minutos en el tráfico.	0	1	2	3	4
<p>PUNTUAJE:</p> <p>0= Nunca.</p> <p>1=Baja frecuencia.</p> <p>2=Moderada frecuencia.</p> <p>3=Alta frecuencia.</p>					

9.3. ANEXO III: Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI)⁴.

INSTRUCCIONES: las siguientes cuestiones hacen referencia a tus hábitos de sueño sólo durante el último mes. Tus respuestas deben reflejar finalmente lo ocurrido la mayoría de días y noches del último mes. Por favor conteste a todas las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿a qué hora solías acostarte por la noche?

Hora habitual de acostarse:

2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) te ha costado quedarte dormido después de acostarte por las noches?

Número de minutos para conciliar el sueño:

3: Durante el último mes, a qué hora te has levantado habitualmente por la mañana?

Hora habitual de levantarse:

4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real has mantenido por las noches?(puede ser diferente del número de horas que estuviste acostado).

Horas de sueño por la noche:

5. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia has tenido un sueño alterado a consecuencia de...?

a) no poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

b)despertarse en mitad de la noche o de madrugada:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

c)tener que ir al baño

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

d)no poder respirar adecuadamente:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

e)tos o ronquido:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

f)sensación de frío:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

g)sensación de calor:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

Continuación ANEXO IV: Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh (PSQI) ⁴.

h) pesadillas:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

i) sentir dolor:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

j) otra causa(s), describir:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

k) ¿Con qué frecuencia ha tenido un sueño alterado a consecuencia de este problema?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

6. Durante el último mes, ¿cómo calificarías en general, la calidad de tu sueño?

- | | | | |
|------------------------------------|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muy buena | <input type="checkbox"/> Bastante buena | <input type="checkbox"/> Bastante mala | <input type="checkbox"/> Muy mala |
|------------------------------------|---|--|-----------------------------------|

7. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuviste que tomar medicinas (prescritas o automedicadas) para poder dormir?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

8. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuviste dificultad para mantenerte despierto mientras conducías, comías o desarrollabas alguna actividad social?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No me ha ocurrido durante el último mes | <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Una o dos veces a la semana | <input type="checkbox"/> Tres o más veces a la semana |
|--|---|--|---|

9. Durante el último mes, ¿cómo de problemático ha resultado para ti el mantener el entusiasmo por hacer la cosas?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No ha resultado problemático en absoluto | <input type="checkbox"/> Sólo ligeramente problemático |
| <input type="checkbox"/> Moderadamente problemático | <input type="checkbox"/> Muy problemático |

10. ¿Tienes pareja o compañero/a de habitación?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No tengo pareja ni compañero/a de habitación | <input type="checkbox"/> Si tengo pero duerme en otra habitación |
| <input type="checkbox"/> Si tengo pero duerme en la misma habitación y distinta cama | <input type="checkbox"/> Si tengo y duerme en la misma cama |

Si tienes pareja o compañero/a de habitación con el que duermes, con qué frecuencia, durante el último mes, te ha dicho que has tenido...

a) ronquidos fuertes

b) largas pausas entre las respiraciones mientras dormía

c) temblor o sacudidas de las piernas mientras dormía

d) episodios de desorientación o confusión durante el sueño

e) otro tipo de trastorno mientras dormía, por favor descríbelo:

9.4. ANEXO V: Diario del sueño-vigilia⁴.

HORAS	DD/MM/AA	1	2	3	4	5	6	7
8:00								
9:00								
10:00								
11:00								
12:00								
13:00								
14:00								
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
24:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								
5:00								
6:00								
7:00								
8:00								

Sombrear las casillas que corresponden a la hora de sueño y siesta.

1. Señale en el diario la información que se indica a continuación, escribiendo la letra que corresponda:

-Hora de acostarse: A

-Hora de levantarse: L

-Hora en que se apaga la luz (oscuridad): O

-Despertares nocturnos: D

-Luz encendida: E

9.5. ANEXO V: Medidas higiénico-dietéticas².

1. Irse a la cama sólo cuando se tenga sueño.
 2. Levantarse todos los días, incluidos los fines de semana, a la misma hora.
 3. Evitar quedarse en la cama despierto más tiempo del necesario.
 4. Evitar las siestas durante el día, en casos concretos, se permitirá una siesta después de comer, que no sobrepase los 30 minutos.
 5. Reducir o evitar el consumo de alcohol, tabaco, cafeína e hipnóticos horas previas al sueño.
 6. Evitar el hambre y las comidas copiosas antes de acostarse.
 7. Mantener condiciones ambientales adecuadas para dormir (temperatura, ventilación, ruidos, luz)
 8. Evitar actividades estresantes o el uso del ordenador en las 2 horas previas de acostarse.
 9. Usar la cama únicamente para dormir y para el sexo. Evitar realizar en la cama actividades como: ver la televisión, leer, escuchar la radio....
 10. Realizar un ejercicio físico moderado al final de la tarde y al menos 3 horas antes de dormir.
 11. Practicar ejercicios de relajación (respiración profunda, meditación, yoga o taichí)
 12. Tomar baños de agua a temperatura corporal por su efecto relajante.
 13. Levantarse de la cama cuando no puede dormir y hacer algo relajante. Cuando tenga sueño volver a la cama.
-