



Breve terapia cognitivo conductual en insomnes en atención primaria

Marta Ordóñez-García^{a, c}, Maite Plaza-San-Martín^{a, c}, Leire Ampudia-Gamero^{b, c},
Lucía Gómez-Fuentes^{b, c}, Luis Ignacio Mendibil-Crespo^c

(a) Centro de Salud Deusto. Osakidetza. Bilbao. Bizkaia

(b) Centro de Salud Otxarkoaga. Osakidetza. Bilbao. Bizkaia

(c) Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia. Osakidetza

Recibido el 18 de diciembre de 2015; aceptado el 29 de diciembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Insomnio.
Atención primaria.
Terapia cognitivo conductual.

Resumen:

Objetivo: Conocer los cambios en indicadores del sueño de insomnes tras aplicar una terapia cognitivo-conductual por médicos de familia.

Métodos: Estudio cuasi experimental, antes y después. 37 sujetos de 2 unidades de Atención Primaria: insomnes, 18-70 años, Pittsburg >5 y capacidad cognitiva conservada. Durante tres consultas realizábamos entrevista clínica e intervención. Variables principales: diferencia entre inicio y final del estudio de 6 indicadores de sueño.

Resultados: finalizaron 27 pacientes. Edad media 50 años. 70% mujeres. Disminuyeron: latencia inicio de sueño 0,35 horas (IC95%: 0,21-0,50); despertar precoz 0,42 horas (IC95%: 0,11-0,65); tiempo total de vigilia 1,44 horas (IC95%: 1,02-1,86). Aumentaron: tiempo total de sueño 1,09 horas (IC95%: 0,64-1,55); eficiencia de sueño 16,84% (IC95%: 12,4-21,65); calidad de sueño 0,64 puntos de escala Likert (IC95%: 0,38-0,90). El 52% mejoró al menos un 10% en los 6 indicadores. Todos los que terminaron mejoraron como mínimo un 10% en algún indicador.

Conclusiones: Intervención beneficiosa para quienes siguen el tratamiento, recomendable su uso en atención primaria.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Insomnia.
Primary Care.
Cognitive Behavioral Therapy.

Brief cognitive behavioral therapy in sleepless people in primary care

Abstract:

Objective: To understand the changes in sleep indicators in sleepless people after applying a cognitive-behavioral therapy by family doctors.

Methods: A pre-post quasi-experimental study. 37 subjects of 2 Health Centers of Primary Care: insomniacs, 18-70 years, Pittsburg > 5 and preserved cognitive capacity. During three concerted visits we implemented clinical interview and intervention. Main

variables: difference between the start and end of the study of 6 sleep indicators.

Results: 27 patients complete. Mean age 50 years. 70% women. Decreased: sleep onset latency 0.35 hours (95%CI 0.21-0.50); Early awakening 0.42 hours (95%CI 0.11-0.65); Total wake time 1.44 hours (95%CI 1.02-1.86). Increased: Total sleep time 1.09 hours (95%CI 0.64-1.55); Sleep efficiency 16.84% (95%CI 12.4-21.65); Sleep quality 0.64 point Likert scale (95%CI 0.38-0.90).

52% improved at least 10% in the 6 indicators. Everybody who finish the study improved by 10% at least some of the indicators.

Conclusions: Beneficial intervention for patients who follow the treatment, therefore, recommendable in Primary Care.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

Terapia kognitibo-konduktual laburra insomniodunekin lehen mailako arretan

Laburpena:

Helburua: Familia-medikuek terapia kognitibo-konduktual bat aplikatu ondoren insomniodun pertsonen loaren adierazleetan egondako aldaketak ezagutzea.

Metodoak: Azterketa kuasi-esperimental, aurretik eta ondoren. Lehen Mailako Arretako 2 unitateetako 37 pertsona: insomniodunak, 18-70 urteekin, Puttsburg >5 eta ahalmen kognitibo onarekin. 3 egunetan zehar elkarriketa klinikoa eta esku-hartzea egin genituen. Aldagai nagusiak: Ikerketaren hasiera eta amaieraren arteko aldea 6 lo-adierazleetan.

Emaitzak: 27 pazienteek amaitu zuten. Batezbesteko adina: 50 urte. %70 emakumeak. Murriztu ziren: Loaren hasieraren latentzia 0,35 ordu (%95 IC: 0,21-0,50); Esnatze goiztiarra 0,42 ordu (%95 IC: 0,11-0,65); Esna-.aldiko denbora, guztira 1,44 ordu (%95IC: 1,02-1,86). Handitu ziren: Lo denbora, guztira 1,09 ordu (%95 IC: 0,64-1,55); Loaren eraginkortasuna %16,84(%95 IC: 12,4-21,65); Loaren kalitatea 0,64 puntu Likert eskalan (%95 IC: 0,38-0,90). %52k gutxienez %10 hobetu zituen 6 adierazleak. Amaitu zuten gutxienez %10 hobetu zuten adierazleatarikoren bat.

Ondorioak: Tratamendua jarraitzen duten pazienteentzat esku-hartze onuragarria da. Lehen Mailako Arretan erabiltzea gomendatzen da.

© 2015 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

GILTZA-HITZAK

Insomnioa.
Lehen Mailako Arreta.
Terapia Kognitiboa-konduktuala.

Introducción

Los trastornos del sueño, particularmente el insomnio, junto con las secuelas diurnas y quejas somáticas que lleva consigo, son motivos de consulta frecuentes en atención primaria (AP)¹⁻⁴, con gran trascendencia sanitaria, social y laboral, lo que implica el sobreuso de los servicios asistenciales y un aumento de los costes sanitarios directos e indirectos²⁻⁴. En un reciente estudio tanto médicos como pacientes consideraban necesarias más opciones para el manejo del insomnio en AP⁵.

Según criterios del DSM-IV-TR⁶ el insomnio primario se define como: dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos un mes y que provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo sin otros trastornos médicos o mentales que expliquen esta alteración del sueño. El ICSD-2⁷ dentro de la definición de insomnio hace hincapié en la disminución del funcionamiento diurno asociando inquietud, irritabilidad, ansiedad y fatiga diurna. Asimismo, la Guía de Práctica Clínica del Insomnio (GPCI)⁴ menciona una frecuencia de tres o más noches a la semana como criterio de gravedad.

Pocos estudios en España han analizado la prevalencia y, menos aún, la incidencia. La prevalencia coincide con la de otros países occidentales: 30% cuando se hace referencia a "quejas" sobre el sueño y 9%-15% y 8%-18% respectivamente cuando se añaden las consecuencias clínicas diurnas y la insatisfacción con la cantidad/calidad del sueño. Al ceñirnos a la definición dada por el DSM-IV-TR, se reduce al 6%^{4,8}.

Existen diversos factores que incrementan el riesgo para padecer insomnio: mujer, edad avanzada, separados o divorciados, viudos, mala calidad de vida, relaciones sociales insatisfactorias, tabaco y alcohol^{4,9}.

La terapia cognitivo conductual (TCC) sola o combinada con fármacos es superior al tratamiento con fármacos en solitario, sobre todo a largo plazo⁹⁻¹². Dos metaanálisis apoyan que las mejorías logradas se mantienen en el tiempo⁹⁻¹⁰. Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados recogidas en la GPCI⁴ han indicado que la TCC produce mejoras en el 70%-80% de los pacientes con insomnio. Asimismo, asocia una reducción estadísticamente significativa del consumo de fármacos en los tratamientos combinados¹⁰⁻¹¹.

Dentro de la TCC, son técnicas eficaces el control de estímulos, restricción del tiempo en cama, relajación,

reestructuración cognitiva e intención paradójica^{2, 4, 10, 12-14}. La higiene del sueño se usa como coadyuvante ya que no ha demostrado eficacia^{2, 4, 9-10, 14-15}.

La efectividad de esta TCC ha sido demostrada tanto para pacientes con insomnio primario como para insomnio asociado a otras patologías^{4, 9, 12}.

Son pocos los estudios realizados en AP^{1, 2, 4}. En un programa de 6 sesiones grupales que llevaron a cabo unas enfermeras entrenadas obtuvieron una disminución significativa de la latencia de inicio del sueño y del tiempo despierto después de inicio del sueño³. Esta efectividad también se ha comprobado en una forma abreviada de dos sesiones¹⁶.

Dada la escasez de los estudios en el campo de la AP, realizamos nuestro estudio con el objetivo de conocer los cambios en indicadores del sueño de personas insomnes tras aplicar una terapia breve cognitivo-conductual por médicos de familia.

Material y métodos

Se realizó un estudio cuasiexperimental antes-después en los centros de salud de Otxarkoaga y Deusto en Bilbao, por médicos de AP.

La población a estudio comprendió personas insomnes entre 18 y 70 años con capacidad cognitiva conservada; definiendo insomnio como: la dificultad para iniciar o mantener el sueño, >3 noches por semana, durante al menos el último mes^{2, 4, 6, 17}, y con una puntuación >5 puntos en la escala de Pittsburg^{1, 2, 4, 18}. Los criterios de exclusión utilizados fueron: otros trastornos del sueño (síndrome piernas inquietas, mioclonías, apneas, narcolepsia, enfermedad por reflujo gastroesofágico, parasomnias, alteración ritmo sueño-vigilia), insomnio secundario a fármacos, trastornos psiquiátricos mayores (depresión mayor, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastornos psicóticos), toxicomanías, enfermedad terminal o estar en tratamiento psicoterapéutico^{2, 4}.

El estudio se realizó entre diciembre de 2012 y julio de 2013. Se ofertó a los primeros 3-4 pacientes que acudían cumpliendo criterios a las consultas de los 15 médicos participantes, sumando un total de 46. Consideramos este número suficiente para este estudio exploratorio en el que creímos necesarios un mínimo de 30 participantes por no disponer de unos criterios claros de mejoría clínica para los parámetros de medición del sueño a los que ceñirnos para cálculos de "n". Una vez que el paciente aceptaba, se le entregaba la documentación: consentimiento informado, escala Pittsburg y diario del sueño para los quince días previos a la entrevista. Posteriormente uno de los investigadores concretaba la cita por teléfono. Un total de 37 pacientes acudieron a la primera consulta, donde se comprobaba el cumplimiento de los criterios, e iniciaron el estudio.

La intervención consistió en tres consultas separadas como mínimo un mes entre sí, a las que debían asistir con un diario del sueño de los quince días previos a la cita. Para el contenido de la intervención se siguió el modelo de Morin²; su duración y plazos son resultado de la discusión del grupo investigador con in-

tención de acercar el modelo a la realidad de las consultas de AP.

En la primera, de unos 75 minutos, se valoraba la escala de Pittsburg y se comprobaba la correcta cumplimentación del diario del sueño; si éste no estaba correctamente cumplimentado, se le daba una nueva cita en quince días. A continuación, se realizaba la entrevista clínica según el modelo propuesto por M. Morin²; para ello se construyó una entrevista-guion que siguieron todos los investigadores con el fin de unificar los contenidos. Finalmente profundizábamos en la TCC, a través de control de estímulos, restricción de tiempo en cama y una reestructuración cognitiva básica. Como adyuvante completábamos el tratamiento con higiene del sueño^{2, 4, 19}.

- **Control de estímulos:** acostarse cuando se tenga sueño. Si no se puede conciliar o mantener el sueño tras 10-15 minutos de intentarlo hay que levantarse y no acostarse hasta volver a tener sueño. Repetir esto último tantas veces como sea necesario a lo largo de la noche. Mantener una hora regular de levantarse por la mañana. Utilizar la cama y el dormitorio solo para dormir o mantener relaciones sexuales. No dormir siesta durante el día^{2, 4}.
- **Restricción de tiempo en cama:** restringir inicialmente el tiempo en cama ajustándolo en base al tiempo real de sueño, nunca siendo este tiempo inferior a cuatro horas y media. Una vez establecido el tiempo en cama, se indicaba al paciente que fuera añadiendo semanalmente 20 minutos más hasta la siguiente visita².
- **Reestructuración cognitiva básica:** consistente en identificar y analizar algunos pensamientos y creencias disfuncionales (que hallábamos mediante la entrevista clínica) en relación al sueño o sobre las consecuencias del insomnio, proponiendo posteriormente la construcción de conductas más adaptativas y funcionales. También se trataba de reducir la ansiedad anticipatoria (miedo de la persona a no dormir) que se produce antes de irse a la cama y que, precisamente, no permite conciliar el sueño^{2, 4}.
- **Higiene del sueño:** no consumir cafeína ni nicotina 6 horas antes de acostarse; no consumir alcohol; realizar comidas ligeras antes de ir a la cama; practicar ejercicio regularmente, evitando el ejercicio vigoroso unas tres o cuatro horas previas a la hora de acostarse; mantener el dormitorio en condiciones óptimas en cuanto a temperatura, luz y ruido².

En la segunda visita, de unos 30 minutos, se reajustaba la restricción del tiempo en cama en función del diario del sueño y se atendían las dificultades personales de cada paciente reforzando los consejos de la primera entrevista.

En la tercera y última visita, de unos quince minutos, y tras la recogida del último diario del sueño, se reforzaban los consejos, se recogían las impresiones del paciente y nos despedíamos de él.

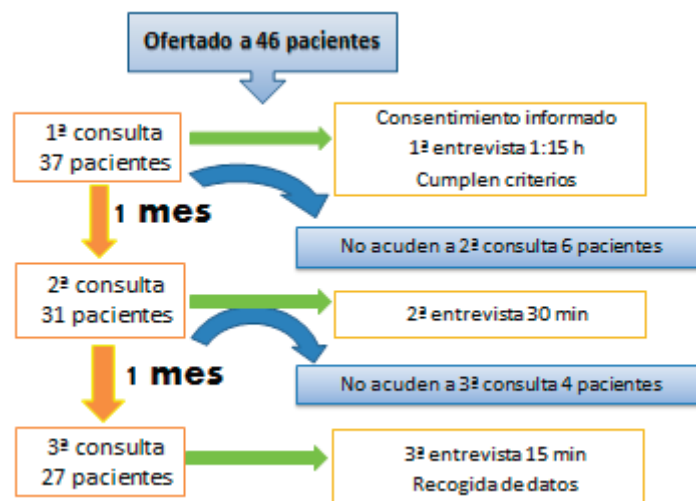


Figura 1. Esquema general del estudio.

Las variables a estudio fueron: edad, sexo, toma de medicación, estado civil y nivel de estudios, recogidas en la entrevista clínica y seis indicadores del sueño obtenidos a partir de los diarios del sueño, al inicio y al final del estudio^{2, 4}:

- **Latencia de inicio del sueño (LIS):** tiempo que transcurre desde que se apaga la luz por primera vez, con intención de dormirse, hasta que se inicia el sueño.
- **Despertar precoz (DP):** tiempo transcurrido desde el último despertar hasta el momento de levantarse realmente.
- **Tiempo total de vigilia (TTV):** tiempo total que se pasa despierto en la cama. $TTV = LIS + DP + TDDIS$ (Tiempo Despierto Después de Inicio del Sueño, que es la suma de los tiempos que permanece despierto en todos los despertares después del inicio del sueño y sin contar DP).
- **Tiempo total de sueño (TTS):** tiempo total de sueño nocturno obtenido. Para definir esta variable primero definimos el Tiempo En Cama (TEC): tiempo total que pasa en la cama desde que se acuesta hasta que se levanta. $TTS = TEC - TTV$.
- **Eficiencia de sueño (ES):** porcentaje de sueño obtenido respecto al tiempo en cama, que se calcula mediante la siguiente fórmula: $ES = TTS / TEC \times 100$.
- **Calidad del sueño (CS):** percepción subjetiva del sueño, utilizando una escala de Likert del 1 al 5 (de muy ligero a muy profundo).

En el análisis estadístico se estimaron medias y proporciones. La diferencia entre la medición basal y final se llevó a cabo mediante la T-Student para comparación de medias apareadas o el test no paramétrico de Wilcoxon en caso de no cumplirse el supuesto de normalidad. Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (vr. 22).

Resultados

Iniciaron el estudio los 37 pacientes que acudieron a la primera consulta; 10 de ellos abandonaron a lo largo

del proceso: 5 por motivo desconocido, 4 por falta de tiempo y 1 por mejoría (ver la figura 1: esquema de investigación).

De los 27 que finalizaron, el 70% eran mujeres, con una edad comprendida entre 18 y 69 años y una edad media de 50 años. En cuanto al estado civil: 63% casados, 18% solteros, 7% viudos y 11% divorciados. El nivel de estudios: 41% básicos, 41% medios y 18% universitarios. Tomaba hipnóticos prescritos para el insomnio el 37% (10 pacientes). La media de la escala Pittsburg pasada al inicio del tratamiento fue de 12,44 puntos.

La evolución de los indicadores de sueño al principio y al final del tratamiento fue, de media, la siguiente (ver la figura 2 y la tabla I):

- LIS: 41,4 minutos al inicio, 19,8 minutos al final (disminuyó 21,6 minutos).
- DP: 1 hora y 4,8 minutos al inicio, 39,6 minutos al final (disminuyó 25,2 minutos).
- TTV: 2 horas y 44 minutos al inicio, 1 hora y 18 minutos al final (disminuyó 1 hora y 26 minutos).
- TTS: 5 horas y 25,8 minutos al inicio, 6 horas y 31,8 minutos al final (aumentó 1 hora y 6 minutos).
- ES: 66% al inicio, 83% al final (aumentó un 17%).
- CS: 2,55 al inicio, 3,19 al final (aumentó 0,64 puntos).

En los seis indicadores de sueño se produjo una mejora estadísticamente significativa ($p < 0,01$).

El 52% de los participantes (IC 95% 31-73%) mejoró al menos un 10% en los seis indicadores; 38% (IC 95% 21-55%) si consideramos a los 37 pacientes que comenzaron el estudio. Todos los que terminaron mejoraron alguno de los indicadores en al menos un 10%.

Discusión

En el presente estudio la TCC empleada resultó efectiva a la hora de tratar el insomnio en pacientes adultos que siguieron la terapia y comprobamos que es factible realizarla por médicos de AP.

Se confirman los resultados de dos revisiones bibliográficas sistemáticas recientes²⁰⁻²¹ en los que la TCC

Tabla I.
Comparación de indicadores del sueño al inicio y final del estudio.

Variables	Inicio	Fin	Diferencia inicio-fin	Significancia (bilateral)	Intervalo de confianza al 95%
LIS	0,69	0,33	0,35	< 0,001	(0,21/0,5)
DP	1,08	0,66	0,42	0.001	(0,11/0,65)
TTV	2,73	1,3	1,44	< 0,001	(1,02/1,86)
TTS	5,43	6,53	-1,09	< 0,001	(-1,55/-0,64)
ES%	66	83	-16,84	< 0,001	(-21,65/12,04)
CS	2,55	3,19	-0,64	< 0,001	(-0,9/-0,38)

LIS: latencia de inicio de sueño (horas); DP: despertar precoz (horas); TTV: tiempo total de vigilia (horas); TTS: tiempo total de sueño (horas); ES: eficiencia de sueño (porcentaje); CS: calidad de sueño escala Likert.

produce mejoría en los seis indicadores del sueño medidos, así como ya se había visto en estudios realizados previamente⁹⁻¹⁰. Esta terapia ha demostrado ser eficaz tanto sola como en asociación con medicación, e incluso consigue una disminución de los fármacos cuando se aplica^{4, 9-10, 20, 22}.

En nuestro caso, de los 46 pacientes a los que se les ofertó el tratamiento, 9 no lo inician y 10 lo abandonan. Por lo tanto, creemos conveniente señalar que en AP ciertos pacientes se niegan a recibir tratamientos o bien los abandonan, haciendo que no sea exitoso en toda la población.

Existen varias limitaciones en el presente estudio; para empezar, al tratarse de un estudio antes-después el hecho de participar en él podría influenciar positivamente en los resultados.

Otras condiciones a tener en cuenta al generalizar los resultados son: el tener funciones intelectuales conservadas y el tamaño de la muestra, que si bien es relativamente pequeño, ha demostrado resultados válidos para esta muestra local de dos centros de salud.

Este estudio fue realizado en AP y no se dispuso de métodos objetivos para evaluar los indicadores del sueño (como polisomnografía o actigrafía), sólo se utilizó el diario del sueño rellenado por el paciente, lo que conlleva cierto grado de subjetividad. Los estudios que usan métodos objetivos informan que los resultados así medidos también reflejan mejoras aunque de menor magnitud^{2, 4, 23}.

El estudio finaliza tras el tratamiento a los tres meses. Si bien la TCC ha demostrado ser efectiva y mantener resultados a tres meses, pocos estudios eva-

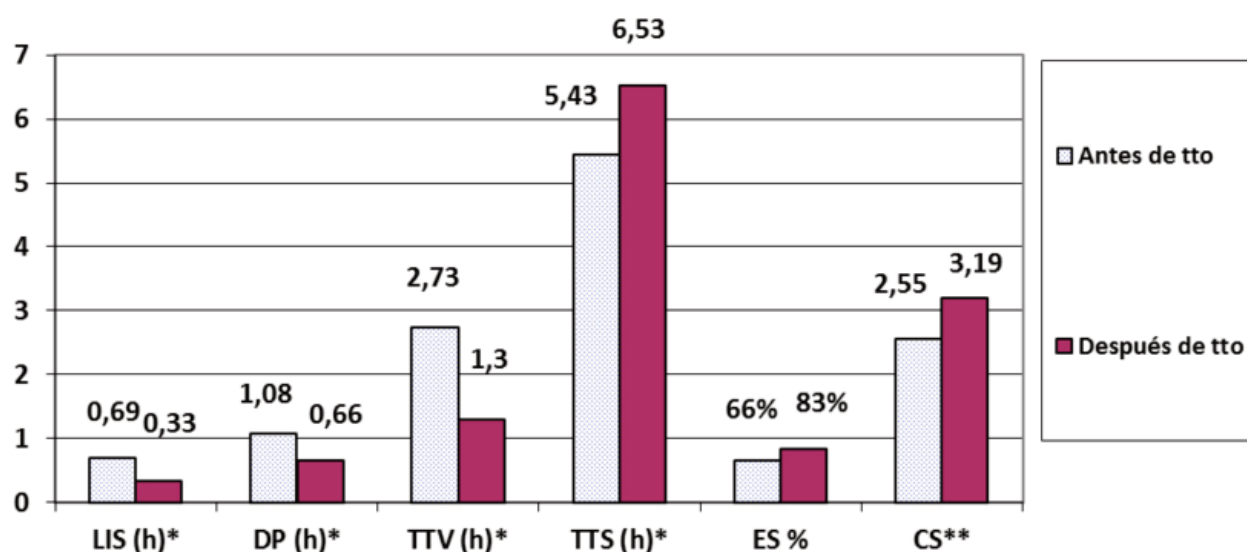


Figura 2. Resultados de indicadores de sueño al inicio y final del estudio.

LIS: latencia de inicio de sueño; DP: despertar precoz; TTV: tiempo total de vigilia; TTS: tiempo total de sueño; ES: eficiencia de sueño; CS: calidad de sueño.

*Horas. **Escala de Likert.

lúan sus efectos en 3-6 meses y aún menos los que lo hacen a más tiempo^{2, 4, 9-11}. Son necesarios más estudios que evalúen los resultados con seguimiento a medio-largo plazo.

Serían interesantes ensayos clínicos que corroboren estos resultados. Planteamos, además, como objetivos para investigaciones futuras, estudios en ancianos²⁴, polimedicados y otros que evalúen medidas de funcionamiento diurno^{2, 4, 25}. Asimismo, recomendamos profundizar en el perfil de pacientes que rechazarían con mayor probabilidad esta intervención con el fin de mejorar la eficiencia.

Pese a las ventajas descritas, la TCC sigue siendo infrutilizada en AP^{2, 4, 25}. Consideramos necesaria mayor formación del personal sanitario en este campo^{1, 2, 4, 27}, para convertirlo en tratamiento de primera línea y nuevos estudios que investiguen su mejor aplicación teniendo en cuenta la limitación de tiempo en las consultas de AP.

En resumen, los resultados de nuestro estudio revelan que la TCC es realizable en AP, que es efectiva y recomendable para el tratamiento del insomnio en este medio.

Responsabilidades éticas

La experimentación con personas ha cumplido las normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 en su versión más actual.

Para la realización de este estudio se solicitó y se obtuvo el consentimiento informado, firmado, de todos los pacientes que participaron en el mismo.

Cuando se consultaron las historias clínicas se siguieron los protocolos establecidos en los respectivos centros sanitarios para acceder a los datos de las historias clínicas.

Todos los autores han leído y aprobado el manuscrito, habiendo participado cada uno de los autores de forma relevante en el diseño y desarrollo del estudio como para asumir la responsabilidad de los contenidos y, asimismo, están de acuerdo con la versión definitiva del artículo.

Los autores declaran que el contenido del artículo es original y que no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes. Fue presentado como comunicación oral en el congreso semFYC 2014 en Gran Canaria.

Declaraciones de autoría

Todos los autores participaron de forma activa en la concepción y el diseño del estudio, así como en la adquisición, análisis y la interpretación de los datos. Del mismo modo, todos los autores participaron en la escritura y revisiones del artículo, dando su aprobación de la versión final para su publicación. M. Ordóñez es la responsable del artículo.

Agradecimientos

Agradecemos a los médicos y enfermeras de los centros de salud de Otxarkoaga y Deusto su colaboración

por la captación de los pacientes y sus opiniones con respecto al estudio, así como a los pacientes participantes por su implicación en el seguimiento del tratamiento.

Financiación

Este es un estudio sin financiación.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

- 1 Gancedo-García A, Gutiérrez-Antezana 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*. 2014; 46:549-57.
- 2 Morin CM. *Insomnio: asistencia y tratamiento*. 1ª edición. Barcelona: Ariel; 1998.
- 3 Espie CA, Inglis SJ, Tessler S, Harvey L. The clinical effectiveness of cognitive behavior therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behaviour Research & Therapy*. 2001; 39:45-60.
- 4 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. *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. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid. Ed. Ministerio de Ciencia e Innovación, Ciempozuelos (Madrid) 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS:UETS N.º2007/5-1.
- 5 Davy Z, Middlemass J, Siriwardena AN. Patients' and clinicians' experiences and perceptions of the primary care management of insomnia: qualitative study. *Health Expect*. [internet] 2013 Aug 19. doi: 10.1111/hex.12119. PubMed PMID:23952603.
- 6 López-Ibor JJ, Valdés ME. *DMS-IV-TR-AP. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Atención Primaria. Barcelona: Masson; 2004.
- 7 American Academy of Sleep Medicine. *International classification of sleep disorders (ICSD-2). Diagnostic and coding manual*. 2.ª edición 2005; Westchester, IL.
- 8 Ohayon MM, Sagales T. Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Med* 2010; 11:1010-8.
- 9 Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep*. 2006; 29:1398-414.
- 10 Wang MY, Wang SY, Tsai PS. Cognitive behavioural therapy for primary insomnia: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 50:553-64.
- 11 Morin CM, Vallières A, Guay B, Ivers H, Savard J,

- Mérette C, et al. Cognitive-Behavior Therapy, Singly and Combined with Medication, for Persistent Insomnia: Acute and Maintenance Therapeutic Effects. *JAMA*. 2009; 301:2005-15.
- 12 Morgenthaler T, Kramer M, Cathy A; Friedman L, Boehlecke B, Brown T, et al. Practice Parameters for the Psychological and behavioral treatment of insomnia: an Update. *An American Academy of Sleep Medicine Report*. *Sleep*. 2006; 29:1415-9.
- 13 Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, MD; Brink D, PharmD. Behavioral and Pharmacological Therapies for Late-Life Insomnia A Randomized Controlled Trial *JAMA*. 1999; 281:991-9.
- 14 Declercq T, Rogiers R, Habraken H., Michels J., Meyere M. Insomnie: Recommendation en première ligne de soins. *Recommandations de Bonne Pratique*. SSMG, Bruselas (2005).
- 15 Haute Autorité de Santé (HAS). Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. *Recommandations pour la pratique clinique*. Argumentaire. SFTG-HAS (Service des recommandations professionnelles et service évaluation médico-économique et santé publique). 2006.
- 16 Edinger JD, Sampson WS. A primary care "friendly" cognitive behavioral insomnia therapy. *Sleep*. 2003; 26:177-82.
- 17 OMS. CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. *Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. 1992; Madrid: MEDITOR.
- 18 Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989; 28:193-213.
- 19 Morin CM. Cognitive-behavioral approaches to the treatment of insomnia. *J Clin. Psychiatry* 2004; 65 Suppl. 16:33-40.
- 20 Miller 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 Medicine Reviews*. 2014; 18:415-24.
- 21 Buysse DJ. Insomnia. *JAMA*. 2013; 309:706-16.
- 22 Alberdi J, Castro C, Pérez L. Guía clínica insomnio primario [Internet]. *Fisterra*; 2011. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/insomnio-primario>.
- 23 Lovato N, Lack L, Wright H, Kennaway DJ. Evaluation of a brief treatment program of cognitive behavior therapy for insomnia in older adults. *Sleep* 2014; 37:117-26.
- 24 Nabil S. Kamel, Julie K. Gammack. Insomnia in the Elderly: Cause, Approach, and Treatment. *The American Journal of Medicine*. 2006; 119:463-69.
- 25 Coronado-Vázquez V, López-Valpuesta FJ, Fernández-López J.A. Efectividad del tratamiento no farmacológico para el insomnio crónico de pacientes polimedicados. *Semergen*. 2010; 36:253-258.
- 26 Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2012, 13:40.
- 27 García-Ramos J, Gallego-Rodríguez JM. Psicoterapias en atención primaria. *FMC Formación Médica Continuada*. 2003; 10:508-13.