

MANUAL PARA LA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL BREVE PARA EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO EN ATENCIÓN PRIMARIA (TCCb-AP)

¿Cómo se puede ayudar a los pacientes a hacer cambios en sus actividades de sueño-vigilia que con frecuencia están arraigadas por años de hábito?

**Proyecto
Tumbet-i**

Índice

1. Justificación
2. Objetivos del manual
3. Información de apoyo para el profesional:
 - a. Marco conceptual de la TCC-i y sus componentes
 - b. Preparación del profesional
4. Intervención: TCC-i sesión a sesión
5. Sesión complementaria: deshabitación de hipnóticos
6. Anexos

1. Justificación

A pesar de la gran cantidad de estudios que demuestran la efectividad de la Terapia cognitivo conductual aplicada al insomnio (TCC-i), pocos son los que se han centrado en el ámbito de Atención Primaria (AP). La mayoría se han llevado a cabo en hospitales o centros del sueño conducidos por personal especializado.

Existen algunas barreras que hacen que exista una infrautilización de este tipo de terapia en AP ya que, la TCC-i no está diseñada como un tratamiento que pueda ser aplicada por médicos o enfermeras. Así como porque implica una serie de demandas iniciales, como son el aumento del tiempo en las consultas, un esfuerzo por parte de los profesionales para motivar a los pacientes y un trabajo profundo sobre cambios de comportamiento arraigados. Éstas, junto a la falta de formación del profesional sanitario y la poca importancia que se le da al insomnio, dificultan el abordaje en la mayoría de los centros de atención primaria. Sin embargo, un estudio reciente realizado en nuestra área, muestra que la mayoría de médicos de familia apoyan este tipo de terapia. En este sentido, el 66,5% de los entrevistados cree que es efectiva y alrededor del 80% manifiesta que esta terapia podría ser aprendida y aplicada tanto por los profesionales de enfermería como por los médicos de familia.

2. Objetivos del manual

Este manual está destinado a todos los profesionales sanitarios de Atención Primaria que quieran aplicar la terapia cognitivo conductual para el insomnio persistente (DSM-V) en sus consultas. Se presenta como un recurso para mejorar la comprensión de este tratamiento no farmacológico y para poder gestionar las complejidades y sutilezas que pueden surgir al aplicar la TCC. En definitiva, mejorar la capacidad de los profesionales para su aplicación y evaluación.

Se presenta un programa estructurado de consultas adaptadas a las necesidades de la práctica clínica en los centros de salud de Atención Primaria. Este programa pretende ser: breve, aceptado por el paciente, aplicable tanto por el profesional de enfermería como por el médico de familia sin que implique una formación larga en el tiempo y, por último, que sea efectiva. El orden de los componentes que se van a desarrollar se basa en la evidencia

empírica y el trabajo de investigaciones previas que apoyan su aplicabilidad en el ámbito de Atención Primaria.

Este programa se deberá personalizar y adecuar a cada tipo de insomnio que padezca la persona atendida.

3. Información de apoyo al profesional

a) Marco conceptual de la TCC y sus componentes

¿Qué es la Terapia cognitivo-conductual aplicada al insomnio?

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es el tratamiento no farmacológico de primera elección para tratar el insomnio. Se basa en los principios del aprendizaje social y tiene, por tanto, una base teórica detrás. Se puede aplicar tanto en grupo como individual y la duración estimada de las dos modalidades está entre 6-8 sesiones de 45 a 90 min.

¿Qué modalidad de TCC se aplica en Atención Primaria?

La TCC breve, que consiste en 5 sesiones o menos. En la literatura consultada se han encontrado 4 ensayos clínicos en los que se aplica esta intervención en diferentes países, ninguno de ellos en España. Se han probado dos tipos de modalidades de intervención, una grupal dirigida por una enfermera (5 sesiones) y otra individual dirigida por un profesional especializado en el tratamiento del insomnio que consta de 4 sesiones (dos presenciales y dos telefónicas). Ambas han obtenido resultados positivos en algunos parámetros del sueño.

Un estudio publicado en España realizado en Huelva con pacientes polimedicados que tienen insomnio crónico (DSM-IV) prueba la aplicación de dos componentes conductuales (higiene del sueño y control de estímulos) aplicados por médicos de familia (*Coronado, 2009).

*Coronado Vázquez, V., López Valpuesta, F. J., & Fernández López, J. A. (2010). Efectividad del tratamiento no farmacológico para el insomnio crónico de pacientes polimedicados. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 36(5), 253-258.

¿Qué beneficios aporta la TCC respecto al tratamiento no farmacológico?

1. Eficacia a corto y largo plazo: la TCC-i es igual de efectiva a corto plazo que el tratamiento farmacológico. Con la TCC-i a corto plazo se consolidan los cambios en el patrón de sueño y se logran resultados iguales, e incluso superiores a los conseguidos con hipnóticos. Pero a largo plazo no se ha demostrado la misma eficacia. Parece que con la TCC-i los cambios se mantienen en el tiempo, al menos

durante el primer año. No hay estudios publicados con seguimiento mayor de 12 meses.

2. Mejora de la calidad de vida: la mejora en algunos parámetros del sueño, como la latencia o el tiempo total de sueño lleva a una mejoría en algunos aspectos relacionados con el funcionamiento diario como el estado de ánimo, menor cansancio, etc.
3. Disminución de las consecuencias: reducción de la morbilidad por las caídas y las lesiones relacionadas con hipnóticos sedantes.
4. Técnica complementaria: la TCC-i puede facilitar la deshabitación de pacientes que consumen hipnóticos.

¿Por qué como profesional he de decidir aplicar este tipo de intervención a pacientes con insomnio persistente?

1. El tratamiento farmacológico sólo está recomendado en breves periodos de tiempo: en la práctica habitual, los profesionales de AP suelen prescribir este tipo de tratamiento o dar información sobre higiene del sueño. Es una intervención con un enfoque pragmático que se centra en resolver el problema actual del paciente, es decir en los síntomas. Con el uso prolongado del tratamiento farmacológico pueden aparecer problemas asociados como la tolerancia, la dependencia o el mayor riesgo de caídas en ancianos.
2. No todos los profesionales están a favor de la prescripción de tratamiento farmacológico.
3. La TCC-i tiene una estructura sencilla para ser aplicada por los profesionales sanitarios.
4. Las características y el funcionamiento de la atención primaria permiten hacer un seguimiento a largo plazo de los pacientes.

¿Cuáles son los objetivos?

Los objetivos principales de la TCC-i son ayudar al paciente a identificar y cambiar:

1. Los hábitos de sueño desadaptados.
2. Los estilos cognitivos disfuncionales que contribuyen al insomnio y dificultan el sueño.

3. Así como, ayudar al paciente a desarrollar estrategias de afrontamiento y desactivación física.

¿Cómo trabajar estos objetivos?

Los objetivos son acordados entre el profesional y el paciente. Dichos objetivos dirigirán las sesiones estructuradas de la intervención. Para ello hay que:

1. Identificar las conductas y pensamientos desadaptados (Conducta-PROBLEMA).
2. Ofrecer al paciente una amplia gama de estrategias de forma ordenada y estructurada según el impacto que le generen en su vida (Conducta-META).

¿He de seguir siempre la misma estructura a lo largo del tratamiento?

El tratamiento tiene una estructura flexible que se puede moldear según la necesidad y evolución de cada paciente. Las entrevistas no son una mera conversación en la que hay una charla libre y espontánea sobre temas diversos e inconexos, si no que hay un orden, unos objetivos concretos, que son pactados entre el profesional y la persona, un respeto por los silencios, algunas reflexiones, resúmenes de la información dada y recibida, etc. El objetivo es recopilar datos precisos e intervenir con especificidad sobre la problemática concreta de la persona. Los objetivos del tratamiento son los que ordenan nuestro trabajo clínico, evitando numerosas conversaciones con el paciente sin una dirección determinada.

¿Qué aspectos he de tener en cuenta sobre esta terapia?

El orden de los componentes a trabajar puede variar en función del tipo de insomnio (inicio o mantenimiento) que presenta el paciente:

- Insomnio de inicio: problemas para iniciar el sueño en menos de 30 minutos.
- Insomnio de mantenimiento: problemas para mantener el sueño, produciéndose despertares nocturnos de más de 30 minutos de duración, consiguiendo un tiempo total de sueño escaso
- Despertar precoz.

La falta de adherencia: a las 4 semanas. Hay que tener en cuenta que, por la estructura de la terapia, durante las primeras semanas el paciente sufre una serie de cambios que van a trastocar las horas de sueño. Hay una reducción del tiempo total de sueño y un aumento de la somnolencia diurna. Estos cambios pueden ser percibir como negativos y hacer que el paciente abandone el tratamiento.

¿Qué tipo de pacientes pueden recibir la TCC-i?

Todos los pacientes mayores de 18 años que, en el momento actual, manifiesten dificultades para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, que dure tres meses o más y que, además, se acompañe de fatiga diurna, sensación de malestar personal significativo y deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad personal.

Pacientes que ya tengan un diagnóstico de insomnio o trastorno del sueño y no reciban ningún tratamiento.

Pacientes que estén con tratamiento farmacológico para el insomnio.

¿Qué características del paciente pueden influir en el éxito o fracaso del tratamiento?

La respuesta al tratamiento y el efecto de los beneficios según la edad: la adherencia, respuesta y beneficios de la intervención varían según la edad. Este tipo de terapia tiene buenos resultados tanto en pacientes jóvenes como ancianos pero parece ser que las personas jóvenes son menos adherentes a las recomendaciones que las personas mayores. Sin embargo, tienen mejor respuesta al tratamiento y mayores beneficios.

La TCC-i ha demostrado ser más efectiva, en cuanto a la mejora del tiempo total de sueño, y más eficiente cuando se aplica a personas <55 años. Por otro lado, los resultados de una revisión Cochrane concluyen que tanto en jóvenes adultos como mayores la TCC-i mejora la latencia y aumento del sueño total en pacientes con insomnio crónico (DSM-IV).

Las características del paciente de AP: Aunque algunos pacientes prefieren tratamiento no farmacológico, la mayoría de insomnes de AP no manifiestan ningún interés. Algunos factores como la presencia de creencias disfuncionales, actitudes hacia el sueño y la aceptación del tratamiento farmacológico son predictores de la aceptabilidad de este tipo de tratamiento. Ello indica que aunque los pacientes de AP busquen soluciones a corto plazo el profesional no debería presuponer un desinterés por otro tipo de tratamiento. Algunas características de los pacientes han demostrado ser predictivas de la adherencia a la TCC-i e influir en el cumplimiento de las recomendaciones como, la actitud hacia el tratamiento, las expectativas y la percepción de auto eficacia, que también se ha relacionado con la aceptabilidad de la terapia.

Aspectos como el sexo, la cronicidad y la comorbilidad (física/mental) no han demostrado influir en el grado de adherencia. Sin embargo, hay que tener en cuenta otros trastornos psiquiátricos como cuadros psicóticos y trastornos de personalidad que suelen dificultar cualquier tratamiento.

b) Preparación del profesional

Antes de aplicar una terapia cognitivo-conductual en AP por parte del profesional médico o de enfermería se recomienda una serie de aspectos a tener en cuenta:

1. Preparar la agenda: a la hora de citar a un paciente el profesional ha de tener en cuenta el tiempo estimado de cada sesión. 3 módulos de 7-10 min en la fase de evaluación inicial y final, dos en las 4 sesiones que forman la intervención y un módulo de sesión complementaria, si el paciente lo necesitara, de deshabitación de benzodiazepinas.
2. No perder de vista el objetivo de la terapia: trabajar de manera focalizada en el problema del insomnio y las causas o estímulos que están manteniendo dicha conducta. Para ello es necesario programar las sesiones y conocer los inconvenientes o afecciones que puedan estar relacionados.
3. Empatía, escucha activa y conexión con el paciente: es importante tener una actitud de predisposición de entendimiento del paciente y prestarle la atención que necesite. Procurar, en este proceso, separar lo que siente el paciente y lo que sentimos nosotros.
4. Ojo con los pacientes antiguos, cambio de rol: no dejarse llevar por el conocimiento de la historia del paciente. Aunque puede ayudar al clima de confianza tu rol cambia. No eres un profesional que escucha activamente y da soluciones. Ahora eres un profesional que acompaña al paciente. Por tanto, las soluciones las ha de encontrar el propio paciente.
5. Obtener un buen feedback de los pacientes ya que ellos son los que marcan el ritmo y objetivos de la intervención.
6. Asegurarse de que los pacientes están entendiendo lo que se les explica. Es importante utilizar un lenguaje adecuado y adaptado.
7. Poner y revisar tareas para casa. Recordar que después de cada sesión se tendrá que poner unas tareas para que el paciente pueda realizar en casa. La práctica diaria conlleva a los cambios de hábitos perseguidos.
8. Escribir información relevante en la historia clínica: cada suceso ocurrido, todas las aportaciones y soluciones encontradas, los motivos relacionados, etc. forman parte de la historia del paciente, aspecto que puede ayudar para la reflexión y autocrítica después de cada sesión, para el enriquecimiento de otros profesionales, para identificar las causas o los pasos no adecuados que han llevado a recaídas.

9. Desarrollar colaboración entre profesionales: esta intervención necesita entender al paciente en su globalidad. La experiencia de casos similares atendidos por otros profesionales nos pueden enriquecer y ayudar a tener una visión global de los hechos de forma más rápida y directa cuando estamos estancados. Por tanto, compartir y buscar apoyo de los compañeros permite la reflexión.

4. Intervención TCCb-AP: sesión a sesión.

La terapia cognitivo-conductual breve aplicada por médicos y enfermeras de AP (TCCb-AP) es un programa de sesiones estructuradas presenciales, interactivas y de participación activa del paciente para el tratamiento del insomnio persistente. Está desarrollada y adaptada por nuestro equipo basada en programas similares aplicados a Atención Primaria que ya han demostrado eficacia.

Intervención propuesta: el programa constará de 6 sesiones individuales estructuradas de aproximadamente 20 minutos: 4 propiamente de terapia cognitivo-conductual, una sesión complementaria de deshabitación de hipnóticos si el paciente está en tratamiento y una última sesión de evaluación final. Las sesiones se harán con una frecuencia estimada de 7 a 15 días.

Figura 3: Cuadro resumen de las sesiones

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6
Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Averiguar la conducta-problema 2. Identificar las creencias y predisposición al cambio 3. Establecer objetivos: conducta-meta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar dificultades y cambios. 2. Identificar cómo es el ambiente del paciente a la hora de ir a dormir. 3. Establecer objetivos de modificación de hábitos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar dificultades y cambios. 2. Identificar los tiempos que dedica el paciente a ciertos hábitos y horarios. 3. Establecer objetivos de modificación de hábitos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar dificultades y cambios. 2. Identificar creencias distorsionadas. 3. Transformar y poner en práctica pensamientos realistas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar creencias y problemas y los derivados de la benzodiazepinas. 2. Pactar con el paciente la pauta de descenso de la dosis. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar logros conseguidos: valoración del paciente. 2. Reflexionar sobre los objetivos no conseguidos 3. Establecer pautas para continuar
Técnicas	<p>Entrevista estructurada</p> <p>Relajación</p>	<p>Control de estímulos</p> <p>Higiene del sueño</p> <p>Relajación</p>	<p>Restricción del tiempo en la cama</p> <p>Intención paradójica</p> <p>Relajación</p>	<p>Reestructuración cognitiva</p> <p>Relajación</p>	<p>Entrevista estructurada</p>	<p>Entrevista estructurada</p>
Fichas de trabajo	Dónde están mis dificultades	Cómo son mis rutinas	Cómo son mis tiempos	Cómo interfieren mis pensamientos	Información por escrito sobre la reducción gradual	Diario del sueño

A recordar:

1. Es un estudio piloto y cuanto más información se aporte mejor. Se debe anotar tanto las dificultades como lo que se considere importante en el CRD.
1. El orden de los componentes a aplicar en la intervención puede variar según el paciente. Todos los cambios que se realicen tanto en número de sesiones como en técnicas utilizadas se ha de registrar junto a los motivos del cambio. Facilitará el trabajo posterior de puesta en común con otros profesionales.

Sesiones estructuradas

Primera sesión individual: Características del sueño y conocimientos del paciente.

La TCC es un modelo de psicoterapia que trabaja a partir de las ideas que el paciente tiene del sueño, sus problemas a la hora de dormir y las ideas sobre el manejo de estos problemas. Por tanto, antes de empezar la terapia cognitivo conductual necesitamos información acerca de las conductas y las cogniciones aprendidas respecto al sueño.

Objetivos específicos:

- Conocer los factores que mantienen el insomnio (conducta-problema).
- Identificar las creencias y la predisposición al cambio.
- Establecer objetivos: identificar conducta-meta.

Duración: 20 min

Propuesta de contenidos

1. Saludo inicial
2. Propuesta 1: Revisión del diario del sueño para establecer la línea base de las características del sueño.
3. Propuesta 2: Diálogo interactivo entre profesional y paciente sobre sus creencias sobre el insomnio.
4. Explicar la intervención
5. Establecer objetivos y entregar material para la reflexión.
6. Relajación
7. Ficha 1 a trabajar en casa: ¿cómo son mis rutinas?
8. Cierre

Antes de empezar. El profesional debería comprobar una serie de indicadores que le pueden ayudar a prepararse para la sesión. Estas señales pueden ir cambiando a lo largo del programa:

- Puntualidad: podemos valorar el interés manifiesto.

- Aspecto físico: podemos valorar el cansancio, estado emocional y el cuidado por uno mismo.

Descripción de la sesión

1. *Saludo inicial*: recibir y acompañar al paciente desde la puerta hasta el lugar donde va a estar ubicado.

Ejemplo de conversación inicial:

“Buenos días, “X”. Pase conmigo. ¿Cómo se encuentra hoy? Siéntese, por favor”

A tener en cuenta: las primeras palabras cuando se le pregunta por el estado general de salud. Pueden indicar un trabajo del día en el que haya: colaboración, resistencia, indiferencia por parte del paciente.

¿Cómo identifico los factores que mantienen el insomnio? CONDUCTA PROBLEMA

- I. A través del registro del sueño
- II. Identificación de las creencias y motivación

I. Primera PROPUESTA: Revisión del diario del sueño y las dificultades encontradas (tiempo aproximado 5 min)

El objetivo de esta propuesta es identificar dónde tiene dificultades el paciente: *¿cómo se siente, cómo actúa, qué reacciones tiene su cuerpo y cómo es su ambiente a la hora de ir a dormir?*. Para ello:

Primero vamos a preguntar al paciente si ha hecho el autoregistro del sueño y si lo ha traído.

Ante esta pregunta pueden suceder varias respuestas:

- a. **Paciente:** Ha cumplimentado el autoregistro y lo ha traído a la consulta. Primero hay que valorar positivamente el esfuerzo y colaboración del paciente. Recordarle que es una tarea complicada y darle las gracias.
¿Qué pregunta el profesional?:
 - Las dificultades que ha encontrado: ejemplo de preguntas
*¿le ha resultado difícil rellenar el diario?***¿Qué observa el profesional?** Inicio/ mantenimiento/despertar precoz. Si está bien cumplimentado o no.
- b. **Paciente:** Ha cumplimentado el autoregistro y no lo ha traído a la consulta. Darle la opción de traerlo otro día y continuar con la sesión. Si no lo trae antes o el mismo día de la siguiente sesión programada, se excluye del estudio.
- c. **Paciente:** No ha cumplimentado el autoregistro. Pedir y anotar los motivos. Excluir del estudio.

Segundo: Si el paciente ha traído cumplimentado el diario del sueño, tras su lectura y análisis, se debería tener claro dónde tiene dificultades el paciente:

Preguntas que te puedes formular:

¿Presenta dificultades para conciliar el sueño o para permanecer dormido? INSOMNIO DE CONCILIACIÓN

¿Se despierta muchas veces durante la noche? INSOMNIO DE MANTENIMIENTO

¿Se despierta antes de lo esperado? DESPERTAR PRECOZ

¿Se despierta sintiendo que no ha descansado?

¿Qué hace el profesional?: situarle en el esquema dónde están sus dificultades (Anexo3)

Para ello es necesario ayudar al paciente a identificar y evaluar las reacciones que está teniendo antes, durante y después del momento de irse a dormir. Así como, los pensamientos y comportamientos que contribuyen al insomnio (Conducta-PROBLEMA). Con toda la información que se ha obtenido a través del diario del sueño y las creencias que tiene el paciente acerca del insomnio:

- Señalar en el esquema dónde están esas dificultades. Ese reflejo le puede ayudar a ser más consciente.
- Mostrar y mantener visible el resto de la sesión para establecer los objetivos terapéuticos.

II. Segunda PROPUESTA: Conocimientos y creencias sobre el insomnio (tiempo aproximado 7 min)

El objetivo de esta propuesta es averiguar: *¿cómo piensa?*

COGNICIONES: *¿Cómo piensa el paciente?*

Lo primero que indagaremos es sobre los conocimientos que tiene el paciente sobre el sueño y el insomnio. El profesional hará una serie de preguntas que irá registrando directamente en el cuaderno.

Ejemplo: A continuación le haré unas preguntas muy sencillas para conocer lo que piensa acerca del sueño y el insomnio.

- 1- *¿Cree que es importante dormir? ¿En qué medida?*
- 2- *¿Cuánto tiempo cree que es necesario dormir? ¿Todos necesitamos dormir las mismas horas? ¿Es igual a lo largo de la vida?*
- 3- *¿Me podría explicar con sus palabras qué cree que es el insomnio?*
- 4- *¿Qué causas piensa que hacen que tenga insomnio?*
- 5- *¿Piensa que el insomnio es sólo un problema nocturno?*
- 6- *¿Qué cree que se puede hacer para dormir mejor?*

¿Qué hace el profesional?: intenta reorganizar el conocimiento (Anexo 4)

A continuación el profesional explica al paciente de una manera sencilla y con un lenguaje cotidiano: la importancia de dormir bien, el proceso del sueño normal y acerca de los desórdenes del sueño.

Es importante en todo momento reforzar los esfuerzos del paciente, por pequeños que sean. Por tanto tras las respuestas que nos dé, ya sea de forma fluida o con dificultades, tendríamos que introducir una frase de agradecimiento. Por ej:

Gracias por compartir sus pensamientos de una forma tan clara y concreta.

Gracias por compartir sus pensamientos.

Gracias por intentar contarme algunas ideas que tiene acerca del insomnio.

A partir de lo que me ha contado voy a completar su información o aclarar ciertos aspectos. Decirle que el dormir es tan importante para el organismo como beber agua o comer y es necesario para mantener un buen estado de salud.

Es importante tener en cuenta dos aspectos: uno, que las necesidades de sueño cambian con la edad y dos, el número de horas de sueño necesarias para sentirse bien varía de unas personas a otras. Por ej: los jóvenes duermen alrededor de unas 8 horas sin embargo las personas de unos 70 años les es suficiente con 6. Se considera normal dormir entre 4 y 12 horas, lo importante es como se encuentre al día siguiente

La falta de sueño puede afectar de manera negativa a su vida provocando deterioros a nivel social, laboral o incluso en otras áreas que considere importantes.

Según el tiempo de evolución, el insomnio puede ser: agudo (sólo unos días o semanas), o persistente (3 meses o más). A veces las causas que lo provocan las podemos controlar (p.ej., haber tomado alcohol) y en otras ocasiones no (una mala digestión, un disgusto reciente...).

Pero... ¿qué aspectos hacen que siga teniendo insomnio?, se preguntará. Esta imagen nos puede ayudar a entender que a nosotros nos influyen aspectos externos e internos.

Es el momento de explicar la intervención (tiempo aproximado 1 min)

En este momento después de hacer una breve introducción de lo qué es el insomnio se podría enlazar la explicación de en qué consiste la intervención, las dificultades que se puede encontrar (más sueño diurno), tiempo y esfuerzo que requiere por parte del paciente. Y que al final de cada sesión se le asignará una tarea para casa.

Ahora, ¿cómo establecer objetivos: identificar conducta-meta? (tiempo aproximado 4 min) (Anexo 4)

Después de identificar la conducta problema hemos de establecer objetivos con el paciente de manera educativa e interactiva. Qué quiere conseguir o puede conseguir con la TCC. Los objetivos terapéuticos serán acordados entre el profesional y el paciente. Dichos objetivos dirigirán las sesiones de intervención para conseguir la Conducta-META, qué quiero conseguir y cómo. Se ha de intentar que sean concretos y realistas.

Ejemplo de objetivos concretos: “dejar de tomar hipnóticos en el próximo mes”, “volver a dormir sin rumiar constantemente antes de acostarme”, “levantarme descansado”, “despertarme menos veces por la noche “

No son válidos ejemplos como: “encontrarme mejor”, “dormir más”, “estar menos cansado durante el día”, etc.

Se recuerda que: los objetivos principales son ayudar a cambiar los hábitos de sueño desadaptados y la desactivación cognitiva y física antes de ir a dormir. Hay que mantener unas expectativas realistas acerca de la cantidad de sueño nocturno que uno puede conseguir. Requiere tiempo.

Consejos prácticos:

Ayudar al paciente a discernir entre lo que puede cambiar y lo que no puede cambiar.

Ayudar al paciente a aceptar que hay cambios que requieren más tiempo o que no se pueden cambiar.

Céntrese en lo que le importa al paciente y trabajad en esa dirección, no en lo que está estipulado.

NOTA: Se anota en el CRD los objetivos propuestos.

Ficha 1 a trabajar en casa: ¿cómo son mis rutinas? (tiempo aproximado 1 min)

El paciente en el cuaderno de trabajo tiene una primera ficha titulada *¿cómo son mis rutinas?*. Consta de 10 pautas sobre la higiene del sueño y el control de estímulos.

Se le pedirá que piense sobre éstas. No es necesario que explicárselas. Al paciente se le puede dar dos opciones:

- Contestar a cada una de ellas con un “sí o no” marcando la primera columna
- Simplemente reflexionar sobre las pautas y rellenarlas en la siguiente sesión

NOTA: si el paciente está activo y pregunta si tiene que empezar a hacer algo, no hay que desanimarlo y dejar que empiece a hacer lo que quiera.

Relajación abdominal o diafragmática (tiempo aproximado 3 min)

La relajación la utilizaremos como técnica complementaria. Está dirigida a disminuir el nivel general de ansiedad e incrementar el nivel de auto control. En esta intervención utilizaremos únicamente la respiración abdominal. La indicación de la misma está en función del criterio del profesional que la realiza. Se aconseja no dedicar más de 3 minutos por sesión.

Ejemplo de cómo introducir la técnica: vamos a aprender relajación para que la pueda utilizar en caso que se ponga muy nervioso o lo necesite.

Ejemplo de cómo realizar la respiración (www.murciasalud.es/recursos):

Colocar una mano en el abdomen justo debajo de las costillas y la otra mano en la parte superior del tórax. Inhalar aire profundamente a través de la nariz de manera que el abdomen se mueva hacia fuera en contra de la mano. Mantener la otra mano en el pecho que tiene que permanecer lo más quieta posible. Después exhalar despacio el aire por la boca, apretar el abdomen suavemente en forma ascendente y hacia el centro con la mano. Exhala al menos el doble del tiempo que se ha utilizado en inhalar (de forma práctica se puede contar 1 al inhalar el aire y contar 1-2-3, mentalmente, al exhalarlo acompañando de palabras tranquilizadoras como CALMA o RELAX o TODO ESTÁ BIEN o ESTOY AVANZANDO).

Es importante concentrarse en mantener el pecho quieto de manera que sea el diafragma el que haga el trabajo de respirar, y no el pecho y los músculos del cuello.

Una vez aprendida la técnica no es necesario poner las manos en el abdomen y en el pecho.

Cierre de la sesión y citar en 7-15 días.

NOTA: recordarle que ha de traer el cuaderno de trabajo

Segunda sesión individual: ¿Cómo son mis rutinas?

Ahora ya conocemos cómo es el paciente, cuál es su línea base, en definitiva dónde está sus dificultades. En esta sesión vamos a averiguar cuáles son las rutinas y aspectos de su entorno.

Objetivos específicos:

- Revisar las dificultades y cambios durante la semana.
- Identificar cómo es el ambiente del paciente a la hora de ir a dormir.
- Establecer objetivos de modificación de hábitos.

Duración: 20 min

Propuesta de contenidos

1. Saludo inicial.
2. Propuesta 1: Revisión de la ficha 1: *¿cómo son mis rutinas?*.
3. Establecer objetivos: modificación de hábitos.
4. Indicar trabajo para casa: ficha 2 *¿cómo son mis tiempos?*.
5. Relajación.
6. Cierre

Descripción de la sesión

1. *Saludo inicial*: recibir y acompañar al paciente desde la puerta hasta el lugar donde va a estar ubicado.

Ejemplo de conversación inicial:

“Buenos días, “X”. Pase conmigo. ¿Cómo se encuentras hoy? Siéntese por, favor”

A tener en cuenta: las primeras palabras cuando se le pregunta por el estado general de salud. Pueden indicar un trabajo del día en el que haya: colaboración, resistencia, indiferencia por parte del paciente.

NOTA: Antes de empezar con la sesión recuerda tener sobre la mesa el esquema de *¿dónde están mis dificultades para dormir?*. Esto le ayudará a centrarse en el tema.

I. **Primera PROPUESTA:** Revisión de la ficha 1 *¿cómo son mis rutinas?* y las dificultades encontradas (tiempo aproximado 6 min)

El objetivo de esta propuesta es identificar cuáles son los hábitos que tiene el paciente a la hora de ir a dormir: *¿cómo actúa y cómo es su ambiente a la hora de ir a dormir?*. Para ello:

Primero vamos a preguntar al paciente si ha rellenado la ficha y si ha traído el cuaderno.

Ante esta pregunta pueden suceder varias respuestas:

- a. **Paciente:** Ha cumplimentado la ficha y ha traído el cuaderno a la consulta. Primero hay que valorar positivamente el esfuerzo y colaboración del paciente. Recordarle que es una tarea complicada y darle las gracias.
¿Qué pregunta el profesional?:
 - Las dificultades que han encontrado: ejemplo de preguntas
*¿le ha resultado difícil rellenar la ficha?***¿Qué observa el profesional?** Hábitos que favorecen o dificultan el sueño. Si está bien cumplimentado o no.
- b. **Paciente:** Ha cumplimentado la ficha pero no ha traído el cuaderno a la consulta. Sacar una copia y dedicar unos momentos para cumplimentarlo en esos momentos.
- c. **Paciente:** No ha cumplimentado la ficha pero ha traído el cuaderno. Dedicar unos momentos para cumplimentarlo en esos momentos.

II. **Establecer OBJETIVOS:** (tiempo aproximado 10 min) (Anexo 5)

Una vez cumplimentada la ficha, vamos a revisarla con el paciente y a marcar objetivos. En función de los ítems que ha contestado negativamente vamos a tener una visión global de algunos de los hábitos que están interfiriendo antes de ir a dormir. Para ello vamos a

transformar estos comportamientos en objetivos. Con esta primera ficha no se puede obtener toda la información pero sí para empezar a trabajar algunos aspectos.

Esta clasificación puede ayudar de una forma más práctica a dar prioridad a los cambios que se ha de proponer el paciente.

- Objetivo 1: Medidas para regularizar el ritmo del sueño

¿Qué ítems podríamos incluir?

Dormir la siesta

- Objetivo 2: Modificar el entorno

¿Qué ítems podríamos incluir?

Habitación confortable

- Objetivo 3: Evitar el consumo de alcohol y excitantes

¿Qué ítems podríamos incluir?

Caféina, tabaco y alcohol

- Objetivo 4: Hábitos horas previas

¿Qué ítems podríamos incluir?

Cena ligera, alcohol, líquidos, ordenador, actividades relajantes

- Objetivo 5: Actitudes

¿Qué ítems podríamos incluir?

Uso de la habitación para dormir, ejercicio, auto-medicación

¿Qué técnicas voy a aplicar?

Se va a trabajar la técnica del control de estímulos junto con las normas de higiene del sueño (CAMFIC).

El control de estímulos es una técnica conductual cuyo objetivo es asociar el dormitorio con el comienzo del sueño. Se basa en la restricción de los estímulos provocadores o elicitadores de conductas-problema y/o en la instauración o desarrollo de estímulos cuya presencia favorezca la adquisición y mantenimiento de conductas deseables.

Es decir, romper la asociación que ha hecho el paciente entre el contexto para dormir y el insomnio.

¿Qué hace el profesional?:

- I. Ayudar a formular objetivos
- II. Ofrecer estrategias
- III. Priorizar un orden

- I. Formular objetivos: después de tener claros los ítems que ha contestado con una negativa y clasificados vamos a ayudar al paciente a formular los ítems en un objetivo concreto.

Ejemplo de cómo formular un objetivo: *En los próximos diez días me propongo no dormir siesta.*

- II. Ofrecer una estrategia: después de haber formulado un objetivo hay que explicarle al paciente cómo puede conseguir el objetivo propuesto. A parte de las recomendaciones generales que se pueden dar, es conveniente personalizar la estrategia.

Ejemplo de cómo formular una estrategia: *Ya que el objetivo que se ha propuesto en los próximos diez días es no dormir siestas le recomiendo que, en el momento, que le entre sueño haga alguna actividad que pueda “engañar” a su cerebro. Lávese la cara, tome aire, haga respiraciones profundas, póngase música activa...*

- III. Para priorizar los objetivos a trabajar pregúntele al paciente: *¿qué es lo que le costaría menos cambiar? ó ¿qué está dispuesto a cambiar primero su ritmo, su entorno, su actitud, su consumo o sus hábitos antes de ir a dormir?*

Se pueden incluir hasta tres objetivos a modificar los siguientes 10 días, dependiendo de la predisposición del paciente y las reacciones que le provoquen.

El paciente ha de remarcar en su cuaderno las pautas-objetivo que va a trabajar durante la semana.

Recuérdale que: los cambios de rutina siempre son difíciles y que lo importante es que lo intente, que sólo lo puede conseguir uno mismo y que el profesional está para acompañarlo. Le recuerda que puede contactar con usted vía teléfono o e-mail, si tiene alguna duda.

Figura: Tabla resumen

Clasificación objetivo	Ítem específico	Recomendación
Objetivo 1: Medidas para regularizar el ritmo del sueño	Siestas	<i>Distrae tu cerebro. Lávate la cara, toma aire, haz respiraciones profundas, ponte música activa...</i>
Objetivo 2: Modificar el entorno	Habitación	<i>Aislamiento sonoro y luminoso: sin TV, sin radio, móvil... Temperatura ambiental adecuada (fresca) Evitar aparatos enchufados cerca de la cama que pueden hacer ruido o exceso de luz.</i>
Objetivo 3: Evitar el consumo de alcohol y excitantes	Cafeína, tabaco y alcohol	<i>Son perturbadoras del sueño.</i>
Objetivo 4: Hábitos horas previas	Tóxicos, cena, líquidos, ordenador, rutinas, actividades relajantes	<i>No consumir: alcohol y tabaco 2 h antes de dormir, cafeína desde las 16h o 6h antes. Ingestas moderadas por la noche. Bien: leche caliente, hidratos, lechuga, cena suave Mal: alimentos condimentados, chocolate o con mucho azúcar. Evitar exceso de líquido Actividades relajantes durante el día: baños calientes, música relajante, pasear, leer, yoga, pilates... No uso de ordenador 2h antes Incluir rutinas que anuncien la hora de dormir: lavarse los dientes, ponerse el pijama</i>
Objetivo 5: Actitudes	Uso de la habitación, ejercicio, respiraciones	<i>Usa tu cama sólo para dormir y relaciones sexuales. Si realiza un ejercicio moderado logrará un descanso más profundo. Práctica de respiraciones profundas unas cuantas veces al día.</i>

¿Qué le puedo recomendar para modificar cada uno de los hábitos?

(Aprendiendo a conocer y manejar el insomnio: información para el paciente; CAMFIC)

<p>Evito siestas. Si la hago máximo 30 min.</p> <p>Recomendación: En casos concretos, se puede permitir una siesta después de comer de duración no superior a 30 min.</p>
<p>Uso la cama del dormitorio solo para dormir y mantener relaciones sexuales.</p> <p>Recomendación: evita hacer otras actividades en la cama como ver la TV, leer, escuchar música, discutir... Nuestro cerebro necesita asociar el dormitorio y la cama a la actividad de dormir. Cuando en ese lugar se realizan otro tipo de actividades el cerebro recibe un doble mensaje y se confunde.</p>
<p>Mi habitación es un sitio confortable y tranquilo.</p> <p>Recomendación: Temperatura agradable y niveles mínimos de ruido y de luz.</p>
<p>Realizo una hora de ejercicio o más al día, al menos 3-4 horas antes de acostarme.</p> <p>Recomendación: Realice ejercicio suave (pej: pasear) durante al menos 1 hora al día, con luz solar, preferentemente por la tarde y siempre al menos 3 horas antes de ir a dormir. Si se realiza ejercicio vigoroso en las 3 o 4 horas previas a acostarse el sistema nervioso puede activarse y la sensación de somnolencia perderse.</p>
<p>Tengo las mismas rutinas antes de ir a la cama (lavar dientes, poner pijama,...)</p> <p>Recomendación: Repetir cada noche una rutina de acciones que ayuden a prepararse mental y físicamente para irse a la cama. Lavarse los dientes, ponerse el pijama, tomar un baño a temperatura corporal...</p>
<p>Evito bebidas con caféina, tabaco o alcohol durante la tarde.</p> <p>Recomendaciones: El alcohol y el tabaco perjudican el sueño y, en este sentido, se debe evitar su consumo varias horas antes de dormir. Si bien el alcohol puede facilitar el inicio del sueño, provoca despertares a lo largo de toda la noche. La nicotina es un estimulante no un tranquilizante. Las bebidas con caféina son estimulantes.</p>
<p>Ceno ligero dos horas antes de ir a la cama. No me acuesto con hambre.</p> <p>Recomendaciones: El hambre y las comidas copiosas pueden alterar el sueño. Si se despierta a mitad de la noche, es preferible no comer nada o se puede comenzar a despertar habitualmente la misma hora sintiendo hambre.</p>
<p>Limito el líquido que bebo al final de la tarde y por la noche.</p> <p>Recomendaciones: Procure no tomar líquidos en exceso la final de la tarde y por la noche. Evita tener que levantarse de la cama para ir al baño.</p>
<p>Procuro no usar el ordenador 2 horas antes de irme a la cama.</p> <p>Recomendaciones: El efecto luminoso de la pantalla del ordenador puede aumentar su estado de activación.</p>
<p>No me auto-medico.</p> <p>Recomendaciones: El tomar medicamentos por su cuenta puede agravar el problema. Lo que le puede ir bien a un insomne puede no ser adecuado para otro.</p>

Ficha 2 a trabajar en casa: ¿cómo son mis tiempos? (tiempo aproximado 1min)

El paciente en el cuaderno de trabajo tiene una segunda ficha titulada *¿cómo son mis tiempos?*. Consta de 4 pautas sobre la restricción del tiempo en la cama.

Al igual que la anterior, se le pedirá que piense sobre éstas. No es necesario que se las explique. Al paciente se le puede dar dos opciones:

- Contestar a cada una de ellas con un “sí o no” marcando la primera columna
- Simplemente reflexionar sobre las pautas y rellenarlas en la siguiente sesión

NOTA: si el paciente está activo y pregunta si tiene que empezar a hacer algo, no hay que desanimarlo y dejar que empiece a hacer lo que quiera.

Relajación: respiración abdominal (tiempo aproximado 3 min)

Cierre de la sesión y citar en 7-15 días.

NOTA: recordarle que ha de traer el cuaderno de trabajo

Tercera sesión individual: ¿Cómo son mis tiempos?

Ahora ya conocemos cómo es el paciente, cuál es su línea base, dónde están sus dificultades y cuáles son sus rutinas. En esta sesión vamos a averiguar aspectos relacionados con el tiempo y los horarios de algunas conductas.

Objetivos específicos:

- Revisar las dificultades y cambios durante la semana.
- Identificar los tiempos que dedica el paciente en ciertos hábitos y los horarios.
- Establecer objetivos de modificación de hábitos.

Duración: 20 min

Propuesta de cronograma: contenidos

1. Saludo inicial
2. Valorar los progresos respecto la semana anterior
3. Propuesta 1: Revisión de la ficha 2: *¿cómo son tiempos?*.
4. Establecer objetivos: modificación de hábitos.
5. Indicar trabajo para casa: ficha 3 *¿cómo interfieren mis pensamientos?*.
6. Relajación.
7. Cierre

Descripción de la sesión

1. *Saludo inicial*: recibir y acompañar al paciente desde la puerta hasta el lugar donde va a estar ubicado.

Ejemplo de conversación inicial:

“Buenos días, “X”. Pase conmigo. ¿Cómo se encuentra hoy? Siéntese por, favor”

A tener en cuenta: las primeras palabras cuando se le pregunta por el estado general de salud. Pueden indicar un trabajo del día en el que haya: colaboración, resistencia, indiferencia por parte del paciente.

NOTA: Antes de empezar con la sesión recuerda tener sobre la mesa el esquema de *¿dónde están mis dificultades para dormir?*. Esto le ayudará a centrarse en el tema.

2. Valorar los progresos de la semana anterior (tiempo aproximado 3 min):

Preguntar al paciente sobre los objetivos marcados los 10 días anteriores y determinar los problemas prácticos que se ha encontrado en casa. Ante esta pregunta puede suceder varias cosas:

Paciente: ha practicado nuevas rutinas y ha traído el cuaderno a la consulta.

Primero hay que valorar positivamente el esfuerzo y colaboración del paciente.

Recordarle que es una tarea complicada y darle las gracias.

¿Qué pregunta el profesional?: Si ha conseguido los objetivos propuestos y si no por qué motivo.

NOTA: el paciente ha de anotarlos en el cuaderno

¿Qué observa el profesional? Si el orden de priorización es correcto y los motivos por los que no se han conseguido los objetivos.

¿Qué hacer con los objetivos no conseguidos?: tenerlos en cuenta para incluirlos en otro momento o reformularlos.

Paciente: Ha practicado nuevas rutinas pero no ha traído el cuaderno a la consulta.

Sacar una copia y cumplimentar los motivos en esos momentos.

Recordarle que después lo tiene que anotar en su cuaderno.

Paciente: Se niega a practicar nuevas rutinas pero ha traído el cuaderno.

¿Qué pregunta el profesional?: Los motivos.

¿Qué hacer ante esta situación?: Según los motivos que te dé el paciente replantear el orden de las técnicas.

3. **Primera PROPUESTA:** Revisión de la ficha 2 *¿cómo son mis tiempos?* y las dificultades encontradas (tiempo aproximado 3 min)

El objetivo de esta propuesta es identificar el tiempo que dedica en algunos hábitos que no favorecen el sueño: *¿cuánto tiempo invierte el paciente en ciertas conductas y cuáles son sus horarios?*. Para ello:

Primero vamos a preguntar al paciente si ha hecho la ficha y si ha traído el cuaderno.

Ante esta pregunta pueden suceder varias respuestas:

Paciente: Ha cumplimentado la ficha y ha traído el cuaderno a la consulta. Primero hay que valorar positivamente el esfuerzo y colaboración del paciente. Recordarle que es una tarea complicada y darle las gracias.

¿Qué pregunta el profesional?:

- Las dificultades que han encontrado: ejemplo de preguntas
¿le ha resultado difícil rellenar la ficha?

¿Qué observa el profesional? Tiempos que favorecen o dificultan rutinas para iniciar el sueño. Si está bien cumplimentado o no.

Paciente: Ha cumplimentado la ficha pero no ha traído el cuaderno a la consulta. Sacar una copia y dedicar unos momentos para cumplimentarlo en esos momentos.

Paciente: No ha cumplimentado la ficha pero ha traído el cuaderno. Dedicar unos momentos para cumplimentarlo en la consulta.

4. **Establecer OBJETIVOS:** (tiempo aproximado 10 min)

Una vez cumplimentada la ficha, vamos a revisarla con el paciente y a marcar objetivos.

En función de los ítems que ha contestado negativamente vamos a tener una visión global de algunos de los hábitos que están interfiriendo antes de ir a dormir. Para ello vamos a transformar estos comportamientos en objetivos.

Ahora ya sabemos cómo son sus hábitos, su contexto y los logros que ha hecho durante los diez días anteriores. Puede que en estos momentos se necesite incluir objetivos de la ficha anterior o incluso de disfunciones cognitivas.

NOTA: El orden se sigue en función del paciente. No olvidar anotar los motivos del cambio.

Esta clasificación te puede ayudar de una forma más práctica para dar prioridad a los cambios que se ha de proponer el paciente.

- Objetivo 1: Medidas para regularizar el ritmo del sueño
¿Qué ítems podríamos incluir?
Horario fijo, tiempo suficiente, a dormir cuando tengo sueño
- Objetivo 2: Actitudes
¿Qué ítems podríamos incluir?
Obsesión por dormir, preocupaciones

¿Qué técnicas voy a aplicar?

Vamos a trabajar con la técnica de restricción del tiempo en la cama y la intención paradójica.

Restricción del tiempo en la cama: es una técnica cuyo objetivo es limitar el tiempo en la cama a tiempo real de sueño.

Las personas con insomnio tienden a estar más tiempo en la cama del necesario para compensar el no haber dormido bien. Con el tiempo esta estrategia sólo consigue mantener el insomnio.

Con esta técnica se pretende producir un estado de ligera falta de sueño. Este estado facilita quedarse antes dormido, dormir con menos interrupciones y conseguir un sueño más profundo. Para conseguir esto hay que reducir la cantidad de horas que se pasan en la cama intentando que se aproximen lo más posible al tiempo que se estime necesario.

Posteriormente se irá incrementando el tiempo en la cama hasta conseguir una duración óptima del sueño.

Indicaciones:

- a) Hay que restringir inicialmente el tiempo en cama tanto como usted lo pueda tolerar. En cualquier caso, el tiempo en cama no debe reducirse a menos de 4 ó 5 horas por noche.
- b) La restricción del sueño implica determinar el momento de acostarse y el momento de levantarse, más que la cantidad obligatoria de tiempo que se debe pasar en la cama.
- c) Usted puede elegir tanto la hora de acostarse como la hora de levantarse. Por ejemplo, se puede elegir acostarse a las 23 horas, pero debe levantarse cinco horas más tarde (es decir, a las 4 de la madrugada). Por tanto, es preferible mantener una hora de levantarse regular y reajustar solamente el momento de acostarse.
- d) Los cambios en el tiempo en cama permitido se suelen hacer semanalmente, aunque en ocasiones puede ser necesario hacer cambios más frecuentes.

Intención paradójica es una técnica cognitiva que nos servirá para trabajar la ansiedad que le produce al paciente por conseguir dormir (Obsesión por dormir). La idea que se pretende es la contraria: que no duerma.

Instrucciones que le daremos al paciente.

1. Échate en la cama y apaga la luz

2. Intenta mantener los ojos abiertos para no dormir. Cada vez que los cierres debes decirte: “voy a intentar aguantar un poco más”.
3. A medida que pasa el tiempo felicítate por permanecer despierto: “Así es como debo hacerlo””lo estoy haciendo muy bien”
4. Si empiezas a sentirte irritable por no dormir recuerda que el plan es mantenerse despierto: “lo estoy haciendo bien”
5. Intenta estar despierto todo lo que puedas
6. Cuando veas que no puedes más, déjate llevar.

¿Qué hace el profesional?

- a. Ayudar a formular objetivos
- b. Ofrecer estrategias
- c. Priorizar un orden

a. Formular objetivos: después de repasar la ficha 1 y tener claros los ítems que ha contestado con una negativa en la ficha 2. Vamos a ayudar al paciente a formular los ítems en un objetivo concreto y en afirmativo.

Ejemplo de cómo formular un objetivo: *En los próximos diez días me propongo pensar en (elegir pensamiento relajante o neutro para el paciente).*

b. Ofrecer una estrategia: después de haber formulado un objetivo hay que explicarle al paciente cómo puede conseguir el objetivo propuesto. A parte de las recomendaciones generales que se pueden dar, es conveniente personalizar la estrategia.

Ejemplo de cómo formular una estrategia: *Ya que el objetivo que se ha propuesto en los próximos diez días es pensar en “X” le recomiendo que tenga unos momentos al día para reflexionar sobre las cosas que le preocupan. Durante la noche no se puede solucionar nada.*

c. Para priorizar los objetivos a trabajar has de preguntarle al paciente: *¿qué es lo que le costaría menos cambiar? ó ¿qué está a dispuesto a cambiar primero su ritmo o su actitud?*

Se pueden incluir hasta tres objetivos a modificar los siguientes 10 días, dependiendo de la predisposición del paciente y las reacciones que le provoquen.

El paciente ha de remarcar en su cuaderno las pautas-objetivo que va a trabajar durante la semana.

Recordarle que: los cambios de rutina siempre son difíciles y que lo importante es que lo intente, que sólo lo puede conseguir uno mismo y que estarás para acompañarlo. Le recuerda que puede contactar con usted vía teléfono o e-mail, si tiene alguna duda.

Tabla resumen

Clasificación objetivo	Ítem específico	Recomendación
Objetivo 1: Medidas para regularizar el ritmo del sueño	Horario fijo, tiempo suficiente, a dormir cuando tengo sueño	<p><i>Seguir un horario regular: al principio levantarte y acostarte a la misma hora todos los días, incluso fines de semana (máx 1 hora±). Esto fortalece el ritmo circadiano. En cuanto empiece a mejorar: irte a la cama sólo cuando realmente tengas sueño pero levantarte siempre a la misma hora aunque no hayas dormido por la noche.</i></p> <p><i>Dormir lo necesario para sentirte descansada al día siguiente (ni + ni -)</i></p> <p><i>Si realmente no puedo dormir: o te quedas en la cama descansando (el cuerpo se relaja) o te levantas y te pones a leer (pej: hasta que tengas realmente sueño y necesites dormir).</i></p>
Objetivo 2: Actitudes	Obsesión por dormir, preocupaciones	<p><i>Ten en cuenta que el sueño es algo pasivo, no te esfuerces en dormir ni obligarte a conseguirlo. Si no te duermes, te levantas y realizas alguna actividad relajante hasta que entre sueño. Repite esto durante toda la noche si es necesario.</i></p> <p><i>Obsesión por dormir. Explicar las indicaciones de la técnica cognitiva: intención paradójica.</i></p> <p><i>Puede reservar, en otro momento del día, 30 minutos para reflexionar sobre aquello que le preocupa, intentando encontrar las soluciones, (le podría ayudar escribirlo en una hoja de papel). Cuando esté en la cama, si vuelven las preocupaciones, dígame a sí mismo: “basta, ya pensaré en ello mañana, ahora es hora de dormir”.</i></p>

Ficha 3 a trabajar: ¿cómo interfieren mis creencias? (tiempo aproximado 1min)

El paciente en el cuaderno de trabajo tiene una tercera ficha titulada *¿cómo interfieren mis creencias?*.

Al igual que las anteriores, se le pedirá que piense y anote los pensamientos negativos que le vayan surgiendo durante los próximos días respecto al insomnio. Aunque le parezca que no tiene sentido.

Relajación: respiración abdominal (tiempo aproximado 3 min)

Cierre de la sesión y citar en 7-15 días.

NOTA: recordarle que ha de traer el cuaderno de trabajo

Cuarta sesión individual: ¿Cómo interfieren mis pensamientos?

Ahora ya conocemos cómo es el paciente, cuál es su línea base, dónde están sus dificultades, cuáles son sus rutinas y sus horarios. En esta sesión vamos a averiguar aspectos relacionados con las creencias y cómo está interfiriendo en el insomnio.

Objetivos específicos:

- Revisar las dificultades y cambios durante la semana.
- Identificar las creencias distorsionadoras.
- Transformar y poner en práctica pensamientos realistas.

Duración: 20 min

Propuesta de cronograma: contenidos

1. Saludo inicial
2. Valorar los progresos respecto la semana anterior
3. Propuesta 1: Revisión de la ficha 3: *¿cómo interfieren mis creencias?*.
4. Enseñar técnicas cognitivas
5. Tarea para casa: puesta en práctica
6. Relajación.
7. Cierre y diario del sueño

Descripción de la sesión

1. *Saludo inicial*: recibir y acompañar al paciente desde la puerta hasta el lugar donde va a estar ubicado.

Ejemplo de conversación inicial:

“Buenos días, “X”. Pase conmigo. ¿Cómo se encuentra hoy? Siéntese por, favor”

A tener en cuenta: las primeras palabras cuando se le pregunta por el estado general de salud. Pueden indicar un trabajo del día en el que haya: colaboración, resistencia, indiferencia por parte del paciente.

NOTA: Antes de empezar con la sesión recuerda tener sobre la mesa el esquema de *¿dónde están mis dificultades para dormir?*. Esto le ayudará a centrarse en el tema.

2. Valorar los progresos de la semana anterior (tiempo aproximado 3 min):

Preguntar al paciente sobre los objetivos marcados los 10 días anteriores y determinar los problemas prácticos que se ha encontrado en casa. Ante esta pregunta puede suceder varias cosas:

Paciente: ha practicado nuevas rutinas y ha traído el cuaderno a la consulta.

Primero hay que valorar positivamente el esfuerzo y colaboración del paciente.

Recordarle que es una tarea complicada y darle las gracias.

¿Qué pregunta el profesional?: Si ha conseguido los objetivos propuestos y si no por qué motivo.

NOTA: el paciente ha de anotarlos en el cuaderno

¿Qué observa el profesional? Si el orden de priorización es correcto y los motivos por los que no se han conseguido los objetivos.

¿Qué hacer con los objetivos no conseguidos?: tenerlos en cuenta para incluirlos en otro momento o reformularlos.

Paciente: Ha practicado nuevas rutinas pero no ha traído el cuaderno a la consulta.

Sacar una copia y cumplimentar los motivos en esos momentos.

Recordarle que después lo tiene que anotar en su cuaderno.

Paciente: Se niega a practicar nuevas rutinas pero ha traído el cuaderno.

¿Qué pregunta el profesional?: Los motivos.

¿Qué hacer ante esta situación?: Según los motivos que te dé el paciente replantear el orden de las técnicas.

3. **Primera PROPUESTA:** Revisión de la ficha 3 *¿interfieren mis creencias?* y las dificultades encontradas (tiempo aproximado 3 min)

El objetivo de esta propuesta es identificar las creencias o pensamientos negativos que interfieren en el insomnio: *¿qué creencias tiene acerca del insomnio?*. Para ello:

Primero vamos a preguntar al paciente si ha anotado algún pensamiento negativo que le haya aparecido respecto al insomnio y si ha traído el cuaderno.

Ante esta pregunta pueden suceder varias respuestas:

Paciente: Ha cumplimentado la ficha y ha traído el cuaderno a la consulta. Primero hay que valorar positivamente el esfuerzo y colaboración del paciente. Recordarle que es una tarea complicada y darle las gracias.

¿Qué pregunta el profesional?:

- Las dificultades que han encontrado: ejemplo de preguntas
¿le ha resultado difícil identificarlos?

¿Qué observa el profesional? Tipo de creencias que están bloqueando. Si están relacionados con el insomnio o no.

Paciente: Ha cumplimentado la ficha pero no ha traído el cuaderno a la consulta. Sacar una copia y dedicar unos momentos para cumplimentarlo en esos momentos.

Paciente: No ha cumplimentado la ficha pero ha traído el cuaderno. Dedicar unos momentos para cumplimentarlo en esos momentos.

¿Qué técnica voy a aplicar?

Vas a seguir aplicando la intención paradójica y la reestructuración cognitiva.

Reestructuración cognitiva: Ahora que la conducta la estamos trabajando vamos a hacerlo, simultáneamente, con las creencias. Hemos de tener presente que las personas nos guiamos por un sistema de creencias que se ha formado bajo la influencia del ambiente, la cultura y principalmente, de la familia. Por lo que al igual que los hábitos, están muy arraigados a la persona. El objetivo de esta técnica es romper con algunos esquemas o pensamientos negativos que están impidiendo, al paciente, conseguir dormir. Que pueden influir en el inicio o mantenimiento del insomnio.

Estas creencias pueden:

Distorsionar la realidad y tener expectativas de sueño poco realistas

Pej: lograr 8 horas de sueño todas las noches; de momento con intentar dormir aunque sea poco es suficiente.

Interpretar erróneamente lo que está sucediendo y tener conceptos equivocados sobre las causas del insomnio y que se conviertan en obsesiones.

Pej: si hago esto igual me pasa; seguro que me pasa porque mi marido se ha metido en la cama a la vez que yo; no puedo hacer esto porque me volverá a pasar.

Producir **ansiedad** por controlar la cantidad y calidad del sueño.

Amplificar las consecuencias: por una noche de sueño escaso tendemos a generalizar y anticipar negativamente.

Pej: ya estamos otra vez igual, no voy a poder dormir; lo mismo que ayer; no podré funcionar bien si duermo mal esta noche.

¿Qué hace el profesional?

- a. Ayudar a identificar estas creencias distorsionadoras
- b. Ofrecer estrategias
- c. Puesta en práctica

a. Identificar creencias distorsionadoras: en estos momentos el paciente sigue trabajando los objetivos propuestos sobre hábitos (ficha 1) y restricción del tiempo (ficha 2). Puede ser que aún el paciente no esté trabajando todas las dificultades. Si es necesario repasar las fichas y objetivos continuamos haciéndolo.

El objetivo principal del trabajo de la ficha 3 es identificar las creencias que distorsionan al paciente, su grado de certeza, las pruebas a favor y en contra. Para ello vamos a ayudar al paciente a rellenar la ficha.

Recuerde que: no es fácil detectar pensamientos negativos, ni convertirlos en positivos.

Ejemplo de las primeras preguntas de la ficha:

Escribe tu creencia: *si no duermo toda la noche me voy a cortar las venas.*

Grado de certeza del 0 al 10: 8

¿Cómo lo compruebas?: *yendo a la cama a dormir*

Pruebas en contra de esta creencia: *alguna vez no he dormido toda la noche y me siento bien al día siguiente.*

Sustitúyelo por un pensamiento realista: *hoy voy a conseguir dormir un poco más y tendré las venas intactas.*

b. Ofrecer una estrategia: después de haber identificado una o dos creencias y un pensamiento positivo hay que sugerirle un modo de “combatir” en contra.

A continuación tienes cuatro estrategias:

1. Autoafirmaciones: verbalizar palabras que te dirijan hacia un pensamiento positivo. Siempre a base de repetir hasta automatizar.

Ejemplo de afirmaciones: *“puedo hacerlo”; “ahora tengo recursos que antes no tenía”; “si me pongo nerviosa sé lo que tengo que hacer”; “para y controla”; “no pasa nada porque no pueda dormir, por eso no me voy a morir, con dormir un poco es suficiente, esto es lo importante”.*

2. Parada de pensamiento: excluir cualquier pensamiento indeseable que genere malestar, incluso, antes de formularlo y sustituirlo por otro positivo o incompatible. Romper la cadena para que las señales físicas no se disparen.

Ejemplo de pensamiento: *“seguro que me pasa”*

Respuesta: *María NO, respira, puedo hacerlo.*

3. Técnica de sustitución: sustituir pensamiento negativo por uno incompatible o distractorio.

Por ejemplo: en vez de *“a que me vuelve a pasar y no puedo dormir”*

Sustituirlo por: *“estoy trabajando para resolverlo”; “antes no sabía qué hacer y sí, seguro que lo consigo”*

4. Técnica de distracción: cambiar la atención desde tu estado interno al externo.

Por ejemplo: centrar la atención en los elementos externos- un jarrón y describirlo verbalmente o el salón de tu casa. Cuanto más detalle mejor.

5. Puesta en práctica: después de elegir el pensamiento distorsionador y la técnica a emplear practica con el paciente unos minutos.

Se pueden incluir hasta tres objetivos a modificar los siguientes 10 días, dependiendo de la predisposición del paciente y las reacciones que le provoquen.

El paciente ha de remarcar en su cuaderno las estrategias que va a trabajar durante la semana.

Recuérdale que: los cambios de rutina siempre son difíciles y que lo importante es que lo intente, que sólo lo puede conseguir uno mismo y que estarás para acompañarlo. Le recuerda que puede contactar con usted vía teléfono o e-mail, si tiene alguna duda.

Relajación: respiración abdominal (tiempo aproximado 3 min)

Cierre de la sesión

A tener en cuenta a la hora de dar la próxima cita:

Paciente que no consume hipnóticos: lo citaremos a los 15 días y le explicaremos que ha de cumplimentar el diario del sueño.

Es importante recordarle las instrucciones.

Paciente que consume hipnóticos:

Se le ofrece la oportunidad de hacer una sesión complementaria de deshabitación de hipnóticos. Explicarle que durará aproximadamente unos 20 minutos y recordarle que a parte de esta sesión tendrá que volver para una sesión de evaluación final.

Si el paciente accede se le da una cita a la semana.

Si el paciente no accede, se le citará a los 15 días y se le explicará que ha de cumplimentar el diario del sueño.

Es importante recordarle las instrucciones.

Sesión complementaria: Deshabitución de hipnóticos

Después de trabajar las rutinas, tiempos y pensamientos es un buen momento para complementar la intervención con la deshabitución de hipnóticos.

Objetivos específicos:

- Identificar logros conseguidos: valoración del paciente.
- Reflexionar sobre los objetivos no conseguidos
- Establecer pautas para continuar

Duración: 20 min

Propuesta contenidos

1. Saludo inicial
2. Paciente que consume hipnóticos: Intervención mínima (GIM)
3. Propuesta de trabajo: diario del sueño
4. Cierre

Antes de empezar con la sesión. El profesional debería comprobar una serie de indicadores que le pueden ayudar a prepararse para la sesión. Estas señales pueden ir cambiando a lo largo del programa:

- Puntualidad: podemos valorar el interés manifiesto.
- Aspecto físico: podemos valorar el cansancio, estado emocional y el cuidado por uno mismo.

Descripción de la sesión

1. *Saludo inicial*: recibir y acompañar al paciente desde la puerta hasta el lugar donde va a estar ubicado.

Ejemplo de conversación inicial:

“Buenos días, “X”. Pase conmigo. ¿Cómo se encuentras hoy? Siéntese por, favor”

Primero vamos a explicarle al paciente que esta sesión es complementaria a las sesiones que lleva desarrollando, que tiene una estructura similar y un trabajo a realizar desde casa.

2. ¿Qué técnica vamos a aplicar?

Una intervención mínima (GIM). Consiste en una entrevista estructurada con dos partes: una primera en la que se abordan aspectos concretos sobre el consumo crónico de benzodiazepinas y una segunda parte en la que se pacta la reducción gradual de la dosis de benzodiazepina con el paciente junto con información escrita sobre dicha pauta.

¿Qué hace el profesional?

Primera parte de la entrevista: aspectos sobre el consumo de benzodiazepinas

El objetivo es que el profesional explique algunos aspectos relacionados con las benzodiazepinas y su consumo. A lo largo de las sesiones anteriores, probablemente, nos habrá dado información al respecto o le habremos preguntado directamente. Para seguir con la dinámica establecida a lo largo de la intervención y no confundir al paciente empezaremos desde su preocupación por el consumo de hipnóticos. Quizá una buena manera para introducirlo en el tema sería preguntando directamente sobre ello:

Ejemplo de posibles preguntas sería: ¿Le preocupa tener que tomar estas pastillas, cree que son malas para su salud?; ¿Preferiría no tener que tomarlas?; ¿Ha necesitado ir aumentando las dosis para conseguir el mismo efecto que cuando empezó a tomarlas?

O quizá introducirlo de la manera que el profesional considere. El formato de esta parte depende del propio profesional.

Una vez introducido el tema y situado al paciente, es importante explicarle una serie de aspectos que forman parte del mensaje clave que hay que transmitir al paciente:

1. Qué son y para qué sirven las benzodiazepinas, incidiendo en su efecto beneficioso a corto plazo.

Como ejemplo podemos explicarle que: *“este tipo de pastillas que se llaman benzodiazepinas sirven para el tratamiento de los estados de ansiedad y para ayudar a conciliar el sueño en momentos puntuales. A todos nos ocurre que por cosas de la vida uno se encuentra desbordado por las situaciones como por ejemplo **(algo que nos haya dicho el paciente anteriormente)**.*

No suponen un tratamiento curativo de ninguna enfermedad, simplemente mejoran ó alivian la sintomatología de ansiedad, ayudan a dormir, relajan y son medicamentos muy eficaces en esta indicación si se toman de forma breve ó incluso de forma intermitente ocasionalmente.”

2. Conceptos de dependencia, síndrome de abstinencia y de retirada.

Como ejemplo y enlazando la explicación anterior: *“no obstante, si se consumen durante un largo periodo de tiempo producen lo que llamamos dependencia, es decir, el cuerpo, o mejor el cerebro que es donde actúan, se acostumbra a ellas de manera que diríamos que las necesita para seguir funcionando con normalidad y si en algún momento se suspenden bruscamente el cuerpo reacciona con un “síndrome de abstinencia” que nos hace recurrir a ellas de nuevo. Por esto, si usted la toma por las noches para dormir y un día no la toma le será imposible conciliar el sueño por este efecto rebote al suspender el tratamiento. Para evitar estos síntomas desagradables nunca se debe suspender el tratamiento bruscamente, siempre hay que seguir una pauta descendente de las dosis para que el cuerpo se vaya adaptando muy poco a poco a la nueva situación.”*

3. Problemas derivados del uso prolongado incidiendo en disminución de reflejos, aumento de caídas, fracturas de cadera y alteraciones de la memoria.

Como ejemplo: *“numerosos estudios internacionales hacen hincapié en los efectos desfavorables tras un consumo prolongado como es el suyo. Además de producir dependencia (como ya le he explicado) pueden favorecer la pérdida de memoria, aumentar el riesgo de sufrir una caída y fracturas de cadera ya que producen disminución de reflejos,.....el riesgo aumenta conforme avanza la edad.*

Segunda parte de la entrevista: pauta de reducción

Una vez recibida la información se pactará con el paciente la pauta de descenso de dosis de benzodiazepinas y se le suministrará documentación escrita de refuerzo con la pauta individualizada de reducción gradual adecuada a sus características (Anexo8).

Como norma general se reducirá entre un 10-25% de la dosis cada 2-3 semanas. Se le informará también de la posible aparición de síntomas de abstinencia, de cómo reconocerlos y que hacer si aparecen.

En los casos en que las dosis administradas sean muy altas o se trate de benzodiazepinas de semivida corta en las que el médico prevea una mayor dificultad para la retirada, se podrá sustituir la benzodiazepina de semivida corta por otra benzodiazepina de semivida larga

(diazepam) siguiendo la tabla de dosis equivalentes (Anexo 9) e ir reduciendo ésta escalonadamente.

NOTA: No se realizarán visitas programadas de seguimiento.

Como continuación de la explicación: “para ver si es posible retirar esta medicación lo que le propongo es seguir una pauta de descenso de la dosis y probamos qué tal se siente cuando vayamos reduciendo la medicación. Al principio durante los primeros días del descenso de dosis puede notar algún ligero síntoma como algo más de ansiedad, irritabilidad pero son síntomas muy pasajeros, casi siempre muy leves y que desaparecen en el curso de unos pocos días.

La disminución la haremos muy poco a poco para que el cuerpo apenas note la disminución de la dosis y en intervalos de 2-3 semanas. Si notara algún síntoma extraño ó un aumento de su ansiedad que le fuera difícil tolerar no dude en comunicármelo.

Tercera parte de la entrevista: dar al paciente un tiempo para plantear alguna cuestión si la tiene y consensuar la reducción de la dosis. Anotárselo en su cuaderno (Anexo9).

NOTA: No se realizarán visitas programadas de seguimiento.

3. Propuesta para casa: el diario del sueño

Una vez cerrado el tema de los hipnóticos decirle que todavía queda una sesión más, la de evaluación final y que necesitamos que vuelva a rellenar el diario del sueño. Se lo volvemos a explicar.

4. Cerramos la sesión y lo citamos a los 15 días.

Quinta sesión individual: ¿Dónde estoy? ¿Qué he conseguido?

Ahora es el momento de comprobar cuáles han sido los progresos que ha hecho el paciente y los motivos por los que no ha logrado ciertos propósitos.

Objetivos específicos:

- Revisar ficha 4: el diario del sueño *¿dónde están ahora mis dificultades para dormir?*.
- Valoración del paciente: recorrido por las sesiones realizadas e identificar lo conseguido.
- Reflexión de lo no conseguido y pautas a continuar

Duración: 20 min

Propuesta de cronograma: contenidos

5. Saludo inicial
6. Propuesta 1: Revisión del diario del sueño para establecer la línea meta
7. Propuesta 2: Valoración del paciente: *¿dónde estoy?*
8. Propuesta 3: *¿qué he conseguido?*
9. Propuesta 4: *¿qué es lo que me ha ido mejor?*.
10. Cierre

Antes de empezar con la sesión. El profesional debería comprobar una serie de indicadores que le pueden ayudar a prepararse para la sesión. Estas señales pueden ir cambiando a lo largo del programa:

- Puntualidad: podemos valorar el interés manifiesto.
- Aspecto físico: podemos valorar el cansancio, estado emocional y el cuidado por uno mismo.

Descripción de la sesión

1. *Saludo inicial*: recibir y acompañar al paciente desde la puerta hasta el lugar donde va a estar ubicado.

Ejemplo de conversación inicial:

“Buenos días, “X”. Pase conmigo. ¿Cómo se encuentra hoy? Siéntese por, favor”

A tener en cuenta: las primeras palabras cuando se le pregunta por el estado general de salud. Pueden indicar un trabajo del día en el que haya: colaboración, resistencia, indiferencia por parte del paciente.

Desarrollo de la sesión:

1. Propuesta 1: Revisión del diario del sueño para establecer la línea meta
2. Propuesta 2: Valoración del paciente: *¿dónde estoy?*
3. Propuesta 3: *¿qué he conseguido?*
4. Propuesta 4: *¿qué es lo que me ha ido mejor?*

I. **Primera PROPUESTA:** Revisión del diario del sueño (tiempo aproximado 5 min)

El objetivo de esta propuesta es identificar dónde tiene ahora las dificultades el paciente: Para ello:

Como a lo largo de todas las sesiones, vamos a preguntar al paciente si ha hecho la tarea y si ha traído el cuaderno de trabajo.

Ante esta pregunta pueden suceder varias respuestas:

Paciente: Ha cumplimentado el autoregistro y lo ha traído a la consulta.

Primero hay que valorar positivamente el esfuerzo y colaboración del paciente. Recordarle que es una tarea complicada y darle las gracias.

Paciente: Ha cumplimentado el autoregistro y no lo ha traído a la consulta. Darle la opción de traerlo otro día y continuar con la sesión.

Paciente: No ha cumplimentado el autoregistro. Pedir y anotar los motivos.

II. **Segunda PROPUESTA:** Valoración del paciente: *¿dónde estoy?* (Anexo 9)

Marcaremos en el esquema *¿dónde están mis dificultades ahora para ir a dormir?*

¿Qué pregunta el profesional?: *¿qué te parece dónde está ahora?*

¿Qué observa el profesional? La satisfacción con uno mismo

III. Tercera PROPUESTA: Valoración del paciente: *¿qué he conseguido?*

Esta propuesta es para reflexionar sobre las cosas que cree el paciente que ha conseguido y que las pueda anotar en su cuaderno

IV. Cuarta PROPUESTA: Valoración del paciente: *¿qué es lo que me ha ido mejor?*

Esta propuesta es para reflexionar sobre las estrategias que le han ido mejor al paciente para modificar sus hábitos, horarios y creencias y que las pueda anotar en su cuaderno

Cierre y cita de los tres meses

Se puede hacer dos cosas: dar cita al momento o llamarlo cuando se aproxime la fecha. Para elegir una de las dos opciones es necesario tener claro la fecha de la evaluación inicial porque es a partir de ahí cuando se calcula los tres meses.

Cita al momento: podemos darle una cita si la evaluación de seguimiento está próxima en el tiempo.

Contactar por teléfono: explicarle que cuando se acerque la fecha de evaluación final se le llamará para concertar una cita.

Para ambos casos:

1. Es importante recordar al paciente que siga practicando.
2. Se le debe preguntar si no tienen ningún inconveniente en que la sesión de seguimiento la realice otro profesional.

Si el paciente no tiene ningún problema: se le explicará que será un residente de medicina o enfermería que se le pasarán los mismos cuestionarios que al principio del estudio.

NOTA: Si llegado el momento, por el motivo que sea, prefiere que lo haga el mismo profesional que ha hecho la intervención ha de poder hacerlo.

Si el paciente no quiere, por el motivo que sea: se le dice que lo veremos nosotros.

3. También que el día anterior se le llamará para recordarle la cita por si le hubiera surgido algún problema y no pudiese acudir.