



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Terapia cognitivo conductual para el tratamiento del insomnio. ¿Somos las enfermeras profesionales adecuados para practicarla?

Alejandro Sagrado Vicario

Grado de Enfermería

Facultad de Enfermería y Fisioterapia UIB

Año Académico 2022-23

Terapia cognitivo conductual como tratamiento del insomnio. ¿Somos las enfermeras profesionales adecuadas para practicarla?

Alejandro Sagrado Vicario

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Universidad de las Illes Balears

Año Académico 2022-23

Palabras clave del trabajo:

Terapia cognitivo-conductual, insomnio, enfermería.

Nombre Tutor del Trabajo: Joan Ernesto de Pedro Gómez

RESUMEN

El insomnio se define como la queja o incapacidad que una persona refiere tener para conciliar o mantener un sueño reparador. Es una condición que afecta a una cantidad inmensa de población y que está directamente relacionada con empeoramiento de la calidad de vida, desórdenes físicos y desórdenes psicológicos. Aunque es bien sabido que la terapia cognitivo conductual para el insomnio (TCC-I) es eficaz para su tratamiento y, en muchas ocasiones, es la recomendación en las guías clínicas, pocos estudios han analizado esta intervención realizada por enfermeras.

El objetivo principal de este estudio es identificar si las enfermeras pueden realizar la TCC-I en pacientes adultos con insomnio. Los objetivos secundarios incluyen determinar el entrenamiento necesario de las enfermeras, evaluar la TCC-I administrada en pacientes oncológicos e identificar los tipos de TCC-I.

La metodología del estudio consistió en una revisión bibliográfica de estudios y artículos relacionados con el tema de interés. En total, se incluyeron 21 estudios en la revisión. Los estudios que analizaban la terapia impartida por enfermeras mostraban resultados positivos en las diferentes medidas de calificar el sueño, independientemente de su forma de administrarse.

Los resultados de este estudio indican que las enfermeras son profesionales capacitadas para administrar TCC-I, siempre y cuando hayan recibido formación adecuada y, preferiblemente siguiendo las pautas de una guía clínica (puesto que, a pesar de ello, las enfermeras tienen la capacidad de individualizar el tratamiento en caso de ser necesario).

Palabras clave

Terapia cognitivo-conductual, insomnio, enfermería.

RESUM

L'insomni es defineix com la queixa o incapacitat que una persona refereix tenir per conciliar o mantenir un son reparador. És una condició que afecta a una quantitat immensa de població i que està directament relacionada amb empitjorament de la qualitat de vida, trastorns físics i trastorns psicològics. Tot i que és ben sabut que la teràpia cognitivo conductual per a l'insomni (TCC-I) és eficaç per al seu tractament i, en moltes ocasions, és la recomanació en les guies clíniques, pocs estudis han analitzat aquesta intervenció realitzada per infermeres.

L'objectiu principal d'aquest estudi és identificar si les infermeres poden realitzar la TCC-I en pacients adults amb insomni. Els objectius secundaris inclouen determinar la formació necessària de les infermeres, avaluar la TCC-I administrada en pacients oncològics i identificar els tipus de TCC-I.

La metodologia de l'estudi va consistir en una revisió bibliogràfica d'estudis i articles relacionats amb el tema d'interès. En total, es van incloure 21 estudis en la revisió. Els estudis que analitzaven la teràpia impartida per infermeres mostraven resultats positius en les diferents mesures de qualificar el son, independentment de la seva forma d'administrar-se.

Els resultats d'aquest estudi indiquen que les infermeres són professionals capacitades per a administrar TCC-I, sempre i quan hagin rebut formació adequada i, preferiblement seguint les pautes d'una guia clínica (ja que, malgrat això, les infermeres tenen la capacitat de individualitzar el tractament en cas de ser necessari).

Paraules clau

Infermeria, teràpia cognitivo conductual, insomni

ABSTRACT

Insomnia is defined as the complaint or inability that a person reports to have in order to initiate or maintain restorative sleep. It is a condition that affects an immense amount of the population and is directly related to a worsening of quality of life, physical disorders, and psychological disorders. Although it is well known that cognitive behavioral therapy for insomnia (TCC-I) is effective for its treatment and, in many cases, is recommended in clinical guidelines, few studies have analyzed this intervention carried out by nurses.

The main objective of this study is to identify if nurses can perform TCC-I in adult patients with insomnia. Secondary objectives include determining the necessary training for nurses, evaluating TCC-I administered in oncology patients, and identifying types of TCC-I.

The methodology of the study consisted of a bibliographic review of studies and articles related to the topic of interest. In total, 21 studies were included in the review. Studies that analyzed therapy provided by nurses showed positive results in the different measures of sleep quality, regardless of how it was administered.

The results of this study indicate that nurses are trained professionals to administer TCC-I, as long as they have received adequate training and, preferably, following the guidelines of a clinical guide (since, despite this, nurses have the capacity to individualize treatment if necessary).

Keywords

Nursing, cognitive behavioural therapy, insomnia

Contenido

Introducción	7
Objetivos.....	10
Metodología: estrategia de búsqueda bibliográfica.....	11
Resultados.....	15
Discusión	23
Conclusiones	26
Limitaciones y fortalezas.....	Error! Bookmark not defined.
Bibliografía	27
Anexos.....	32

Introducción

El insomnio se define como la queja o incapacidad que una persona tiene para iniciar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador y eficiente [5,12]. Puede incluir dificultad para conciliar el sueño, despertares durante la noche, mala calidad del sueño, despertares tempranos, tiempo de sueño insuficiente y consecuencias en nuestras actividades diurnas (poca concentración, fatiga, somnolencia, cambios de humor y mal desarrollo en el hábitat de trabajo) [2,4,12]. Para su diagnóstico, se estipula que cualquiera de sus síntomas debe ocurrir al menos 3 veces a la semana durante 1-3 meses y que afecte a su calidad de vida [10].

Es un problema de salud de gran magnitud, pero debido a su alta heterogeneidad en el diagnóstico su prevalencia varía mucho según la fuente de información consultada (entre un 5,7 y un 55%) [12]. Prevalece más en mujeres y en personas de edad media comprendidas entre 40 y 49 años [7]. Se sugiere que los trastornos psiquiátricos tienen una relación bidireccional con el insomnio [5].

En España se calcula que hasta un 20,8% de la población tiene algún síntoma relacionado con el insomnio y, en Mallorca, hasta un 27% de las personas que acuden a atención primaria refieren mal sueño [19].

La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha demostrado ser una alternativa terapéutica altamente útil en la población, especialmente a largo plazo, y que no provoca efectos secundarios, al contrario que las alternativas farmacológicas (que demuestran alta eficacia a corto plazo, pero poca a largo y con sus muchos efectos adversos) [7].

La terapia cognitivo-conductual para el insomnio (TCC-I) incluye una serie de medidas cognitivas y conductuales específicamente enfocadas al insomnio, incluyendo la higiene del sueño, la restricción del sueño y la corrección de creencias erróneas sobre el sueño.

La TCC-I consta de varias sesiones (entre 5 y 9) de entre 30 y 120 minutos (según el estudio), aunque se menciona que con 30 minutos por sesión es suficiente para mejorar el problema [11]. La estructura varía según el estudio analizado, pero en general se establece que incluye los siguientes componentes:

- Psicoeducación: En esta parte de la terapia, se otorga información al paciente sobre el sueño normal y el insomnio. Suele formar parte de la primera sesión y en ocasiones también hablan sobre la medicación para dormir (sedantes, hipnóticos y benzodiacepinas), su efecto y su pauta.
- Higiene del sueño: La higiene del sueño consiste en proporcionar una serie de pautas conductuales al paciente para facilitar el inicio del sueño. Las pautas que se administran son las siguientes:
 - Asociación cama-sueño: Se les explica a las personas que no pueden estar tumbados en la cama a no ser que sea para dormir o para mantener relaciones sexuales, con la expectativa de que relacionemos la cama única y exclusivamente para dormir.
 - Se recomienda no tomar alcohol, cafeína, nicotina ni otras sustancias estimulantes o modificadoras del ánimo a partir de la tarde.
 - Regular las comidas y cenar de manera ligera
 - Realizar ejercicio físico durante el día y terminarlo como muy tarde 3 horas antes de irse a dormir.
 - Recomendar a la persona que, si no consigue dormir tras 30 minutos en la cama, se levante y realice cualquier actividad relajante fuera del dormitorio hasta que vuelva a sentirse somnolienta. En ocasiones, esta parte de la terapia entra dentro del control de estímulos.
 - Control de estímulos (en ocasiones se realiza en una sesión aparte): consiste en disminuir la cantidad de luz y de ruido por la noche.
- Restricción del sueño: Esta técnica es muy sencilla, ya que consiste simplemente en mantenerse despierto durante el día y “reservar” las horas de sueño para la noche y mantener el horario de sueño. Según el estudio, pueden prohibirse las siestas o permitir las siestas en diferentes grados (siestas de 20 minutos por lo general)
- Componentes cognitivos: Esta parte de la terapia está relacionada con la parte cognitiva de la misma. Aquí, se ofrecen técnicas de relajación (como la

respiración diafragmática o la relajación muscular progresiva) y de manejo de la ansiedad.

Además, suelen reconducirse las creencias erróneas y los mitos sobre el insomnio. El mito más común es la creencia de que hay que dormir 8 horas diarias fijas todas las noches, mientras que la realidad y la evidencia indica que un sueño de calidad varía de individuo a individuo y puede durar hasta 1 hora menos. Otro muy común es el de “recuperar el tiempo sin dormir”: realmente, una noche de sueño adecuado es suficiente para recuperarse completamente de un mal descanso.

- Evaluación y mantenimiento de los resultados: Aquí suele hacerse un repaso general de lo trabajado durante las sesiones y se evalúa la evolución de los pacientes. Las medidas más evaluadas son los diarios de sueño (que incluyen variables como el WASO, SOL, TST y despertares por la noche) y la escala de severidad de insomnio ISI.
- Cuando la TCC-I se dirige a un perfil de paciente con una morbilidad concreta (CVD, cáncer, depresión, etc.), se suele incluir una sesión informativa que habla de la propia enfermedad, y en la sesión de evaluación se evalúan componentes propios de la misma.

La terapia cognitivo-conductual se puede realizar en grupos, de manera individual presencial, de manera individual telefónica o incluso facilitando módulos a través de internet.

Los principales indicadores cuantitativos que se evalúan cuando queremos observar la eficacia del tratamiento del insomnio son:

- ISI (Insomnia Severity Index): Es una escala breve que mide la gravedad de los síntomas del insomnio. La puntuación es entre 0-28 y, cuanto mayor es la puntuación, mayor es la gravedad [1]. Se considera que alguien con una puntuación por debajo de 7 no tiene insomnio.
- PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index): Es una escala que mide 19 ítems y su puntuación varía entre el 0 y el 21. Una puntuación por debajo de 5 indica buena

calidad del sueño y, a medida que va subiendo, indica una menor calidad del sueño [14, 17, 21].

- Diarios del sueño: son autorregistros completados por los pacientes que incluyen multitud de variables, como:
 - SOL (Sleep Onset Latency)→ Es el tiempo que una persona tarda en dormirse y su valor normal se considera por debajo de 30 minutos [7].
 - WASO (Wake After Sleep Onset)→ Es el tiempo que una persona pasa despierto tras haber iniciado el sueño y antes de su despertar final, y, al igual que el SOL, su valor normal se considera por debajo de 30 minutos [7].
 - Despertares durante la noche.
 - TIB (Time In Bed)→ El tiempo que pasa la persona en la cama durmiendo o intentándolo [2,7].
 - TST (Total Sleep Time)→ El tiempo total que se ha dormido durante la noche [2,7].
- SE (Sleep Efficiency)→ Es la eficiencia del sueño, y se define como el ratio el tiempo total en la cama dividido el tiempo total de sueño y multiplicado por 100 ($TIB/TST * 100$) [6,7,]. La interpretación de este valor es muy variada, siendo en algunos estudios 90% un valor negativo [8], en otros indicando un valor óptimo entre el 80-85% [11] y en otros indicando un valor por encima del 85% como valor objetivo [14].

Es una terapia que requiere de tiempo y personal cualificado para poder llevarla a cabo de manera satisfactoria. La cuestión es, pues, si el personal de enfermería está capacitado para poder administrarla.

Objetivos

El objetivo general de este estudio es analizar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual como tratamiento para el insomnio en pacientes atendidos por enfermería. Además, se proponen los siguientes objetivos específicos o secundarios:

- **Objetivo específico 1:** Evaluar la efectividad de la terapia cognitivo conductual para el insomnio.
- **Objetivo específico 2:** Establecer el entrenamiento adecuado para el personal que administra la terapia cognitivo-conductual.
- **Objetivo específico 3:** Identificar las diferentes maneras de administrar la terapia cognitivo-conductual.

Metodología: estrategia de búsqueda bibliográfica

La estrategia de búsqueda se ha llevado a cabo en dos fases diferenciadas:

- Búsqueda bibliográfica en bases de datos y metabases online en los últimos diez años.
- Análisis de los documentos.

Las bases de datos consultadas para este estudio han sido *PubMed*, *Biblioteca virtual en Salud (BVS)*, *Scopus*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. A través del metabuscador *EBSCOhost*, se consulta la base de datos de *CINAHL*.

En primer lugar y tras formular la pregunta de investigación y concretar los objetivos general y específicos, se determinan las palabras clave:

Terapia cognitivo-conductual, insomnio, enfermería.

En segundo lugar, intercambiamos las palabras clave por sus respectivos descriptores.

	PALABRA CLAVE	DESCRIPTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD (DECS)	MEDICAL SUBJECT HEADINGS (MESH)
DESCRIPTOR PRIMARIO 1	Terapia Cognitivo- Conductual	Terapia Cognitivo- Conductual	Cognitive Behavioral Therapy
DESCRIPTOR PRIMARIO 2	Insomnio	Trastornos del Inicio y del Mantenimiento del Sueño	Sleep Initiation and Maintenance Disorders
DESCRIPTOR PRIMARIO 3	Enfermería	Enfermería	Nursing

Para abarcar más información relacionada con la enfermería, se decide agrupar todos los descriptores relacionados con *nursing* en *nurs**.

Para la búsqueda bibliográfica se cruzaron los descriptores con el booleano *AND* de la siguiente manera:

- (("Nursing") OR "Nurses") AND "Cognitive Behavioral Therapy") AND "Sleep Initiation and Maintenance Disorders"
- "Nurs*" AND "Cognitive Behavioral Therapy" AND "Sleep Initiation and Maintenance Disorders"

En primer lugar, se realiza una búsqueda con ambas combinaciones en Cochrane Library para descartar la existencia de una revisión sistemática relacionada con el tema. Las búsquedas realizadas a continuación se han filtrado por tiempo desde el 2013 hasta el 2023:

- PubMed:

- (((("Nurses") OR "Nursing") AND "Sleep Initiation and Maintenance Disorders") AND "Cognitive Behavioral Therapy"): 143 resultados
- (Nurs*) AND ("Sleep Initiation and Maintenance Disorders") AND ("Cognitive Behavioral Therapy"): 158 resultados
- Scopus:
 - (((("Nurses") OR "Nursing") AND "Sleep Initiation and Maintenance Disorders") AND "Cognitive Behavioral Therapy"): 45 resultados
 - (Nurs*) AND ("Sleep Initiation and Maintenance Disorders") AND ("Cognitive Behavioral Therapy"): 45 resultados
- CINAHL (a través de EBSCOhost)
 - (((("Nurses") OR "Nursing") AND "Sleep Initiation and Maintenance Disorders") AND "Cognitive Behavioral Therapy"): Ningún resultado
 - (Nurs*) AND ("Sleep Initiation and Maintenance Disorders") AND ("Cognitive Behavioral Therapy"): Ningún resultado.
- BVS: **Hay que tener en cuenta que en esta base de datos se descartan automáticamente los artículos que provienen de Medline, puesto que son duplicados de los encontrados en PubMed:**
 - (((("Nurses") OR "Nursing") AND "Sleep Initiation and Maintenance Disorders") AND "Cognitive Behavioral Therapy"): 3 resultados
 - (Nurs*) AND ("Sleep Initiation and Maintenance Disorders") AND ("Cognitive Behavioral Therapy"): 3 resultados (los mismos que en la búsqueda anterior)

En total se obtienen 349 resultados entre todas las bases de datos.

El primer cribado se realiza con los siguientes criterios de exclusión

- Estudios relacionados con la pandemia de COVID-19.
- Estudios publicados en idiomas diferentes del inglés, español o catalán.
- Estudios que tienen como objetivo primario la evaluación económica de la intervención.

- Protocolos de futuros estudios y ensayos clínicos cuyos resultados no están publicados.
- Estudios que no respondían a los objetivos del trabajo.

El segundo cribado se realiza con los siguientes criterios de exclusión

- Estudios enfocados a pacientes con asma o síndrome de piernas inquietas.
- Estudios enfocados directamente a veteranos.
- Estudios enfocados a pacientes con fibromialgia.
- Estudios que analizaban el efecto de una aplicación móvil.
- Estudios cuyo objetivo era analizar la correlación entre drogas recreativas (alcohol, cannabis) y el insomnio.
- Estudios que no adquieren una puntuación CASPe de 7 o más.

En total quedan 19 estudios. Sin embargo, tras la lectura crítica, el autor consideró añadir dos estudios más [19,21] por sus posibilidades a la hora de hablar de las creencias de las enfermeras sobre el insomnio y sobre los aspectos de mejora del entrenamiento del personal enfermero para administrar TCC-I. En la Fig 1 queda resumida la búsqueda e inclusión.

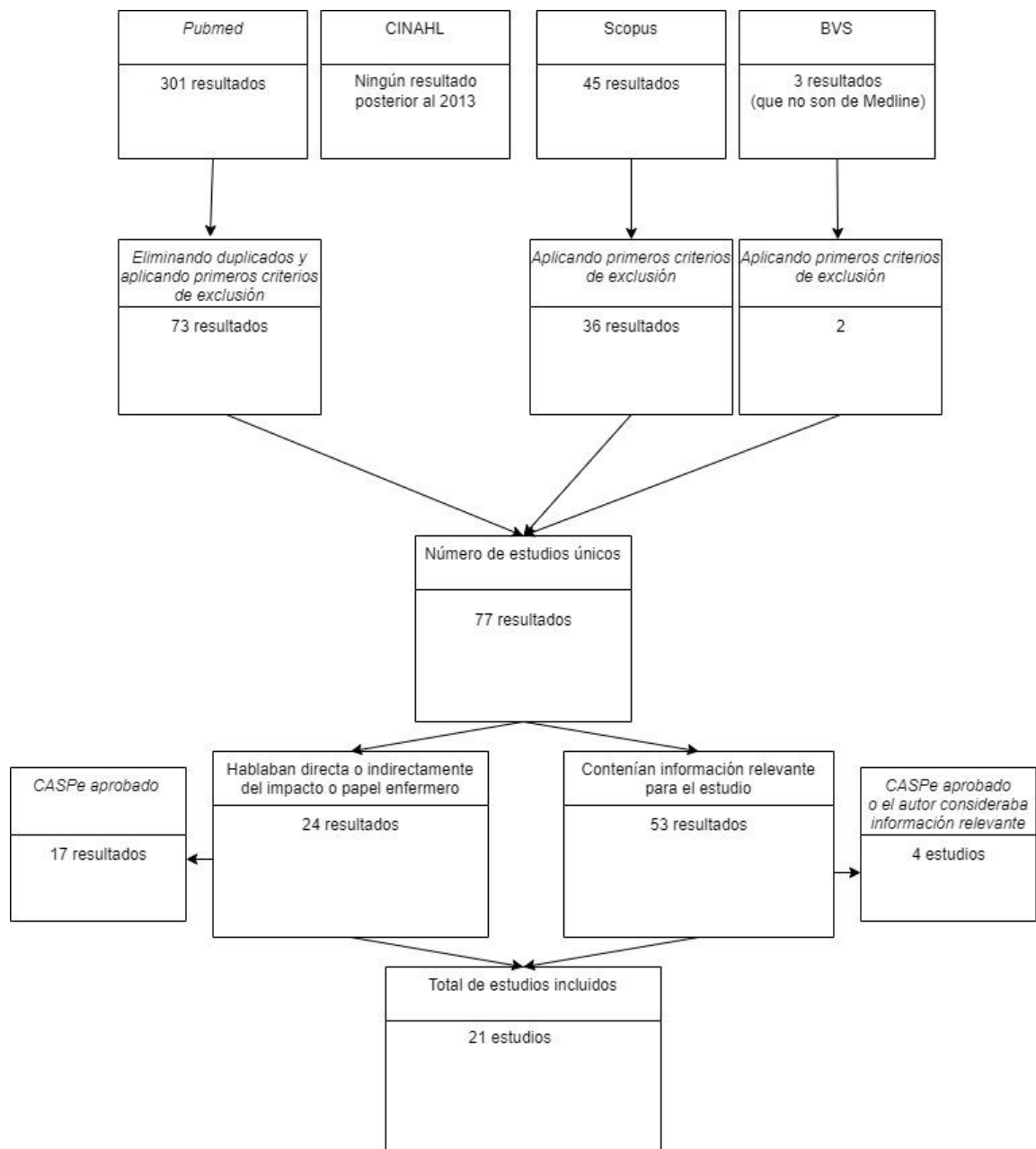


Fig.1

Resultados

Resultados en ensayos clínicos

En total se recogieron 13 ensayos clínicos que hablaban directa o indirectamente del papel enfermero, y 1 que analizaba la terapia vía e-mail y recomendaba su uso en enfermería.

El número de personas analizada de los ensayos clínicos fue desde 30 hasta 732, analizando un total de 1912. Todas ellas eran mayores de edad y en todos la cantidad de mujeres era mayor (rozando el 70% en algunos casos), a excepción de aquellos realizados únicamente en mujeres [6,13] y de un estudio realizado en pacientes con fallo cardíaco (cuya mayoría eran hombres) [18]. Todas las personas eran mayores de 18 años y la edad máxima fue de 91 años, siendo la mayor parte de la población de edad media (comprendida entre los 30 y 60 años).

Hubo ensayos clínicos donde se realizó una intervención de TCC-I liderada por enfermeras [4,6,7,8,9,14,18] y otros donde participó al menos una enfermera [2,5,13].

- Uno de ellos fue llevado a cabo por enfermeras del trabajo en una empresa y analizó los resultados al inicio, al finalizar la terapia en grupo y a los 3, 6, 12 y 24 meses [4]. En este estudio, aunque con muestra escasa, advierte una mejora del SOL en todas las etapas, hasta un máximo de 9 minutos; el TST mejoró también en todas las etapas hasta 18 minutos; la SE y la calidad del sueño mostraron mejoras, aunque menos significativas; el WASO disminuyó un total de 16 minutos; la escala ISI mejoró un total de 6,1 puntos; las creencias erróneas sobre el sueño y los síntomas de ansiedad y depresión disminuyeron especialmente al finalizar la terapia y en todas las revisiones siguientes, siendo menor en la última revisión. Hay que tener en cuenta que este estudio no comparó la intervención con otra.
- 3 de ellos fueron llevados a cabo en atención primaria, administrando terapia en grupos y de manera guiada por un manual [2,7,9]. En uno de ellos el grupo de control era la lista de espera [2] y en los otros el tratamiento común [7,9]. Todas las variables mantuvieron la mejoría a los 9, 12 y 18 meses.
 - El grupo de tratamiento mejoró significativamente más que el grupo de control el cuestionario ISI, con picos de efecto después del tratamiento a

las 9 semanas, pero más variables tras 18 meses. Los diarios de sueño mostraron efectos estadísticamente significativos en SOL y el WASO. Sin embargo, el tratamiento no afectó el número de despertares, la SE, TST ni la calidad del sueño. Además, no hubo efectos significativos en ningún síntoma diurno, como somnolencia, fatiga, depresión o ansiedad, ni en la calidad de vida [2].

- El ISI, WASO, SOL, TST, despertares nocturnos y la calidad del sueño notablemente en el grupo de intervención que en el control (el ISI se mantuvo prácticamente intacto). Además, bajó el uso de medicación para dormir. En la evaluación tras un año del programa, el ISI mejoró, y aunque el resto de las variables empeoraron ligeramente, seguían mostrando una mejora significativa respecto al inicio [7].
- En el grupo de intervención, mejoraron significativamente los síntomas, primeramente, de fatiga, y adicionalmente de angustia y depresión. La calidad de vida relacionada con la salud mental mejoró, incluido el cansancio somnolencia y falta de concentración. Las mejoras se mantuvieron un año después del tratamiento [9].
- Tres de ellos utilizaron como muestra pacientes supervivientes de cáncer o con cáncer [6,8,14].
 - El primero analizaba la eficacia de la TCC-I individual y presencial (con llamadas telefónicas auxiliares) en pacientes con cáncer de mama [6], y concluyó que las pacientes en el grupo TCC-I no mostraron diferencias significativas al principio, aunque en el periodo de seguimiento aumentó drásticamente su SE, redujo significativamente SOL, y aumentó el TST (todo respecto al control). No se encontraron diferencias en cuanto al uso de farmacología para dormir. Tampoco se encontraron diferencias significativas a la larga en las puntuaciones de calidad de vida, fatiga, depresión ni ansiedad. Las mujeres del estudio no reportaron menores niveles de fatiga durante el estudio.

- El segundo proponía una TCC-I breve e individual para pacientes con cáncer que recibían quimioterapia, de manera presencial y auxiliada con llamadas telefónicas [8]. La puntuación total del ISI del grupo de intervención disminuyó en un promedio de 6.3 puntos en comparación con 2.5 puntos para la condición de control (educación en alimentación saludable, o HEAL por sus siglas en inglés).
- El tercero [14] propone también una TCC-I breve (individual y presencial con soporte de llamadas telefónicas) para personas que han sobrevivido a un cáncer de pulmón. La eficiencia del sueño mejoró $\geq 85\%$ en el grupo intervención, pero no en el control (HEP, una variante del programa HEAL). El ISI fue significativamente mejor en los pacientes que recibieron TCC-I breve. Hay que tener en cuenta la limitación que supone el bajo número de pacientes del ensayo.
- Uno de ellos estudió el efecto de la TCC-I individual (4 sesiones semanales) sobre la calidad de vida en pacientes con depresión en Japón [5]. A las 8 semanas, en el grupo de intervención, tres subescalas del SF-36 (cuestionario utilizado para valorar la calidad de vida) mejoraron significativamente (función física, función social, salud mental) y las demás mejoraron, pero no significativamente. Además, los cambios positivos en el ISI contribuyeron a la mejora de la subescala de ‘vitalidad’. Aunque este estudio se realizó en una muestra muy pequeña, no hubo pérdidas de información.
- Uno de ellos estudió el efecto de la TCC-I individual y presencial en mujeres de mediana edad en Korea del Sur [13]. Después de la aplicación de la TCC-I, se observa un efecto significativo de mejora sobre las variables de resultado inmediato de ISI y PSQI. Este estudio también analizó variables fisiológicas, como el colesterol o el riesgo cardiovascular, pero no encontró diferencias entre los dos grupos.
- Uno de ellos estudió el efecto de la TCC-I en grupos y alternada con llamadas telefónicas cortas (administrada por una enfermera psiquiátrica) en pacientes con

fallo cardíaco en comparación a la autoeducación [18]. Los pacientes del grupo intervención mejoraron considerablemente su ISI y su PSQI tanto a corto como largo plazo (12 meses) respecto al grupo de control. El SOL mejoró unos 14 minutos y, aunque disminuyó a los 12 meses, siguió siendo significativamente más alto que el grupo control. El TST aumentó en el grupo intervención 14 minutos. Aunque la fatiga mejoró en el grupo intervención (y se mantuvo en el tiempo a los 12 meses), la depresión, ansiedad, somnolencia y el humor se mantuvieron sin cambios.

- Dos de ellos fueron vía internet con asesoramiento a demanda de enfermeras [15,16]. De ellos, uno fue comparado con el tratamiento habitual [15] y el otro con TCC-I por internet (I-TCC-I) sin supervisión por enfermeras [16]. El primero demostró que la I-TCC-I guiada por enfermeras es efectiva en atención primaria para reducir los síntomas de insomnio (ISI, WASO, despertares durante la noche) que se mantuvieron en el seguimiento de 52 semanas. También se demostraron mejoras significativas en la evaluación posterior al tratamiento (WASO, despertares durante la noche, calidad del sueño y síntomas depresivos) y en el seguimiento de 26 semanas (TST y SE). No se observaron efectos significativos en otros resultados secundarios, como ansiedad, fatiga, consecuencias diurnas o medicación para dormir. Se observó leve mejoría en el medidor de la depresión, pero no a las 26 semanas de seguimiento. El segundo fue desarrollado para tratar el insomnio en pacientes con enfermedad cardiovascular y mostró un impacto positivo en el ISI. Hubo una mejora pequeña pero no significativa en la calidad de vida. La adherencia a la intervención I-TCC-I fue buena durante el estudio, pero hubo una disminución del 12.5% en los participantes adherentes en el grupo de intervención, que concuerda con estudios anteriores que valoran la I-TCC-I. En general, en ambos estudios se observó una mejora de los niveles básicos del sueño.
- Hubo uno que investigó la diferencia entre la TCC-I administrada por enfermeras o por un coach/contestador automático en pacientes con cáncer [20]. En este

estudio se concluyó que había diferencias significativas entre la atención recibida según la edad, siendo pacientes de más de 45 años más beneficiados de la terapia administrada por enfermería y los menores de 45 años más beneficiados por un coach o hasta un contestador automático.

- Hubo uno que administró la TCC-I vía e-mail a pacientes universitarios [17]. Este estudio analizó el impacto de la medida en personas de 18 a 25 años, y demostró efectividad frente al grupo de control (que solo recibía información de la universidad) en todas las variables que estudiaba (creencias sobre el sueño, somnolencia, higiene del sueño, PSQI y ISI), aunque el grupo de control también mostró mejora respecto al inicio.

El entrenamiento y preparación de las enfermeras ha variado mucho de estudio a estudio, siendo a veces de dos días [2,5,7,9], a veces con un curso de 15h [4], y otras de manera inespecífica [6,13,14,16,18,20]. El entrenamiento más completo fue uno de 12 sesiones que incluían formación presencial, role-playing y administración de información [8]. Las enfermeras que administraron el tratamiento por internet recibieron un entrenamiento de 1,5h [15].

Resultados de revisiones bibliográficas y sistemáticas

En total se recogieron 4 revisiones bibliográficas o sistemáticas relacionadas con el tema [1,10,11,12].

En una de ellas se habla de la adherencia al tratamiento [1]. En esta revisión sistemática se recogieron 15 estudios (14 de ellos posteriores al 2001) de pacientes con insomnio. En cuatro de ellas las intervenciones las realizaron enfermeras. No se pudo afirmar que los factores demográficos o médicos afectasen a la adherencia, pero los psicológicos como la ansiedad o la depresión sí se identificaron como potenciales predictores del abandono. Las expectativas de los pacientes (autoeficacia, soporte social, motivación) y la falta de barreras de la adherencia (aburrimiento, incomodidad) son buenos predictores de adherencia. Aunque no hay suficiente evidencia, se postula que la mejora de los

síntomas esté relacionada con el abandono prematuro del tratamiento. En general, una buena adherencia equivale a un mejor ISI, WASO y TST.

Otra de ellas trató directamente la efectividad de la TCC-I en los resultados del sueño [10]. Esta revisión demuestra que la TCC-I, tanto en grupos como individual, es efectiva para mejorar el inicio y mantenimiento del sueño en pacientes con insomnio crónico. Concluye que se puede esperar que el SOL varíe entre 9 y 31 minutos, el WASO entre 22 y 37 minutos, y el ISI entre 6 y 8 puntos. Los efectos positivos del tratamiento son duraderos, incluso después de 3 a 12 meses. Además, la terapia se está adaptando a la atención primaria y se está implementando de manera interdisciplinaria.

Una habló del tratamiento no farmacológico en el insomnio, haciendo hincapié en la TCC-I [11]. En este estudio, a parte de reconocer la TCC-I como la mejor terapia no farmacológica para el insomnio, se estipula que 30 minutos a la semana durante 90 semanas mejora el insomnio en hasta el 80% de los pacientes. Además, se menciona que la TCC ha mostrado en múltiples estudios que mejora significativamente la SE, WASO y SOL.

Y la última habló de las intervenciones en el ámbito laboral [12]. La mayoría de los estudios recogidos analizaban intervenciones basadas en TCC-I, y se basaron en el control de estímulos, la restricción del sueño y pautas para la higiene del sueño o relajación. Se identificaron dos enfoques diferentes: el uso de programas interactivos basados en internet o el uso de un teléfono inteligente con apoyo adicional (de SMS o correo electrónico). Las sesiones se llevaron a cabo individualmente o en grupos, y fueron dirigidas por psicólogos o enfermeras (sometidos a entrenamiento previo). La TCC-I fue efectiva en el ISI, la reducción de la gravedad del insomnio mediada por la reducción de los pensamientos disfuncionales y el esfuerzo por dormir, y en la mejora de la calidad general del sueño de los trabajadores. Del mismo modo, se observaron ligeras mejoras en la productividad y en los niveles de presencialidad después de la TCC-I, pero no en las tasas de absentismo, que no produjeron diferencias estadísticamente significativas. Además, se observó un efecto moderador en la disminución de la fatiga.

Resultados de investigaciones cualitativas y de otros tipos

En total se recogieron 3 estudios de otros tipos distintos a los anteriores:

- Un estudio cuantitativo correlacional que investigaba la autoeficacia (definida como la creencia que tienen las personas en su capacidad para realizar ciertos comportamientos) en los pacientes con insomnio [3]. Se encontró una correlación significativa entre la autoeficacia para el sueño y la raza, indicando que los participantes de orígenes marginados tenían menores niveles de autoeficacia. Además, se encontró una correlación negativa entre la autoeficacia para el sueño y la gravedad del insomnio, la salud, la depresión y las creencias disfuncionales sobre el sueño. También se observó que la gravedad del insomnio, las creencias disfuncionales sobre el sueño y la preferencia por el tratamiento conductual fueron los factores más importantes para predecir la autoeficacia para el sueño. A pesar de ello, el estudio indica que las enfermeras podrían considerar la evaluación de ciertos factores como la gravedad del insomnio, la salud, el nivel de depresión y las creencias sobre el sueño, antes de implementar enfoques conductuales para el manejo del sueño. Si se identifican barreras o limitantes, el enfermero podría abordarlas mediante el uso de medicamentos, educación u otros enfoques conductuales.
- Un estudio descriptivo realizado en Mallorca que investigaba mediante cuestionarios las actitudes y pensamientos del personal de enfermería de atención primaria sobre el insomnio y su tratamiento [19]. La encuesta realizada a enfermeras muestra que consideran el insomnio como un problema importante de salud y que interrogan habitualmente a los pacientes sobre los hábitos que pueden alterar el sueño. Sin embargo, solo un 11% ha realizado alguna actividad formativa sobre trastornos del sueño en los últimos 5 años. Las enfermeras utilizan principalmente el sistema NANDA como criterio diagnóstico y prescriben consejos de higiene del sueño, plantas medicinales (aunque su efectividad sobre parámetros cuantitativos no está respaldada), TCC y acupuntura. La mayoría de ellas cree que la TCC puede ser aplicada por

enfermeras de atención primaria. Los profesionales más formados son aquellos que apuestan por las TCC y los que obtienen mejores resultados.

- Un ensayo clínico piloto que analizaba la viabilidad de realizar un ensayo clínico aleatorio evaluando la TCC-I en atención primaria en Mallorca, tanto vía telefónica como presencial y de manera individual [21]. Aquí, tanto médicos como enfermeras fueron entrenados en 2 sesiones de 2 horas cada una, y al final del estudio se concluyó que el entrenamiento fue insuficiente, y que especialmente se necesitaban más casos prácticos para manejar diferentes situaciones. También se mostró en la pequeña muestra una mejoría en la escala PSQI, SOL, TST y menores despertares durante la noche.

Discusión

Terapia cognitivo conductual administrada por enfermeras

La TCC-I más común en los ensayos clínicos fue administrada de manera grupal y principalmente administrada por enfermeras. En todos ellos las variables cuantitativas relacionadas con el sueño (SOL, TST, SE, WASO, ISI y PSQI) mejoraron considerablemente respecto a sus grupos de control o a la situación inicial. De hecho, casi todos coinciden en los efectos positivos a largo plazo (12 meses) que obtuvieron los pacientes en cada una de estas variables. En cuanto a otros aspectos, como la depresión o ansiedad, hay más variabilidad en los resultados: 2 de ellos hablan de mejoras en los síntomas depresivos o ansiosos y otros 2 observan poca o ninguna mejoría en ellos.

La siguiente modalidad más común fue la individual, también administrada por enfermeras principalmente. Cabe recalcar que tres de los ensayos clínicos que administraron terapia individual fueron a pacientes con cáncer (y los pacientes con cáncer analizados en esta revisión solo recibieron terapia individual). En todos ellos mejoró el ISI de los pacientes al terminar la intervención. Uno indicó mejoría en la SE y otro en la escala PSQI. Sin embargo, no se evaluaron muchos componentes a largo plazo y, cuando se hizo, se observaron indiferencias (ansiedad, depresión, fatiga, uso de medicación, calidad de vida) respecto a la situación inicial.

Los resultados de estos estudios son congruentes con otros anteriores las revisiones bibliográficas analizadas, que mostraban mejoras significativas en ISI, SOL y WASO, incluso a largo plazo (3-12 meses).

Los otros tipos de terapia fueron vía internet con asesoramiento de enfermeras. En ambos se evidenció una mejora del ISI y de otros parámetros de sueño, como creencias erróneas o calidad del sueño, y en uno de ellos se observó mejoras en WASO, despertares durante la noche, TST y SE que se mantuvieron en el tiempo (a las 52 semanas). Sin embargo, no se observaron efectos significativos en la fatiga, la ansiedad, las consecuencias diurnas (como la somnolencia) ni sobre el uso de la medicación para dormir.

Hubo un ensayo clínico que realizó TCC-I vía e-mail, que consistía en enviar información y diarios de sueño que tenían que rellenar a estudiantes universitarios. Mostró mejoría en creencias sobre el sueño, somnolencia, higiene del sueño, PSQI y ISI, que, aunque no fueran significativas, sí que eran superiores que en el grupo control. Este estudio puede indicar que para personas con poco tiempo y con una buena relación con la tecnología las redes sociales e internet pueden ser una opción viable y barata de mejorar la sintomatología del insomnio en la población.

Cabe decir que en casi todos los ensayos clínicos ha habido soporte de llamadas cortas para hacer pequeñas sesiones y/o seguimientos del paciente. Esto es importante recalcarlo, puesto que quizás el seguimiento exhaustivo de los pacientes es un impacto que no se mide en los estudios y que puede explicar la mejora tan abrupta de los resultados a corto plazo, como dice Shimodera S. et al [5].

Todas las enfermeras que impartieron la terapia recibieron entrenamiento previo en TCC-I. Aunque no queda consensuado el tiempo ni la forma de entrenamiento, en un estudio piloto realizado en Baleares, los profesionales (médicos y enfermeras) acordaron que deberían incluirse casos prácticos y como mínimo, superior a 1 día. En otros estudios, el entrenamiento varía desde 2 días hasta 12 sesiones enteras que incluyen role-playing. Según la opinión de las enfermeras de atención primaria de Mallorca, también

hacen falta más sesiones de formación continuada en el sueño y sus trastornos. Además, en gran número de estudios los profesionales utilizan un manual a modo de guía durante las terapias.

Los estudios no evidenciaron diferencias de la efectividad de la TCC-I en variaciones demográficas, probablemente porque el grueso de la población era de mediana edad y la mayoría de ellas mujeres. Sin embargo, hubo un estudio que sí que evidenció que las personas mayores de 45 años muestran mejores resultados en terapia administrada por enfermeras, mientras que en menores de 45 años un *coach* o programa automatizado mostraba mejores resultados. Aunque haga falta más investigación para sacar una conclusión, en futuros estudios debe de tenerse en cuenta la edad del paciente e incidir más en el impacto del profesional que imparte la terapia.

Puesto que la TCC-I es una terapia que implica trabajo autónomo por parte del paciente, es importante que el paciente mantenga su adherencia y se mantenga activo. Por ello, se postula que las enfermeras debemos identificar y potenciar la autoeficacia del paciente (mejora la adherencia y los resultados), identificando y tratando primeramente las barreras del proceso de terapia. Los estudios analizados sugieren que las terapias presenciales tienen mejores ratios de adherencia que aquellas que se administran por internet u otras vías telemáticas.

Limitaciones y fortalezas

Este estudio tiene muchas limitaciones, como la heterogeneidad de los estudios analizados y de los pacientes, y la poca muestra de población que hay en la mayoría de los estudios. También cabe recalcar que muchos de ellos son estudios piloto con resultados esperanzadores sobre la TCC-I aplicada por el personal de enfermería, con lo que estudios con un muestreo más grande terminarían de responder a la pregunta.

Otra de las limitaciones ha sido la variabilidad tanto en la manera de realizar la TCC-I (tanto en el número de sesiones como en el tipo de TCC-I –en grupos, individual, por teléfono o por internet) como en la manera de evaluar los resultados, aunque la gran mayoría incluían los criterios de evaluación más comunes. Además, en los criterios de

inclusión para las revisiones sistemáticas, se especifica que al menos uno de los estudios revisados tiene que estar realizado por enfermeras, lo cual significa que los resultados pueden no ser precisos y no responden al objetivo principal del trabajo (aunque sí ayudan a responder al resto).

Sin embargo, hasta la fecha, es el único trabajo a conocimiento del autor que evalúa y recoge información sobre el papel enfermero en diferentes áreas de la salud en el tratamiento del insomnio con TCC-I.

Conclusiones

No cabe duda de que la TCC-I es una terapia muy efectiva para tratar el insomnio a largo plazo en una gran variabilidad de pacientes.

Objetivo general: analizar la efectividad de la terapia cognitivo-conductual como tratamiento para el insomnio en pacientes atendidos por enfermería.

Por el momento, parece que la enfermería puede tener un papel relevante en el tratamiento del insomnio y en la identificación de los factores que lo producen, y que, con entrenamiento, pueden aplicar TCC sin necesidad de especializarse.

Objetivo específico 1: Evaluar la efectividad de la terapia cognitivo conductual para el insomnio.

En todos los artículos analizados la TCC-I ha sido beneficiosa para el insomnio, habiendo mejorado todos los indicadores cuantitativos del insomnio en sus diferentes formas. Aún así

Objetivo específico 2: Establecer el entrenamiento adecuado para el personal que administra la terapia cognitivo-conductual.

Según los resultados analizados de los diferentes estudios, todos los profesionales de salud que han administrado esta terapia se han sometido a algún tipo de entrenamiento. Aunque no se puede establecer un entrenamiento óptimo con los datos disponibles hoy en día, sí que podemos concluir que, como mínimo, el personal necesita más de 4 horas de entrenamiento divididas en varias sesiones. Además, en los estudios que

administraban la TCC-I tras un entrenamiento y con la ayuda de una guía, mostraban tener unos muy buenos resultados, así que la redacción de una guía clínica sobre esta terapia que los profesionales puedan consultar es una idea que puede ayudar a extender esta práctica en el sistema sanitario.

Objetivo específico 3: Identificar y comparar las diferentes maneras de administrar la terapia cognitivo-conductual.

En esta revisión se identificaron varias maneras de administrar la terapia:

- Individual o grupal
- Presencial, telefónica o vía internet

Todas ellas mostraron buenos resultados de las variables cuantitativas del sueño. Debido a la variabilidad de los pacientes atendidos y de los ámbitos, no se puede concluir si las sesiones individuales son mejores que las grupales. Aún así, teniendo en cuenta el contexto de nuestro sistema de salud y la alta saturación que presenta, las terapias grupales son una opción viable, que ha demostrado buenos resultados y que puede ayudar a alcanzar más población.

Respecto a la presencialidad, hay que destacar que siempre ha habido un componente telefónico en los estudios (solían ser sesiones más cortas o simplemente reevaluaciones). En los estudios revisados en los que la TCC-I se impartía de manera telemática los resultados eran positivos, y destacaban la viabilidad y la ventaja económica que suponen, pero no tenían la eficacia que pueden llegar a tener los acercamientos presenciales.

Los estudios que consistían en información asistida por internet también han mostrado mejoría en la población estudiada, pero con ratios mayores de abandono. Sin embargo, con recordatorios frecuentes, pueden ser una manera viable de acercar la terapia a los jóvenes.

Bibliografía

1. Matthews EE, Arnedt JT, McCarthy MS, Cuddihy LJ, Aloia MS. Adherence to cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *Sleep Med Rev* [Internet]. 2013;17(6):453–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.smr.2013.01.001>
2. Bothelius K, Kyhle K, Espie CA, Broman J-E. Manual-guided cognitive-behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: a randomized controlled effectiveness trial. *J Sleep Res* [Internet]. 2013;22(6):688–96. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jsr.12067>
3. Rutledge CM, La Guardia AC, Bluestein D. Predictors of self-efficacy for sleep in primary care. *J Clin Nurs* [Internet]. 2013;22(9–10):1254–61. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12005>
4. Järnefelt H, Sallinen M, Luukkonen R, Kajaste S, Savolainen A, Hublin C. Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in occupational health services: analyses of outcomes up to 24 months post-treatment. *Behav Res Ther* [Internet]. 2014;56:16–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.02.007>
5. Shimodera S, Watanabe N, Furukawa TA, Katsuki F, Fujita H, Sasaki M, et al. Change in quality of life after brief behavioral therapy for insomnia in concurrent depression: analysis of the effects of a randomized controlled trial. *J Clin Sleep Med* [Internet]. 2014;10(4):433-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.3624>
6. Matthews EE, Berger AM, Schmiede SJ, Cook PF, McCarthy MS, Moore CM, et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia outcomes in women after primary breast cancer treatment: a randomized, controlled trial. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2014;41(3):241-53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1188/14.ONF.41-03AP>
7. Sandlund C, Hetta J, Nilsson GH, Ekstedt M, Westman J. Improving insomnia in primary care patients: A randomized controlled trial of nurse-led group treatment. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2017;72:30-41. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748917300809>

8. Palesh O, Scheiber C, Kesler S, Janelsins MC, Guido JJ, Heckler C, et al. Feasibility and acceptability of brief behavioral therapy for cancer-related insomnia: effects on insomnia and circadian rhythm during chemotherapy: a phase II randomised multicentre controlled trial. *Br J Cancer* [Internet]. 2018 [citado 26 de junio de 2023];119(3):274-81. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41416-018-0154-2>
9. Sandlund C, Hetta J, Nilsson GH, Ekstedt M, Westman J. Impact of group treatment for insomnia on daytime symptomatology: Analyses from a randomized controlled trial in primary care. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2018;85:126-35. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748918301147>
10. Davidson JR, Dickson C, Han H. Cognitive behavioural treatment for insomnia in primary care: a systematic review of sleep outcomes. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2019 [citado 28 de junio de 2023];69(686):e657-64. Disponible en: <https://bjgp.org/content/69/686/e657>
11. Baides Noriega R, Noriega Camporro S, Inclán Rodríguez AM. Nursing and no Drug for the Management of Insomnia Treatment. *Enferm Glob* [Internet]. 2019 [citado 28 de junio de 2023];18(2):512-32. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000200018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Vega-Escaño J, Porcel-Gálvez AM, Diego-Cordero R de, Romero-Sánchez JM, Romero-Saldaña M, Barrientos-Trigo S. Insomnia interventions in the workplace: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 28 de junio de 2023];17(17):6401. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/17/6401>
13. Ham OK, Lee BG, Choi E, Choi SJ. Efficacy of cognitive behavioral treatment for insomnia: A randomized controlled trial. *West J Nurs Res* [Internet]. 2020;42(12):1104-12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0193945920914081>

14. Dean GE, Weiss C, Jungquist CR, Klimpt ML, Alameri R, Ziegler PA, et al. Nurse-delivered brief Behavioral Treatment for insomnia in lung cancer survivors: A pilot RCT. *Behav Sleep Med* [Internet]. 2020;18(6):774-86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/15402002.2019.1685523>
15. Van der Zweerde T, Lancee J, Slottje P, Bosmans JE, Van Someren EJW, van Straten A. Nurse-guided Internet-delivered cognitive behavioral therapy for insomnia in general practice: Results from a pragmatic randomized clinical trial. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2020;89(3):174-84. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1159/000505600>
16. Siebmanns S, Johansson P, Ulander M, Johansson L, Andersson G, Broström A. The effect of nurse-led Internet-based cognitive behavioural therapy for insomnia on patients with cardiovascular disease: A randomized controlled trial with 6-month follow-up. *Nurs Open* [Internet]. 2021;8(4):1755–68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/nop2.817>
17. Chang Y-P, Pereira T, Salinas A, Or HY, Morales M, Le ML. Effects of an email delivered cognitive behavioral therapy for insomnia in college students. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2021;57(4):1685–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/ppc.12736>
18. Redeker NS, Yaggi HK, Jacoby D, Hollenbeak CS, Breazeale S, Conley S, et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia has sustained effects on insomnia, fatigue, and function among people with chronic heart failure and insomnia: the HeartSleep Study. *Sleep* [Internet]. 2022;45(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/sleep/zsab252>
19. Vidal-Thomàs MC, Yañez-Amoros B, Torrens I, Torres-Solera E, Esteva M. *Enferm Clin* [Internet]. 2017;27(3):186–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.11.006>
20. Sikorskii A, Given CW, Siddiqi A-E-A, Champion V, McCorkle R, Spoelstra SL, et al. Testing the differential effects of symptom management interventions in cancer: Differential effects of symptom management interventions in cancer.

Psychooncology [Internet]. 2015;24(1):25–32. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1002/pon.3555>

21. Torrens I, Esteva M, Vicens C, Pizá-Portell MR, Vidal-Thomàs MC, Vidal-Ribas C, et al. Assessing the feasibility and acceptability of a cluster-randomized study of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in a primary care setting. BMC Fam Pract [Internet]. 2021;22(1):77. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1186/s12875-021-01429-5>

Anexos

Anexo 1: Fichas de lectura crítica

Número de orden: 1		
Cita bibliográfica	Matthews EE, Arnedt JT, McCarthy MS, Cuddihy LJ, Aloia MS. Adherence to cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. <i>Sleep Med Rev</i> [Internet]. 2013;17(6):453–64. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.smrv.2013.01.001	
Base de datos de procedencia	Pubmed	
Verificación	Caspé: 8/10	
Introducción	Resumen de la introducción	<p>El insomnio es una crisis que afecta al 10-15% de los adultos y que genera problemas graves en salud. Se ha estudiado mucho el efecto de la TCC-I, pero no su adherencia (definida como la participación activa del paciente en las pautas de salud).</p> <p>La American Academy of Sleep Medicine establece que la combinación de RS, CE, relajación y TC son terapias útiles. Además, la TCC-I con o sin técnicas de relajación ha demostrado ser más efectiva que la farmacología.</p> <p>Algunos datos de la retirada de esta terapia (individual o en grupo) indican que entre un 14 y un 40% de las personas la abandonan antes de la mitad. En TCC-I por internet, los números varían entre el 17-33%.</p>
	Objetivo del estudio	El objetivo del estudio es analizar la mejor evidencia científica sobre la adherencia en la TCC-I para rellenar los huecos en la literatura.
Metodología	Tipo de estudio	Revisión sistemática
	Año de realización	2013
	Técnica de recogida de datos	<p>Se utilizaron varias bases de datos para buscar estudios que evaluaran la adherencia a la TCC-I como resultado primario o secundario. Los estudios que cumplían con los criterios de inclusión, como la inclusión de adultos con insomnio, medidas válidas y confiables del sueño y medidas de adherencia distintas de la retirada del estudio, fueron evaluados utilizando la lista de verificación SIGN. Los estudios que no informaban explícitamente los datos de adherencia fueron excluidos.</p> <p>La revisión se centró en estudios escritos en inglés, publicados en revistas revisadas por pares y que evaluaron la adherencia a la TCC-I en la población de adultos con insomnio. Los estudios de casos, opiniones y editoriales no se consideraron.</p> <p>No se utilizó filtro de fecha de publicación, pero dentro de los estudios finales solo quedaron estudios del 2001 en adelante (salvo uno del 1992).</p>

	Población y muestra	El tamaño de la muestra de los estudios revisados varió ampliamente, con un rango de 21 a 301 participantes. La edad media osciló entre 39,9 y 54,2 años. Solo un estudio se centró exclusivamente en adultos mayores y la mayoría de los estudios incluyeron tanto a hombres como a mujeres, aunque algunos estudios solo incluyeron mujeres, especialmente en el caso del insomnio comórbido con cáncer de mama. Se encontró una mayor incidencia de insomnio en mujeres. La inclusión de criterios de insomnio se basó en los criterios de diagnóstico basados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y en el resultado de las escalas ISI y PSQI
Resultados relevantes	7 estudios administraron TCC-I individual, 5 en pequeños grupos, 2 vía internet y 1 mezclando individual, grupos y por teléfono. Los profesionales que administraron la terapia fueron enfermeras en 4 estudios, psicólogos en otros 6, y en los otros 5 no se especificaron. La duración de la terapia varió de 3h a 13.5, estableciéndose la media en 6,5h. Más de la mitad de los estudios fueron ensayos clínicos aleatorizados (8). Seis de los 15 estudios utilizaron un diseño de medidas pre-post o de medidas repetidas de un solo grupo. Varios estudios eran estudios piloto con 21-34 participantes. La adherencia a la TCC-I en casi todos era un objetivo secundario de un estudio más grande. La adherencia casi siempre se identificaba con subjetividad, mediante las impresiones del terapeuta, los diarios de sueño, el trabajo autónomo en casa y las declaraciones del paciente.	
Discusión planteada	Los factores demográficos no influyeron en la adherencia (salvo en 1, donde influía la edad), al igual que los médicos (salvo en 2, donde la medicación estimulante o el final del tto con quimioterapia influían positivamente). Los factores psicológicos como la ansiedad o la depresión se identificaron como potenciales predictores del abandono. Las expectativas de los pacientes (autoeficacia, soporte social, motivación) y la falta de barreras de la adherencia (aburrimiento, incomodidad) son buenos predictores de adherencia. Aunque no hay suficiente evidencia, se postula que la mejora de los síntomas esté relacionada con el abandono prematuro del tto. En los estudios evaluados con diarios de sueño, la adherencia sí mostró una mejora significativa a la larga en el insomnio, en todas sus variables, e incluyó una mejora en su sintomatología durante el día y su fatiga. En aquellos evaluados por los terapeutas, aquellos que consideraban más adherentes mejoraron toda su sintomatología. Tanto en estudios en ancianos como en mujeres con cáncer de mama, se ha visto que la restricción de sueño es la parte de la terapia más efectiva para reducir el ISI.	
Conclusiones del estudio	Aunque otras medidas no farmacológicas relacionen la adherencia con los resultados positivos, es difícil afirmar con certeza que sea así con el sueño y la TCC-I, aunque claramente la terapia funcione para el insomnio. En algunos estudios afirman correlaciones positivas para algunas medidas como el ISI, pero no para otras como el WASO o el TST. En general, hay falta de consenso y de definición clara de adherencia, y falta de medidas únicas para evaluarla. Tampoco se sabe en qué momento de la terapia es más relevante la adherencia (al principio, en las medidas de higiene, en la parte cognitiva...). A pesar de ello, algunos de los estudios muestran una correlación positiva entre la adherencia a la ESHS, SC y RS y la mejora del sueño. Por ello, se debe considerar mejorar la adherencia en los pacientes y establecer medidas estandarizadas de evaluación de la misma.	

Número de orden:	2	
Cita bibliográfica	Bothelius K, Kyhle K, Espie CA, Broman J-E. Manual-guided cognitive-behavioural therapy for insomnia delivered by ordinary primary care personnel in general medical practice: a randomized controlled effectiveness trial. J Sleep Res [Internet]. 2013;22(6):688–96. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/jsr.12067	
Base de datos de procedencia	Medline / Scopus	
Verificación	Caspé: 9	
Introducción	Resumen de la introducción	<p>El insomnio se define comúnmente como sueño pobre o insatisfactorio, que puede incluir dificultad para iniciar el sueño, despertares después del inicio del sueño, mala calidad del sueño, despertares tempranos en la mañana, tiempo de sueño corto, tiempo total de sueño corto y consecuencias diurnas. El insomnio crónico es un problema común en la atención primaria, que afecta del 10 al 19% de los pacientes que acuden. La TCC-I ha demostrado ser efectiva en ensayos controlados, y se ha encontrado que es más efectiva que los fármacos para el insomnio. En este estudio se investigó la efectividad clínica de la TCC-I implementada por personal de atención primaria en la práctica médica general con pacientes no seleccionados. El estudio encontró que la TCC-I redujo significativamente los niveles de trastorno del sueño en comparación con los controles (pacientes en lista de espera) en numerosas escalas de valoración.</p> <p>Algunos estudios han mostrado resultados prometedores en la administración de TCC-I por enfermeras en atención primaria, donde redujeron el SOL entre el 38-54% y el WASO entre el 35-40%.</p>
	Objetivo del estudio	Investigar la efectividad de la TCC para el insomnio impartida por el personal de atención primaria (enfermería y trabajadores sociales).
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico aleatorio
	Año de realización	La población se reclutó entre mayo de 2008 y abril de 2010.
	Técnica de recogida de datos	<p>Los participantes se evaluaron al principio, después del tratamiento (9 semanas) y a los 18 meses de seguimiento vía el cuestionario ISI. Para los resultados secundarios, se utilizaron autoinformes sobre el tiempo que duraban despiertos hasta quedarse dormidos, el tiempo de vigilia después de dormirse, el número de despertares durante la noche, la eficiencia del sueño, el tiempo en cama, el tiempo total de sueño, la calidad del sueño y el uso diario de medicamentos recetados para dormir. La fatiga se evaluó con la Escala de Severidad de Fatiga; la salud física y mental con la Encuesta de Salud de 36 Ítems de la Evaluación Médica de Resultados; la depresión y la ansiedad con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS); y la somnolencia diurna con la Escala de Somnolencia de Epworth.</p> <p>Los datos se analizaron usando la herramienta IBM SPSS v20.</p>

	Población y muestra	Se incluyeron 78 participantes (edad superior a 18 años) inicialmente, con 40 personas asignadas al tratamiento y 38 en el grupo control. 12 se excluyeron, quedando un total de 66 participantes. En el grupo de TCC había 7 hombres y en el control tan solo 2. El nivel de estudios de la población era muy variado, el 60% de los participantes tenían alguna condición médica y el 35,3% usaban medicación para dormir. Entre el grupo de control y el de TCC-I no había diferencias significativas. Al final, 32 personas se asignaron al grupo TCC y 34 al control.
Resultados relevantes	Se excluyó a los casos en los que faltaba más del 10% de los datos de los cuestionarios iniciales o los diarios de sueño. La terapia tuvo un efecto significativo en la calidad subjetiva del sueño, el tiempo para conciliar el sueño y la cantidad de tiempo despierto durante la noche, pero no tuvo efecto en otros aspectos como el uso de medicamentos para dormir. A los 18 meses de seguimiento, ambos grupos habían recibido tratamiento y no se pudo comparar la terapia con la falta de tratamiento, pero hubo una mejora significativa en la calidad del sueño en ambos grupos en comparación con la evaluación basal. Se utilizó un método conservador para definir la recuperación, basado en un puntaje de corte de 11.5 en la escala ISI.. Además, se encontró que más de 30 minutos para el tiempo de conciliación del sueño y el tiempo despierto durante la noche se sugiere como un marcador clínico de insomnio. En general, se encontró que un total de 15 sujetos (47%) en el grupo de TCC tuvieron un efecto clínicamente relevante en comparación con solo dos sujetos (6%) en el grupo de control.	
Discusión planteada	La TCC se llevó a cabo por 4 enfermeras y 1 trabajadora social sin especialidad en medicina del sueño y tras haberse formado en TCC durante dos días. Consistía en 5 sesiones en pequeños grupos de entre 60-90 minutos. Las sesiones se organizaban de la siguiente manera: psicoeducación (sueño normal, insomnio y medicación para dormir), higiene del sueño (información, asociación cama-sueño), restricción del sueño (no dormir durante el día, relajación muscular progresiva), componentes cognitivos (pensamientos y emociones al dormir, mitos e ideas erróneas del sueño, reducción de la ansiedad por no dormir) y, por último, mantenimiento del tratamiento.	
Conclusiones del estudio	El grupo de tratamiento mejoró significativamente más que el grupo de control el cuestionario ISI, con picos de efecto después del tratamiento a las 9 semanas, pero más variables tras 18 meses. Los diarios de sueño mostraron efectos estadísticamente significativos en SOL y el WASO. Sin embargo, el tratamiento no afectó el número de despertares, la SE, TST ni la calidad del sueño. Además, no hubo efectos significativos en ningún síntoma diurno, como somnolencia, fatiga, depresión o ansiedad, ni en la calidad de vida. El estudio tenía limitaciones, incluida la falta de un grupo de placebo y la tasa de respuesta limitada en la evaluación de seguimiento a largo plazo. En general, el tratamiento cognitivo-conductual tuvo un efecto clínicamente relevante en casi la mitad de los pacientes tratados.	

Número de orden:	3	
Cita bibliográfica	Rutledge CM, La Guardia AC, Bluestein D. Predictors of self-efficacy for sleep in primary care. J Clin Nurs [Internet]. 2013;22(9–10):1254–61. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12005	
Base de datos de procedencia	Scopus	
Verificación	Caspé: Cualitativo	
Introducción	Resumen de la introducción	<p>El insomnio es un problema de salud público muy grave en EEUU que afecta a entre 50-70 millones de personas y conlleva un costo muy alto, además de graves consecuencias en las personas que lo padecen, tanto por el propio insomnio, como por el tratamiento farmacológico (el uso de sedantes a largo plazo).</p> <p>El interés hacia las terapias conductuales para el insomnio ha aumentado debido a los efectos secundarios de la farmacología y por sus resultados a largo plazo. Sin embargo, estos tratamientos requieren motivación y participación activa del paciente, y la autoeficacia, definida como la creencia que tienen las personas en su capacidad para realizar ciertos comportamientos, es un factor importante en el éxito del tratamiento.</p>
	Objetivo del estudio	Identificar los factores que afectan a la eficacia del sueño y observar variables sociodemográficas y predictores del insomnio.
Metodología	Tipo de estudio	Estudio cuantitativo correlacional
	Año de realización	2009
	Técnica de recogida de datos	<p>Se recogieron los datos en un hospital ambulatorio y en dos programas de enseñanza familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las características sociodemográficas, se utilizó un cuestionario. • Para la autoeficacia, se usó la escala SE-S (Self-Efficacy for Sleep Scale), cuyas puntuaciones van de 9 a 45, a más alta mayor confianza. • Para la aceptabilidad de tratamiento no farmacológico se usó la escala ITAS • Para el estado de salud se usó la escala SF-8 • Para la sensación de depresión, se usó la escala CES-D • Para las creencias sobre el sueño, se usó la escala Disfuncional Beliefs about Sleep. • Para la magnitud del insomnio, se utilizó la escala ISI
	Población y muestra	Personas de más de 18 años que dieron su consentimiento y que puntuaron al menos 8 en la escala ISI.
Resultados	Se encontró una correlación significativa entre la autoeficacia para el sueño y la raza, indicando que los participantes de orígenes marginados tenían menores niveles de autoeficacia. Además, se encontró una correlación negativa entre la	

relevantes	<p>autoeficacia para el sueño y la gravedad del insomnio, la salud, la depresión y las creencias disfuncionales sobre el sueño.</p> <p>Se realizó una regresión lineal simple para determinar la influencia de dichos factores en la autoeficacia para el sueño, encontrando que la gravedad del insomnio, las creencias disfuncionales sobre el sueño y la preferencia por el tratamiento conductual fueron los factores más importantes para predecir la autoeficacia para el sueño. La regresión mostró un valor predictivo combinado del 35% para la autoeficacia para el sueño.</p>
Discusión planteada	<p>La autoeficacia para el sueño está correlacionada con la gravedad del insomnio, la salud autoevaluada, los síntomas depresivos, las creencias disfuncionales sobre el sueño y la aceptabilidad del tratamiento del insomnio. La depresión, las creencias disfuncionales y la gravedad del insomnio deben ser abordadas antes de introducir tratamientos conductuales para aumentar la autoeficacia. La salud autoevaluada puede estar relacionada con una mayor autoeficacia para el sueño.</p> <p>El estudio también sugiere que los proveedores de atención médica pueden utilizar enfoques educativos y considerar el uso de medicamentos para reducir la gravedad del insomnio antes de introducir tratamientos conductuales. Los resultados del estudio deben considerarse en el contexto de las limitaciones, incluyendo el diseño transversal y la predominancia de mujeres afroamericanas en la muestra.</p>
Conclusiones del estudio	<p>Hay correlaciones entre la autoeficacia para el sueño y la gravedad del insomnio, la salud, los niveles más altos de depresión, las creencias disfuncionales sobre el sueño y el interés en el tratamiento conductual del insomnio. Las enfermeras en atención primaria pueden contribuir a mejorar el tratamiento y los resultados del insomnio a través de enfoques biopsicosociales que abarquen tanto estrategias médicas como conductuales.</p> <p>Los resultados del estudio sugieren que las enfermeras pueden evaluar la gravedad del insomnio, la salud, el nivel de depresión y las creencias sobre el sueño antes de introducir o cuando se presenten barreras para la utilización exitosa de enfoques conductuales para el manejo del sueño. Si se encuentran factores limitantes, el enfermero puede abordarlos a través de medicamentos, educación y/u otros enfoques conductuales. El manejo conductual del insomnio podría resultar exitoso y reduciría los efectos secundarios del uso prolongado de medicamentos para dormir, proporcionando al paciente conocimientos y habilidades para abordar futuros episodios de insomnio y reduciendo el impacto del insomnio en la sociedad.</p>

Número de orden: 4		
Cita bibliográfica	Järnefelt H, Sallinen M, Luukkonen R, Kajaste S, Savolainen A, Hublin C. Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in occupational health services: analyses of outcomes up to 24 months post-treatment. Behav Res Ther [Internet]. 2014;56:16–21. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.02.007	
Base de datos de procedencia	Scopus/Pumbed	
Verificación	Caspe: 8	
Introducción	Resumen de la introducción	Hay varios factores que provocan y mantienen el insomnio crónico. Son psicofisiológicos, cognitivos, afectivos y conductuales. La TCC-I mejora claramente el insomnio, y los buenos resultados se mantienen en seguimientos hasta los 12 meses, y también hay estudios que demuestran su efectividad en plazos más largos, de hasta 36 meses. Esta terapia se ha implementado en atención primaria y servicios de salud de empresas, con buenos resultados. Acerca de a quién aplicar esta terapia, los estudios indican que los pacientes con insomnio severo tienen más posibilidad de mejora. La TCC-I junto con las mejoras del sueño, suelen implicar también mejoras en el estado de ánimo, lo que podría hacer que sus resultados sean duraderos en el tiempo. Ya se ha comprobado en otros estudios la efectividad de la TCC-I administrada por enfermeras capacitadas, y en este estudio se examina esta efectividad en 24 meses, en dos grupos de trabajadores, los que tienen jornada continua y los que trabajan por turnos.
	Objetivo del estudio	Analizar la efectividad y las respuestas a la TCC-I en los trabajadores a jornada continua diaria y trabajadores por turnos con insomnio persistente durante un periodo de 24 meses. Este seguimiento se realiza en los Servicios de Salud del Trabajo
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico no aleatorizado
	Año de realización	2014
	Técnica de recogida de datos	Diarios de sueño y cuestionario ISI
	Población y muestra	59 trabajadores de Finnish Broadcasting Company (YLE, medio de comunicación), con insomnio de origen no orgánico, y un SOL o WASO mayor a 30mins.
Resultados relevantes	Se observa que la gravedad que los individuos perciben del insomnio, las cogniciones disfuncionales del sueño y las sintomatologías psiquiátricas derivadas mejoran durante el plazo indicado. Adicionalmente, se comprueba que la estructura de horas de trabajo no afecta a los resultados. Acerca del grado de mejora percibido, el 62% de los participantes mostró una mejora moderada. El resto mostraron solo una pequeña mejora.	
Discusión planteada	La intervención fue liderada por enfermeras especializadas del trabajo entrenadas en un curso de TCC-I de 15 horas. Las sesiones incluían higiene del sueño, relajación, control de estímulos, restricción del sueño y reestructuración cognitiva. Se adaptó ligeramente la terapia a los trabajadores por turnos, ya que mantenían un horario del sueño	

	<p>irregular.</p> <p>Este estudio mostró que la TCC-I administrada por enfermeras capacitadas mejora el insomnio crónico a largo plazo, o se percibe menor gravedad de esta disfunción. Además, el estudio mostró que, de cada grupo, los participantes difirieron en cuanto a su insomnio, otros síntomas y respuesta al tratamiento, debido a que como se ha demostrado, es un proceso en el que intervienen varios factores psicológicos. En cualquier caso, se confirma una mejora en SOL a los 6 meses, en TST a los 12 y en SE en todos los periodos. Las mejoras del insomnio continúan hasta los 12 meses, y luego decaen en los 24 meses (diferente a estudios anteriores que se mantenían hasta los 18 meses en unos casos y hasta los 36 en otros, aunque se destaca que en éstos aumentaba progresivamente la tasa de deserción). Sobre la gravedad percibida y las cogniciones disfuncionalidades del sueño, se muestra mayor mejora, que dura entre los 12 a 24 meses. También aparecen efectos positivos durante 24 meses en síntomas psiquiátricos y mejora del estado de ánimo en general. Aparecen dos vertientes diferentes entre los participantes que respondieron totalmente (2/3) o parcialmente (1/3). El primer grupo consideró su insomnio como menos grave, y aunque ambos grupos mostraron mejora, la mejora del primero se prolongó más en el tiempo, y su mejoría fue mayor.</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>La TCC-I aplicada por enfermería fue igualmente eficaz entre los trabajadores diurnos y por turnos, produce mejoras a largo plazo. Se muestran dos patrones de respuesta en cuanto a los efectos beneficiosos del tratamiento. De ello se deduce que pacientes con insomnio percibido como más severo y mejora leve pueden necesitar un tratamiento adicional más personalizado. Adicionalmente la TCC-I ha demostrado ser un tratamiento eficaz en grupos de insomnio asociados con diferentes trastornos médicos o psiquiátricos.</p> <p>Los resultados deben tratarse con cuidado ya que la muestra fue no aleatorizada y pequeña</p>

Número de orden: 5		
Cita bibliográfica	Shimodera S, Watanabe N, Furukawa TA, Katsuki F, Fujita H, Sasaki M, et al. Change in quality of life after brief behavioral therapy for insomnia in concurrent depression: analysis of the effects of a randomized controlled trial. J Clin Sleep Med [Internet]. 2014;10(4):433-9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.5664/jcsm.3624	
Base de datos de procedencia	Pubmed	
Verificación	Caspe: 8	
Introducción	Resumen de la introducción	El insomnio es tiene una relación bidireccional con muchos trastornos psiquiátricos, y no solo es no poder conciliar el sueño, sino también todas las consecuencias diurnas como la fatiga, falta de concentración, somnolencia y cambios en el humor, afectando gravemente la calidad de vida (QoL). Aunque se ha observado la eficacia de la TCC-I en pacientes con insomnio y depresión, no se han evaluado sus efectos sobre la calidad de vida.
	Objetivo del estudio	Observar que aspectos de la calidad de vida cambian tras el tratamiento de 4 semanas de TCC-I en pacientes con insomnio y depresión.
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico aleatorizado
	Año de realización	2013
	Técnica de recogida de datos	Las personas se aleatorizaron en dos grupos: uno con tratamiento habitual (control) y otro con tratamiento habitual y TCC-I, en el que se impartían 4 sesiones de TCC-I entre 5 psiquiatras y 1 enfermera psiquiátrica (entrenados todos durante 2 días en un curso intensivo de TCC-I). Los datos se recogieron al inicio y a las 4 y las 8 semanas usando la escala ISI y la escala GRID-HAMD para la depresión. Los datos sobre la calidad de vida solo se recogieron al inicio y a las 8 semanas usando la escala SF-36.
	Población y muestra	Personas adultas con depresión en cualquiera de sus grados y puntuaciones superiores o iguales a 8 en la escala ISI. A los participantes se les permitió continuar con su medicación salvo el metilfenidato y el modafinil.
Resultados relevantes	37 pacientes fueron aleatorizados, 20 en el grupo de acción y 17 en el control. No se perdieron datos por el camino y no hubo diferencias significativas entre los 2 grupos. A las 8 semanas, en el grupo de acción tres subescalas del SF-36 mejoraron significativamente (función física, función social, salud mental) y las demás mejoraron, pero no significativamente. A las 8 semanas, se consideró que 13 pacientes (indiferentemente del grupo de tto) remitieron de depresión o de insomnio. Ambos mejoraron significativamente en subescalas de la calidad de vida.	
Discusión planteada	En el insomnio primario, un estudio previo investigó los cambios en varios aspectos de la calidad de vida al examinar la eficacia de TCC-I en pacientes con insomnio primario y uso prolongado de hipnóticos. Se encontró que aquellos tratados con TCC-I tuvieron mejores resultados que los que no recibieron este tratamiento adicional en las subescalas	

	<p>de vitalidad a los 3 meses y la función física y la salud mental a los 6 meses. En cuanto a la farmacoterapia, los pacientes tratados con BZRAs tuvieron puntuaciones significativamente mejores en QoL que aquellos con placebo a los 6 meses en los dominios de rol físico, dolor corporal, percepción general de la salud, vitalidad y funcionamiento social. De manera similar, el mismo fármaco llevó a mejores puntuaciones de QoL que un placebo durante un estudio de 2 semanas en los dominios del cuestionario de disfrute y satisfacción de la calidad de vida de 16 ítems (Q-LES-Q), incluyendo la salud física, el estado de ánimo, las actividades domésticas, las actividades de ocio y la medicación.</p> <p>La eficacia de la farmacoterapia en los resultados de QoL sigue siendo controvertida. Los resultados de este estudio y otros previos llevan a concluir que añadir psicoterapia al tratamiento habitual podría producir beneficios adicionales estadística y clínicamente significativos en algunos aspectos de QoL en pacientes con insomnio y depresión, como se ha demostrado en estudios previos sobre el insomnio.</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>En cuanto a las asociaciones entre las mejoras en la calidad de vida en el insomnio y la depresión, se hipotetizó inicialmente que el proceso de recuperación ocurriría en el siguiente orden: la psicoterapia aliviaría el insomnio, el sueño mejoraría reduciendo la gravedad de la depresión y un mejor estado de ánimo mejoraría el funcionamiento físico y mental en la vida diaria. A partir de estas suposiciones, se especuló que la mejora en la QoL se explicaba mejor por los cambios en la gravedad de la depresión, y que podría existir un retraso temporal entre las mejoras en el insomnio o la depresión y las mejoras en la QoL. Sin embargo, considerando los resultados de otros previos sobre los resultados del insomnio y la depresión, ahora parece más probable que el insomnio, la depresión y la QoL mejoren casi simultáneamente a un rango normal cuando un paciente responde con éxito al tratamiento.</p> <p>Aunque los resultados sean muy prometedores, el estudio tiene varias limitaciones, como el tamaño de la muestra, la falta de evaluación a largo plazo, la cultura (Japón tiene una cultura diferente a la occidental), o que haya sido realmente la TCC-I y no la monitorización constante de los pacientes. Sin embargo, hay que tener en cuenta que no hubo pérdida de datos y que se evaluaron hasta 8 subdominios de la calidad de vida.</p>

Número de orden: 6		
Cita bibliográfica	Matthews EE, Berger AM, Schmiege SJ, Cook PF, McCarthy MS, Moore CM, et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia outcomes in women after primary breast cancer treatment: a randomized, controlled trial. <i>Oncol Nurs Forum</i> [Internet]. 2014;41(3):241-53. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1188/14.ONF.41-03AP	
Base de datos de procedencia	Scopus	
Verificación	Caspé: 10	
Introducción	Resumen de la introducción	Entre un 30 y 50% de las mujeres con cáncer de mama padecen insomnio, siendo mucho más común que en otros cánceres. Esto puede influir en su recuperación y en su calidad de vida postremisión. En un estudio anterior, se observó que este perfil de pacientes tenía el ratio de insomnio más alto en el periodo perioperatorio y tras dos meses (70% y 60%). Los tratamientos no farmacológicos parecen adecuados para este perfil de pacientes por su viabilidad y aceptabilidad en todas las fases de la enfermedad, incluido durante el tratamiento oncológico. La TCC-I se postula como una opción viable y de elección ante este problema.
	Objetivo del estudio	Examinar el efecto de la TCC-I para el insomnio en la mejora del sueño, los síntomas diurnos y la calidad de vida en supervivientes de cáncer de mama después del tratamiento oncológico.
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico aleatorizado, prospectivo y longitudinal.
	Año de realización	2013
	Técnica de recogida de datos	Mediante diarios del sueño evaluados al principio, durante el tratamiento, y 3 y 6 meses después de éste. La escala ISI, la eficiencia del sueño, el cuestionario para la calidad de vida de los pacientes oncológicos (EORTC QLQ-30), el índice de la función atencional (AFI, por sus siglas en inglés), la escala de fatiga Piper (PFS), la escala HADS, la escala DBAS-16, y el test de conocimientos del paciente (PKT) fueron recogidas mediante cuestionarios post-hoc y por el propio profesional.
	Población y muestra	Mujeres de clínicas oncológicas locales, grupos de apoyo para cáncer de mama y la comunidad. Las mujeres eran aceptadas si habían completado el tratamiento oncológico para el cáncer de mama en etapas I-III al menos hace 1-36 meses y cumplían con los criterios para el insomnio crónico, incluyendo WASO o SOL mayores a 30 minutos en tres o más noches por semana durante un mes o más, además de una puntuación de 8 o más en el ISI. Todas las variables demográficas eran similares entre los grupos al inicio del estudio. En promedio, las mujeres tenían 52 años y la mayoría había recibido radiación y/o quimioterapia. La mayoría estaban casadas y el 46% trabajaba a tiempo completo. Los niveles de ingresos promedio reportados en los grupos eran similares. De las 60 participantes inscritas en el estudio, en 17 faltaban datos. Cuatro mujeres (dos en TCC-I y dos en BPT) abandonaron el estudio en la tercera semana y a 13 les faltaron datos en una o varias semanas de seguimiento. Para examinar si los datos faltantes afectaron la interpretación de los resultados del estudio, se estimó la interacción entre la deserción y el

		grupo para todas las características demográficas y variables de sueño al inicio del estudio. De las 17 pruebas realizadas, no se observaron interacciones significativas entre el estado de los datos faltantes y el grupo, lo que indica que no existían diferencias sistemáticas entre aquellas con o sin datos en el seguimiento que pudieran influir en los efectos del tratamiento.
Resultados relevantes	<p>Aunque las pacientes en el grupo TCC-I no mostraron diferencias significativas al principio, en el periodo de seguimiento aumentó drásticamente su eficiencia del sueño, redujo significativamente el tiempo necesario para dormir, y aumentó el tiempo total de sueño (todo respecto al control). No se encontraron diferencias en cuanto al uso de farmacología para dormir. Tampoco se encontraron diferencias significativas a la larga en las puntuaciones de calidad de vida, fatiga, depresión ni ansiedad.</p> <p>Las mujeres del estudio no reportaron menores niveles de fatiga durante el estudio.</p>	
Discusión planteada	<p>La terapia se comparó con una terapia placebo BPT, utilizada para otros estudios sobre insomnio. Las 6 sesiones individuales y semanales consistieron en RS, CE, ESHS, y terapia cognitiva basada en protocolos existentes. Fueron realizadas por una enfermera entrenada en TCC-I.</p> <p>Como se esperaba, en el grupo TCC-I hubo mejoras significativas en la eficacia del sueño y SOL (habiendo reducido hasta 20 minutos el tiempo para dormir). Sin embargo, el TST solo aumentó significativamente durante el tratamiento, pero no durante el seguimiento a los 3 y 6 meses (se mantuvieron igual en ambos grupos), al igual que el WASO y el número de despertares nocturnos.</p> <p>En el grupo de TCCI, la gravedad percibida del insomnio disminuyó en 8.6 puntos después de la intervención y continuó disminuyendo durante el período de seguimiento, y acabó siendo no clínicamente significativa a los tres y seis meses. En contraste, en el grupo de BPT hubo una reducción de 5.9 puntos en las puntuaciones de insomnio después de la intervención sin una reducción adicional con el tiempo, por lo que permanecieron en o por encima del nivel subclínico de insomnio durante todo el estudio.</p>	
Conclusiones del estudio	<p>La enfermería puede ayudar en el manejo del insomnio en los pacientes con cáncer identificando aquellos con problemas de insomnio y administrando terapias no farmacológicas con suficiente evidencia, como la TCC-I. En este estudio, se han demostrado efectos positivos en la vida de las pacientes mediante la TCC-I realizada por enfermeras, como en el SOL y el WASO, pero se advierte que el TST es una medida que no perdura en el tiempo. Además, la muestra era mayoritariamente caucásica y bien educada, y como fue reclutada a través de anuncios, puede que la motivación inicial sea una dimensión que no se ha tomado en cuenta.</p> <p>La mayor fortaleza de este estudio es la consistencia de los resultados respecto a estudios anteriores, ya que muestran medidas similares en la misma intervención en los mismos niveles.</p>	

Número de orden: 7		
Cita bibliográfica	Sandlund C, Hetta J, Nilsson GH, Ekstedt M, Westman J. Improving insomnia in primary care patients: A randomized controlled trial of nurse-led group treatment. Int J Nurs Stud [Internet]. 2017;72:30-41. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748917300809	
Base de datos de procedencia	Scopus	
Verificación	Caspé 11	
Introducción	Resumen de la introducción	<p>El insomnio afecta entre el 9 y 15% de la población y tiende a mantenerse en el tiempo, y es más prevalente en mujeres y en los adultos de edad media (40-49). Muchos de ellos buscan ayuda en atención primaria, aunque ahí los recursos son limitados y suele prescribirse farmacología en vez de tratamientos no farmacológicos. Aunque las medidas de higiene para el sueño sean eficaces y comunes, son insuficientes, pues se necesita un enfoque cognitivo y de corrección de malos hábitos.</p> <p>En este estudio, se propuso que enfermeras especialistas en atención primaria utilizaran un manual semiestructurado que incluía técnicas como relajación, control de estímulos, tratar pensamientos negativos y restricción del sueño.</p>
	Objetivo del estudio	Evaluar el efecto de la TCC-I en grupos administrada por enfermeras.
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico aleatorizado no ciego.
	Año de realización	2017
	Técnica de recogida de datos	Se envió por correo un sobre que contenía un diario del sueño, cuestionarios y un sobre de devolución prepagado 2 semanas antes del inicio de la primera sesión grupal y después de la última sesión. Un año después del final del tratamiento, se envió un sobre que contenía los mismos materiales solo a los pacientes del grupo de intervención que habían participado en el programa. Si los investigadores no recibían el sobre de devolución al cabo de una semana del inicio de la sesión grupal inicial, se consideraba que el paciente había abandonado el estudio en el inicio. Si los investigadores no recibían los materiales de seguimiento posteriores al tratamiento o de seguimiento de 1 año, se enviaban dos recordatorios con un intervalo de 4 semanas. El indicador principal fue la escala ISI. Los secundarios fueron el SOL, WASO, TST, percepción de la calidad del sueño, número de despertares nocturnos, el tiempo en cama y la eficiencia del sueño.
Población y muestra	<p>Adultos con insomnio diagnosticado según los criterios del DSM-IV, con síntomas persistentes durante 3 días a la semana durante un mes interesados en participar en el estudio. Los grupos fueron de entre 4-7 personas.</p> <p>En total cumplieron los criterios 165 pacientes que fueron aleatorizados (90 en TCC y 75 en tratamiento convencional), pero el 20% de ambos grupos abandonó (quedan 72 en TCC y 60 en tratamiento convencional).</p>	

		La edad varió entre los 20 y 90 años (media de $54,4 \pm 16$) y la mayoría eran mujeres. La única diferencia significativa entre grupos fue que en el de intervención se reportaron más problemas gastrointestinales.
Resultados relevantes	Los abandonos fueron significativamente mayores en personas que padecían ansiedad y tomaban antidepresivos. Aquellos que abandonaron en la revisión tras un año pero que completaron la terapia tenían al inicio mayor ISI, WASO, SOL y menor eficiencia del sueño. El ISI, WASO, SOL, TST, despertares nocturnos y la calidad del sueño notablemente en el grupo de intervención que en el control (el ISI se mantuvo prácticamente intacto). Además, bajó el uso de medicación para dormir. En la evaluación tras un año del programa, el ISI mejoró, y aunque el resto de las variables empeoraron ligeramente, seguían mostrando una mejora significativa respecto al inicio. El uso de fármacos se mantuvo después de la terapia.	
Discusión planteada	Las enfermeras fueron entrenadas durante 16h en un curso para administrar TCC-I. El programa incluía 7 sesiones de 2 horas a lo largo de 10 semanas (seis sesiones en las primeras semanas y una de seguimiento 4 semanas más tarde). Las sesiones trataban: la regulación del sueño, teoría sobre el insomnio, pensamientos intrusivos y preocupaciones, higiene del sueño, manejo del estrés, problemas diurnos, efectos psicológicos de los hipnóticos, revisión de las técnicas y mantenimiento de las técnicas aprendidas. En el grupo de control se realizó el tratamiento común, que suele consistir en medicación y consejos de la higiene del sueño.	
Conclusiones del estudio	Los pacientes de atención primaria con insomnio mejoran su calidad del sueño y su estado de salud al ser tratados por enfermeras que aplican la TCC-I de manera guiada. El programa, a parte de mejorar todas las variables de sueño, ayudó a los pacientes a reducir la frecuencia con la que usaban hipnóticos o sedantes. Los efectos del tratamiento se mantuvieron un año después de participar en el programa. Esta intervención grupal liderada por enfermeras mejora el insomnio más que el tratamiento habitual, es fácil de implementar en la atención primaria y es bien tolerada por los pacientes.	

Número de orden: 8		
Cita bibliográfica	Palesh O, Scheiber C, Kesler S, Janelsins MC, Guido JJ, Heckler C, et al. Feasibility and acceptability of brief behavioral therapy for cancer-related insomnia: effects on insomnia and circadian rhythm during chemotherapy: a phase II randomised multicentre controlled trial. Br J Cancer [Internet]. 2018 [citado 26 de junio de 2023];119(3):274-81. Disponible en: https://www.nature.com/articles/s41416-018-0154-2	
Base de datos de procedencia	Scopus	
Verificación	Caspe: 10	
Introducción	Resumen de la introducción	<p>El insomnio se calcula que puede llegar a ser de 2 a 3 veces más prevalente en pacientes con cáncer (ya sea por el tumor, la quimioterapia, el estrés del diagnóstico, etc) y que, además, es más fácil cronificarse.</p> <p>La TCC-I es el estándar del tratamiento del insomnio en población general y oncológica, mostrando buenos resultados. Aún así, muestra altos índices de abandono por su larga duración, así que este estudio propone una versión breve de la terapia para el insomnio en el cáncer (BBT-CI), que también se enfoca a regular los ritmos circadianos. Ya se hizo un estudio piloto sobre esta terapia que mostraba resultados prometedores.</p>
	Objetivo del estudio	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la viabilidad y aceptabilidad de BBT-CI en un entorno multicéntrico. • Observar si se puede capacitar a enfermeras y asistentes de investigación clínica (CRA) para brindar BBT-CI con precisión • Establecer si realizar BBT-CI en las clínicas comunitarias sería factible. • Establecer la eficacia preliminar de BBT-CI en el insomnio y los ritmos circadianos.
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico aleatorizado
	Año de realización	2018
	Técnica de recogida de datos	No especificada
	Población y muestra	Los pacientes fueron aleatorizados al grupo intervención (CBB-TI) o control (HEAL, Healthy Eating Education Learning).
Discusión planteada	<p>Los 16 profesionales que administraron la terapia necesitaban al menos haber hecho un grado y tener 1 año de experiencia en oncología. El entrenamiento incluía 12 sesiones que consistían en adiestramiento con el investigador principal, role-playing en parejas y estudio de información administrada.</p> <p>La BBT-CI incluye educación (sobre el insomnio y su relación con el cáncer), control de estímulos (reservar la cama solo para dormir y actividades sexuales y acostarse solo cuando está cansado), control/modificación de la siesta (se recomendaba no hacer siestas pero, en el caso de ser inevitables, limitarlas a dos al día de 45 minutos</p>	

	<p>como máximo), compresión del sueño (posponer la hora de dormir 15 minutos si no duerme bien) y cronorehabilitación (entrenamiento en los ritmos circadianos incrementando la luz por el día y disminuyéndola por la noche). Se realizaban dos sesiones en persona mientras duraba la quimioterapia, la segunda tras 3-4 semanas (dependiendo del ciclo). Además, se realizaban cuatro sesiones de no más de 15 minutos vía teléfono.</p> <p>La BBT-CI breve mostró ser de utilidad, con altos niveles de adherencia. Además, las enfermeras entrenadas para administrarla mostraron como mínimo un 75% de eficacia, dejando clara su factibilidad. El tratamiento disminuyó los síntomas del insomnio, lo cual no solo es positivo en el momento del tratamiento, sino también para prevenir que el insomnio se cronifique una vez terminada la quimioterapia.</p> <p>La actigrafía mostró mayor actividad en total (mesor), mayor pico de nadir (amplitud) y menor acrofase (pico temprano de actividad) en el grupo de intervención, lo que indica mejoría. La reducción del insomnio mejora el ritmo circadiano porque sincroniza el ciclo sueño-vigilia con el propio ritmo circadiano. La OMS considera que desorganizar los ritmos circadianos es cancerígeno y acelera la progresión de la enfermedad.</p> <p>En otros ensayos clínicos se ha visto que, aunque las terapias por internet mejoran los síntomas de insomnio, en los pocos en los que se ha comparado vía telemática con vía cara a cara, la segunda intervención es mucho más efectiva, al menos en pacientes con cáncer en tratamiento con quimioterapia.</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Los hallazgos proporcionan evidencia sobre la eficacia de un modelo innovador de prestación de cuidados en el que enfermeras capacitadas y personal de investigación en clínicas oncológicas comunitarias pueden brindar una intervención conductual, reducir con éxito el insomnio y mejorar el funcionamiento del ritmo circadiano entre pacientes con cáncer de mama que reciben quimioterapia activamente.</p>

Número de orden: 9		
Cita bibliográfica	Sandlund C, Hetta J, Nilsson GH, Ekstedt M, Westman J. Impact of group treatment for insomnia on daytime symptomatology: Analyses from a randomized controlled trial in primary care. Int J Nurs Stud [Internet]. 2018;85:126-35. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748918301147	
Base de datos de procedencia	Pubmed/Scopus	
Verificación	Caspe: 11	
Introducción	Resumen de la introducción	<p>La sintomatología diurna tiene gran importancia en el insomnio. En muchos casos las personas se preocupan por su sueño sin tener en cuenta síntomas diurnos, entrando en un círculo donde éstos conducen a dificultades o falta de sueño, y esto último a los síntomas diurnos. Incluso desarrollan comportamientos durante el día que empeoran los síntomas del insomnio. No obstante, la mayoría de las investigaciones se centran en el tratamiento clínico del sueño, pero pocos estudios analizan si mejoran la calidad de vida diurna.</p> <p>Adicionalmente, la mayoría de las personas aquejadas de insomnio acuden a centros de atención primaria. Aunque el tratamiento recomendado es la TCC-I, éste no está generalizado, y se suele tratar con fármacos. Por tanto, se evalúa si un tratamiento de TCC-I en grupo dirigido por enfermeras de atención primaria podría mejorar el insomnio, lo que podría generalizar esta terapia en los propios centros de atención primaria.</p>
	Objetivo del estudio	Evaluar la posible mejora de la sintomatología diurna del insomnio con terapia TCC-I en grupo, impartida por enfermeras en atención primaria
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico aleatorio
	Año de realización	2018
	Técnica de recogida de datos	Los datos proceden de un ensayo clínico anterior. Los investigadores investigaron los datos de ese estudio.
	Población y muestra	Pacientes en consulta de atención primaria con trastornos del sueño. 165 personas (90 en el grupo de intervención, 75 en el grupo de control)
Resultados relevantes	En el grupo de intervención, mejoraron significativamente los síntomas, primeramente, de fatiga, y adicionalmente de angustia y depresión. La calidad de vida relacionada con la salud mental mejoró, incluido el cansancio somnolencia y falta de concentración. Las mejoras se mantuvieron un año después del tratamiento.	

<p>Discusión planteada</p>	<p>Al analizar los resultados del tratamiento de los síntomas diurnos del insomnio mediante un tratamiento grupal TCC-I realizado por enfermeras formadas, en centros de atención primaria de salud, se ha podido comprobar que los resultados en muchos de ellos han mejorado claramente. Podemos entender como síntomas diurnos, la fatiga, el bajo estado de ánimo la preocupación por el sueño, el cansancio, y baja calidad de vida en términos de discapacidad mental. También redujo determinadas falsas creencias a las que los pacientes atribuían el insomnio. Todas las mejoras se mantuvieron durante el año posterior a la terapia.</p> <p>Este estudio se añade a otros existentes, sin embargo, los anteriores no encontraran efectos sobre la fatiga, calidad de vida o somnolencia, aunque sí en la salud mental, vitalidad, preocupación o ansiedad.</p> <p>En cualquier caso, existen muchas evidencias de que la TCC-I mejora la calidad del sueño, pero hay menos análisis de los efectos de ésta durante el día, y en general, salvo algún estudio aislado sobre síntomas diurnos específicos o creencias disfuncionales, no existen evidencias, ni siquiera en tratamientos individuales. Otros estudios anteriores indican que los síntomas diurnos del insomnio están relacionados con factores psicológicos, más que con baja calidad del sueño, por lo que las mejoras encontradas podrían deberse también a otros factores, además de la mejora en el sueño.</p> <p>Como fortalezas del estudio, se refieren: los criterios de elegibilidad bien definidos, el correcto diagnóstico de insomnio y el uso de varios instrumentos válidos para evaluar la sintomatología diurna. Como limitaciones, se refieren: que todos los pacientes que consultaron a su médico por síntomas de insomnio fueran evaluados para determinar su elegibilidad, que no se les ocultó la asignación del tratamiento a las enfermeras ni a los pacientes, por lo tanto, es posible que algunos de los efectos del ensayo puedan explicarse por factores no específicos de la TCC-I. Además, los daños y los efectos adversos no se evaluaron.</p> <p>Los índices de abandono indicaron que aquellos que abandonaron antes del inicio del tratamiento tenían síntomas depresivos más severos, y un funcionamiento mental más bajo. Por lo tanto, es posible que los pacientes con problemas de salud mental más graves necesiten un apoyo adicional para participar en un tratamiento grupal o se les deba ofrecer un tratamiento individual.</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>La mayoría de los síntomas diurnos relacionados con el insomnio mejoraron mediante un tratamiento grupal TCC-I realizado por enfermeras formadas, en centros de atención primaria de salud.</p>

Número de orden: 10		
Cita bibliográfica	Davidson JR, Dickson C, Han H. Cognitive behavioural treatment for insomnia in primary care: a systematic review of sleep outcomes. Br J Gen Pract [Internet]. 2019 [citado 28 de junio de 2023];69(686):e657-64. Disponible en: https://bjgp.org/content/69/686/e657	
Base de datos de procedencia	Scopus/Pubmed	
Verificación	Caspe: 8	
Introducción	Resumen de la introducción	<p>El insomnio es el trastorno del sueño más común. El insomnio crónico se define como la dificultad para iniciar o mantener el sueño al menos 3 noches/semana durante al menos 3 meses.</p> <p>Está asociado con problemas de salud física y mental, afectando por tanto a la demanda de atención médica y la economía (ausentismo y baja productividad).</p> <p>Las guías de práctica profesional aconsejan la TCC-I como primer tratamiento, solo considerando también la medicación hipnótica si la primera no es efectiva. La TCC-I está compuesta de: control de estímulos, restricción del sueño, terapia cognitiva y entrenamiento de relajación. Es más efectiva cuanto todos los componentes se administran juntos. A pesar de la eficacia, la TCC-I está infrutilizada por falta de conocimientos o acceso limitado. Faltan revisiones sistemáticas de la efectividad de la TCC-I contra el insomnio en centros de atención primaria.</p>
	Objetivo del estudio	Análisis de los efectos en el sueño al administrar TCC-I en atención primaria.
Metodología	Tipo de estudio	Revisión sistemática
	Año de realización	2019
	Técnica de recogida de datos	Búsqueda en Medline, PsycINFO, EMBASE y CINAHL, desde el 1987 hasta agosto del 2018. Dos investigadores realizaron la búsqueda de forma independiente y luego llegaron a un acuerdo para incluir los estudios.
	Población y muestra	13 estudios (de los existentes en bases de datos científicas)
Resultados relevantes	<p>Se hallaron efectos positivos de importancia media-alta sobre la calidad del sueño después de un tratamiento de TCC-I de 4-6 semanas. Los efectos se mantuvieron de manera positiva de 3-12 posteriormente a la terapia.</p> <p>En los casos de intervenciones en otros formatos, los resultados son menos concluyentes</p>	
Discusión planteada	De los 13 estudios relacionados sobre aplicación de TCC-I, mostraron mejores resultados en los que se realizó una terapia completa o con control de estímulos y restricción del sueño. Las variaciones de esta terapia tuvieron efectos	

	<p>mucho más modestos.</p> <p>Como limitaciones, se centra solo en resultados del sueño y no síntomas diurnos, que se excluyen dos estudios importantes por falta de diario de sueño, aunque ambos mostraron también resultados positivos, y los resultados podrían no representar poblaciones específicas.</p> <p>En general, los resultados de esta revisión se asemejan a metaanálisis anteriores, e incluso el mantenimiento de estos buenos resultados a lo largo del tiempo de seguimiento. Se debe identificar la mejor forma de integrar la TCC-I en los centros de atención primaria. En la mayoría de los estudios el médico no participó, y la terapia fue administrada por enfermeras y otros profesionales de la salud. Se encontraron variaciones entre estudios en los componentes de la TCC-I, medias del sueño, medidas de los síntomas diurnos.</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Se muestra como efectiva la aplicación de la TCC-I multicomponente en la atención primaria.</p> <p>Los estudios futuros deberían usar medidas del sueño estandarizadas, examinar los síntomas diurnos e investigar el impacto conjunto de terapias hipnóticas administradas junto con la TCC-I.</p>

Número de orden: 11		
Cita bibliográfica	Baides Noriega R, Noriega Camporro S, Inclán Rodríguez AM. Nursing and no Drug for the Management of Insomnia Treatment. Enferm Glob [Internet]. 2019 [citado 28 de junio de 2023];18(2):512-32. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412019000200018&lng=es&nrm=iso&tlng=es	
Base de datos de procedencia	BVS	
Verificación	Caspe: 9	
Introducción	Resumen de la introducción	<p>El sueño ocupa 1/3 de la vida de una persona. Cuando ésta no está conforme con la cantidad o calidad de éste, se produce el insomnio.</p> <p>Es el trastorno más habitual del sueño, y se va incrementando con la edad, especialmente en sexo femenino. Puede producir consecuencias como reducir el rendimiento diurno, y ser un factor incremental de enfermedades graves como el infarto.</p> <p>Para combatir el insomnio existen medidas no farmacológicas, farmacológicas y combinadas, comenzando siempre por las primeras, y solo considerando el resto en caso de que las primeras fracasen, y por periodos cortos de tiempo. Sin embargo, según estudios anteriores, habitualmente no es así, priorizando tratamientos farmacológicos.</p> <p>Para evitarlo, es imprescindible que los profesionales sanitarios tengan el conocimiento suficiente para poder aplicar terapias no farmacológicas.</p>
	Objetivo del estudio	Incrementar y reforzar el conocimiento sobre pautas de manejo del insomnio no farmacológicas, para que desde enfermería se pueda actuar activamente y de manera integral aplicando estas medidas.
Metodología	Tipo de estudio	Revisión bibliográfica
	Año de realización	2018
	Técnica de recogida de datos	Revisión en las bases de datos Cuiden, PubMed y Science Direct; y en páginas de salud de Organismos Oficiales Nacionales (ANESARCO, Consejo General de Colegios de Enfermería de España y Fisterra.)
	Población y muestra	De los 574 estudios localizados en bases de datos científicas, se analizan 16 que se consideran de suficiente calidad o relevancia
Resultados relevantes	<p>Para la mejora de la calidad del sueño se recomienda la aplicación de TC y TCC asociadas a otras medidas, evitando en lo posible el uso de terapia farmacológica. Estos tratamientos repercuten positivamente en recursos sanitarios.</p> <p>Si el resultado no es positivo, se recomienda la aplicación de terapias combinadas mediante tratamiento farmacológico y no farmacológico, ya que muestran mejores efectos a corto plazo que las terapias no farmacológicas por sí solas. Estas medidas con fármacos no se deben alargar más de 4 semanas y suministrar la dosis mínima efectiva para después continuar con la TC o TCC-I.</p>	

<p>Discusión planteada</p>	<p>El insomnio es un problema de salud pública. La aplicación de terapias no farmacológicas (TC y TCC) son más efectivas a largo plazo que las farmacológicas, pero se necesita formación, material y recursos humanos. La enfermería en general no es proactiva en el tratamiento del insomnio por estas causas, sin embargo, es necesario el tratamiento correcto de estos pacientes.</p> <p>Las instituciones deberían facilitar la formación y los recursos humanos adecuados, para disminuir consultas en atención primaria y prevenir el insomnio.</p> <p>Los profesionales de enfermería deberán desarrollar este campo y formarse en los tratamientos no farmacológicos del insomnio, evitando así el consumo excesivo de fármacos y mejorando el consumo de recursos de Sanidad.</p> <p>Limitaciones: existen pocos análisis y revisiones sobre ciertas medidas no farmacológicas para el tratamiento del insomnio. También existen muy pocos estudios con aplicación de una sola técnica, ya que lo habitual es aplicar una terapia integral.</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Las grandes repercusiones que produce el insomnio en la salud hacen necesaria la atención del problema desde el sistema sanitario. Se deben aplicar en primera línea terapias no farmacológicas (TC y TCC) para combatir el insomnio.</p> <p>Las enfermeras en atención primaria deben fomentar la salud y prevenir enfermedades, por lo que son las profesionales sanitarias más adecuadas realizar estos tratamientos, por sus competencias profesionales y el contacto con el paciente.</p>

Número de orden: 12		
Cita bibliográfica	Vega-Escaño J, Porcel-Gálvez AM, Diego-Cordero R de, Romero-Sánchez JM, Romero-Saldaña M, Barrientos-Trigo S. Insomnia interventions in the workplace: A systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 [citado 28 de junio de 2023];17(17):6401. Disponible en: https://www.mdpi.com/1660-4601/17/17/6401	
Base de datos de procedencia	Pubmed	
Verificación	Caspe: 9	
Introducción	Resumen de la introducción	<p>El insomnio es el trastorno del sueño más común en el mundo, aunque existe falta de consenso sobre su diagnóstico.</p> <p>Por otra parte, es uno de los riesgos laborales más relevantes, impactando en la salud física y mental de los trabajadores, y por tanto en su productividad, aumentando el absentismo y el riesgo de accidente laboral. En la revisión se detecta una asociación entre insomnio y salud de los trabajadores.</p> <p>Existen estudios anteriores analizando la eficacia de la TCC para paliar los síntomas del insomnio a través de intervenciones por Internet, que mostraron efectos positivos.</p> <p>A tener en cuenta, que algunos estudios no se centraron en la población trabajadora, o se focalizaron en analizar la eficacia de las terapias.</p>
	Objetivo del estudio	Identificar y evaluar el impacto de las TCC-I para mejorar o reducir el insomnio en los trabajadores.
Metodología	Tipo de estudio	Revisión sistemática y meta-análisis
	Año de realización	2020
	Técnica de recogida de datos	Búsqueda sistemática en bases de datos con términos clave.
	Población y muestra	De los primeros 755 registros de búsqueda en bases de datos científicas, aplicando los filtros quedaron 22 artículos en revisión sistemática, de los cuales 12 en meta-análisis. Total: 14 grupos de intervención con una muestra de 827 personas trabajadoras.
Resultados y Discusión planteada	<p>La mayor parte de los estudios incluían TCC aplicada de forma individual o grupal, y en modalidad presencial o vía Internet.</p> <p>Se seleccionaron 12 estudios formando 14 grupos de intervención, con el indicador ISI como medida utilizada para el insomnio.</p> <p>La TCC se ha demostrado eficaz con enfermedades en trabajadores, como la depresión, o índice bajo de resiliencia.</p>	

	<p>Otro estudio no observó diferencias significativas en comparación con otras terapias psicológicas, aunque mejoró el bienestar de los empleados y su rendimiento.</p> <p>En cuanto al canal, un metaanálisis mostró que las intervenciones a través de teléfonos móviles inteligentes presentaban baja adherencia y alta deserción.</p> <p>La mayoría de los estudios mostraron resultados positivos, y es coincidentes con los resultados de otros meta-análisis.</p> <p>Sobre trabajo a turnos, no se observó que este punto fuera relevante en la aparición del insomnio, salvo un reciente estudio que sí establece una relación directa.</p> <p>Este análisis se ha hecho siguiendo PRISMA. Adicionalmente se utiliza la herramienta “Cochrane Collaboration”. De acuerdo con lo establecido en CONSORT, se han descartado estudios sin doble ciego.</p> <p>Acerca de la significancia clínica, el análisis demuestra que la TCC es útil para el tratamiento del insomnio en trabajadores, y reduce la puntuación de insomnio en torno a un 20% (relevancia clínica moderada).</p> <p>Limitaciones: se consultaron 5 bases de datos, sesgo de autor, elección del ISI como único valor, falta de registros de edad en algunos estudios, sectores profesionales con nivel elevado de estudios.</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Después de una intervención para paliar el insomnio, utilizando el indicador ISI como referencia, se evidencia una mejora en los síntomas del insomnio en trabajadores que lo padecen, con un efecto clínico moderado.</p> <p>En la mayoría de los estudios analizados, se utiliza TCC. En otros casos, programas de salud, técnicas de meditación, autoayuda o fármacos.</p> <p>Todos salvo uno mostraron efectos positivos.</p> <p>Por tanto, se concluyen que las intervenciones contra el insomnio en el lugar de trabajo son efectivas.</p> <p>En cuanto a las mejoras en el trabajo, aunque las había, ninguno de los análisis reportó estas variables. Igualmente con los accidentes laborales.</p> <p>En cuanto a las mejoras en el sueño, se reportaron mejoras en casi todas las intervenciones.</p> <p>Se han realizado pocos tratamientos para el insomnio en trabajadores con un análisis de resultados, y los que se han hecho han mostrado resultados positivos. Por tanto, las organizaciones, administraciones y empresarios deben invertir en políticas laborales encaminadas a mejorar el sueño de los trabajadores, con el fin de garantizar una mayor productividad y seguridad laboral.</p>

Número de orden: 13		
Cita bibliográfica	Ham OK, Lee BG, Choi E, Choi SJ. Efficacy of cognitive behavioral treatment for insomnia: A randomized controlled trial. West J Nurs Res [Internet]. 2020;42(12):1104-12. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/0193945920914081	
Base de datos de procedencia	Pubmed	
Verificación	Caspe: 7	
Introducción	Resumen de la introducción	Los trastornos del sueño son frecuentes en mujeres, especialmente en las de mediana edad, Hay que tener en cuenta que los síntomas de la menopausia pueden influir, provocando insomnio o sueño de baja calidad. Según estudios anteriores, el insomnio está asociado a enfermedades físicas y psíquicas, incremento del riesgo de enfermedad cardiovascular y disminución de la calidad de vida. Para disminuir los síntomas de la menopausia y mejorar el sueño, son efectivas las intervenciones de TCC-I.
	Objetivo del estudio	Evaluar la eficacia de la TCC-I, en aspectos fisiológicos, antropométricos y psicosociales, como los trastornos del sueño, depresión, calidad de vida y riesgo de enfermedad cardiovascular.
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico aleatorio
	Año de realización	2020
	Técnica de recogida de datos	Personas que potencialmente cumplían los requisitos fueron contactados por teléfono para solicitar su participación. Pretest con los datos de los análisis previos y posttest tras TCC-I.
	Población y muestra	El reclutamiento se realizó a través de la sucursal de PPFK en Incheon (Corea del Sur), mediante solicitudes en periódicos locales, folletos y banners con la intención de captar mujeres de mediana edad (40-65 años). 44 personas finalizaron el estudio.
Resultados relevantes	El tiempo tuvo efectos significativos sobre las variables antropométricas, el sueño y variables psicosociales. Se realizaron repetidas medidas ANOVA para estas variables, resultando que el tiempo tuvo un efecto principal significativo en WC, MenQo, ISI y PSQI. El ISI disminuyó en P1 y P2 a lo largo del tiempo en el grupo experimental en comparación con el grupo de control. El PSQI se mantuvo en P1 y P2 en el grupo experimental,	

	mientras que aumentaron en el grupo de control.
Discusión planteada	<p>Este estudio evalúa la eficacia de la intervención TCC-I llevada a cabo por personal de enfermería, analizando durante 12 meses variables fisiológicas, antropométricas y psicosociales de la salud que están asociadas con los riesgos de enfermedad cardiovascular en mujeres de mediana edad. Estudios previos mostraron que al menos 4 sesiones de TCC-I disminuían los efectos del insomnio y la calidad del sueño. En uno se realizó un seguimiento a los 6 meses. Se evidencian mejoras en el largo plazo. Existen mejoras en el sueño cuando se eliminan actitudes disfuncionales y creencias erróneas.</p> <p>Otro estudio anterior muestra que 8 sesiones de TCC-I mejoran los síntomas de depresión y calidad de vida. No obstante, en este estudio no se evidencian mejoras en la depresión. Las diferencias en el diseño del estudio, el rango de edad de los participantes y el período de medición de los resultados pueden haber influido en las discrepancias, especialmente el último dado el periodo convulso vivido en el país durante la recopilación de datos. El largo tiempo de toma de datos puede haber influido también.</p> <p>El análisis adicional mostró que los niveles de glucosa, triglicéridos y colesterol LDL disminuyeron a los 12 meses de seguimiento, aunque los resultados no fueron significativos.</p> <p>Después de la aplicación de la TCC-I, se observa un efecto significativo de mejora sobre las variables de resultado inmediato de ISI y PSQI, pero no demostraron efectos significativos sobre las variables de impacto a largo plazo, como riesgos de ECV.</p>
Conclusiones del estudio	La aplicación de TCC-I se muestra efectiva para mejorar el insomnio y la calidad del sueño, y evita tratamientos farmacológicos perjudiciales a largo plazo. Se observa un efecto significativo de mejora sobre las variables de resultado inmediato de ISI y PSQI. No obstante, no se detectan cambios significativos en las variables de riesgo de enfermedad cardiovascular. Se necesitarán estudios futuros adicionales con evaluaciones a largo plazo, al menos con de 24 meses.

Número de orden: 14		
Cita bibliográfica	Dean GE, Weiss C, Jungquist CR, Klimpt ML, Alameri R, Ziegler PA, et al. Nurse-delivered brief Behavioral Treatment for insomnia in lung cancer survivors: A pilot RCT. Behav Sleep Med [Internet]. 2020;18(6):774-86. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1080/15402002.2019.1685523	
Base de datos de procedencia	Scopus/Pubmed	
Verificación	Caspe: 8	
Introducción	Resumen de la introducción	<p>El insomnio es común en pacientes con cáncer, y su prevalencia oscila entre el 50-80% durante una media de 8 años. En cuanto al cáncer de pulmón, los que sobreviven tienen efectos secundarios que afectan a la función pulmonar y pueden provocar tos, apnea y dolor que afectan a la calidad del sueño pueden producir insomnio.</p> <p>La TCC-I es un tratamiento del insomnio con menos efectos que la medicación, y se ha mostrado efectiva en pacientes con cáncer, pero la mayoría de los estudios se han hecho en mujeres que habían padecido cáncer de pecho. Existe una versión breve del tratamiento de TCC-I preparado para ser impartido por enfermeras y otros profesionales sanitarios. Estas primeras están especialmente capacitadas para ofrecer esta terapia. Esta versión breve ha sido exitosa en pacientes de avanzada edad, pero no existe difusión entre pacientes con insomnio comórbido. Los pacientes con cáncer de pulmón no tienen representación relevante en los estudios del insomnio.</p>
	Objetivo del estudio	Evaluar la eficacia en supervivientes de cáncer de pulmón de la TCC-I, analizando su impacto en la eficiencia del sueño. Se considera el índice ISI y la calidad de vida.
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico aleatorio (piloto)
	Año de realización	2019
	Técnica de recogida de datos	Diarios de sueño y entrevistas y cuestionarios con la enfermera asignada.
	Población y muestra	Personas supervivientes de cáncer de pulmón. 30 personas

Resultados relevantes	<p>La intervención BTCC-I mejoró la eficiencia del sueño ≥ 85 en el grupo de tratamiento, pero no en el control. Entre los resultados secundarios, se observaron mejoras significativas en el ISI y el FACT-L (QOL) en comparación con la intervención HEP. Se reporta una disminución en ISI de 4.37 puntos</p> <p>La puntuación media de calidad de vida del grupo BBTI mejoró en 6,66 puntos, lo que es más del doble de lo clínicamente significativo, mientras que la puntuación del grupo HEP empeoró levemente.</p>
Discusión planteada	<p>Este estudio trata de determinar la viabilidad y los efectos preliminares de la TCC-I abreviada (BTCC-I) en comparación con el control de atención en sobrevivientes de cáncer de pulmón con insomnio. Se establece un grupo al que se le aplica BTCC-I con un grupo al que se aplica un programa de control de alimentación saludable (HEP por sus siglas en inglés).</p> <p>En general, los resultados de este estudio se asemejan a de otros en supervivientes de cáncer que informaron una mejora en el sueño usando BTCC-I en tratamiento de grupo. En cuanto a la calidad de vida, estudios previos habían mostrado resultados dispares. En este estudio, el grupo con BTCC-I mostró una mejora en la puntuación, y sin embargo el tratamiento HEP mostró una disminución. En cuanto a las creencias erróneas del sueño, se mejoró en el grupo tratado con BTCC-I en comparación con tratamiento HEP.</p> <p>Las puntuaciones medias de fatiga, somnolencia diurna y estado de ánimo no fueron significativamente diferentes, aunque dados los niveles iniciales, había poco margen de mejora. En cuanto a otros análisis anteriores sobre tratamiento del insomnio con TCC-I, la mayoría de los resultados están en línea con los de este estudio.</p> <p>A más de una cuarta parte de los participantes se les tuvo que derivar para una evaluación por apnea del sueño y/o hipoxia nocturna. Si bien el insomnio es un trastorno del sueño diferente, se evidencia que se suelen dar a la vez. Este descubrimiento inesperado de hipoxia en los sobrevivientes de cáncer de pulmón postoperatorio puede influir en la futura atención médica y práctica clínica.</p> <p>Este estudio tiene la limitación de la zona y del 25% de deserción, y tener una muestra limitada.</p> <p>La práctica de la terapia BTCC-I por el personal de enfermería mejoraría el insomnio y la calidad de vida en estas personas, y ayudaría a la difusión y reclutamiento de nuevos casos para realizar estudios con una muestra más amplia.</p>
Conclusiones del estudio	<p>La terapia BTCC-I es un tratamiento eficiente para mejorar el insomnio y la calidad de vida en pacientes supervivientes de cáncer de pulmón.</p> <p>Debido a las limitaciones del estudio, se hace necesario realizar más investigaciones para evaluar la duración, eficiencia e implementación de la BTCC-I</p>

Número de orden: 15		
Cita bibliográfica	Van der Zweerde T, Lancee J, Slotjje P, Bosmans JE, Van Someren EJW, van Straten A. Nurse-guided Internet-delivered cognitive behavioral therapy for insomnia in general practice: Results from a pragmatic randomized clinical trial. <i>Psychother Psychosom</i> [Internet]. 2020;89(3):174-84. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1159/000505600	
Base de datos de procedencia	Pubmed/Scopus	
Verificación	Caspe: 9	
Introducción	Resumen de la introducción	<p>El insomnio clínico es el segundo trastorno mental más importante, y el tercero del que más consultas hay en atención primaria. Además, conlleva enfermedades físicas y psíquicas asociadas. La terapia TTC-I que se recomienda como primer tratamiento para combatir el insomnio. Sin embargo, la administración de fármacos al paciente sigue siendo la primera opción, a pesar de que los médicos conocen las bondades de este tratamiento. Generalmente es por falta de tiempo o profesionales que impartan esta técnica.</p> <p>La TTC-I administrada por Internet se presenta como una posibilidad de aumentar el rango de actuación de esta terapia a más pacientes. Podría administrarse sin asistencia, pero se ha comprobado que la adherencia y efectos son mejores cuando es guiada.</p> <p>Generalmente los resultados de los estudios se basan en una muestra seleccionada específicamente.</p>
	Objetivo del estudio	Evaluar la efectividad de la I-TCC-I en atención primaria.
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico aleatorio
	Año de realización	2020
	Técnica de recogida de datos	Los participantes fueron asignados al azar utilizando gráficos creados por un investigador independiente. Un segundo investigador independiente realizó la aleatorización.
	Población y muestra	134 personas
Resultados relevantes	<p>La TCCI por Internet mostró que los participantes experimentaron una mayor mejora en la gravedad del insomnio (ISI) que los pacientes con tratamiento convencional, tanto desde la evaluación previa a la posterior como desde la evaluación previa a las 26 semanas de seguimiento.</p> <p>El grupo de intervención informó con mayor frecuencia una mejoría clínicamente significativa que los pacientes del grupo de control en la evaluación posterior a la prueba y en la que se hizo a las 26 semanas.</p> <p>También se evidenciaron efectos positivos posteriores en WASO, despertares durante la noche, TWAK, SQ y</p>	

	<p>síntomas depresivos, y en el seguimiento de 26 semanas (TST y SE).</p> <p>No se observaron efectos significativos en los otros resultados como ansiedad, fatiga, deterioro de vida diurna o utilización de medicación para dormir.</p>
Discusión planteada	<p>Este estudio evidencia que la TCC-I guiada por enfermeras es eficaz en la práctica general para reducir los síntomas del insomnio. Adicionalmente, estas profesionales pueden administrar esta terapia a través de Internet. No se han observado diferencias entre las personas que buscaban ayuda de manera activa por internet y de manera presencial.</p> <p>No se observó ningún efecto de la I-TCC-I en otros resultados como ansiedad o depresión, especialmente en la prueba de seguimiento a las 26 semanas. Esto puede tener explicación dado el nivel relativamente bajo de gravedad de estas enfermedades de la muestra. En cuanto a las disfunciones diarias, aunque la mayoría de los estudios presentan mejoras, en este no se pudieron observar, probablemente por la falta de potencia del estudio. En cuanto a la fatiga, no se mostraron efectos relevantes. En otros estudios se observan resultados heterogéneos. En general, se puede decir que se necesita más investigación para entender la asociación entre insomnio y fatiga.</p> <p>En cuanto a la medicación, se observa una disminución de su utilización en el grupo de intervención, diferencia que aumente a las 26 semanas. En cualquier caso, el análisis de este punto es complicado por la heterogénea selección de datos.</p> <p>Cabe resaltar que un % elevado (68 %) completó el tratamiento, más alto de lo habitual. Se podría aumentar la adherencia añadiendo una sesión presencial antes del inicio del tratamiento u ofreciéndolo de forma mixta (sesiones online y presenciales). Otra característica que destacar es la alta tasa de respuesta a la evaluación. Una limitación es la tasa de adhesión lenta y la finalización temprana antes de alcanzar el tamaño de muestra deseado. La concientización y participación de los médicos de cabecera debe ser un punto fuerte de enfoque en futuras investigaciones.</p>
Conclusiones del estudio	<p>La terapia TCC-I administrada por Internet es claramente más efectiva para reducir los efectos del insomnio que el tratamiento convencional. Se recomienda a los médicos de cabecera que implementen I-TCC-I impartida por enfermeras como una forma de aliviar los síntomas del insomnio. Además, se necesita más investigación para aclarar los efectos sobre otras enfermedades de salud mental y el funcionamiento diario y ampliar el conocimiento sobre los efectos a largo plazo de este tratamiento.</p>

Número de orden: 16		
Cita bibliográfica	Siebmanns S, Johansson P, Ulander M, Johansson L, Andersson G, Broström A. The effect of nurse-led Internet-based cognitive behavioural therapy for insomnia on patients with cardiovascular disease: A randomized controlled trial with 6-month follow-up. Nurs Open [Internet]. 2021;8(4):1755–68. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/nop2.817	
Base de datos de procedencia	Pubmed/Scopus	
Verificación	Caspé: 9	
Introducción	Resumen de la introducción	<p>El insomnio es un problema habitual en personas con enfermedades cardiovasculares (ECV), y puede agravar los síntomas físicos, cognitivos y emocionales de estas enfermedades, disminuyendo la calidad de vida. Ambas enfermedades conjuntas se asocian con un pronóstico de mayor mortalidad, y sin embargo, en general, la sanidad no ofrece suficiente tratamiento para el insomnio.</p> <p>La asociación entre el insomnio y las enfermedades cardiovasculares son causadas, al menos en parte, por procesos biológicos y provoca mayores niveles de aterogénesis, lípidos y resistencia a la insulina, factores que llegan a desarrollar ECV. Por otra parte, la baja calidad de vida, la fatiga y el deterioro funcional asociado con síntomas cardíacos y/o privación del sueño son comunes entre los pacientes con ECV. La TCC-I puede mejorar los síntomas de insomnio y los de las ECV, pudiendo incrementar la calidad de vida del paciente.</p>
	Objetivo del estudio	Comprobar la eficiencia de la TCC-I administrada por Internet en pacientes con enfermedades cardiovasculares.
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico aleatorio controlado
	Año de realización	2021
	Técnica de recogida de datos	De los que se recibió contestación de una carta con información del estudio se realizó otro envío por e-mail de un enlace para completar un cuestionario por Internet. Los participantes que informaron al menos síntomas de insomnio fueron contactados por teléfono y entrevistados por una enfermera registrada para verificar los criterios de inclusión y exclusión. Luego, los participantes fueron programados para reunirse con un médico especialista en sueño, quien diagnosticó insomnio de acuerdo con los criterios ICSD-3. Los participantes finalmente elegibles para la aleatorización se reunieron con una enfermera para recibir más información.
	Población y muestra	48 personas con enfermedades cardiovasculares (ECV) e insomnio

<p>Resultados relevantes</p>	<p>El ISI, al cabo de 9 semanas, mostró un efecto significativo moderado en el grupo del tratamiento, en comparación con el grupo de control. Esta mejora se mantuvo en el seguimiento a los 6 meses, pero los resultados respecto al grupo de control no fueron significativos. La calidad de vida mejoró, pero los resultados respecto al grupo de control no fueron significativos.</p> <p>La finalización de tareas fue más alta en los primeros cinco módulos, y disminuye gradualmente hasta el módulo por diferentes motivos. El grupo adherente mostró una disminución significativa en la mediana de la puntuación ISI desde el inicio hasta la finalización de la TCC-I, que no se observó en el grupo de control. También mostró un cambio significativo en la mediana la puntuación de calidad de vida SF-12 desde el inicio hasta los 6 meses.</p>
<p>Discusión planteada</p>	<p>Se utilizó módulos personalizados centrados en la psicoeducación en fisiopatología, tratamiento y autocuidado de las ECV y el impacto de la enfermedad cardíaca en el sueño y el insomnio. La evaluación de la mejora clínica global en cuanto al indicador ISI se considera ligera. El resultado es comparable a de otro estudio de 2016 en el que se analizaba un grupo de tamaño similar en tratamiento de CCT-I por Internet de 6 semanas vs mismo tratamiento presencial, con un grupo en lista de espera.</p> <p>El estudio mostró una mejora no significativa en la calidad de vida. Este aspecto es difícil de medir en este tipo de pacientes, y el pequeño tamaño de la muestra y el corto plazo de seguimiento de resultados podría ser la causa de ello.</p> <p>A través del apoyo de enfermería a través de una plataforma digital, los participantes que fueron abandonando dieron explicaciones, relatando de problemas de salud, poca habilidad para manejo en Internet, otras prioridades o falta de motivación.</p> <p>El estudio se apoyó en el personal de enfermería. Un estudio anterior de TCC para tratar la depresión en pacientes con ECV mostró resultados positivos sobre la depresión. Se comprueba que el apoyo guiado por personal cualificado aumenta la adherencia, en comparación con la TCC-I autoguiada. La enfermera registrada en el presente estudio brindó apoyo apreciativo, confirmatorio, consultivo y reflexivo para motivar a los participantes a completar el programa. Se podrían ampliar y estandarizar este apoyo para futuros estudios clínicos.</p> <p>El apoyo social es un agente importante para éxito de la terapia. Para comprender los agentes que facilitan el cambio de comportamiento de pacientes con ECV e insomnio, es necesaria más investigación que explore experiencia, actitudes y creencias del paciente al respecto de la TCC-I.</p>
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Los resultados de este estudio indican que la terapia cognitivo-conductual para el insomnio suministrada por internet y adaptada a pacientes con ECV mejora la calidad del sueño y reduce el insomnio a largo plazo. Es importante considerar la inclusión de enfermeras en la atención cardiovascular para suministrar estos tratamientos y llegar a más pacientes. Los efectos de la terapia fueron sostenidos a lo largo del tiempo, aunque la calidad del sueño y otros síntomas continuaron siendo problemáticos para ambos grupos después de 12 meses. Se necesitan estudios futuros con muestras más grandes para confirmar estos resultados específicos para personas con ECV.</p>

Número de orden: 17		
Cita bibliográfica	Chang Y-P, Pereira T, Salinas A, Or HY, Morales M, Le ML. Effects of an email delivered cognitive behavioral therapy for insomnia in college students. <i>Perspect Psychiatr Care</i> [Internet]. 2021;57(4):1685–92. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/ppc.12736	
Base de datos de procedencia	Pubmed/Scopus	
Verificación	Caspe: 9	
Introducción	Resumen de la introducción	Aproximadamente el 36% de los adultos sufre de insomnio, y durante la adolescencia, hay varios factores que contribuyen al insomnio en los jóvenes, como las exigencias académicas, las relaciones sociales y el uso de dispositivos electrónicos. La falta de sueño en los adolescentes tiene efectos negativos, como un mayor riesgo de accidentes automovilísticos, déficits de memoria y mal rendimiento académico, así como problemas de salud mental y física, como depresión, ansiedad, estrés, fatiga, obesidad e incluso diabetes. La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) es un tratamiento para el insomnio crónico en adultos que no utiliza medicamentos y busca modificar los malos hábitos de sueño a través de la educación. La TCC ha demostrado tener un impacto positivo en alrededor del 75% de los pacientes tratados y alrededor del 50% de aquellos con síntomas iniciales. Se ha adaptado con éxito para adolescentes, aunque requiere ajustes en su metodología original diseñada para adultos. La TCC tradicional es una terapia presencial de ocho semanas, lo cual puede representar un obstáculo para los adolescentes y universitarios debido a limitaciones de tiempo y recursos económicos. Sin embargo, el uso de la tecnología, como el correo electrónico, ha sido clave para superar estas barreras. Se ha demostrado que el correo electrónico es eficaz en el tratamiento de enfermedades como la depresión y la ansiedad. Los universitarios, a pesar de tener horarios dispares y múltiples compromisos, tienen conocimientos informáticos y acceso a la tecnología, lo que hace que el correo electrónico sea una opción conveniente para su participación en la TCC.
	Objetivo del estudio	El objetivo de este estudio es saber cómo influye en los estudiantes el envío, mediante email, de un TCC adaptado a ellos, sobre la calidad del sueño, la higiene del sueño, la somnolencia diurna y el consumo de

		alcohol.
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico aleatorio
	Año de realización	2021
	Técnica de recogida de datos	Vía cuestionarios online y entrevista posttest
	Población y muestra	Estudiantes universitarios a tiempo completo de entre 18 y 24 años en la universidad donde se realizó el estudio, y tener una puntuación de ISI de 7 o más.
Resultados relevantes	Un total de 63 participantes (35 en el grupo de intervención y 28 en el grupo de control) completaron el estudio. El grupo de intervención mostró una mayor mejora en todas las variables de sueño en comparación con el grupo de control, siendo significativa la diferencia en la calidad del sueño y la higiene del sueño. Los participantes en el grupo de intervención experimentaron una mejora significativa en todas las variables de sueño después de la intervención, mientras que el grupo de control solo mostró una mejora significativa en la calidad del sueño. Aunque ambos grupos informaron una disminución en el consumo de alcohol, esta mejora no fue estadísticamente significativa.	
Discusión planteada	Se encontraron mejoras significativas en todas las variables del sueño, incluyendo creencias y actitudes sobre el sueño, calidad del sueño, somnolencia diurna y prácticas de higiene del sueño. Sin embargo, las puntuaciones relacionadas con el consumo de alcohol solo mejoraron ligeramente. Se sugiere que un componente interactivo, como una sala de chat o sesiones de coaching en línea, podría generar resultados más positivos. El estudio tiene limitaciones, como la dificultad de garantizar la adherencia a la intervención por correo electrónico y un diseño de grupo no emparejado. Además, la tasa de abandono fue del 27% y se carece de medidas objetivas y un seguimiento a largo plazo.	
Conclusiones del estudio	La TCC por correo electrónico es una herramienta útil, barata y sencilla para el manejo del insomnio en la población universitaria. Sin embargo, se requieren más estudios acerca de la adherencia y sobre el impacto que puede tener sobre el consumo de alcohol.	

Número de orden: 18		
Cita bibliográfica	Redeker NS, Yaggi HK, Jacoby D, Hollenbeak CS, Breazeale S, Conley S, et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia has sustained effects on insomnia, fatigue, and function among people with chronic heart failure and insomnia: the HeartSleep Study. Sleep [Internet]. 2022;45(1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1093/sleep/zsab252	
Base de datos de procedencia	Pubmed	
Verificación	Caspe: 10	
Introducción	Resumen de la introducción	Casi el 75% de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) tienen mala calidad de sueño, lo que se asocia con síntomas discapacitantes como fatiga, depresión, somnolencia diurna excesiva y bajo rendimiento funcional, así como con incidentes de IC, otros eventos cardiovasculares y mortalidad. Los pacientes con IC informan que la falta de sueño es significativa para su salud y rara vez se aborda en la atención médica. La terapia cognitivo-conductual para el insomnio (TCC-I) es una alternativa que ha demostrado tener efectos significativos en los síntomas diurnos, pero no ha sido evaluada en pacientes con IC.
	Objetivo del estudio	Determinar los efectos sostenidos de TCC-I en pacientes con IC y mala calidad de sueño durante un año.
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico aleatorio
	Año de realización	2022
	Técnica de recogida de datos	Se midieron los resultados en el momento de la inscripción, a los 3 meses (2-3 semanas después de la intervención), a los 6 meses y a los 12 meses. Se utilizaron cuestionarios y registros médicos para obtener información sobre las características de la IC, las medidas del sueño, los medicamentos y las comorbilidades. Se utilizaron el ISI, el PSQI, el cuestionario PROMIS y el Test de Caminata de Seis Minutos. También se utilizaron dos medidas para evaluar las creencias y cogniciones relacionadas con el sueño, que son objetivos de la terapia cognitivo-conductual para el insomnio. Todas las medidas utilizadas en el estudio tuvieron niveles aceptables de consistencia interna y fiabilidad.
	Población y muestra	La edad media fue de 63 años. La muestra incluyó un 57% de hombres. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos

		<p>control y de intervención en cuanto a características clínicas o demográficas, excepto por la prevalencia de diabetes mellitus y el Índice de Comorbilidad de Charlson, que fueron más altos en el grupo control. El uso de hipnóticos con receta fue del 11,3% en el grupo intervención y del 4,2% en el grupo control al inicio del estudio. Las variables de sueño, síntomas y función fueron similares al inicio del estudio en ambos grupos. Los participantes tenían una mala calidad del sueño, una latencia del sueño prolongada y bajos niveles de eficiencia del sueño.</p>
<p>Resultados relevantes</p>	<p>La TCC-I demostró ser efectiva a corto y largo plazo en la disminución de la gravedad del insomnio. Los efectos fueron mayores en el grupo que recibió la terapia, pero el grupo control también experimentó mejoras significativas. Los cambios también fueron sostenidos en el tiempo y condujeron a una disminución en el número de participantes con niveles "clínicos" de insomnio. Hubo mejoras significativas en la dificultad para conciliar el sueño, la preocupación y la angustia relacionadas con el sueño, así como en la interferencia del sueño con el funcionamiento diario. También hubo mejoras en la calidad del sueño medida por el PSQI, aunque más pronunciadas en el grupo intervención. La duración del sueño aumentó en el grupo intervención, pero disminuyó en el grupo que recibió educación. El grupo completo también mostró mejoras en la fatiga, el sueño diurno excesivo y la distancia recorrida en la prueba de caminata de seis minutos. Además, ambos grupos experimentaron disminuciones en las creencias disfuncionales y las cogniciones sobre el sueño. En general, los efectos fueron sostenidos a lo largo del tiempo, pero la calidad del sueño y otros síntomas continuaron siendo problemáticos en ambos grupos después de 12 meses. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los efectos de la terapia cognitivo-conductual entre los pacientes con y sin apnea del sueño tratada con CPAP.</p>	
<p>Conclusiones del estudio</p>	<p>Los resultados mostraron que TCC-I mejoró significativamente la calidad del sueño, redujo los síntomas diurnos, incluyendo la fatiga, y mejoró el rendimiento funcional, en comparación con la educación para el autocuidado de la IC y la higiene del sueño. Los beneficios de TCC-I se mantuvieron durante todo el año, pero la mayoría de los participantes aún informaron mala calidad del sueño residual. La terapia cognitivo-conductual para el insomnio podría ser una opción valiosa para mejorar la calidad del sueño y los síntomas diurnos en pacientes con IC</p>	

Número de orden: 19		
Cita bibliográfica	Vidal-Thomàs MC, Yañez-Amoros B, Torrens I, Torres-Solera E, Esteva M. Enferm Clin [Internet]. 2017;27(3):186–92. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.11.006	
Base de datos de procedencia	BVS/Pubmed/Scopus	
Verificación	Caspe: cualitativo	
Introducción	Resumen de la introducción	El insomnio es un trastorno del sueño común que se relaciona con un aumento de la morbilidad y mortalidad, así como una disminución en la calidad de vida. Los profesionales de atención primaria (AP) son a menudo la primera línea de defensa para tratar el insomnio, y las enfermeras desempeñan un papel fundamental en el manejo de este problema de salud. Los tratamientos no farmacológicos más comunes incluyen la terapia cognitivo-conductual (TCC), la acupuntura y la fitoterapia, pero la TCC se considera la primera línea de intervención en el insomnio crónico. A pesar de la efectividad demostrada de las intervenciones llevadas a cabo por enfermeras, hay poca investigación sobre la actitud de las enfermeras hacia los pacientes con insomnio en la práctica habitual de AP.
	Objetivo del estudio	Describir los conocimientos, actitudes y actuación de las enfermeras en un área de Atención Primaria sobre la atención al paciente con insomnio.
Metodología	Tipo de estudio	Estudio descriptivo transversal
	Año de realización	2014
	Técnica de recogida de datos	Se distribuyó un cuestionario anónimo tipo Likert a través de la plataforma de formularios en línea Google Forms® a todas las enfermeras que trabajan con adultos en los centros de salud del área de atención primaria (AP) de Mallorca, que suman 421. El cuestionario se envió por correo electrónico corporativo en tres ocasiones entre junio y julio de 2014. El primer envío solicitaba la cumplimentación del cuestionario y los dos siguientes eran recordatorios para animar a las enfermeras a responder. El cuestionario se adaptó a las competencias enfermeras, por ejemplo, eliminando las cuestiones relacionadas con prescripción farmacológica y añadiendo criterios diagnósticos enfermeros.

	Población y muestra	Respondieron 138 enfermeras de las 421 en plantilla en 2014.
Resultados relevantes	<p>Casi todas las enfermeras consideran el insomnio un problema de salud importante, y más de un tercio lo consideran secundario a otra patología. Casi un 50% preguntan acerca del insomnio y casi el 70% sobre los hábitos que puedan alterarlo. Solo un 11% refiere haber realizado formación en los últimos 5 años. En cuanto a los cuidados que las enfermeras prescriben a pacientes con insomnio, los consejos de higiene del sueño son los más comunes, seguidos de plantas medicinales, TCC y, en último lugar, acupuntura. Además, algunas enfermeras también prescriben otros cuidados como ejercicios de relajación, yoga, meditación, musicoterapia, terapia de Gestalt, aromaterapia y mindfulness. el 20,2% de los profesionales de enfermería siempre o casi siempre realizan grupos de relajación en sus centros de salud, que son dirigidos principalmente por enfermeras, seguidos de psicólogos y médicos. Un tercio de las enfermeras cree que la TCC es efectiva para tratar el insomnio, pero solo un pequeño porcentaje de centros de salud ofrecen esta terapia de manera regular. La mayoría de los profesionales consideran que tanto las enfermeras como los médicos de familia pueden aplicar la TCC. Además, el 80,4% de los profesionales tienen en cuenta las posibles reacciones adversas de los fármacos que toman los pacientes para el insomnio y valoran de manera diferente a los pacientes de edad avanzada que lo padecen.</p>	
Discusión planteada	<p>Aunque las enfermeras consideran el insomnio como un problema de salud importante y evalúan los hábitos de sueño de los pacientes, muy pocas han recibido formación en los últimos 5 años. Las terapias más utilizadas son la higiene del sueño y la fitoterapia, mientras que la terapia cognitivo-conductual (TCC) se usa muy poco. Aunque la mayoría de las enfermeras considera que tanto ellas como los médicos pueden aplicar la TCC, se necesita más formación para implementarla efectivamente. Además, las enfermeras aplican una variedad de terapias, algunas de las cuales pueden ser de dudosa eficacia. Se necesita una mayor formación y diseminación de las terapias más eficientes para mejorar la calidad del sueño y reducir el consumo de hipnóticos.</p>	
Conclusiones del estudio	<p>Las enfermeras de atención primaria tienen un papel importante en la evaluación del insomnio y reconocen las consecuencias negativas del problema en la vida diaria de los pacientes. Sin embargo, existe una necesidad de mejorar la capacitación de las enfermeras en terapias efectivas como la TCC y diseminar e implementar las técnicas más eficientes en la práctica clínica. Además, las enfermeras valoran los fármacos que toman los pacientes ancianos y se debe tener en cuenta su experiencia en la elección de tratamientos adecuados.</p>	

Número de orden: 20		
Cita bibliográfica	Sikorskii A, Given CW, Siddiqi A-E-A, Champion V, McCorkle R, Spoelstra SL, et al. Testing the differential effects of symptom management interventions in cancer: Differential effects of symptom management interventions in cancer. <i>Psychooncology</i> [Internet]. 2015;24(1):25–32. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/pon.3555	
Base de datos de procedencia	Pubmed	
Verificación	Caspe: 10	
Introducción	Resumen de la introducción	<p>Se evalúan dos grandes ensayos clínicos de intervenciones de autocuidado para gestionar los síntomas de los pacientes con cáncer durante la quimioterapia. Se examinaron los efectos moderadores de las características de los pacientes en la eficacia de las intervenciones en cada ensayo y se compararon los hallazgos de ambos ensayos para determinar si los efectos moderadores pueden ser replicados.</p> <p>La intervención de manejo de síntomas entregada por enfermeras, común a ambos ensayos, se basó en los principios de la terapia cognitivo-conductual. Las enfermeras ayudaron a los pacientes a identificar problemas relacionados con los síntomas y les enseñaron a asumir el control para resolver estos problemas y utilizar estrategias de manejo de síntomas que se ajustaran a sus vidas diarias. La intervención educativa, implementada como el segundo brazo en cada ensayo, consistió en referir a los pacientes a una guía escrita con información sobre estrategias de manejo de síntomas. Los hallazgos indican que las intervenciones que incorporan enfoques cognitivo-conductuales son iguales o, en algunos casos, superiores a otras intervenciones psicológicas. Las estrategias que combinan enfoques cognitivo-conductuales y educativos han demostrado ser efectivas para reducir la gravedad de los síntomas relacionados con los efectos secundarios del tratamiento del cáncer.</p> <p>La literatura sobre los efectos moderadores de las intervenciones de manejo de síntomas en enfermedades crónicas, incluido el cáncer, tiene hallazgos mixtos. Este informe presenta los análisis secundarios de dos ensayos completados y diseñados de manera similar sobre el manejo de síntomas.</p>
	Objetivo del estudio	Probar los efectos moderadores de las características de los pacientes en las intervenciones de autocuidado desarrolladas para abordar los síntomas durante el tratamiento del cáncer. Se consideró la edad, la educación y la sintomatología depresiva de los pacientes como

		posibles moderadores.
Metodología	Tipo de estudio	Análisis secundario de ensayos clínicos aleatorios
	Año de realización	2014
	Técnica de recogida de datos	Los datos fueron obtenidos de los ensayos clínicos analizados. Para más información, los análisis de los datos de cada ensayo se realizaron por separado y se compararon los resultados. Se obtuvieron estadísticas descriptivas para las variables demográficas, de resultado y de posibles moderadores. Se evaluaron las diferencias basales entre los grupos en cada uno de los ensayos utilizando pruebas de chi-cuadrado y t de Student. Se realizaron análisis de deserción para examinar las características iniciales de los pacientes que abandonaron entre el inicio y la semana 10, y se compararon por brazo de ensayo según los posibles moderadores
	Población y muestra	Pacientes de más de 21 años, con un tumor sólido o linfoma no Hodgkin diagnosticado y estar recibiendo quimioterapia intravenosa. Además, debían ser capaces de hablar y leer inglés, tener un teléfono con teclas táctiles y no tener problemas de audición.
Resultados relevantes	<p>Al comparar las puntuaciones iniciales de los pacientes que abandonaron el estudio con los que continuaron hasta la semana 10 en términos de edad, educación, sintomatología depresiva y gravedad de los síntomas, no se encontraron diferencias entre los grupos dentro de cada ensayo. La gravedad de los síntomas en la semana 10 no difería según el estado de tratamiento en ninguno de los ensayos. Al examinar las medias ajustadas para la gravedad de los síntomas según la edad en la semana 10, se observó un patrón notablemente similar con diferencias en las categorías de edad de los ensayos. Entre los pacientes de 45 años o menos, las estrategias proporcionadas por contestador automático fueron más exitosas que la intervención proporcionada por la enfermera para reducir la gravedad de los síntomas en la evaluación de 10 semanas. La comparación entre el grupo "coach" y el grupo de enfermería en el ensayo I mostró una relación similar entre las medias, pero la diferencia no alcanzó significancia estadística. Las medias de LS para la gravedad de los síntomas en el ensayo I fueron de 29.28 para el grupo de enfermería y 19.16 para el grupo "coach", y en el ensayo II, fueron de 30.39 para el grupo de enfermería y 15.63 para contestador automático en la semana 10. El patrón de las medias se invierte para los pacientes de 75 años o más en comparación con los pacientes más jóvenes en ambos ensayos. En el ensayo I, las medias para la gravedad de los síntomas en la semana 10 fueron de 18.04 para el grupo de enfermería y 34.67 para el grupo "coach", y en el ensayo II, fueron de 19.84 para el grupo de enfermería y 26.35 para contestador automático. Las diferencias en el tamaño de muestra resultaron en que las medias de LS fueran estadísticamente significativas para el ensayo II pero no para el ensayo I. En las categorías de mediana edad, de 46 a 55, de 55 a 65 y de 66 a 75 años, ambos grupos en cada ensayo parecen ser igualmente exitosos. La educación no tuvo efecto principal ni moderador, y los síntomas depresivos tuvieron un efecto principal en la gravedad de los síntomas en la semana 10, pero no moderaron los efectos de las intervenciones. Por lo tanto, el efecto moderador de la edad en la respuesta de los pacientes a los grupos de ensayo no se ve influenciado por la educación o los síntomas depresivos, y los efectos observados según la edad no son artefactos de la obtención educativa.</p>	

Discusión planteada	Al analizarse los datos de todos los pacientes, una intervención proporcionada por enfermeras no tuvo mejores resultados que enfoques más simplificados, donde se les indicó a los pacientes que siguieran instrucciones escritas específicas sobre sus síntomas, que se evaluaron por encima de un umbral de gravedad. De varias características de los pacientes examinadas en relación con el efecto de la intervención, solo la edad mostró evidencia de modificar los efectos de las intervenciones, donde se observó un patrón en que los pacientes más jóvenes respondieron mejor a enfoques educativos entregados por el contestador automático o un coach, mientras que los pacientes mayores respondieron mejor a estrategias de las enfermeras. Sin embargo, hubo limitaciones en cuanto al tamaño de muestra en los grupos de edad más jóvenes y viejos, y se utilizaron categorías de edad debido a la no linealidad del efecto de la edad.
Conclusiones del estudio	A pesar de las limitaciones, los resultados respaldan la idea de que la edad modera la respuesta de los pacientes a las intervenciones y destacan la importancia de seleccionar las mejores intervenciones adaptadas a las características de los pacientes para desarrollar enfoques terapéuticos más efectivos.

Número de orden: 21		
Cita bibliográfica	Torrens I, Esteva M, Vicens C, Pizá-Portell MR, Vidal-Thomàs MC, Vidal-Ribas C, et al. Assessing the feasibility and acceptability of a cluster-randomized study of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in a primary care setting. BMC Fam Pract [Internet]. 2021;22(1):77. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12875-021-01429-5	
Base de datos de procedencia	Pubmed	
Verificación	Caspe: -----	
Introducción	Resumen de la introducción	La terapia cognitivo-conductual para el insomnio es el tratamiento de elección para esta condición, pero es poco utilizado en pacientes que acuden a atención primaria. El propósito de este estudio piloto fue evaluar la viabilidad y aceptabilidad de un estudio aleatorizado por conglomerados de TCC-i en un entorno de atención primaria.
	Objetivo del estudio	<p>El estudio presenta 5 objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseñar y adaptar una intervención breve de TCC-I para ser proporcionada por el personal de atención primaria para el tratamiento del insomnio crónico en personas de 18 a 65 años. • Definir la atención habitual para el tratamiento del insomnio crónico proporcionada por los profesionales como una intervención comparativa • Evaluar las actividades de capacitación para la intervención de TCC-I determinando la satisfacción de los médicos de atención primaria y enfermeras con el contenido y la aplicabilidad de la intervención. • Explorar la aceptabilidad de la intervención para los médicos de atención primaria y las enfermeras. • Evaluar el reclutamiento de profesionales y pacientes, el seguimiento y la adherencia a la intervención.
Metodología	Tipo de estudio	Ensayo clínico aleatorizado. Estudio piloto.
	Año de realización	2015

	Población y muestra	Pacientes entre 18 y 65 años, tener insomnio crónico diagnosticado con un ISI \geq 8 y haberlo experimentado durante más de 3 meses. En total, 32 pacientes.
Resultados relevantes	El personal de atención primaria expresó la necesidad de una formación más amplia en los diferentes aspectos de la terapia y la discusión de más casos prácticos. También consideraron la intervención como adecuada, pero querían menor número de sesiones y más largas, así como descartar el componente de reestructuración cognitiva. Asimismo consideraron crucial preparar cada sesión con anticipación y establecer una agenda específica para la TCC-i. Se sugirieron recordatorios regulares tanto para los médicos de atención primaria como para los pacientes para mejorar la participación en el estudio. En comparación con el grupo de control, una proporción más alta de pacientes en el grupo de intervención tuvo una latencia del sueño corta, durmió por más de 5 horas y tuvo menos interrupciones del sueño.	
Discusión planteada	<p>Este estudio piloto evaluó la viabilidad y aceptabilidad de un estudio aleatorizado por conglomerados de TCC-I en un entorno de atención primaria. El estudio proporcionó una información importante sobre varios problemas fundamentales que deben abordarse antes de comenzar un gran ensayo para evaluar la efectividad de la TCC-I en pacientes con insomnio persistente, implementada por médicos y enfermeras de atención primaria.</p> <p>Se sugieren varios cambios en la intervención, incluyendo menos sesiones y rediseñar el contenido de la TCC-I, eliminando el componente de reestructuración cognitiva. Los médicos de atención primaria también recomendaron mejorar la formación en TCC-I, proporcionando un programa de formación más largo y presentaciones de casos que experimentan insomnio crónico. Además, se necesitará trabajar con médicos de atención primaria en el reclutamiento de pacientes y la implementación de la intervención.</p> <p>La dificultad para reclutar pacientes fue un problema importante en este estudio piloto. Se propone mejorar el proceso de reclutamiento mediante la utilización de carteles de invitación en centros de salud y en la comunidad. También se utilizarán recordatorios para médicos de atención primaria y pacientes para aumentar la participación.</p> <p>El estudio tuvo algunas limitaciones, como la falta de participación de pacientes en el proceso de investigación y la falta de cálculos de muestra formales. En general, se concluye que los estudios piloto y de viabilidad son importantes para mejorar la implementación de estudios futuros.</p>	
Conclusiones del estudio	Hay que abordar varios problemas clave antes de llevar a cabo el siguiente ensayo clínico a gran escala. Se requiere capacitación adicional y más extensa para los profesionales sanitarios. Deben recibir más entrenamiento en terapia cognitiva y aumentar el número de presentaciones de casos para adquirir habilidades en el manejo de diferentes situaciones posibles. Además, en el estudio a gran escala, se debe invitar a participar a un mayor número de pacientes con insomnio más severo y mala calidad de sueño, y se debe utilizar una mayor flexibilidad para adaptarse a los horarios en los que puedan asistir a las sesiones de TCC-I. Este trabajo preliminar resaltó la necesidad de adaptar los horarios de trabajo de los PCPs para ofrecer la intervención con sesiones más largas y previamente preparadas.	

ANEXO 2: Tabla con el resumen de los estudios

Tipo de estudio	Año de publicación	Autor principal	Lugar	Fecha de recolección de datos	Inclusión de casos	Sujetos de estudio	Tamaño muestral	Rango de edades
Revisión sistemática	2013	Matthews, Ellyn E.	N/A	2012	Estrategia de búsqueda con términos específicos que evalúan "Adherencia". Adultos con insomnio. Con intervenciones de TCC-I. Con medidas válidas. Escritos en inglés. En publicaciones con revisión por pares.	Artículos científicos empíricos relacionados con la adherencia a la TCC-I.	15 estudios.	N/A
Ensayo clínico aleatorio	2013	Bothelius, Kristoffer	Suecia	Mayo 2008 a Abril 2010	Exclusiones: pacientes trabajando a turnos. Con otros trastornos de sueño no tratados. Con otras enfermedades. Embarazadas.	Pacientes que experimentaron problemas en el sueño, interesados en recibir terapia no farmacológica.	66 personas (32 en tratamiento, 34 en espera).	Mayores de 18 años
Estudio cuantitativo correlacional	2012	Rutledge, Carolyn M.	EEUU	2009	Pacientes con Comorbilidades del insomnio. ISI \geq 8	Pacientes en atención no relacionada con el sueño, y con insomnio significativo (ISI \geq 8).	236 personas (de 3 prácticas clínicas).	Mayores de 18 (19-91) años
Ensayo clínico aleatorio	2014	Järnefelt, Heli	Finlandia	2012-2013	Inclusiones: Personas con SOL de más de 30 min., y/o WASO de más de 30 min., y/o habían usado fármacos para conciliar el sueño 3 o más noches/semana durante más de 3 semanas. Exclusiones. personas con insomnio comórbido con otra enfermedad no tratada.	Personas con insomnio crónico no orgánico.	59 personas (trabajadores de la empresa YLE), de los cuales a 41 se les pudo realizar seguimiento de 24 meses.	-
Ensayo clínico	2013	Shimodera, Shinji	Japón	2008-2009	Pacientes con: Depresión	Pacientes con trastorno	37 personas	Adultos (media)

aleatorio					refractaria (DSM-IV). Insomnio comórbido crónico. GRID-HAM entre 8 y 23. ISI \geq 8.	depresivo junto con insomnio crónico.		50,5 años)
Ensayo clínico aleatorio	2014	Matthews, Ellyn E.	EEUU (Denver)	-	Inclusiones. Pacientes con: Tratamiento primario de cáncer estado I-III completado en hasta 36 meses. SL o WASO de 30 minutos tres o mas noches en 1 mes o más. ISI \geq 8. 21-65 años. Insomnio que comenzó o empeoró a partir del diagnóstico. Exclusiones. Pacientes con: Otras enfermedades importantes u otros desórdenes del sueño. Con medicación que afecta al sueño Con trabajo de turnos de noche.	Pacientes con cáncer de pecho e insomnio.	56 personas mujeres (30 en tratamiento o TCC-I, 26 en tratamiento o placebo)	21-65 años
Ensayo clínico aleatorio	2017	Sandlund, Christina	Suecia (Estocolmo)	Agosto 2011 a Junio 2014	Inclusiones. pacientes que experimentan los siguientes síntomas 3 días a la semana al menos un mes: Dificultad para iniciar o mantener el sueño. Sueño de mala calidad. Angustia o deterioro en áreas importantes. ISI \geq 8. Exclusiones. Pacientes con: Con estrés Con trabajo de turnos de noche. Trastornos bipolares. Trastornos del	Pacientes en consulta de atención primaria con trastornos del sueño interesados en participar en un tratamiento grupal.	165 personas (90 en el grupo de intervención, 75 en el grupo de control)	20-90 años (media 54 años)

					sueño no tratados. Con dificultades de lenguaje o cognitivas			
Ensayo clínico aleatorio controlado	2018	Palesh, Oxana	Reino Unido	-	<p>Inclusiones. Pacientes con: Cáncer de pecho en estadio I-III. Recibiendo quimioterapia en ciclos, y al menos 6 semanas de tratamiento posterior. ISI \geq 8. Insomnio que comenzó o empeoró a partir del diagnóstico.</p> <p>Exclusiones. Pacientes con: Problemas para dormir anteriores al diagnóstico de cáncer. Otros trastornos del sueño. Antecedentes de enfermedad mental grave. Con marcapasos o similar. Con trabajo por turnos.</p>	Pacientes con cáncer de pecho e insomnio	71 personas mujeres (34 en tratamiento o TCC-IC (BBT-CI), 37 en tratamiento o HEAL)	Mayores de 21 años (media 53 años)
Ensayo clínico aleatorio controlado	2018	Sandlund, Christina	Suecia (Estocolmo)	2011-2014	<p>Inclusiones. pacientes que experimentan los siguientes síntomas 3 días a la semana al menos un mes: Dificultad para iniciar o mantener el sueño. Sueño de mala calidad. Angustia o deterioro en áreas importantes. ISI \geq 8.</p> <p>Exclusiones. Pacientes con: Con estrés Con trabajo de turnos de noche. Trastornos bipolares.</p>	Pacientes en consulta de atención primaria con trastornos del sueño interesados en participar en un tratamiento grupal.	165 personas (90 en el grupo de intervención, 75 en el grupo de control)	20-90 años (media 54 años)

					Trastornos del sueño no tratados. Con dificultades de lenguaje o cognitivas			
Revisión sistemática	2019	Davidson, Judith R	N/A	2018 (artículos desde Enero 1987 hasta Agosto 2018)	Estrategia de búsqueda en BD científicas con términos clave relevantes para la TCC-I. Escritos en inglés o francés. Informando de los resultados originales. Al menos con muestra de 10 pacientes ≥ 18 años. Con medidas cuantitativas de los resultados del sueño.	Artículos científicos que registraron resultados del sueño y la utilización de terapia TCC-I en atención primaria.	13 estudios.	N/A
Revisión bibliográfica	2018	Baides Noriega, Raquel	N/A	2018	Estrategia de búsqueda en BD científicas con los términos Enfermería, insomnio, tratamiento y sueño.	Artículos científicos sobre el tratamiento no farmacológico del insomnio.	16 estudios	N/A
Revisión sistemática	2020	Vega-Escañó, Juan	N/A	2018 y 2019 (artículos desde 1961 hasta 2012)	Estrategia de búsqueda en BD científicas. Estudios en trabajadores ocupados. Con intervenciones para reducir el insomnio. Con resultados primarios o secundarios (ISI) Solo estudios RCT.	Artículos científicos sobre el insomnio en trabajadores.	22 artículos en revisión sistemática, de los cuales 12 en meta-análisis	N/A
Ensayo clínico aleatorio	2020	Ham, Ok Kyung	Corea del Sur (Incheon)	2017	Inclusiones: Mujeres. ISI ≥ 8 Con calidad baja en el sueño (PSQI > 5) Exclusiones: Con diagnóstico de desórdenes psiquiátricos o tomando fármacos por ello, o para dormir. Con apnea del sueño.	Mujeres de mediana edad	44 personas, mujeres	40-65

					Con tratamiento por cáncer.			
Ensayo clínico aleatorio	2019	Dean, Grace E.	EEUU (Western New York)	-	<p>Inclusiones. pacientes con: ISI>7 Quejas sobre el sueño durante más de 3 meses. Con cáncer de pulmón confirmado en estadio I/II Con tratamiento por apnea del sueño.</p> <p>Exclusiones: pacientes con: Inestabilidad médica o psiquiátrica Trastornos del sueño anteriores no tratados, salvo apnea.</p>	Pacientes con cáncer de pulmón e insomnio.	30 personas (16 en el grupo de intervención, 14 en el grupo de control)	Mayores de 21 años (media 66 años)
Ensayo clínico aleatorio	2020	Van der Zweerde, Tanja	Holanda	2016-2018	<p>Inclusiones. Pacientes: Despiertos por la noche 30 min o más, durante al menos tres meses. Con malestar significativo o deterioro en el funcionamiento diario</p> <p>Exclusiones. pacientes: Sin acceso a Internet. Sin dominio del idioma holandés Sin cumplir con los criterios de apnea del sueño. En embarazo o lactancia. Trabajando en turnos de noche. Con otros tratamientos psicológicos, ideas suicidas, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.</p>	Pacientes con síntomas de insomnio clínico.	134 personas (69 en el grupo de intervención, 65 en el grupo de control-lista de espera)	Mayores de 18 años
Ensayo clínico aleatorio	2021	Siebmans. Sandra	Suecia	2020	Inclusiones. Pacientes con: Diagnóstico de insomnio.	Pacientes con enfermedades cardiovasculares	48 personas (24 en el grupo de	Mayores de 18 años

					<p>Diagnóstico de enfermedad cardiovascular.</p> <p>Exclusiones. Pacientes: Sin acceso a Internet Sin fluidez en idioma sueco. Trabajando en turnos de noche. Con discapacidades cognitivas. Enfermedad psiquiátrica o somática grave. Trastornos del sueño comórbidos no tratados Epilepsia Abuso de drogas Supervivencia prevista <12 meses</p>	(ECV) e insomnio	intervención, 24 en el grupo de control), de las cuales 38 completan el seguimiento de 9 meses.	
Ensayo clínico aleatorio	2021	Chang, Yu-Ping	EEUU (New York)	-	<p>Inclusiones: Estudiantes a tiempo completo ISI ≥ 7.</p> <p>Exclusiones: Estudiantes con fármacos prescritos para desórdenes del sueño o psiquiátricos, o diagnosticados de estos desórdenes asociados con el sueño.</p>	Estudiantes universitarios con insomnio en una universidad concreta	63 personas (35 en el grupo de intervención, 28 en el grupo de control)	18-25 años (media 20,65 años)
Ensayo clínico aleatorio	2021	Redeker, Nancy S.	EEUU (New Haven, CE)	-	<p>Inclusiones. Personas con: ISI ≥ 8. Con síntomas de insomnio leves o más severos. Índice de apnea-hipopnea ≤ 15. Con CPAP durante al menos cuatro horas, mínimo 6 noches/semana, en los últimos 6 meses</p> <p>Exclusiones. Personas con:</p>	Personas con insuficiencia cardiaca crónica (HF)	175 personas (91 en el grupo de intervención, 84 en el grupo de control)	Mayores de 18 años (media 63 años)

					Depresión severa. Trastorno bipolar o compulsivo. Otros desórdenes del sueño. Uso de drogas. En diálisis. Trabajando en turnos de noche o viajes largos.			
Estudio descriptivo	2016	Vidal-Thomàs, María Clara	España (Mallorca, IB)	2014 (junio y julio)	Enfermeras en atención primaria que trabajan con adultos.	Enfermeras de atención primaria.	138 personas	Adultos, (media 50,42 años)
Ensayo clínico aleatorio en fase II	2014	Sikorskii, Alla	EEUU	-	Inclusiones. Pacientes con: Diagnóstico de tumor sólido o linfoma non-Hodgkin. En tratamiento de quimioterapia En escala de 0-10, dolor o fatiga ≥ 2	Pacientes con cáncer	728 personas	Mayores de 21 años
Ensayo clínico aleatorio	2020	Torrens, Isabel	España (Mallorca, IB)	2014	Inclusiones. Pacientes con: ISI ≥ 8 . Patología de más de 3 meses. Exclusiones. Pacientes con: Otros trastornos del sueño. Trastorno psiquiátrico severo, depresión o intento de suicidio. Tomando fármacos antidepresivos o antipsicóticos. Uso de drogas. Demencia o déficit cognitivo Enfermedad neurodegenerativa u oncológica. Incapacidad mental o física. Enbarazada	Pacientes con insomnio crónico en atención primaria.	60 personas (30 en tratamiento o TCC-I y 30 en tratamiento habitual), de las cuales completaron seguimiento 28 (17 en TCC-I y 11 en tratamiento habitual)	18-65 años