



# Guía práctica de Terapia Cognitivo-Conductual para el insomnio crónico

Guía completa



 **ALIANZA**  
POR EL SUEÑO

[www.alanzasueno.com](http://www.alanzasueno.com)

# Grupo Coordinador

## **Adolfo Alcoba,**

Psicólogo clínico en INGESA y Decano del Colegio Oficial de Psicólogos de Melilla.

## **Manuel de Entrambasaguas,**

Doctor en Medicina. Especialista en Neurofisiología Clínica. Coordinador del Grupo de Trabajo de Insomnio de la Sociedad Española de Sueño. Sección de Neurofisiología Clínica, Hospital Clínico Universitario de Valencia. INCLIVA, Instituto de Investigación Sanitaria, Valencia.

## **Odile Romero,**

Neurofisióloga y Jefa clínico de la Sección de Neurofisiología y coordinadora de la Unidad Multidisciplinar de Sueño del Hospital del Vall d'Hebron, Barcelona. Coordinadora del grupo de trabajo sanitario de la Alianza por el Sueño.

## **Juan Carlos Rueda,**

Responsable del Servicio Médico SABIC. Presidente de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT).

# Entidades impulsoras



Asociación  
Española de  
Especialistas en  
Medicina del  
Trabajo



Sociedad Española de Sueño



Consejo General  
de la **Psicología**  
ESPAÑA

# Esta guía ha sido elaborada gracias al trabajo conjunto de los siguientes autores:

**María Aguilar,**

Especialista en Neurofisiología Clínica. Responsable de la Unidad de Trastornos del Sueño en el Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Inés Albájar,**

Neuróloga especializada en neurorrehabilitación y medicina del sueño en Hospital ICOT Ciudad del Telde.

**Esther Alberca,**

Psicóloga sanitaria y doctora en neurociencias, investigadora en el campo del sueño y sus problemas; profesora del Departamento de Psicología de la Universidad de Córdoba.

**Adolfo Alcoba,**

Psicólogo clínico en INGESA y Decano del Colegio Oficial de Psicólogos de Melilla.

**M<sup>a</sup> José Aróstegui,**

Psicóloga especialista en sueño de la Clínica del Sueño Estivill. Miembro del grupo de trabajo de Insomnio de la Sociedad Española de Sueño (SES).

**Juan Luis Cabanillas,**

Especialista en Medicina del Trabajo. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, PhD. Consejero Técnico-Inspector Médico. Junta de Andalucía.

**Francesca Cañellas,**

Psiquiatra del Hospital Son Espases y miembro de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental.

**Sonia Carratalá,**

Psiquiatra y Neurofisióloga Hospital General Universitario de Castellón.

**Alex Duran,**

Psicólogo sanitario especializado en insomnio (CBT-I). Director de Cebeté Psicología. Docente de posgrado. Cofundador de Iquality.org.

**Manuel de Entrambasaguas,**

Doctor en Medicina. Especialista en Neurofisiología Clínica. Coordinador del Grupo de Trabajo de Insomnio de la Sociedad Española de Sueño. Sección de Neurofisiología Clínica, Hospital Clínico Universitario de Valencia. INCLIVA, Instituto de Investigación Sanitaria, Valencia.

**Silvia Gismera,**

Psicóloga y Doctora en Psicología de la Salud, experta en gestión de empresas saludables y CEO de Dormirmejor.

**Anjana López,**

Especialista en Neurofisiología Clínica en el Centro de Consultas Médicas (CCM) de Mompía y en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Miembro del Grupo Nacional de trabajo de Insomnio de la Sociedad Española de Sueño (SES).

**Teresa Molina,**

Enfermera de la Unidad Multidisciplinar de Sueño del Hospital del Vall d'Hebron de Barcelona y vicepresidenta de la Asociación Española de Enfermería en Neurociencias (AEEN).

# Esta guía ha sido elaborada gracias al trabajo conjunto de los siguientes autores:

**Carla Pía,**

Bioaraba, Neurociencias y trastornos del sueño. Unidad funcional de Sueño OSI Araba.

**Sara Pueyo,**

Enfermera en la Unidad Funcional de Sueño de la OSI Araba.

**Jesús Pujol,**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Equipo de Atención Primaria Balaguer. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Lleida. Grupo de trabajo de Neurología de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

**María Robles,**

Doctora en psiquiatría. Especialista en adicciones, patología dual, trastornos de ansiedad y depresión.

**Odile Romero,**

Neurofisióloga y Jefa clínico de la Sección de Neurofisiología y coordinadora de la Unidad Multidisciplinar de Sueño del Hospital del Vall d'Hebron, Barcelona. Coordinadora del grupo de trabajo sanitario de la Alianza por el Sueño.

**Juan Carlos Rueda,**

Responsable del Servicio Médico SABIC. Presidente de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT).

**Ignacio Sánchez-Arcilla,**

Jefe de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

**Guadalupe Silveira,**

Médica especialista en Neumología y acreditada como Experta en Medicina del Sueño por FESMES. Unidad Multidisciplinar de Trastornos del Sueño del Hospital del Mar, Barcelona.

**Marta del Villar,**

Psicóloga, bióloga y bioquímica, experta universitaria en sueño, responsable del centro Sueño Galicia (A Coruña).

**Rybel Wix,**

Médico especialista en Neurofisiología Clínica y Medicina del Sueño, Unidad de Sueño del Hospital Universitario de La Princesa y HM Sanchinarro.



# 01.

## Introducción

# Introducción

El **insomnio crónico** constituye uno de los trastornos de salud más prevalentes y con mayor impacto funcional en la población adulta. Lejos de ser una simple queja subjetiva o una consecuencia inevitable del estilo de vida contemporáneo, se trata de un trastorno clínico definido, con criterios diagnósticos específicos, mecanismos fisiopatológicos identificables y consecuencias demostradas sobre la salud física, mental, social y laboral. Su carácter transversal y su frecuente comorbilidad con patologías médicas y psiquiátricas han contribuido históricamente a su infradiagnóstico y a un abordaje predominantemente farmacológico, muchas veces prolongado en el tiempo y no exento de riesgos.

En las últimas décadas, **la evidencia científica ha consolidado a la Terapia Cognitivo-Conductual para el Insomnio (TCC-I) como tratamiento de primera línea para el insomnio crónico, por su eficacia, seguridad y capacidad para ofrecer beneficios sostenidos en el tiempo.** Las principales guías clínicas internacionales recomiendan priorizar esta intervención frente al tratamiento farmacológico, reservando este último para situaciones específicas y bien delimitadas. Sin embargo, la disponibilidad real de TCC-I en la práctica clínica continúa siendo limitada, y su implementación presenta importantes desafíos organizativos y formativos.

Esta guía tiene como objetivo ofrecer un **marco práctico, estructurado y basado en la evidencia para la aplicación clínica de la TCC-I en diferentes contextos asistenciales.** A través de una revisión sistematizada de los fundamentos diagnósticos, los mecanismos de mantenimiento del insomnio, los componentes terapéuticos y sus adaptaciones en situaciones especiales, el documento pretende facilitar una intervención rigurosa, segura y ajustada a la realidad clínica, promoviendo una atención integral y de calidad a las personas con insomnio crónico.





# 02.

El insomnio crónico  
como problema de salud

# El insomnio crónico como problema de salud

## 2.1 Definiciones de insomnio:

El insomnio es una situación clínica caracterizada por la experiencia subjetiva de un sueño alterado, no satisfactorio en su calidad o en su duración, que ocurre a pesar de la adecuada posibilidad para dormir. Sin embargo, “**Insomnio**” puede tener distintos significados: síntoma aislado, síndrome clínico, trastorno del sueño, o ser parte del espectro clínico de una enfermedad (Ver Figura 1).

Como **síntoma**, se manifiesta como una dificultad para conciliar el sueño, mantenerlo a lo largo de la noche, o despertarse temprano en la madrugada y no lograr retomarlo, o una combinación variable de estas presentaciones. Para que estos síntomas nocturnos se consideren clínicamente relevantes, deben asociarse a síntomas diurnos, consecuencia del mal sueño que, a juicio del paciente, afectan de forma negativa y significativa su desempeño en las tareas del día a día, en forma de cansancio, falta de concentración, irritabilidad, e incluso preocupación por el propio sueño. Si estos síntomas nocturnos y diurnos ocurren al menos tres veces por semana, se denomina **síndrome de insomnio**. Cuando ocurre desde hace menos de tres meses se considera **a corto plazo**, y **cuando dura tres o más meses se denomina crónico**, sin que esta última denominación implique irreversibilidad. Cuando el síndrome de insomnio cumple criterios de exclusión (falta de oportunidad o entorno inadecuado para dormir, presencia de otro trastorno del sueño, enfermedad médica, psiquiátrica, o uso de sustancias o medicamentos), se denomina **trastorno de insomnio** (1,2,3). Diagnosticar el insomnio, puede ser problemático debido a sus relaciones con otros trastornos mentales y somáticos.

Hay ocasiones en que el insomnio asociado a estas condiciones tiene tal relevancia que merece una atención diagnóstica y terapéutica específica, denominándose entonces **insomnio comórbido**. Cuando el insomnio forma parte del espectro clínico de otra enfermedad, que lo explica plenamente, se denomina **insomnio sintomático**. Existe una zona frontera, difícil de delimitar en ocasiones, entre el insomnio comórbido y el insomnio sintomático, pues en la mayoría de los casos no existen definiciones operativas que separen claramente uno del otro (4). Por último, es posible que el insomnio sea el síntoma de presentación de una enfermedad aún no diagnosticada, y que esta se defina durante el proceso diagnóstico o terapéutico. Así, la definición de insomnio puede, por tanto, cambiar durante el proceso de atención del paciente, conforme se va generando nueva información clínica.

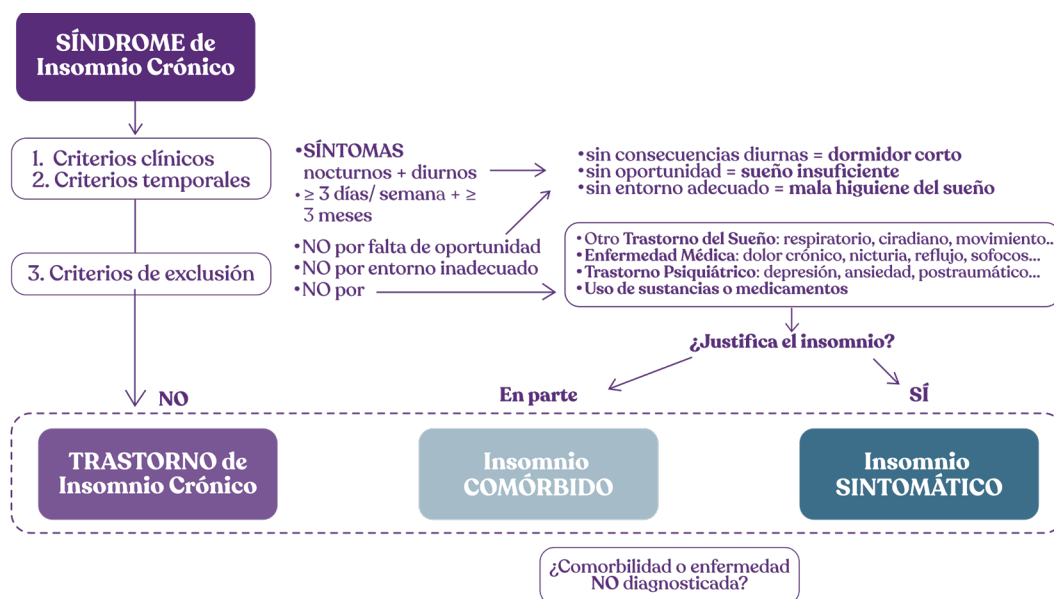


Figura 1. Algoritmo diagnóstico del síndrome de insomnio crónico.

# El insomnio crónico como problema de salud

## Referencias:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Text revision. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2022.
2. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. 3rd ed. Text revision. Darien (IL): American Academy of Sleep Medicine; 2023.
3. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades. 11ª rev. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
4. Ellis JG. Insomnia. Nosological classification, definitions, and epidemiology. En: Bassetti C, McNicholas W, Paunio T, Peigneux P, editores. Sleep medicine textbook. 2nd ed. European Sleep Research Society; 2022.

## 2.2 Diagnóstico del insomnio

En primer lugar, hay que establecer si los síntomas constituyen un síndrome de insomnio. Si el paciente no cumple los criterios clínicos y temporales por estar tratado con fármacos, pero cree que sin ese tratamiento no podría dormir, el diagnóstico de síndrome se mantiene (1,2,3).

Una vez definida la presencia de un síndrome de insomnio, hay que aclarar si se trata de **un trastorno de insomnio, un insomnio comórbido, o un insomnio sintomático**. Para ello hay que tener en cuenta los diagnósticos diferenciales de los criterios de exclusión (4), a través de la historia clínica revisando los antecedentes, una exploración física si procede, y preguntando sobre síntomas guía de otros trastornos del sueño. La anamnesis del insomnio debe recoger la duración del problema, las circunstancias en que apareció, cómo se ha tratado, y su evolución. Es útil recoger los hábitos del paciente incluyendo los principales sincronizadores circadianos (horarios de cama y sueño, trabajo, comidas, actividad física, relaciones sociales, exposición solar) en días laborables y festivos, y su contexto educativo, laboral, familiar y social (5). Es recomendable contar con un testigo del sueño del paciente para enriquecer esta información. El uso de instrumentos (Tabla 1) como cuestionarios y diarios o agendas de sueño permite establecer el perfil clínico del paciente y la gravedad de su insomnio. Algunos sirven además como medida de resultado para valorar la respuesta al tratamiento. La integración resumida de toda esta información constituye la formulación del caso, que concluye con un plan para completar el diagnóstico o ya de tratamiento.



El uso de la actigrafía no está recomendado de forma rutinaria, pero puede ser útil en algunos casos, como cuando se sospecha un trastorno circadiano. En la actualidad, no existe evidencia de la fiabilidad diagnóstica de dispositivos portátiles como relojes inteligentes. En cuanto a la **polisomnografía**, las indicaciones actuales son: (a) descartar otros trastornos del sueño, y (b) ante la falta de respuesta al tratamiento, pero existe una opinión creciente que defiende su uso diagnóstico, por ejemplo, para el fenotipado del insomnio con duración corta (ISSD) o normal (INSD) del sueño (6).

# El insomnio crónico como problema de salud

Tabla 1. Instrumentos para la valoración de pacientes con insomnio.

Cuestionario	Siglas	Uso
Insomnia Severity Index	ISI	Gravedad del insomnio Basado en síntomas nocturnos y diurnos
Ford Insomnia Response to Stress Test	FIRST	Reactividad del sueño
Pre-Sleep Arousal Scale	PSAS	Hiperactivación somática y cognitiva en la cama
Sleep Need Questionnaire	SNQ	Necesidad de sueño
Epworth Sleepiness Scale	ESS	Gravedad de la somnolencia diurna excesiva
Fatigue Severity Scale	FFS	Gravedad de la fatiga
Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep	DBAS	Creencias disfuncionales Versiones: DBAS-28 y DBAS-16
Patient Health Questionnaire	PHQ	Depresión Versiones: PHQ-9 y PHQ-4
Generalized Anxiety Disorder Screener	GAD-7	Ansiedad
Depression Anxiety Stress Scale	DASS	Depresión, ansiedad y estrés
Hospital Anxiety and Depression Scale	HAS	Ansiedad y depresión
Pittsburgh Sleep Quality Index	PSQI	Cuestionario general sobre calidad del sueño
Morningness-Eveningness Questionnaire (Horne-Östberg)	MEQ	Cronotipo Versiones: MEQ, rMEQ
Diario de Sueño	DS	Registro escrito
Agenda de Sueño	AS	Registro escrito

# El insomnio crónico como problema de salud

## Referencias:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Text revision. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2022.
2. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. 3rd ed. Text revision. Darien (IL): American Academy of Sleep Medicine; 2023.
3. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades. 11ª rev. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
4. McCrae CS, *et al*. Insomnia: Epidemiology, risk factors, and health disparities. En: Kryger M, Roth T, Goldstein CA, editores. Principles and practice of sleep medicine. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021.
5. Ong JC, *et al*. Insomnia: Diagnosis, assessment, and evaluation. En: Kryger M, Roth T, Goldstein CA, editores. Principles and practice of sleep medicine. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021.
6. Ellis JG. Insomnia: Nosological classification, definitions, and epidemiology. En: Bassetti C, McNicholas W, Paunio T, Peigneux P, editores. Sleep medicine textbook. 2nd ed. European Sleep Research Society; 2022.

## 2.3 Epidemiología del insomnio

Un estudio promovido por la **Sociedad Española de Sueño (1)** encontró que el trastorno de **insomnio crónico**, al cumplir de manera estricta los criterios diagnósticos y notas modificadoras del ICSD-3 (2), afectaba al **14% de la población adulta española** en el periodo 2018-19. La prevalencia de **síntomas** de insomnio fue del **43%**. Estas cifras son similares a las actuales de otros países (3), pero suponen un incremento notable respecto al anterior estudio de prevalencia, realizado en 1998-99 con criterios diagnósticos DSM-IV, en el que la prevalencia del síndrome de insomnio crónico fue del 6.4% en España (4) y del 6.6% en siete países europeos (5). En el estudio de 2019, se encontró que el sueño había empeorado en los hombres más que en las mujeres, y que en estas se relacionaba más con problemas del estado de ánimo y dolor crónico. El sueño también había empeorado en los adultos jóvenes, quienes refirieron una frecuencia mayor de síntomas diurnos, situación observada también con el insomnio en atención primaria (6). El insomnio se asociaba al diagnóstico de apnea obstructiva del sueño, pero el 64% de estos pacientes pensaba que el trastorno respiratorio no lo justificaba, en línea con la asociación de ambos trastornos del sueño (7).



# El insomnio crónico como problema de salud

El estudio de campo de esta investigación (1) concluyó 7 meses antes de la pandemia Covid-19 en España. El efecto de la pandemia sobre el insomnio se puede intuir por la evolución en la prescripción de fármacos ansiolíticos e hipnóticos-sedantes en el Sistema Nacional de Salud, medidas como dosis diarias definida por 1.000 habitantes y día (DHD) (8) (Figura 2).

Mientras que hasta el 2019, la prescripción de ansiolíticos mostraba un leve pero progresivo descenso a partir de un pico en 2012, la de hipnóticos, mostraba un leve ascenso. Con la pandemia, la prescripción de ambos grupos farmacológicos se disparó, pero mientras que la de ansiolíticos había recuperado las cifras prepandemia en 2024, la de hipnóticos aún no lo había hecho entonces. Todo ello sugiere que la prevalencia actual del trastorno de insomnio podría ser algo superior a la de 2018-19. **España es el país que ha comunicado el mayor consumo de benzodiacepinas en el mundo (9).**

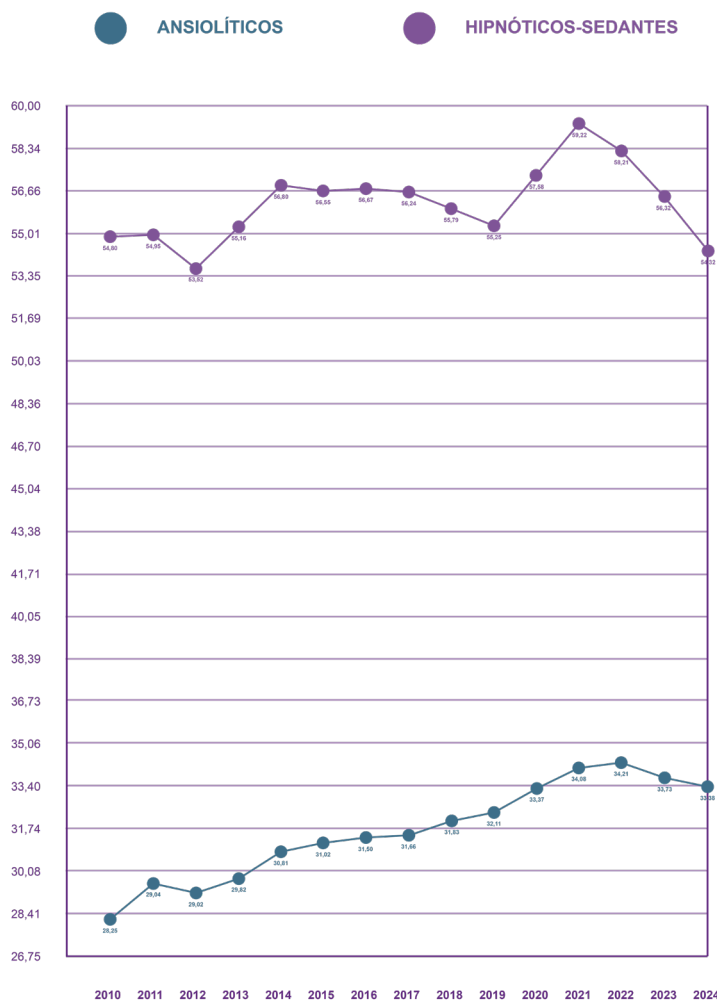


Figura 2. Consumo de ansiolíticos e hipnóticos y sedantes en DHD. España, 2010-2024.

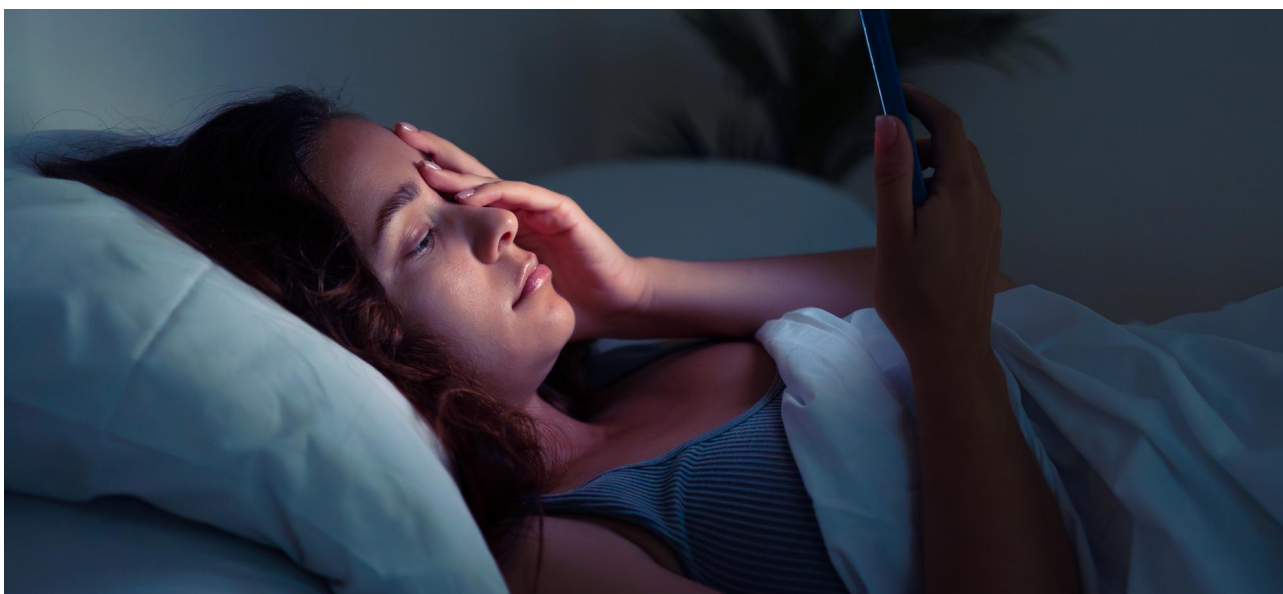
# El insomnio crónico como problema de salud

## Referencias:

1. de Entrambasaguas M, Romero O, Guevara JAC, *et al*. The prevalence of insomnia in Spain: A stepwise addition of ICSD-3 diagnostic criteria and notes. *Sleep Epidemiol.* 2023;3:100053.
2. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. 3rd ed. Darien (IL): American Academy of Sleep Medicine; 2014.
3. van Straten A, Weinreich KJ, Fábíán B, *et al*. The prevalence of insomnia disorder in the general population: A meta-analysis. *J Sleep Res.* 2025;34(5):e70089.
4. Ohayon MM, Sagales T. Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of *Spain*. *Sleep Med.* 2010;11(10):1010-8.
5. Ohayon MM, Reynolds CF. 3rd. Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD). *Sleep Med.* 2009;10(9):952-60. Erratum in: *Sleep Med.* 2010;11(2):227.
6. Pujol Salud J, García-Serrano C, de Entrambasaguas M, Malla Montagut M, Martínez Redondo J. Primary Care Records and Population Prevalence of Chronic Insomnia: Do They Match? *Healthcare (Basel).* 2025;13(23):3152.
7. Sweetman A, Osman A, Lack L, Crawford M, Wallace D. Co-morbid insomnia and sleep apnea (COMISA): Recent research and future directions. *Curr Opin Pulm Med.* 2023;29(6):567-73.
8. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Consumo de ansiolíticos e hipnóticos-sedantes (N05B, N05C) en el periodo 2010-2024 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; [consultado 2026 Feb 16]. Disponible en: <https://app.powerbi.com>
9. Roncero C, Armentero L, Bellido-Cambrón C, Bonilla-Guijarro A, Gómez-Cibería E. Benzodiazepine use in Spain: Risks and perspectives on the current situation and proposals for their rational use. *Front Pharmacol.* 2025;16:1547488.

## 2.4 Fisiopatología del insomnio

El insomnio crónico se caracteriza por un estado de hiperactivación, presente tanto durante la noche como durante la vigilia. Este estado es la consecuencia final de varios procesos psicológicos, conductuales y fisiológicos que interactúan entre sí, agrupándose en tres mecanismos principales que interactúan perpetuando el insomnio, (1-3). La TCC-I interviene en cada uno de estos procesos.



# El insomnio crónico como problema de salud

## Creencias disfuncionales :

Las personas con insomnio tienden a sobreestimar las consecuencias de dormir poco. Estas creencias generan preocupación nocturna y aumentan la sensación de pérdida de control del sueño, factores estrechamente vinculados a la persistencia del insomnio (4).

Suele existir, además, una discrepancia entre el sueño objetivo y el subjetivo: los pacientes tienden a subestimar la cantidad o la calidad de su sueño en comparación con las mediciones objetivas obtenidas mediante polisomnografía o actigrafía (5).

### 1. Conductas maladaptativas:

Como forma de compensar la falta de sueño nocturno, suelen adoptarse estrategias que, aunque intuitivas, agravan el problema: pasar demasiado tiempo en cama, hacer siestas, mantener horarios irregulares o vigilar el reloj durante la noche. Estas conductas tienden a reducir la presión homeostática y a desorganizar el patrón sueño-vigilia (1,6).

### 2. Activación aumentada:

Incluye activación autonómica (predominio simpático) (2), cognitiva (rumiación, hipervigilancia) (4) y cortical (frecuencias rápidas en EEG, metabolismo cerebral elevado) (7). Este patrón se observa tanto durante el sueño como durante el día, lo que subraya que el insomnio crónico es un trastorno de 24 h (2,3,7).

## Referencias:

1. Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr Clin North Am.* 1987;10(4):541-53.
2. Bonnet MH, Arand DL. Hyperarousal and insomnia: State of the science. *Sleep Med Rev.* 2010;14(1):9-15.
3. Vgontzas AN, Chrousos GP. Sleep, the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, and cytokines. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2002;31(1):15-36.
4. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther.* 2002;40(8):869-93.
5. Harvey AG, Tang NKY. (Mis)perception of sleep in insomnia: A puzzle and a resolution. *Psychol Bull.* 2012;138(1):77-101.
6. Borbély AA, Daan S, Wirz-Justice A, Deboer T. The two-process model of sleep regulation: Revisited. *J Sleep Res.* 2016;25(2):131-43.
7. Nofzinger EA, Buysse DJ, Germain A, *et al.* Functional neuroimaging evidence for hyperarousal in insomnia. *Am J Psychiatry.* 2004;161(11):2126-8.

# El insomnio crónico como problema de salud

## 2.5 Impacto y consecuencias del insomnio

El sueño deficiente es un factor de riesgo para la salud física y mental, comparable en gravedad a otros determinantes de la salud bien establecidos. La evidencia clínica establece una **correlación directa entre el insomnio y un aumento significativo en la morbilidad y la mortalidad**. Entre las consecuencias en salud más relevantes, destacan:

- **Impacto cardiovascular y mortalidad:**  
Aumento del riesgo de infarto de miocardio en un 48%, y un riesgo de mortalidad cardiovascular que se eleva hasta el 53% (6,7).
- **Síndrome metabólico y alteraciones endocrinas:**  
La interrupción crónica de los ciclos de vigilia y sueño interfiere con la regulación hormonal, afectando los niveles de cortisol, dopamina, melatonina y serotonina, elementos esenciales para la homeostasis metabólica (8).
- **Deterioro cognitivo y neurodegeneración:** las personas mayores que sufren insomnio crónico demuestran un riesgo 40% mayor de desarrollar deterioro cognitivo leve o demencia (9).
- **Incremento del riesgo de sufrir enfermedades de salud mental:**  
Depresión, ansiedad, consumo de OH y otros tóxicos, ideas de suicidio. Las personas con insomnio crónico tienen 5 veces mayor riesgo de sufrir depresión o ansiedad. (10)

Además, el insomnio crónico genera una **pérdida de productividad laboral de 10.703 millones de euros al año en España** (5). Ello se traduce, entre otros factores, en:

- Una pérdida de entre **11-18 días de absentismo**, 39-45 días de presentismo y 44-54 días de **pérdida general de productividad al año** (1).
- La causa principal de **entre el 15-30 % de los accidentes de tráfico** en España (2) y un aumento del 75% al 88% en las probabilidades de sufrir un accidente que resulte en una incapacidad laboral permanente (3,4).



# El insomnio crónico como problema de salud

## Referencias:

1. Hafner M, Romanelli R, Yerushalmi E, Troxel W. The societal and economic burden of insomnia in adults: An international study. Resumen España. Santa Monica (CA): RAND Corporation; 2023.
2. Dirección General de Tráfico. Conducir con sueño o cansancio [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior, Gobierno de España; 2023 [consultado 2025 nov 12]. Disponible en: <https://www.dgt.es>
3. Sivertsen B, Overland S, Bjorvatn B, Maeland JG, Mykletun A. The long-term effect of insomnia on work disability: The HUNT-2 historical cohort study. *Am J Epidemiol*. 2006;163(11):1018-24.
4. Laugsand LE, Strand LB, Vatten LJ, Janszky I, Bjorngaard JH. Insomnia symptoms and risk for unintentional fatal injuries: The HUNT study. *Sleep*. 2014;37(11):1777-86.
5. RAND Europe. Carga social y económica del insomnio en adultos [Internet]. Cambridge: RAND Europe; 2023 [consultado 2025 nov 12]. Disponible en: <https://www.rand.org>
6. Shah BS, Mistry V, Chorayeb A, Patel S, Bhatt C, Zughuib M, *et al*. Incidence of adverse cardiovascular events in patients with insomnia: A systematic review and meta-analysis of real-world data. *PLoS One*. 2024;19(5):e0302821.
7. Rubia RG, de Blas C, Carrasco CEE, Gómez JJC, Ruesgas R, Grande JM. Determinantes e impacto de la mala calidad del sueño en los pacientes hospitalizados por problemas cardiológicos. *REC CardioClinics*. 2025;[Epub ahead of print].
8. Che Y, Yan T, Tian L, Zhang L, Liu Y, Wu H. The association between sleep and metabolic syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Breath*. 2021;25(4):1869-78.
9. Carvalho DZ, Kolla BP, McCarter SJ, St Louis EK, Machulda MM, Przybelski SA, *et al*. Associations of chronic insomnia, longitudinal cognitive outcomes, amyloid-PET, and white matter changes in cognitively normal older adults. *Neurology*. 2025;105(7):e214155.
10. Hertenstein E, Benz F, Schneider CL, Baglioni C. Insomnia-A risk factor for mental disorders. *J Sleep Res*. 2023;32(6):e13930.



# 03.

El tratamiento  
del insomnio

# El tratamiento del insomnio

Los especialistas en sueño buscan no solo facilitar el descanso, sino restaurar la autogestión del sueño y mejorar la calidad de vida. Actualmente, el tratamiento del insomnio debe enfocarse en métodos psicosociales y conductuales, reservando las herramientas farmacológicas para casos específicos (1,2).

- La TCC-I, personalizada según el perfil del paciente, es el tratamiento de primera línea.
- Los fármacos tienen indicaciones específicas y pueden complementar la TCC-I.
- Variantes de la TCC-I, y otras terapias como mindfulness, han demostrado efectividad.



## 3.1 Recomendaciones vigentes

El enfoque escalonado en el manejo del insomnio crónico establece a la **Terapia Cognitivo-Conductual para el Insomnio (TCC-I)** como pilar fundamental de tratamiento. Según la Guía Europea de Insomnio (2), la TCC-I es la intervención de elección. El manejo del insomnio debe ser personalizado, por lo que mientras que la TCC-I es recomendada para todos, la elección de intervenciones debe basarse en una evaluación diagnóstica exhaustiva y guiada, priorizando el cambio conductual y cognitivo. La TCC-I es reconocida por su capacidad de ofrecer una remisión sostenida de los síntomas. Sus componentes, que en esta guía se presentan agrupados según su mecanismo de acción, deben implementarse en conjunto:

- **Restricción del sueño:** incrementa la eficiencia del sueño limitando el tiempo en cama.
- **Control de estímulos:** refuerza la asociación entre la cama y el sueño.
- **Psicoeducación y modificación de hábitos:** aborda factores ambientales y de estilo de vida.
- **Reestructuración cognitiva:** modifica creencias disfuncionales sobre el sueño.

La TCC-I también resulta efectiva en casos de insomnio comórbido con patologías psiquiátricas o médicas (2).

Las guías actuales limitan el **tratamiento farmacológico** a:

- Uso a corto plazo para aliviar síntomas agudos mientras se implementa la TCC-I.
- Tratamiento de segunda línea en pacientes que no responden o rechazan la TCC-I.
- Insomnio severo; como tratamiento complementario a la TCC-I en casos graves.

# El tratamiento del insomnio

La elección del fármaco depende del perfil de insomnio y comorbilidades del paciente. Su uso debe ser limitado (3), especialmente en la población geriátrica, dado el riesgo de efectos adversos como caídas o deterioro cognitivo (4).

Tabla 2. Tratamientos para el insomnio y consideraciones clínicas.

CLASE FARMACOLÓGICA	ROL Y CONSIDERACIONES CLÍNICAS
Antagonistas Duales de Receptores de Orexina (DORA)	<b>Recomendación Preferente:</b> mecanismo más fisiológico (bloqueo de la vigilia) que los agonistas GABAérgicos (sedación), con un perfil de seguridad más favorable a largo plazo.
Agonistas de Receptores de Melatonina (Liberación Prolongada)	<b>Recomendación Fuerte:</b> indicado en pacientes mayores de 55 años con insomnio de mantenimiento.
Fármacos Z	<b>Uso a Corto Plazo (Máx. 4 semanas):</b> riesgo de dependencia, tolerancia, sedación residual y alteraciones del sueño, debiendo prescribirse a la dosis efectiva más baja.
Benzodiazepinas	<b>Uso Restringido:</b> agonistas GABAérgicos, indicadas si fallan otras opciones debido al alto riesgo de dependencia y sedación diurna, con riesgo de caídas en población geriátrica.
Antidepresivos Sedantes	<b>Precaución (Off-label):</b> no recomendados como tratamiento primario para insomnio crónico, posibles alteraciones en la arquitectura del sueño, sin beneficio superior a hipnóticos específicos a largo plazo.

## 3.2 Otras Intervenciones Terapéuticas

Variantes de la TCC-I, como la TCC-I Breve o la TCC-I Digital, han demostrado ser eficaces y accesibles, especialmente en entornos con recursos limitados. Las Terapias de Tercera Ola, como la Terapia de Aceptación y Compromiso, y las intervenciones de Mindfulness, también han mostrado potencial. La Cronoterapia y la Terapia de Luz Brillante son útiles para trastornos del ritmo circadiano, mientras que la acupuntura y la fitoterapia, aunque populares, carecen de evidencia de calidad (1).



### Referencias:

1. Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA, Cooke M, Denberg TD; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Management of chronic insomnia disorder in adults: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2016;165(2):125-33.
2. Riemann D, Espie CA, Altena E, *et al.* The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res.* 2023;32(6):e14035.
3. Palagini L, Brugnoli R, Dell'Osso BM, *et al.* Clinical practice guidelines for switching or deprescribing hypnotic medications for chronic insomnia: Results of European neuropsychopharmacology and sleep expert's consensus group. *Sleep Med.* 2025;128:117-26.
4. American Geriatrics Society 2023 Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2023;71(7):2052-81.



# 04.

La terapia cognitivo-conductual  
para el insomnio

# La terapia cognitivo-conductual para el insomnio

## 4.1 Definición de TCC-I, evaluación inicial y formulación del caso

### Definición

La Terapia Cognitivo-Conductual para el Insomnio (TCC-I) es el tratamiento de primera línea para el insomnio crónico. Su objetivo es restaurar la autorregulación natural del sueño. Para lograrlo, se dirige a los factores que mantienen el problema, en lugar de limitarse a tratar los síntomas (1-3).

Es una intervención estructurada y multicomponente, que se aplica habitualmente en 4 a 8 sesiones con la colaboración activa del paciente. Integra estrategias conductuales, cognitivas y psicoeducativas que se combinan de forma individualizada en función de la evaluación y la formulación del caso.



### Evaluación inicial:

La evaluación inicial busca comprender el insomnio en su contexto clínico y funcional. Aunque el diagnóstico es relevante para descartar otras causas, valorar comorbilidades y orientar derivaciones, el foco principal se sitúa en identificar los mecanismos de mantenimiento que guiarán la intervención.

Tabla 3. Áreas mínimas de exploración en la entrevista clínica inicial del insomnio.

Área de exploración	Contenidos clave
Motivo de consulta y curso	Inicio, duración, evolución.
Patrón de sueño actual	Horarios, latencia, despertares, calidad.
Factores precipitantes	Estrés, cambios vitales, salud.
Conductas de seguridad	Siestas, ajustes horarios, estimulantes, sedantes.
Impacto diurno	Fatiga, atención, rendimiento, irritabilidad.
Creencias y emociones	Preocupación, miedo a no dormir, frustración.
Comorbilidades	Otros trastornos del sueño, somáticos o psicológicos.

# La terapia cognitivo-conductual para el insomnio

La entrevista clínica es la base del proceso y permite reconstruir la historia del insomnio, el patrón de sueño actual, los factores precipitantes y perpetuantes, así como sus consecuencias diurnas. Se complementa con instrumentos validados y, de forma central, con el diario de sueño, que permite objetivar el patrón de descanso y monitorizar el cambio terapéutico.

Tabla 4. Indicadores básicos del diario de sueño.

Hora de acostarse
Hora de intentar dormir
Latencia inicial del sueño (SOL)
Nº de despertares nocturnos
Tiempo despierto nocturno (WASO)
Hora del despertar final
Hora de levantarse
Calidad subjetiva del sueño
Comentarios

Nota: A partir de estos registros se derivan el tiempo total de sueño y la eficiencia del sueño. Indicadores basados en el *Consensus Sleep Diary* (Carney *et al.*, 2012).

## Formulación del caso:

La formulación del caso integra esta información en una hipótesis individualizada que explica el insomnio y orienta la intervención.

El **modelo de las tres P** (predisponentes, precipitantes y perpetuantes) es el marco más utilizado (4). La formulación se comparte con el paciente como un mapa de mantenimiento y se revisa a lo largo del tratamiento, guiando la selección y el ajuste de los distintos componentes de la TCC-I.



# La terapia cognitivo-conductual para el insomnio

## Referencias:

1. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, *et al.* European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017;26(6):675-700.
2. Perlis ML, Jungquist CR, Smith MT, Posner D. Cognitive behavioral treatment of insomnia: A session-by-session guide. New York: Springer; 2005.
3. Espie CA. The clinician's guide to cognitive and behavioural therapeutics for insomnia. Cambridge: Cambridge University Press; 2025.
4. Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr Clin North Am.* 1987;10(4):541-53.

## 4.2 Modalidades y formatos de la TCC-I

Desde un punto de vista clínico, la terapia puede organizarse en función de la estrategia terapéutica adoptada y del modo en que se entrega la intervención.

### Modalidad clínica

(estrategia terapéutica adoptada en términos de intensidad, alcance y secuenciación de la intervención).

La TCC-I estándar corresponde al modelo multicomponente completo, que integra estrategias conductuales (principalmente restricción del tiempo en cama y control de estímulos), cognitivas, psicoeducativas y de regulación de la activación. Este modelo ha mostrado los mejores resultados globales, si bien la selección, el peso relativo y la secuencia de los componentes deben ajustarse de forma individualizada según la formulación del caso (3).

Tabla 5. Componentes de la TCC-I estándar.

Componente	Definición
Psicoeducación	Educación sobre el sueño y pautas de higiene del sueño.
Control de estímulos	Reentrenamiento de la asociación cama-sueño mediante pautas conductuales.
Restricción del tiempo en cama	Ajuste del tiempo en cama para aumentar la presión de sueño y su eficiencia.
Intervención cognitiva	Modificación de creencias y actitudes disfuncionales sobre el sueño; manejo de la rumia.
Regulación de la activación	Estrategias para reducir la activación fisiológica y cognitiva.

# La terapia cognitivo-conductual para el insomnio

En determinados contextos pueden emplearse modalidades de menor intensidad, como la **TCC-I breve o focal**, centrada en los componentes nucleares del tratamiento. Esta modalidad resulta útil en casos menos complejos o cuando existen limitaciones de tiempo y recursos (2).



El **modelo escalonado (stepped care)** propone iniciar la intervención con estrategias de baja intensidad y progresar hacia modalidades más complejas en función de la respuesta clínica, siendo especialmente relevante en atención primaria y sistemas con alta demanda asistencial (1, 4).

La **TCC-I integrada** se aplica cuando el insomnio coexiste con comorbilidades relevantes (psiquiátricas, médicas o uso crónico de hipnóticos), requiriendo coordinación con otros tratamientos y profesionales.

Por último, se distinguen modalidades de **mantenimiento o prevención de recaídas**, orientadas a consolidar los cambios logrados, así como adaptaciones específicas de la TCC-I para poblaciones o contextos particulares (p. ej., edad avanzada o trabajo a turnos).

## Formato de aplicación (el modo de entrega de la intervención)

La TCC-I puede aplicarse de forma **individual o grupal, presencial u online**, y mediante soporte digital, con distintos grados de implicación del profesional.

La evidencia disponible indica que la TCC-I individual o grupal presencial y la intervención online guiada presentan efectos clínicos robustos, mientras que las intervenciones digitales no guiadas muestran un efecto moderado (5).

En el contexto español, el formato más utilizado es el individual presencial, mientras que el formato grupal se emplea principalmente en el sistema público y en programas estructurados. Las modalidades digitales pueden utilizarse como apoyo o como primer escalón en modelos escalonados, con resultados clínicos más modestos.

Tabla 6. Modalidades de TCC-I y formatos habituales en España.

Modalidad clínica	Formato habitual	Indicaciones principales
TCC-I estándar	Individual presencial o grupal	Abordaje completo; grupos homogéneos
TCC-I breve / focal	Individual presencial u online	Insomnio leve-moderado.
TCC-I escalonada	Individual presencial; grupal inicial	Atención pública; recursos limitados
TCC-I integrada	Individual presencial	Insomnio + comorbilidad
TCC-I de mantenimiento	Online / contactos breves	Prevención de recaídas
TCC-I adaptada	Individual presencial u online	Poblaciones especiales

# La terapia cognitivo-conductual para el insomnio

## Referencias:

1. Espie CA. The clinician's guide to cognitive and behavioural therapeutics for insomnia. Cambridge: Cambridge University Press; 2025.
2. Baglioni C, Espie CA, Riemann D. Cognitive-behavioural therapy for insomnia (CBT-I) across the life span: Guidelines and clinical protocols for health professionals. Chichester: Wiley-Blackwell; 2022.
3. Edinger JD, Carney CE. Overcoming insomnia: A cognitive-behavioral therapy approach. Therapist guide. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2015.
4. Espie CA. Stepped care: A health technology solution for delivering cognitive behavioral therapy as a first-line insomnia treatment. *Sleep*. 2009;32(12):1549-58.
5. Riemann D, Espie CA, Altena E, Arnardottir ES, Baglioni C, Bassetti CLA, *et al*. The European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia – 2023 update. *J Sleep Res*. 2023;32(6):e14035.

## 4.3 Indicaciones: criterios de selección

La TCC-I, como tratamiento de primera línea para el insomnio crónico, puede indicarse en la mayoría de pacientes, independientemente de la edad, la comorbilidad médica o psiquiátrica o el uso concomitante de medicación (1-3).

En la práctica, cualquier paciente con diagnóstico de insomnio crónico puede ser candidato, **siendo la principal limitación para su indicación la disponibilidad de acceso a profesionales formados más que criterios clínicos específicos.**

Para iniciar el tratamiento, es necesario que el paciente comprenda y acepte un abordaje psicológico activo, que incluye la aplicación de pautas conductuales y la realización de tareas entre sesiones (p. ej., diario de sueño). La selección de la modalidad y el formato debe realizarse mediante decisión compartida.

Asimismo, conviene advertir que el tratamiento requiere cambios conductuales exigentes y que puede asociarse a un empeoramiento transitorio inicial de los síntomas.

La presencia de medicación hipnótica o sedante no impide iniciar TCC-I (1). En estos casos se recomienda una valoración individualizada y coordinación con el profesional prescriptor, teniendo en cuenta la gravedad clínica, el funcionamiento diurno y la capacidad del paciente para implicarse en el tratamiento.



## Referencias:

1. Riemann D, Espie CA, Altena E, *et al*. The European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia – 2023 update. *J Sleep Res*. 2023;32:e14035.
2. Espie CA. The Clinician's Guide to Cognitive and Behavioural Therapeutics for Insomnia. Cambridge: CUP; 2025.
3. Baglioni C, Espie CA, Riemann D. CBT-I across the life span. Wiley-Blackwell; 2022. Edinger JD, Carney CE. Overcoming Insomnia: Therapist Guide. 2nd ed. Oxford University Press; 2015.

# La terapia cognitivo-conductual para el insomnio

## 4.4 Componentes según mecanismo de acción

La identificación de los distintos mecanismos de mantenimiento del insomnio crónico permite orientar la selección, el peso relativo y la secuencia de los componentes terapéuticos de la TCC-I. La Tabla 6 sintetiza los principales mecanismos implicados en el insomnio crónico y los componentes nucleares de la TCC-I que actúan preferentemente sobre cada uno de ellos. Los subapartados siguientes desarrollan cada mecanismo de forma específica, con un enfoque clínico y aplicado.

Tabla 7. Mecanismos de mantenimiento y componentes de la TCC-I.

Mecanismo de mantenimiento	Descripción	Componentes prioritarios
Creencias disfuncionales y control cognitivo	Interpretaciones erróneas sobre el sueño y esfuerzos mentales por controlarlo que incrementan la activación.	Psicoeducación Intervención cognitiva
Conductas maladaptativas y condicionamiento sueño-vigilia	Conductas que debilitan la asociación cama-sueño y reducen la presión de sueño.	Control de estímulos Restricción del tiempo en cama
Hiperactivación fisiológica y cognitiva	Estado de activación fisiológica y mental incompatible con el sueño.	Regulación de la activación

### 4.4.1 Creencias disfuncionales y control cognitivo

Las **creencias y actitudes disfuncionales** incluyen expectativas rígidas sobre la cantidad o calidad de sueño necesarias para funcionar adecuadamente, interpretaciones catastrofistas de las consecuencias de dormir mal y una valoración excesiva del sueño como condición indispensable para el bienestar diurno.

Estas creencias suelen ir acompañadas de **esfuerzos cognitivos** dirigidos a controlar el sueño, como la monitorización constante del estado de somnolencia, la anticipación ansiosa del rendimiento al día siguiente o la exigencia interna de “tener que dormir”. Lejos de facilitar el descanso, este control cognitivo incrementa la vigilancia y la activación, interfiriendo con los procesos naturales de inicio y mantenimiento del sueño (1,3).

Desde un punto de vista clínico, no es solo el contenido de las creencias lo que resulta problemático, sino la relación activa y esforzada con el descanso que se establece a partir de ellas (1). En este sentido, el intento de controlar el sueño se convierte en un factor perpetuante central del insomnio, al favorecer un estado de alerta incompatible con el descanso.



# La terapia cognitivo-conductual para el insomnio

El abordaje de este mecanismo se realiza fundamentalmente mediante dos componentes que permiten modificar tanto el marco explicativo del paciente como su forma de relacionarse con el sueño (2):

1. La **psicoeducación** proporciona información ajustada sobre la fisiología del sueño, su variabilidad normal y los límites del control voluntario, contribuyendo a reducir expectativas irreales y a normalizar la experiencia de dormir mal de forma ocasional.

2. La **intervención cognitiva** se orienta a identificar y cuestionar interpretaciones disfuncionales sobre el sueño y sus consecuencias, así como a reducir los procesos de control y vigilancia mental. El objetivo no es “pensar correctamente” para dormir mejor, sino reducir el esfuerzo cognitivo dirigido al sueño, favoreciendo una actitud más flexible y menos centrada en el rendimiento nocturno (1).

Tabla 8. Ejemplo de reestructuración cognitiva en la TCC-I.

Situación	Pensamiento automático	Respuesta emocional / conductual	Pensamiento alternativo
No consigo conciliar el sueño. Llevo más de una hora en la cama.	“Qué horror, mañana no rendiré.”	Ansiedad, frustración. Vigilancia del reloj.	“Puedo funcionar aunque duerma menos; forzar el sueño ahora no ayuda.”

Estas intervenciones buscan, en conjunto, reducir la activación cognitiva asociada al dormir, facilitar el abandono de estrategias mentales contraproducentes y permitir que el sueño ocurra de forma más espontánea. La selección y el peso relativo de cada componente deben ajustarse en función de la formulación del caso, teniendo en cuenta la intensidad de las creencias disfuncionales y el grado de control cognitivo presente.

## Referencias:

1. Harvey AG. A cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther.* 2002;40(8):869–893.
2. Perlis ML, Jungquist C, Smith MT, Posner D. *Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia: A Session-by-Session Guide.* New York: Springer; 2005.
3. Espie CA, Broomfield NM, MacMahon KM, Macphee LM, Taylor LM. The psychobiology of insomnia: a neurocognitive perspective. *Sleep Med Rev.* 2006;10(1):69–86.

# La terapia cognitivo-conductual para el insomnio

## 4.4.2 Conductas maladaptativas

Las **conductas maladaptativas** suelen surgir como intentos comprensibles de compensar la falta de descanso o prevenir sus consecuencias, y acaban interfiriendo con los procesos que regulan el sueño y la vigilia, perpetuando el problema.

Entre las más frecuentes se incluyen la **vigilia prolongada en cama**, los **horarios irregulares**, las **siestas**, el uso de la cama para **actividades incompatibles** con el descanso y otras conductas de seguridad. En conjunto, estos patrones **debilitan la asociación cama-sueño** y favorecen estados de activación nocturna (1,3). Desde un punto de vista clínico, este mecanismo se explica por dos procesos principales (2,3):

1. La pérdida del **condicionamiento estímulo-respuesta**, de modo que la cama deja de funcionar como señal de sueño y se asocia progresivamente a vigilia y esfuerzo.

2. La disminución de la **presión homeostática**, consecuencia de horarios irregulares, tiempo excesivo en cama o compensaciones diurnas.

Para abordar estos procesos, la TCC-I cuenta con dos componentes centrales: (4).

### 1. Control de estímulos:

Su objetivo es restablecer la función de la cama como estímulo discriminativo de sueño.

Las pautas más habituales incluyen (1):

- Reservar la cama para dormir (y actividad sexual).
- Levantarse si no se logra conciliar el sueño, o tras un despertar nocturno prolongado.
- Mantener una hora fija de levantarse, incluidos los días festivos.
- Evitar las siestas (o limitarlas si son necesarias).

La eficacia de este componente depende menos de la aplicación rígida de normas que de la comprensión del principio de condicionamiento que lo sustenta, así como de una implementación progresiva y adaptada al caso.



# La terapia cognitivo-conductual para el insomnio

## 2. Restricción del tiempo en cama

Su objetivo es consolidar el sueño mediante una reducción inicial del tiempo en cama. Este procedimiento incrementa la presión homeostática, reduce la fragmentación del sueño y facilita su reorganización. Suele incluir los siguientes pasos en la aplicación práctica habitual (2):

- **Calcular el tiempo total de sueño (TTS)** como promedio de los últimos 7 días de diario de sueño.
- **Establecer una ventana de sueño inicial** igual al TTS medio (mínimo 5 horas).
- **Fijar una hora de levantarse estable** y calcular hacia atrás la hora de acostarse según la ventana asignada.
- **Revisar semanalmente la eficiencia del sueño** ( $ES = TTS / \text{tiempo en cama} \times 100$ ):
  - ES  $\geq$  85–90%  $\rightarrow$  ampliar 15–30 minutos.
  - ES  $<$  80%  $\rightarrow$  reducir 15 minutos.
  - ES 80–85%  $\rightarrow$  mantener igual.
- **Ajustar progresivamente hasta alcanzar sueño suficiente y estable.**
- **Ejemplo:** *paciente que se acuesta a las 22:00 y se levanta a las 7:00, y tiene un tiempo total de sueño de 6 horas. Su eficiencia es igual a  $6/9 \times 100 = 66.6\%$ . A este sujeto le indicaríamos una RTC de 6.5 horas, con un horario de 00:30–7:00.*

Al inicio, la RTC suele asociarse a un aumento transitorio de la somnolencia diurna, por lo que requiere una adecuada preparación del paciente y un seguimiento clínico cercano.

Finalmente, las recomendaciones de **higiene del sueño** pueden formar parte del tratamiento como estrategias complementarias, en la medida en que contribuyen a reducir interferencias externas con el descanso. Incluyen pautas sobre el consumo de sustancias, la activación previa al sueño, el entorno del dormitorio y la regularidad de los horarios. Sin embargo, no suelen ser eficaces por sí solas y deben subordinarse a las medidas descritas (4,5).



# La terapia cognitivo-conductual para el insomnio

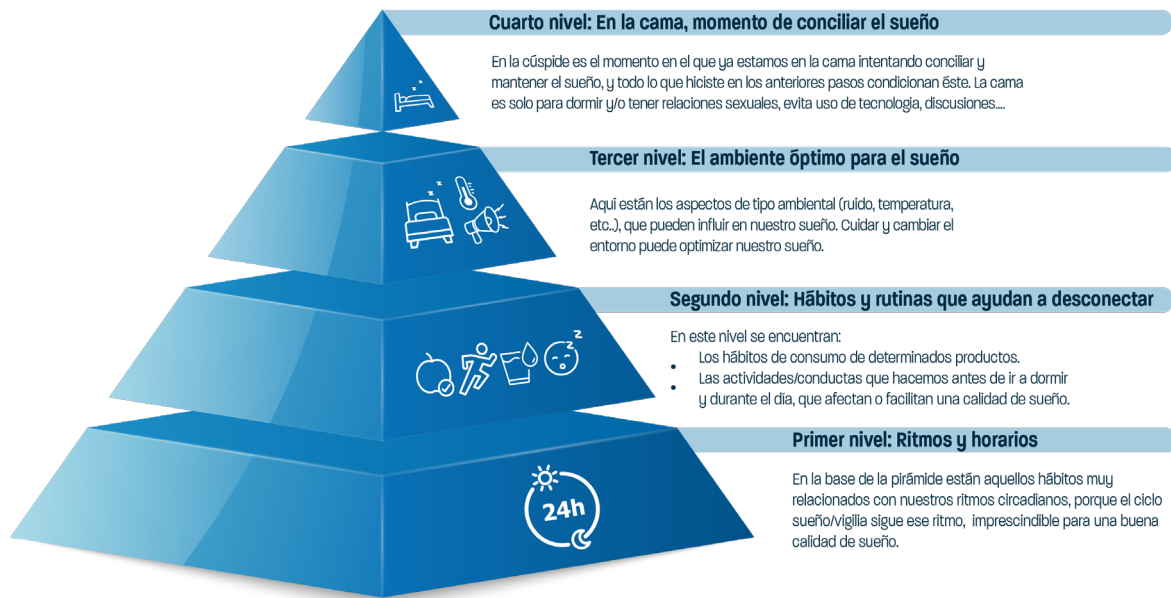


Figura 3. Pirámide del Sueño. Extraída de Alianza por el Sueño.

Para una conceptualización didáctica de la importancia y jerarquía de estas normas, diversos modelos, como **la Pirámide del Sueño**, propuesta por la Alianza por el Sueño) (2) (ver figura 3), proponen la estructura donde la base se centra en los pilares fundamentales (regularidad circadiana y optimización ambiental) y el vértice en los hábitos de ingesta y la rutina de desconexión.

En la práctica clínica, el control de estímulos y la RTC se aplican de forma integrada y secuencial, ajustándose a la formulación del caso y a la tolerancia del paciente (5). Su correcta implementación requiere una adecuada psicoeducación previa y un seguimiento cercano, dado que implican cambios conductuales significativos y pueden generar resistencia inicial.

En conjunto, estos componentes permiten restablecer las condiciones necesarias para que el sueño vuelva a producirse de forma más estable y eficiente.

## Referencias:

1. Bootzin RR. Stimulus control treatment for insomnia. *Proc Am Psychol Assoc.* 1972;7:395–396.
2. Spielman AJ, Saskin P, Thorpy MJ. Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep.* 1987;10(1):45–56.
3. Perlis ML, Jungquist C, Smith MT, Posner D. *Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia: A Session-by-Session Guide.* New York: Springer; 2005.
4. Riemann D, Espie CA, Altena E, *et al.* The European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia – 2023 update. *J Sleep Res.* 2023;32(6):e14035.
5. Baglioni C, Altena E, Bjorvatn B, *et al.* CBT-I across the lifespan: clinical adaptations, challenges, and opportunities. *Sleep Med Rev.* 2022;62:101597.

# La terapia cognitivo-conductual para el insomnio

## 4.4.3 Hiperactivación

La **hiperactivación fisiológica y cognitiva** se manifiesta como un estado de activación incompatible con el inicio y el mantenimiento del sueño, que puede implicar tanto procesos fisiológicos (activación autonómica) como cognitivos (preocupación, rumiación y vigilancia) (1,2).



Desde el punto de vista clínico, este mecanismo se asocia a una **respuesta de alerta persistente**, especialmente en el contexto nocturno, que dificulta la transición al sueño y favorece los despertares. La **anticipación negativa**, la **monitorización** del sueño y los intentos de controlarlo contribuyen a mantener este estado de activación (2,3).

Para abordar este mecanismo, la TCC-I incorpora estrategias de regulación de la activación, que tienen un papel auxiliar y se aplican de forma selectiva según la formulación del caso (4):

Para abordar este mecanismo, la TCC-I incorpora estrategias de regulación de la activación, que tienen un papel auxiliar y se aplican de forma selectiva según la formulación del caso (4):

1. La **regulación de la activación fisiológica** se orienta a reducir el nivel de activación autonómica previo al sueño. Puede incluir técnicas de **relajación** validadas, como la relajación muscular progresiva o la respiración lenta diafragmática, así como rutinas de **desaceleración** previas al sueño. Estas estrategias no buscan inducir el sueño de forma directa, sino facilitar las condiciones para que este ocurra de manera más espontánea.

2. La **regulación de la activación cognitiva**, que puede expresarse en forma de preocupación, rumiación o vigilancia procesos incrementan el estado de alerta y favorecen una relación activa y esforzada con el sueño, incompatible con su aparición promueve una actitud más flexible y menos vigilante. En lugar de intentar controlar la actividad mental nocturna, se emplean estrategias dirigidas a reducir la focalización en el sueño y el esfuerzo cognitivo asociado. A modo de ejemplo, pueden utilizarse la **descarga escrita de preocupaciones** o la **intención paradójica**, orientadas a disminuir la rumiación y la vigilancia.

# La terapia cognitivo-conductual para el insomnio

Tabla 9. Técnicas metacognitivas y atencionales (TCC-I).

Técnicas	Descripción / Definición	Objetivo clínico principal
<b>Control cognitivo</b>	Cerrar el día antes de acostarse	Reducir la preocupación anticipatoria
<b>Tiempo programado de preocupación</b>	Reservar 15–20 min diurnos para preocuparse	Disminuir rumiación nocturna
<b>Atención flexible</b>	Pasar de foco interno a externo	Reducir monitorización del sueño
<b>Etiquetar y volver</b>	Nombrar el pensamiento y volver al foco	Disminuir lucha cognitiva
<b>Defusión</b>	Observar pensamientos sin discutirlos	Reducir fusión cognitiva
<b>Mindfulness</b>	Atención abierta y no enjuiciadora	Disminuir reactividad emocional
<b>Intención paradójica</b>	Intentar permanecer despierto	Reducir ansiedad por dormir
<b>Imaginería mental</b>	Generar imágenes neutras/ agradables	Interrumpir rumiación

Estas técnicas se aplican de forma selectiva y complementaria, integradas con los componentes conductuales de la TCC-I, con el objetivo de reducir la interferencia cognitiva sin aumentar el esfuerzo mental ni la autoobservación nocturna.

## Referencias:

1. Riemann D, Spiegelhalder K, Feige B, *et al.* The hyperarousal model of insomnia: a review of the concept and its evidence. *Sleep Med Rev.* 2010;14(1):19–31.
2. Espie CA. Insomnia: conceptual issues in the development, persistence, and treatment of sleep disorder in adults. *Annu Rev Psychol.* 2002;53:215–243.
3. Perlis ML, Giles DE, Mendelson WB, Bootzin RR, Wyatt JK. Psychophysiological insomnia: the behavioural model and a neurocognitive perspective. *J Sleep Res.* 1997;6(3):179–188.
4. Baglioni C, Altena E, Bjorvatn B, *et al.* CBT-I across the lifespan: clinical adaptations, challenges, and opportunities. *Sleep Med Rev.* 2022;62:101597

# La terapia cognitivo-conductual para el insomnio

## 4.5 Evaluación de resultados

La evaluación de resultados en la TCC-I debe entenderse como un proceso continuo, integrado en el seguimiento clínico y orientado a guiar la intervención.

Tabla 10. Dominios e indicadores clave en la evaluación de resultados.

Dominio clínico	Qué se evalúa	Indicadores habituales
Severidad del insomnio	Severidad global del insomnio	ISI
Sueño nocturno	Organización y consolidación del sueño	Latencia, despertares, tiempo total de sueño, eficiencia (diario del sueño)
Repercusión diurna	Impacto funcional del insomnio	Fatiga, somnolencia, malestar emocional, funcionamiento diario
Proceso terapéutico	Evolución y adherencia al tratamiento	Regularidad horaria, aplicación de pautas
Uso de hipnóticos	Dependencia a fármacos para iniciar o mantener el sueño	Reducción o retirada de medicación

La severidad global del insomnio puede evaluarse mediante instrumentos validados como el **Insomnia Severity Index (ISI)** (1). Junto a esta medida, resulta clínicamente relevante monitorizar la repercusión diurna, incluyendo fatiga, somnolencia, malestar emocional y funcionamiento cotidiano.

El **diario de sueño constituye el instrumento central del seguimiento durante la TCC-I**. Permite estimar parámetros como la latencia de inicio del sueño, el tiempo total de sueño, el tiempo de vigilia tras el inicio del sueño (WASO) y su eficiencia, valorados de forma longitudinal mediante promedios semanales. La evolución de estos indicadores guía el ajuste de los componentes terapéuticos a lo largo del tratamiento (2).

Como indicador clínico complementario, la **reducción o retirada de hipnóticos** puede considerarse un signo relevante de mejoría y autorregulación del sueño.

Adicionalmente, existen cuestionarios específicos para evaluar dimensiones asociadas al insomnio y sus factores de mantenimiento, cuya selección debe adaptarse a la formulación del caso (véase apartado 2.2). Las pruebas objetivas, como la polisomnografía, no se recomiendan de forma rutinaria y quedan reservadas para casos seleccionados (3).



# La terapia cognitivo-conductual para el insomnio

## Referencias:

1. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med.* 2001;2(4):297-307.
2. Carney CE, Buysse DJ, Ancoli-Israel S, Edinger JD, Krystal AD, Lichstein KL, *et al.* The consensus sleep diary: standardizing prospective sleep self-monitoring. *Sleep.* 2012;35(2):287-302.
3. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, *et al.* European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia – 2023 update. *J Sleep Res.* 2023;32(1):e14035.

## 4.6 Implementación práctica de la terapia

Tal como se ha expuesto en los apartados anteriores, la TCC-I se organiza en torno a componentes terapéuticos seleccionados según la formulación del caso. Su aplicación clínica no responde a un protocolo rígido por sesiones, sino a una secuencia estructurada y flexible, adaptada a los mecanismos de mantenimiento identificados.

A continuación, se presenta una secuencia orientativa de aplicación en formato estándar (4–8 sesiones), cuyo orden y peso relativo deben ajustarse a la formulación individual y al contexto clínico.

Tabla II. Secuencia habitual de aplicación de la TCC-I.

Fase	Objetivo	Intervenciones clave
1. Evaluación inicial y formulación del caso	Identificar mecanismos de mantenimiento y establecer línea base	Entrevista clínica estructurada Diario de sueño (1–2 semanas) Identificación de comorbilidades Formulación compartida
2. Psicoeducación y preparación	Proporcionar marco explicativo y facilitar adherencia	Modelo 3P Regulación homeostática y circadiana Explicación de CE y RTC Higiene del sueño (complementaria)
3. Intervención conductual	Reorganizar patrón sueño-vigilia	Control de estímulos Restricción del tiempo en cama Establecimiento y ajuste de ventana Seguimiento semanal del diario
4. Componentes cognitivos y regulación de la activación	Reducir interferencias cognitivas y fisiológicas	Reestructuración cognitiva Reducción del control cognitivo Manejo de rumiación Técnicas de relajación
5. Consolidación y prevención	Mantener la autorregulación y prevenir recurrencias	Ampliación progresiva de ventana Plan de recaídas Identificación de señales tempranas Seguimiento diferido (si indicado)

# La terapia cognitivo-conductual para el insomnio

## Consideraciones clínicas:

La secuencia descrita resume la organización habitual del tratamiento, pero su aplicación exige ajuste continuo en función de la respuesta clínica.

Tras la introducción de los componentes conductuales puede observarse un empeoramiento transitorio inicial, con mayor somnolencia diurna o percepción subjetiva de peor sueño, fenómeno que debe anticiparse y contextualizarse adecuadamente.

El ajuste progresivo de la ventana de sueño se realiza a partir de los registros semanales del diario, lo que implica monitorización sistemática y revisión periódica.

La intervención no se limita a la prescripción de pautas, sino que requiere evaluación y adaptación continuas.

La incorporación de componentes cognitivos o estrategias de regulación de la activación depende de la formulación individual y no responde a un momento fijo del proceso.

Finalmente, la fase de consolidación implica no solo ampliar la ventana hasta estabilización, sino preparar al paciente para manejar fluctuaciones normales del sueño sin reactivar conductas de seguridad. Esta secuencia es orientativa y puede adaptarse según la modalidad de aplicación, el contexto asistencial y la evolución clínica.



# La terapia cognitivo-conductual para el insomnio

## 4.7 Limitaciones y contraindicaciones

Aunque la TCC-I es aplicable a la mayoría de los pacientes con insomnio crónico (véase apartado 4.4), existen situaciones en las que puede no ser adecuada de forma inmediata o requerir adaptaciones relevantes.

### Contraindicaciones:

Pueden contraindicar o posponer temporalmente el inicio del tratamiento (1-2):

- Deterioro cognitivo grave u otras condiciones que impidan comprender o aplicar las pautas básicas.
- Trastornos psiquiátricos graves en fase aguda (p. ej., psicosis activa, episodio maníaco).
- Consumo activo de sustancias que interfiera de forma significativa con el sueño o la adherencia.
- Trastornos del sueño que expliquen el cuadro clínico o requieran un abordaje específico previo (p. ej., apnea del sueño no evaluada).
- Condiciones médicas inestables que desaconsejen temporalmente intervenciones conductuales intensivas.

### Adaptaciones:

En pacientes con trastorno bipolar o epilepsia, así como en población mayor, la TCC-I puede requerir adaptaciones y una monitorización estrecha, especialmente si se aplica restricción del tiempo en cama (2, 3).

El uso de hipnóticos a dosis elevadas o combinaciones complejas puede interferir con el aprendizaje terapéutico. En estos casos puede ser necesario adaptar el tratamiento o posponer su inicio hasta alcanzar una mayor estabilidad clínica, siempre en coordinación con el profesional prescriptor (1, 2).

Estas situaciones no excluyen necesariamente la TCC-I, pero pueden requerir adaptación del formato, intervención previa sobre la condición limitante o reevaluación del momento más adecuado para iniciar el tratamiento.



# La terapia cognitivo-conductual para el insomnio

## No-respondedores:

En los casos de no respuesta a la TCC-I, el factor más frecuente es la falta de adherencia, más que la ineficacia de los componentes del tratamiento (3). También pueden influir variables relacionadas con el paciente (motivación, expectativas, comorbilidad), con el terapeuta (alianza, claridad en las pautas), con la formulación del caso, o con la forma de aplicar la intervención (rigidez o escasa adaptación).

## Referencias:

1. Riemann D, Espie CA, Altena E, *et al.* The European Insomnia Guideline: an update on the diagnosis and treatment of insomnia – 2023. *J Sleep Res.* 2023;32(6):e14035.
2. Condon LM, Cristancho P, Janjua SA, Arnedt JT. Adapting CBT-I for medical and psychiatric conditions: a review. *Sleep Med Rev.* 2021;58:101446.
3. Nowakowski S, Perlis ML, Bootzin RR. Adapting cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) for people who have failed CBT-I and other special considerations. En: Nowakowski S, Perlis ML, Bootzin RR, editores. *Adapting cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I)*. Oxford: Oxford University Press; 2021. p.405-429.



# 05.

Aplicación de la terapia  
cognitivo-conductual en  
situaciones especiales

# Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en situaciones especiales

## 5.1 Gestión de tratamientos farmacológicos

La cronicidad y complejidad de la enfermedad, las comorbilidades asociadas, y las fluctuaciones sintomáticas a lo largo de la evolución, hace que en muchas ocasiones a lo largo de la evolución, sean precisos cambios de enfoque terapéutico, incluyendo transiciones entre TCC-I y tratamiento farmacológico y entre diferentes medicamentos. Estas transiciones deben hacerse con mucho cuidado para evitar insomnio rebote y síndromes de abstinencia.

### Hipnóticos/sedantes y deshabitación de fármacos :

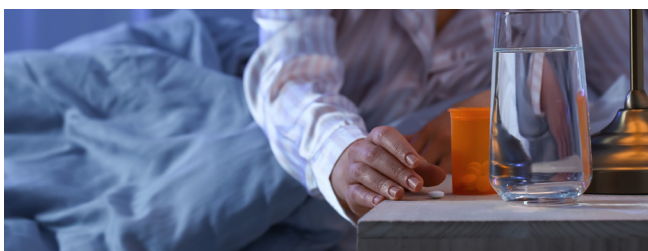
Las benzodiazepinas y sus análogos deben evitarse siempre que sea posible debido al riesgo de dependencia y tolerancia. Sin embargo, muchos pacientes llegan a las consultas con estos tratamientos. Se puede iniciar la TCC-I mientras se mantiene la medicación, con el objetivo de reducir gradualmente la dosis. Se recomienda reducir la dosis entre un 10 y un 25% cada semana o dos hasta discontinuar el tratamiento. Se recomienda la misma pauta para los fármacos Z (1). Tanto el Daridorexant como la melatonina de acción prolongada son fármacos útiles para conseguir una deshabitación de BZD y fármacos Z, ya que no producen efecto rebote ni síndrome de abstinencia y no precisan desescalada de dosis.

### Fármacos para comorbilidades:

No se han encontrado referencias bibliográficas específicas con relación al tratamiento de comorbilidades durante la TCC-I. La experiencia indica mantener los tratamientos médicos lo más estables posibles durante la TCC-I para evitar interferencias con el proceso psicoterapéutico.

### Terapia combinada:

Es preferible iniciar el tratamiento con TCC-I y si esta no resulta suficientemente efectiva añadir agonistas de las BZD, que hacerlo al revés (2).



### Referencias:

1. Palagini L, Brugnoli R, Dell'Osso BM, *et al*. Clinical practice guidelines for switching or deprescribing hypnotic medications for chronic insomnia: Results of European neuropsychopharmacology and sleep expert's consensus group. *Sleep Med*. 2025;128:117-126.

2. Morin CM, Edinger JD, Beaulieu-Bonneau S, *et al*. Effectiveness of Sequential Psychological and Medication Therapies for Insomnia Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(11):1107-1115.

# Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en situaciones especiales

## 5.2 Trabajo a turnos

Cuando hablamos de trabajo a turnos se entiende como cualquier horario laboral que se encuentre fuera del horario estándar de 7:00 a 18:00 (1), y abarca una variedad de esquemas que incluyen turnos de tarde, noche, madrugada, horarios fijos y rotativos. Aproximadamente el 25% de las personas empleadas participa en el trabajo a turnos. En Europa, cerca del 20% de la fuerza laboral está involucrada en el trabajo a turnos (2).

**El trabajo por turnos (especialmente nocturno, rotativo o irregular) interrumpe el ritmo circadiano natural y predispone al insomnio y a la somnolencia diurna (3).**

### Adaptaciones de la TCC al trabajo por turnos:

En la actualidad no existe un protocolo concreto para aplicar la TCC-I dirigida a trabajadores por turnos, sino adaptaciones en las que es necesario ajustar varias estrategias al horario irregular (4):

- **Higiene del sueño y control del entorno:** tras el turno nocturno, es vital minimizar la luz diurna (p.ej. usando gafas oscuras al salir) y asegurar un dormitorio oscuro, fresco y silencioso para dormir durante el día (5). Mantener rutinas fijas (ritual relajante antes de acostarse, acostarse solo para dormir y evitar pantallas en la cama) ayuda a consolidar el sueño a pesar de los cambios de turno.

- **Nutrición y estimulantes:** es crucial regular los horarios de las comidas y evitar cenas pesadas antes del turno de noche, así como limitar el consumo de café o bebidas estimulantes, así como alimentos ricos en carbohidratos y procesados a partir de las 1 am (6).

- **Restricción del sueño flexible:** la restricción del tiempo en cama debe adaptarse al turno, con el objetivo es incrementar gradualmente la eficiencia del sueño, evitando permanecer en cama despierto.

- **Técnicas cognitivas y de relajación:** es frecuente que los trabajadores nocturnos desarrollen pensamientos negativos (“Nunca dormiré bien con este horario”) o ansiedad anticipatoria. Se deben incluir herramientas como la relajación muscular progresiva o la respiración profunda.

- **Soporte psicoeducativo:** talleres o sesiones grupales pueden incluir educación sobre rotación de turnos, importancia de las siestas programadas y establecimiento de rutinas laborales (p. ej. ejercicio moderado antes de dormir) (7).

# Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en situaciones especiales

## Referencias:

1. Sleep Foundation. What is shift work? [Internet]. Washington (DC): Sleep Foundation; [consultado 2025 nov 12]. Disponible en: <https://www.sleepfoundation.org/shift-work-disorder/what-shift-work>
2. Kecklund G, Axelsson J. Shift work and sleep. *J Sleep Res.* 2019;28(1):e12780. doi:10.1111/jsr.12780
3. Álamo González C, Alonso Álvarez ML, Cañellas Dols F, Martín Águeda B, Pérez Díaz H, Romero Santo-Tomás O, *et al.* Guía de insomnio: pautas de actuación y seguimiento [Internet]. Madrid: Sociedad Española del Sueño (SES); 2016 [citado 2025 nov 12]. Disponible en: <https://ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>
4. Nowakowski S, Garland S, Grandner MA, Cuddihy L, editors. *Adapting Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia.* 1st ed. London: Academic Press; 2021. ISBN: 9780128228722.
5. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. PS-03: trabajo a turnos e higiene del sueño (v. 3) [Internet]. Valencia: Generalitat Valenciana; [consultado 2025 nov 12]. Disponible en: [https://www.san.gva.es/documents/d/recursos-humans/ps-03-trabajo-a-turnos-e-higiene-del-sueno\\_v3](https://www.san.gva.es/documents/d/recursos-humans/ps-03-trabajo-a-turnos-e-higiene-del-sueno_v3)
6. Clark AB, Coates AM, Davidson ZE, Bonham MP. Dietary patterns under the influence of rotational shift work schedules: A systematic review and meta-analysis. *Adv Nutr.* 2023;14(2):295-316.
7. Fillat de Acosta L. Protocolo de actuación preventiva para riesgo debido a alteraciones del ritmo circadiano en médicos de urgencias que trabajan en turnos de 24 horas. *Med Segur Trab.* 2009;55(217):65-74. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v55n217/revision2.pdf>

## 5.3 Comorbilidad con otros trastornos del sueño

El insomnio crónico puede coexistir con otros trastornos del sueño y requerir adaptaciones en la Terapia Cognitivo Conductual para el Insomnio (TCC-I) para asegurar su eficacia y seguridad (1).

### • Apnea Obstructiva del Sueño (AOS):

Requiere una TCC-I más breve para no retrasar el inicio del uso de CPAP (presión positiva continua de la vía aérea) y discutir estrategias de adherencia. La restricción de sueño debe adaptarse para no agravar la somnolencia diurna. (2)

### • Síndrome de Piernas Inquietas (SPI):

La comorbilidad de SPI e insomnio crónico incrementa la somnolencia diurna y el deterioro funcional. Se recomienda evitar restricciones excesivas del sueño, aplicar técnicas de relajación muscular progresiva y realizar ejercicio moderado durante el día. Además, deben implementarse medidas específicas de higiene del sueño (3).

### • Trastornos del Ritmo Circadiano:

La combinación de TCC-I con intervenciones circadianas mejora la latencia de inicio y eficiencia del sueño, así como la alineación de la fase melatoninérgica (4). Es esencial programar adecuadamente luminoterapia, cronoterapia y la administración de melatonina. Además de adaptar la restricción de sueño y el control de estímulos para reprogramar el tiempo de sueño.

### • Narcolepsia:

Se ha propuesto una TCC específica para narcolepsia (5). La TCC-I debe ajustar la restricción de sueño, la coordinación con medicamentos y el manejo de siestas programadas para regular los patrones de sueño nocturno y mejorar la función diurna.

### • Parasomnias:

Se debe adaptar restricción de sueño y control de estímulos para reprogramar el tiempo de sueño, y usar terapia de ensayo de imágenes mentales si hay pesadillas.

# Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en situaciones especiales

## Referencias:

1. Palagini L, Baglioni C. CBT for insomnia co-morbid with other sleep disorders. En: Baglioni C, Espie CA, Riemann D, editores. Cognitive-behavioural therapy for insomnia (CBT-I) across the life span. Oxford: John Wiley & Sons; 2022. p.180-191.
2. Brooker EJ, Landry SA, Genta PR, Abdelmessih GT, Edwards BA, Drummond SPA. Cognitive behavioral therapy for insomnia is associated with reduced sleep apnea severity but not its endotype traits in those with comorbid insomnia and sleep apnea. *J Clin Sleep Med.* 2025;21(6):1041-1051.
3. Song ML, Park KM, Motamedi GK, Cho YW. Cognitive behavioral therapy for insomnia in restless legs syndrome patients. *Sleep Med.* 2020;74:227-234.
4. Swanson LM, Raglan GB. Circadian Interventions as Adjunctive Therapies to Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia. *Sleep Med Clin.* 2023;18(1):21-30.
5. Marín Agudelo HA, Jiménez Correa U, Carlos Sierra J, Pandi-Perumal SR, Schenck CH. Cognitive behavioral treatment for narcolepsy: can it complement pharmacotherapy?. *Sleep Sci.* 2014;7(1):30-42.

## 5.4 Comorbilidades médicas

Es vital **distinguir entre insomnio comórbido e insomnio sintomático a enfermedad médica (1,2). Existe una relación bidireccional, donde los problemas del sueño intensifican los síntomas de la enfermedad y viceversa.** La terapia cognitivo-conductual para el insomnio (TCC-I) ha mostrado mejoras tanto en la calidad del sueño como en algunos síntomas de enfermedades somáticas.



- En las enfermedades crónicas hay que identificar los factores que perpetúan el insomnio para intervenir sobre ellos.
- Debe promoverse la diferenciación entre reposo y sueño para asegurar una buena regulación circadiana.
- El fenotipo de insomnio con duración corta del sueño (ISSD) se relaciona principalmente con comorbilidades cardiovasculares, neurocognitivas y metabólicas (3). En síndromes de sensibilidad central como la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica, el insomnio es un criterio diagnóstico, siendo esencial distinguir si el trastorno del sueño se debe al dolor o es independiente del mismo.
- En el dolor crónico, el insomnio puede aumentar la percepción del dolor, por lo que la TCC-I debe combinarse con el tratamiento del dolor. La privación del sueño y su fragmentación también pueden intensificar el dolor. Por lo tanto, se recomienda ajustar la restricción del sueño individualmente, y ser flexible en el control de estímulos, proponiendo espacios cercanos para salir de la cama.
- En enfermedad cardiovascular, la TCC-I puede ser útil, pero en pacientes inestables, es preferible priorizar estrategias cognitivas. Situaciones similares se aplican a pacientes con disnea en enfermedades respiratorias, donde el manejo de la disnea es crucial antes de la TCC-I.
- Para enfermedades terminales, como el cáncer metastásico, la TCC-I no es recomendable debido al esfuerzo que implica. En estos casos, los hipnóticos pueden ser una alternativa más adecuada. Asimismo, varios fármacos, incluidos los betabloqueantes y los opioides, pueden inducir o agravar el insomnio (4).

# Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en situaciones especiales

## Referencias:

1. Bjorvatn B. CBT protocols for insomnia co-morbid with somatic disorders. En: Baglioni C, Espie CA, Riemann D, editores. Cognitive-behavioural therapy for insomnia (CBT-I) across the life span. Oxford: John Wiley & Sons; 2022. p.161-168.
2. Yang NKY. CBT protocol for insomnia co-morbid with chronic pain. En: Baglioni C, Espie CA, Riemann D, editores. Cognitive-behavioural therapy for insomnia (CBT-I) across the life span. Oxford: John Wiley & Sons; 2022. p.169-179.
3. Nyhuis CC, Fernandez-Mendoza J. Insomnia nosology: a systematic review and critical appraisal of historical diagnostic categories and current phenotypes. *J Sleep Res.* 2023;32(6):e13910.
4. Klugherz LJ, Mansukhani MP, Kolla BP. Effects of Commonly Prescribed Medications on Sleep: A Review of the Literature. *Mayo Clin Proc.* 2025;100(5):856-867.

## 5.5 Comorbilidades psiquiátricas

El insomnio es uno de los síntomas más frecuentes en las enfermedades mentales, y también uno de los mayores factores de riesgo de desarrollar, mantener y/o recaer en las mismas. **En pacientes con enfermedad mental, la prevalencia de insomnio oscila entre un 40 y un 80%**, por lo que es necesario considerarlo un mecanismo transdiagnóstico y no solo un signo secundario que interviene en la perpetuación de la disfunción emocional y cognitiva (1-4). La **Terapia Cognitivo-Conductual** para el insomnio alcanza una clara eficacia incluso en presencia de otras comorbilidades psiquiátricas.



# Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en situaciones especiales

Tabla 12. Aplicaciones de la TCC-I en pacientes con comorbilidades psiquiátricas.

Trastorno	Efectos de la TCC-I	Adaptaciones o consideraciones clínicas
<b>Trastornos depresivos y ansiosos</b>	Mejora la calidad del sueño y reduce los síntomas depresivos y ansiosos (5,6) Disminuye la rumiación, hiperactivación cognitiva y disforia matutina (7).	Adaptar la aplicación para favorecer la adherencia y la regulación emocional
<b>Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)</b>	Mejora la latencia del sueño y reduce la somnolencia diurna (8).	Combinar con estrategias para controlar la activación y el manejo del tiempo. Incluir psicoeducación y técnicas de organización
<b>Trastornos de la personalidad</b>	Aumenta la estabilidad emocional y mejora el sueño (9).	Priorizar la tolerancia a la frustración y estabilidad afectiva; combinar con terapia cognitivo-conductual
<b>Trastorno bipolar</b>	Ayuda a estabilizar el ritmo circadiano y prevenir recaídas (10).	Aplicar con precaución. Dar prioridad a la regulación del ritmo circadiano más que a la restricción del sueño
<b>Trastornos psicóticos</b>	Aunque el insomnio suele ser secundario, la TCC-I puede reducir alucinaciones auditivas (11).	Evitar técnicas que generen ansiedad. Sesiones muy estructuradas, registros simplificados y énfasis en rutinas diarias
<b>Trastorno del Espectro Autista</b>	En adolescentes, la TCC-I adaptada mejora la latencia y calidad del sueño, reduciendo irritabilidad y disfunción diurna (12).	Usar apoyos visuales, rutinas estructuradas y promover la participación familiar

# Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en situaciones especiales

## Referencias:

1. Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalder K, Nissen C, Voderholzer U, et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord.* 2011;135(1-3):10-9.
2. Harvey AG. Insomnia: symptom or diagnosis? *Clin Psychol Rev.* 2001;21(7):1037-59.
3. Taylor DJ, Pruiksma KE. Cognitive and behavioral therapy for insomnia (CBT-I) in psychiatric populations: a systematic review. *Int Rev Psychiatry.* 2014;26(2):205-13.
4. Harvey AG, Hein K, Dong L, et al. A transdiagnostic sleep and circadian treatment to improve severe mental illness outcomes in a community setting: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2016;17:606.
5. Manber R, Edinger JD, Gress JL, San Pedro-Salcedo MG, Kuo TF, Kalista T. Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep.* 2008;31(4):489-95.
6. Pigeon WR, Bishop TM, Krueger KM. Insomnia as a transdiagnostic process in psychiatric disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(9):58.
7. Gee B, Orchard F, Clarke E, Joy A, Clarke T, Reynolds S. The effect of CBT-I on depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Med Rev.* 2019;43:118-28.
8. Surman CBH, Adamson J, Petty C, Biederman J. Association between sleep and ADHD symptoms: a review. *Am J Psychiatry.* 2017;174(2):103-14.
9. Hertenstein E, Nissen C, Spiegelhalder K, et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia in borderline personality disorder: a pilot study. *Behav Sleep Med.* 2019;17(5):607-18.
10. Harvey AG, Soehner AM, Kaplan KA, Hein K, Lee J, Kanady J, et al. Treating insomnia improves mood state, sleep, and functioning in bipolar disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2015;83(3):564-77.
11. Freeman D, Sheaves B, Waite F, Harvey AG, Harrison PJ. Sleep disturbance and psychiatric disorders. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(7):628-37.
12. Malow BA, et al. Parent-based sleep education for children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 2014;44(1):216-28.

## 5.6 Comorbilidad por uso de sustancias y fármacos

En los pacientes con trastorno por consumo de sustancias adictivas, uno de los síntomas con mayor prevalencia es el insomnio, tanto en las fases de consumo activo como en las de abstinencia o recuperación.

**El insomnio no se debe considerar como un síntoma residual, sino como un factor de riesgo para las recaídas en el consumo activo.**

La TCC-I en la práctica clínica ha de estar integrada en los programas de deshabituación y recuperación, acomodándose con los equipos de adicciones de psicología y psiquiatra. La actuación simultánea y coordinada de la adicción y del insomnio, mejora los resultados finales, disminuye la ansiedad asociada al insomnio y evita el uso de medicación hipnótica de sustitución.



# Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en situaciones especiales

Tabla 13. Aplicaciones de la TCC-I en pacientes consumidores.

Sustancia	Aplicaciones de la TCC-I
<b>Benzodiacepinas o fármacos Z</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptar la intervención a creencias disfuncionales (“solo duermo si consumo”).</li> <li>- Corregir conductas contraproducentes (siestas largas, exceso de tiempo en cama).</li> <li>- Aplicar para reducir ansiedad y craving durante la abstinencia</li> </ul>
<b>Alcoholismo crónico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incluir la TCC-I en los programas de desintoxicación</li> <li>- Abordar el insomnio como factor de recaída</li> <li>- Reforzar rutinas de sueño saludables</li> </ul>
<b>Estimulantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenciones conductuales y cognitivas para mejorar el control de impulsos y reducir craving</li> <li>- Regular horarios de sueño y vigilia</li> </ul>

Tabla 13. Beneficios de aplicar la TCC-I en pacientes consumidores.

Sustancia	Beneficios de aplicar la TCC-I
<b>Benzodiacepinas o fármacos Z</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abstinencia mantenida (1)</li> <li>- Mejora la calidad del sueño, reduce la ansiedad, el craving y el control de los impulsos (2, 3, 4)</li> <li>- Recuperación de un sueño natural y estable tras la retirada del fármaco.</li> <li>- Prevención del insomnio de rebote</li> </ul>
<b>Alcoholismo crónico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminuye la latencia del sueño.</li> <li>- Aumenta la eficiencia y calidad del descanso.</li> <li>- Mejora el estado de ánimo</li> </ul>
<b>Estimulantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normaliza la estructura del sueño y los ritmos circadianos.</li> <li>- Favorece un descanso más reparador</li> </ul>

# Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en situaciones especiales

## Referencias:

1. Morin CM, Bastien C, Guay B, Radouco-Thomas M, Leblanc J, Vallieres A. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry*. 2004;161(2):332-42.
2. Espie CA, Emsley R, Kyle SD, *et al*. Effect of digital cognitive behavioral therapy for insomnia on health, psychological well-being, and quality of life: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(1):21-30.
3. Arnedt JT, Conroy DA, Armitage R, Brower KJ. Cognitive-behavioral therapy for insomnia in alcohol-dependent patients: a randomized controlled pilot trial. *Behav Res Ther*. 2011;49(4):227-33.
4. Brower KJ, Perron BE. Sleep disturbance as a universal risk factor for relapse in addictions to psychoactive substances. *Med Hypotheses*. 2010;74(5):928-33.
5. Morgan PT, Pace-Schott EF, Sahul ZH, Coric V, Stickgold R, Malison RT. Sleep architecture, cocaine and visual learning. *Addict Biol*. 2006;11(1):36-48.

## 5.7 Ingreso hospitalario agudo y de larga duración

**La prevalencia de insomnio en pacientes hospitalizados es alta, con un 51-53% refiriendo mala calidad de sueño y una reducción del tiempo de sueño de al menos 1 hora.** Las principales causas del mal descanso incluyen ruido, enfermedad, intervención del personal sanitario, exposición lumínica insuficiente y ciertos fármacos (1). Los datos en centros de media-larga estancia son limitados, pero un 43% de pacientes en rehabilitación subaguda también presentan insomnio (2).

El manejo del insomnio en el hospital se enfoca principalmente en el uso de fármacos; entre **20-30% de los pacientes reciben medicación para dormir**, a menudo sin la indicación adecuada, y **10-30% continúan con ella al alta**. Aunque existen alternativas no farmacológicas como luminoterapia, técnicas de relajación y uso de antifaces, la evidencia sobre su eficacia es limitada (3).

La Terapia Cognitivo-Conductual para Insomnio (TCC-I) ha sido escasamente estudiada en pacientes hospitalizados, enfocándose principalmente en entornos psiquiátricos. Protocolos de 7 a 14 días han mostrado cierta eficacia, pero no se han observado beneficios significativos con intervenciones aisladas del personal de enfermería.

Recientemente, iniciativas multidisciplinares como “Sleep Rounds” y “Smarter Sleep” han sido implementadas; aunque “Sleep Rounds” no demostró mejoras significativas, “Smarter Sleep” logró **reducir en un 24% la prescripción de hipnóticos** (4). El programa “SLEEPexpert” mostró **mejoría en el Insomnia Severity Index** al restringir el tiempo en cama e individualizar la ventana de sueño al ritmo circadiano (5).

Para mejorar el manejo del insomnio, es crucial diseñar intervenciones breves y simples que sean multidisciplinares. Los proyectos que se centran solo en enfermería o médicos residentes han mostrado poca eficacia. Por lo tanto, implementar programas sencillos basados en TCC-I y control ambiental podría mejorar el insomnio en pacientes hospitalizados.



# Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en situaciones especiales

## Referencias:

1. Bellon F, Stremmer R, Rubinat-Arnaldo E, *et al.* Sleep quality among inpatients of Spanish public hospitals. *Sci Rep.* 2022;12(1):21989.
2. Rahja M, Laver K, Mordaunt DA, *et al.* "The Days Are Long But the Nights Are Even Longer": A Mixed-Method Study of Sleep Disturbances Among Patients in an Inpatient Rehabilitation Program. *Arch Rehabil Res Clin Transl.* 2023;5(3):100275.
3. DuBose JR, Hadi K. Improving inpatient environments to support patient sleep. *Int J Qual Health Care.* 2016;28(5):540-553.
4. Paterson A, Khundakar M, Young A, *et al.* The Smarter Sleep educational interventions: an initiative to reduce hypnotic prescribing in in-patient psychiatric care. *BJPsych Bull.* 2021;46(4):1-9.
5. Schneider CL, Hertenstein E, Nissen C. Cognitive behavioural therapy for insomnia in inpatient psychiatric care: a systematic review. *J Sleep Res.* 2023;32(6):e14041.

## 5.8 Ancianos en residencias

El insomnio tiene una **elevada prevalencia en las personas mayores**, y se ha demostrado que **aquellos viven en residencias tienen una mayor prevalencia de insomnio que los no institucionalizados** (1). Está asociado a los cambios debidos al envejecimiento, y a otros factores como el aumento de enfermedades comórbidas y de medicaciones asociadas. El insomnio en personas mayores tiene muchas consecuencias negativas, como el aumento de las dificultades de concentración y memoria, y aumento del riesgo de demencia (2). Por tanto, su tratamiento es muy importante, aunque en muchos casos permanece sin diagnóstico y sin un tratamiento adecuado generalmente debido a la creencia errónea de que es una consecuencia inevitable de la edad (3).

En este contexto, donde además, las personas mayores presentan una alta vulnerabilidad ante tratamientos con fármacos hipnóticos, la TCC-I es el tratamiento de primera elección (4,5). El grupo de mayores que viven en residencias es muy heterogéneo, y por tanto no podemos hablar de un único protocolo de TCC-I (6). Se deberá realizar una evaluación muy cuidadosa de la historia clínica, patologías médicas, psiquiátricas y de otros trastornos del sueño asociadas y los tratamientos que recibe.

Aunque para muchos residentes la TCC-I no precisará adaptación, se han sugerido algunos cambios:

- Incluir información sobre los cambios en el sueño relacionados con la edad para diferenciar entre los cambios fisiológicos debidos a la edad y cambios patológicos.

- Incluir información sobre ritmos circadianos y la importancia de la exposición a la luz durante el día, el ejercicio físico y el aumento de interacciones sociales.

- Dar preferencia a las sesiones grupales para facilitar la socialización, realizar sesiones más cortas facilita la memorización y ofrecer notas de recuerdo para facilitar la adherencia (4).

- La restricción del sueño y el control de estímulos deben realizarse con mayor flexibilidad, dependiendo de las características de los pacientes.

# Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en situaciones especiales

## Referencias:

1. Martins da Silva R, Afonso P, Fonseca M, Teodoro T. Comparing sleep quality in institutionalized and non-institutionalized elderly individuals. *Aging Ment Heal*. 2019; 0(0):1-7.
2. Mander, BA, Winer, JR, Walker, MP. Sleep and human aging. *Neuron*. 2017;94(1), 19-36.
3. Chen JH, Waite L, Kurina LM, Thisted RA, McClintock M, Lauderdale DS. Insomnia symptoms and actigraph-estimated sleep characteristics in a nationally representative sample of older adults. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci*. 2015;70(2): 185-92.
4. Bélanger, L, LeBlanc, M, & Morin, CM. Cognitive behavioral therapy for insomnia in older adults. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012;19(1), 101-115.
5. Riemann, D, Espie, CA, Altena, E, *et al*. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *Journal of sleep research*. 2023;32(6), e14035.
6. Benz F, Johann AF. CBT-I protocols for older adults. En: Baglioni C, Espie CA, Riemann D, editores. *Cognitive-behavioural therapy for insomnia (CBT-I) across the life span: Guidelines and clinical protocols for health professionals*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2022. p.108-113.



# 06.

Competencias  
profesionales

# Competencias profesionales

La TCC-I puede generar beneficios sostenidos, pero también efectos adversos si se aplican sin la formación y supervisión adecuadas. Por ello, su correcta implementación requiere competencias profesionales específicas (1).

Tabla 14. Niveles de competencia en TCC-I.

Nivel	Competencia principal	Alcance
Básico	Formación estructurada en TCC-I	Aplicación guiada en casos habituales, con reconocimiento de límites y derivación.
Avanzado	Formación avanzada y experiencia clínica supervisada	Aplicación autónoma en insomnio crónico, incluidas comorbilidades.
Experto	Alta especialización y amplia experiencia	Manejo de casos complejos y formación/supervisión de otros profesionales.

Nota: Niveles orientativos basados en la European CBT-I Academy (ESRS).

La aplicación de la TCC-I va más allá del conocimiento teórico de sus componentes. Implica la capacidad de evaluar clínicamente el insomnio, formular el caso, seleccionar y secuenciar los componentes terapéuticos, anticipar dificultades, ajustar la intervención y manejar situaciones de riesgo (p. ej., empeoramiento inicial, comorbilidades relevantes o uso de hipnóticos).

Desde una perspectiva de consenso, se considera que los profesionales que apliquen TCC-I deberían cumplir, al menos, los siguientes requisitos (2-4):

- Formación reglada en salud y habilitación para la práctica clínica.
- Formación específica en TCC-I, basada en programas estructurados y alineados con las guías internacionales.
- Experiencia clínica supervisada, especialmente en la aplicación de componentes conductuales como la restricción del tiempo en cama.
- Conocimiento de las indicaciones, limitaciones y adaptaciones de la TCC-I en contextos especiales.
- Capacidad para trabajar de forma coordinada con otros profesionales sanitarios cuando sea necesario.

La difusión de la TCC-I es una prioridad de salud pública, pero esta debe ir acompañada de criterios claros de competencia profesional, para garantizar intervenciones eficaces, seguras y basadas en la evidencia. La formación adecuada del profesional es un elemento clave para preservar la calidad del tratamiento y evitar una aplicación reduccionista o iatrogénica de la TCC-I.

# Competencias profesionales

## Referencias:

1. European CBT-I Academy, European Sleep Research Society (ESRS). Levels of expertise and criteria for courses in Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia (CBT-I). *Somnologie*. 2021;25(3):177-182.
2. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, *et al.* European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. 2017;26(6):675-700.
3. Riemann D, Nissen C, Baglioni C, *et al.* European Sleep Research Society position paper: the future of behavioral and cognitive treatments for insomnia. *J Sleep Res*. 2021;30(1):e13282.
4. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med*. 2017;13(2):307-349.



# 07.

Implementación en  
la práctica clínica

# Implementación en la práctica clínica

## 7.1 Dificultades: el insomnio crónico como síntoma transversal en un modelo de atención sanitaria fragmentado en especialidades

- La magnitud de los trastornos del sueño como un problema de salud pública, incluido el insomnio, exige el desarrollo de **Planes de Salud para el Sueño** que aborden estas necesidades y establezcan los servicios sanitarios correspondientes. En España, desde 2002, las Comunidades Autónomas son responsables de organizar las prestaciones necesarias, integrando los diferentes niveles asistenciales a través de vías clínicas y protocolos. Sin embargo, los Planes de Salud específicos para el sueño son inéditos en España (1) y faltan especialistas capacitados en trastornos del sueño, incluyendo la TCC-I.
- La atención se concentra mayormente en **entornos hospitalarios**, fragmentada entre distintas especialidades. El funcionamiento de algunas unidades de sueño es a menudo el resultado del esfuerzo de pequeños grupos de profesionales, sin garantía de continuidad en el tiempo (2), y se ve con frecuencia interferida por las demás actividades asistenciales de dichos servicios. En el caso del insomnio, existe un infradiagnóstico (3) y un retraso en la implementación de tratamientos adecuados (4).
- La **psicología** tiene una representación insuficiente en el sistema de salud pública, aunque ha comenzado a desarrollarse en la práctica privada. Los profesionales capacitados pueden impartir TCC-I de manera presencial o en línea, pero su coste podría ser una barrera para algunos pacientes.
- Finalmente, el **desconocimiento sobre la existencia de la TCC-I**, junto con la alta rotación del personal médico en Atención Primaria y la **inercia hacia tratamientos farmacológicos**, contribuyen a la subutilización de esta terapia, un problema que esta guía busca mejorar.



### Referencias:

1. Alcalá LR, O'Connor-Reina C, Egea C, *et al.* Where are we heading with sleep medicine? A study of multidisciplinary units in Spain. *Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed)*. 2025;76(4):512234
2. González A. Tres años para una primera consulta en la Unidad de Sueño [Internet]. Diario de Burgos. 2024 Ago 26 [consultado 2025 nov 12]. Disponible en: <https://www.diariodeburgos.es/noticia/z5ba990fc-e5bc-f7d0-fa48c0dclc630dda/202408/tres-anos-para-una-primera-consulta-en-la-unidad-del-sueno>
3. Pujol Salud J, García-Serrano C, de Entrambasaguas M, Malla Montagut M, Martínez Redondo J. Primary Care Records and Population Prevalence of Chronic Insomnia: Do They Match?. *Healthcare* (Basel). 2025;13(23):3152.
4. Rosenberg RP, Benca R, Doghramji P, Roth T. A 2023 Update on Managing Insomnia in Primary Care: Insights From an Expert Consensus Group. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2023;25(1):22nr03385

# Implementación en la práctica clínica

## 7.2.1. El papel de Atención Primaria

Atención Primaria es a menudo el primer contacto para pacientes con quejas de insomnio o sueño no reparador (1). Este nivel es responsable de realizar una evaluación diagnóstica inicial para determinar si se trata de un síndrome de insomnio clínicamente relevante, y clasificarlo como trastorno de insomnio, insomnio comórbido o sintomático.

- Para los pacientes con **insomnio clínicamente no relevante** cabe considerar el diagnóstico de “dormidor corto”.
- Para el **trastorno de insomnio agudo** se ha propuesto una Terapia Cognitivo-Conductual para el Insomnio (TCC-I) en “dosis única” basada en educación y restricción de sueño individualizada (2).
- En los casos de **síndrome de insomnio crónico**, es necesario realizar el diagnóstico diferencial con entorno u oportunidad de sueño inadecuados, o sospecha de otros trastornos del sueño, médicos o psiquiátricos subyacentes. El médico de familia debe decidir si es necesario hacer pruebas adicionales, iniciar algún tratamiento o derivar al paciente a un especialista, como una unidad multidisciplinar de sueño.
- En el trastorno de **insomnio crónico sin comorbilidades**, se recomienda un enfoque inicial mediante una intervención grupal en educación e higiene del sueño, seguida de TCC-I breve (3). Este método, que se puede llevar a cabo en 10 a 15 minutos, involucra explicar el control de estímulos y la restricción de sueño en la primera consulta, y revisar su cumplimentación con el diario de sueño en la segunda.
- El manejo de **insomnio crónico con benzodiazepinas** requiere limitar su uso a un máximo de 3-4 semanas o como rescate, y considerar una derivación a una unidad multidisciplinar para una TCC-I completa.

Como estrategias, recomendamos el desarrollo de herramientas rápidas para el diagnóstico del insomnio, la sensibilización del personal de salud para identificar insomnio, y la creación de un programa de “enfermería del sueño” en Atención Primaria para educación en sueño. Además, proponemos la formación en TCC-I para médicos de familia y psicólogos de Atención Primaria, y el desarrollo de TCC-I digital. Finalmente, se sugiere medir la tasa de desprescripción de benzodiazepinas (4) para evaluar la efectividad de las intervenciones no farmacológicas.

# Implementación en la práctica clínica

## Referencias:

1. Bjorvatn B. CBT strategies for general practitioners. En: Baglioni C, Espie CA, Riemann D, editores. Cognitive-behavioural therapy for insomnia (CBT-I) across the life span: Guidelines and clinical protocols for health professionals. Oxford: John Wiley & Sons; 2022. p.217-223.
2. Ellis JG. Cognitive behavioral therapy for insomnia and acute insomnia: Considerations and controversies. *Sleep Med Clin*. 2019;14(2):267-274.
3. Gancedo-García A, Gutiérrez-Antezana AF, González-García P, Salinas-Herrero S, Prieto-Merino D, Suárez-Gil P. Efectividad de una intervención educativa breve en pacientes con insomnio en atención primaria. *Aten Primaria*. 2014;46(10):549-557.
4. Baza Bueno M, Ruiz de Velasco Artaza E, Fernández Uria J, Gorroñoigoitia Iturbe A. Benzocarta: intervención mínima para la desprescripción de benzodiacepinas en pacientes con insomnio.

## 7.2.2. El papel de las Unidades de Riesgos Laborales

El marco normativo español, liderado por la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, como Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), establece la obligación ineludible de los poderes públicos y las entidades empresariales de velar por la seguridad y salud de los trabajadores (1). Cuando estos factores organizacionales conducen al insomnio, este trastorno deja de ser una cuestión de salud personal para ser considerado un daño derivado del trabajo (2). Por ejemplo, la población trabajadora expuesta a trabajo a turnos o turnicidad sufre un claro desajuste circadiano, conocido como Trastorno del Sueño Relacionado con el Trabajo a Turnos (3).

Cuando las Unidades de Salud Laboral (USL) detectan una alta prevalencia de insomnio, no solo deben ofrecer tratamiento individual (prevención secundaria/terciaria), sino establecer una gestión técnica de la prevención para la revisión y modificación de las condiciones organizacionales del trabajo. Son los SPRL (propios o ajenos de una empresa) los encargados legal y éticamente de proteger la salud de los trabajadores frente a los peligros del trabajo. Sus funciones clave incluyen: evaluar riesgos específicos, la vigilancia de la salud y la promoción de hábitos saludables. El papel de los SPRL no es ser terapeuta, sino crear las condiciones para que la terapia funcione y sea sostenible. Su actuación podemos resumirla en tres fases:

### 1. Detección Precoz y Derivación

El insomnio crónico a menudo se normaliza o se oculta. Los SPRL son el primer punto de detección cualificado en el ámbito laboral a través de:

- Vigilancia de la salud: Durante los exámenes de salud individuales y específicos a los riesgos del puesto de trabajo.
- Identificación de grupos de riesgo.
- Derivación proactiva: Cuando se detecta un caso compatible con insomnio crónico.

# Implementación en la práctica clínica

## 2. Gestión de Factores Causales:

Con la Evaluación de riesgos psicosociales y Intervención organizacional.

## 3. Apoyo terapéutico y adaptación

- Adaptación temporal del puesto: El médico del trabajo es clave como especialista en relación al puesto de trabajo y su repercusión sobre el sueño.
- Refuerzo de la higiene del sueño.

Finalmente, es necesario enfatizar la importancia de entrenar a los profesionales de salud laboral en TCC-IC para superar las barreras organizativas que se puedan encontrar: la falta de recursos especializados, la adherencia por parte de los trabajadores, la integración el programa en la estructura de la empresa, etc. (4)

## Referencias:

1. España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, núm. 269, 10 nov 1995 [Internet]. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 1995 [consultado 2025 nov 12]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>
2. Ministerio de Sanidad. Guía básica y general de orientación: vigilancia de la salud para la prevención de riesgos laborales [Internet]. Madrid: Gobierno de España; [fecha desconocida] [consultado 2025 nov 12]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/docs/guiavigisalud.pdf>
3. Vega-Escañó J, Porcel-Gálvez AM, Barrientos-Trigo S, Romero-Sánchez JM, de Diego-Cordero R. La turnicidad como factor determinante en la aparición de insomnio en población laboral: revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2020;94:e202007047.
4. Álamo González C, Alonso Álvarez ML, Cañellas Dols F, Martín Águeda B, Pérez Díaz H, Romero Santo-Tomás O, et al. Guía de insomnio: pautas de actuación y seguimiento [Internet]. Madrid: Sociedad Española del Sueño (SES); 2016 [consultado 2025 nov 12]. Disponible en: <https://ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>

### 7.2.3. El papel de las Unidades de Salud Mental

La evaluación y el tratamiento de los problemas del sueño porque el insomnio es un síntoma muy frecuente y transversal de diferentes patologías. Se ha demostrado que los **trastornos mentales y los trastornos del sueño tienen una relación bidireccional y el insomnio es uno de los mayores factores de riesgo de las enfermedades mentales** (1), por lo que la evaluación y tratamiento de los problemas del sueño por parte de los servicios de salud mental de forma rutinaria benefician a sus usuarios (2).

Las **Unidades de Salud Mental (USM)** tienen un papel clave en la implementación de la TCC-I ya que contribuye a mejorar la atención integral del paciente. La población atendida en estas unidades es un grupo especial de pacientes cuyo insomnio es comórbido o sintomático con otras enfermedades psiquiátricas, que van desde los trastornos adaptativos a los trastornos psicóticos (3). Por tanto, la TCC-I aplicada en estos centros, deberá adaptarse al amplio espectro diagnóstico de los pacientes que acuden a ellas.

Siguiendo el modelo de atención escalonado señalamos algunas de las intervenciones claves que deben realizarse en las USM:

# Implementación en la práctica clínica

1. La **psicoeducación** y el aprendizaje de técnicas de relajación, componentes básicos de la TCC-I, puede estar a cargo de profesionales de enfermería especialistas en Salud Mental, con formación en trastornos del sueño. Su papel será fundamental en dos tipos de pacientes: los pacientes con ansiedad y depresión menos graves, ya que la intervención sobre el sueño mejora los síntomas ansiosos y depresivos (4). Y en pacientes con trastornos psicóticos, debido a que el insomnio es un factor de riesgo modificable para la psicosis, y la mejora del sueño atenúa los síntomas psicóticos (5). Una intervención sobre el insomnio corrigiendo malos hábitos de sueño, la alteración del ciclo sueño-vigilia y el consumo de sustancias es clave fundamentalmente en las primeras etapas de la enfermedad y en pacientes crónicos (6).

2. Muchos pacientes con trastornos ansiosos, depresivos y trastornos obsesivo-compulsivos presentan un insomnio crónico severo. La TCC-I dirigida a estos pacientes deberá focalizarse en la **identificación y reestructuración de pensamientos disfuncionales sobre el sueño**. Para el tratamiento de este tipo de pacientes, es precisa la atención de un psicólogo clínico, especialista en sueño y en TCC-I (7).

3. En muchos casos será preciso un **enfoque multidisciplinar** conjunto de los profesionales de la USM donde los psiquiatras tendrá un papel específico en el manejo farmacológico del insomnio, de preferencia con un uso transitorio de los psicofármacos, dentro de un enfoque integral



## Referencias:

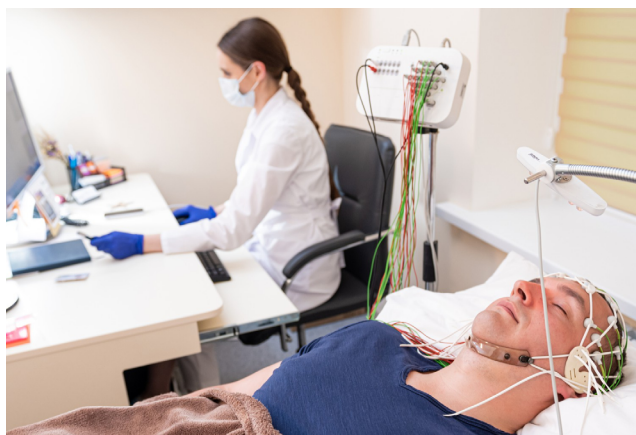
1. Hertenstein E, Benz F, Schneider CL, Baglioni C. Insomnia-A risk factor for mental disorders. *J Sleep Res.* 2023;32(6):e13930.
2. Freeman D, Sheaves B, Waite F, Harvey AG, Harrison PJ. Sleep disturbance and psychiatric disorders. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(7):628-637.
3. Lancel M, Boersma GJ, Kamphuis J. Insomnia disorder and its reciprocal relation with psychopathology. *Curr Opin Psychol.* 2021;41:34-39.
4. Cheng P, Luik AI, Fellman-Couture C, et al. Efficacy of digital CBT for insomnia to reduce depression across demographic groups: A randomized trial. *Psychol Med.* 2019;49(3):491-500.
5. Waite F, Freeman D. A targeted psychological treatment for sleep problems in young people at ultra-high risk of psychosis in England (SleepWell): A parallel group, single-blind, randomised controlled feasibility trial. *Lancet Psychiatry.* 2023;10(9):706-718.
6. Seow LSE, Verma SK, Mok YM, et al. Evaluating DSM-5 insomnia disorder and the treatment of sleep problems in a psychiatric population. *J Clin Sleep Med.* 2018;14(2):237-244.
7. Baglioni C, Espie CA, Altena E, Gavrilloff D, Jernelöv S, Holzinger B, Schlarb A, Riemann D. Cognitive behavioural therapy for insomnia disorder: Extending the stepped care model. *J Sleep Res.* 2023;32(6):e14016.

# Implementación en la práctica clínica

## 7.2.4. El papel de las Unidades Multidisciplinares de Sueño

Las **Unidades Multidisciplinares de Sueño (UMS)** son centros especializados en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de trastornos del sueño (1,2). Su organización integra a profesionales de diversas áreas, como neurofisiología, neumología, psiquiatría, neurología, otorrinolaringología, odontología, pediatría, medicina de familia, psicología y enfermería, promoviendo un enfoque integral que abarque las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de los trastornos del sueño.

El objetivo principal de las UMS es abordar el insomnio de manera personalizada, utilizando recursos específicos para comprender todos los aspectos relevantes para el diagnóstico, identificar comorbilidades, diseñar un plan terapéutico, y evaluar la respuesta al mismo, considerando intervenciones adicionales o la revisión de los diagnósticos previos si fuera necesario. Los pacientes estudiados en las UMS presentan un insomnio más grave y complejo que en la población general (3).



### Recomendaciones Estratégicas:

1. **Independencia:** las UMS deben operar de manera autónoma con recursos y espacio propios.
2. **Vías Clínicas:** integración en la red asistencial, definiendo derivaciones adecuadas.
3. **Capacitación:** acreditación del personal en somnología y la administración de Terapia Cognitivo-Conductual para insomnio (TCC-I).
4. **Acreditación:** solicitar una acreditación externa que valide su organización.
5. **Formación:** incluir la rotación por UMS durante la formación especializada.
6. **Calidad:** garantizar la evaluación de resultados, la formación continua y la investigación.

### Referencias:

1. Federación Española de Sociedades de Medicina del Sueño (FESMES), con la colaboración de Euskalit. Guía para optimizar la gestión de las Unidades de Sueño y su evaluación [Internet]. 2025 [consultado 2025 dic 28]. Disponible en: <https://fesmes.org/wp-content/uploads/2025/06/2025-06-15-guia-para-optimizar-gestion-de-unidades-3.pdf>
2. Hartley S, Goncalves M, Penzel T, Verbraecken J, Young P. Revised European guidelines for the accreditation of sleep medicine centres. *J Sleep Res.* 2024;33(6):e14200.
3. Canellas F, de Entrambasaguas M, Romero O, et al. Insomnia subtypes in clinical population according to the Insomnia Type Questionnaire (ITQ): A multi-centre study in Spanish sleep clinics. *J Sleep Res.* 2025;[Epub ahead of print]:e70116.

# Implementación en la práctica clínica

## 7.2.5. Vías clínicas y criterios de derivación

El **método Delphi** es una técnica de toma de decisiones que permite a un grupo de expertos alcanzar un consenso anónimo sobre un tema específico a través de múltiples rondas de respuestas. Aunque no se ha aplicado al insomnio en España, se ha utilizado recientemente en Canadá (1) y Francia (2) para desarrollar propuestas de vías clínicas y criterios de derivación a especialistas en sueño. En el Reino Unido (3), se ha realizado un Delphi modificado para priorizar el manejo del insomnio en atención primaria. Además, existe un algoritmo elaborado directamente por expertos europeos (4). Aquí se resumen y adaptan los elementos comunes.



### 1. Consulta inicial en Atención Primaria.

Identificar las quejas nocturnas y diurnas, el patrón y la frecuencia de los síntomas. Evaluar la presencia de enfermedades comórbidas, fármacos o sustancias potencialmente responsables del insomnio, y su gravedad. Identificar factores de riesgo que exijan un tratamiento inmediato, como la depresión con riesgo suicida. Para el insomnio a corto plazo, intervenir mediante educación e higiene del sueño. Para el insomnio crónico, profundizar con cuestionarios y diarios de sueño.

### 2. Consultas sucesivas en Atención Primaria. Evaluar los patrones de sueño, hábitos y estilo de vida. Interpretar con cautela los datos de dispositivos electrónicos del paciente.

Profundizar en la búsqueda de comorbilidades asociadas, y valorar si son factores precipitantes. En insomnio comórbido, valorar la terapia cognitivo-conductual para insomnio (TCC-I). Derivar a psiquiatría o unidades de sueño el insomnio sintomático o de difícil manejo. Aunque el consenso francés no logró resolver las controversias sobre farmacoterapia, la guía europea sí dio recomendaciones (v. capítulo 3).

### 3. Criterios de derivación a un especialista en sueño:

Insomnio de larga duración, insomnio refractario al tratamiento, insomnio grave con duración muy corta del sueño, y sospecha de otros trastornos del sueño.



# Implementación en la práctica clínica

## Referencias:

1. Morin CM, Khullar A, Robillard R, et al. Delphi consensus recommendations for the management of chronic insomnia in Canada. *Sleep Med.* 2024;124:598-605.
2. Geoffroy PA, Pépin JL, Guillet M, et al. Management of insomnia complaints by non-sleep specialist physicians: A French DELPHI consensus. *J Sleep Res.* 2025;[Epub ahead of print]:e70143.
3. Hare A, Kaler JS, Baskaran L, et al. A modified Delphi consensus to reframe and prioritise the management of chronic insomnia in UK primary care. *BMJ Open.* 2025;15(11):e104341.
4. Selsick H, Heidbreder A, Ellis J, et al. Assessment and management of chronic insomnia disorder: An algorithm for primary care physicians. *BMC Prim Care.* 2024;25(1):138.



08.

Conclusiones

# Conclusiones



Abordar el insomnio no solo como un síntoma aislado, sino como un trastorno con implicaciones sistémicas y organizacionales, permite avanzar hacia un modelo de atención más preventivo, racional y sostenible.

La **Terapia Cognitivo-Conductual para el Insomnio (TCC-I)** se consolida como la intervención de elección en el tratamiento del insomnio crónico, que se alinea además con la búsqueda de la sostenibilidad y prevención en el modelo asistencial. Su eficacia sostenida, su perfil de seguridad y su capacidad para restaurar la autorregulación del sueño la sitúan como alternativa preferente frente al uso prolongado de hipnóticos. Su correcta aplicación exige formación, competencias clínicas definidas y una integración adecuada en los distintos niveles asistenciales.



 **ALIANZA**  
POR EL SUEÑO

[www.alanzasueno.com](http://www.alanzasueno.com)