

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Curso 2020-2021

Trabajo Fin de Máster

**TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UNA
ADOLESCENTE CON INSOMNIO Y ANSIEDAD**

Autora: Julia Mainar Jovaní

Tutor: Diego Macià Antón

Convocatoria: febrero 2021

Resumen

El sueño adecuado es esencial para la salud y desarrollo de los niños y adolescentes, dado que la falta de un descanso reparador genera problemas cognitivos, sociales, académicos y emocionales, entre otros. El insomnio es el principal problema de sueño de los jóvenes y adultos, ya que alrededor de un 8% de la población general presenta problemas de insomnio crónico. El presente estudio describe la intervención psicológica cognitivo-conductual, dirigido a una adolescente de 15 años con ansiedad e insomnio (TCC-I). Los objetivos que se plantean en el tratamiento son lograr conciliar el sueño a solas en su habitación, eliminar los ataques de pánico a la hora de dormir y a mitad de la noche y eliminar la conducta de llamar a la madre a mitad de la noche. El proceso de evaluación se realizó a través de entrevista semiestructurada a la paciente y a su madre, inventarios de estado de ánimo, calidad de sueño y ansiedad, y un registro de sueño cumplimentado diariamente. El tratamiento de elección se basó en 12 sesiones con técnicas empíricamente validadas como la exposición gradual en vivo, reestructuración cognitiva y relajación muscular progresiva. Los resultados demuestran la eficacia del tratamiento, manifestando una reducción en los problemas del sueño y un aumento en la calidad de vida y satisfacción de la paciente.

Palabras clave: experimento caso único, insomnio, ansiedad, adolescentes

Abstract

An appropriate sleep is essential for the health and development in youth, since the lack of a good night's sleep causes cognitive, social, academic and emotional problems, among others. Insomnia is the main sleep problem of young people and adults, since around 8% of the general population suffers from chronic insomnia. The present study describes a cognitive-behavioural intervention, aimed at a 15-year-old adolescent with anxiety problems and insomnia (CBT-I). The aims of the treatment are to achieve sleepiness alone in her room, eliminate panic attacks at bedtime and in the middle of the night, and eliminate the behaviour of calling her mother in the middle of the night. The assessment process was conducted through a semi-structured interview with the patient and her mother, filling in mood, sleep disturbance and anxiety questionnaires, and a sleep diary. The first-line treatment was based on 12 sessions with empirically validated techniques such as graded exposure, cognitive restructuring and progressive muscle relaxation. Results demonstrate the effectiveness of the intervention, displaying a reduction in sleep problems and an increase in the quality of life and patient's satisfaction.

Keywords: single case experiment, insomnia, anxiety, adolescents

Los problemas relacionados con el sueño, hoy en día, son uno de los motivos de consulta más frecuentes en atención primaria (Ferré-Masó et al., 2020). Entre estos problemas se encuentran las dificultades para conciliar o mantener el sueño, resistencia a la hora de dormir y parasomnias (Peterman et al., 2014). Alrededor de un tercio de la población manifiesta problemas para conciliar y mantener el sueño (Morin et al., 2006; Morphy et al., 2007) y entre un 6 y un 10% de la población sufre de insomnio crónico (Martínez, Montalván y Betancourt, 2019). Entre los adolescentes, alrededor de un 25-40% sin diagnóstico de trastorno mental refieren tener problemas con el sueño (Mindell et al., 2009) y hasta 90% de jóvenes con algún diagnóstico psicopatológico (Alfano et al., 2009; Chase y Pincus, 2011). Esto ha llevado a un aumento exponencial en la prescripción y consumo de benzodiazepinas en el tratamiento desde atención primaria. No obstante, el tratamiento llevado a cabo con estos fármacos no ha mostrado gran mejoría en la sintomatología a largo plazo, ya que su uso reiterado produce tolerancia y dependencia (Baza et al., 2019).

Según el DSM-5 (APA, 2013), el trastorno por insomnio se clasifica dentro de la categoría de los trastornos del sueño-vigilia, junto con otros trastornos como el de hipersomnolencia, narcolepsia, relacionados con la respiración, del ritmo circadiano y parasomnias. Entre los criterios diagnósticos del insomnio se encuentra la dificultad para iniciar y mantener el sueño, despertares frecuentes, despertar temprano sin habilidad para volver a dormir, donde la persona percibe que su sueño es insuficiente y/o de baja calidad, al menos tres veces por semana durante un mínimo de tres meses (APA, 2013). Además, el diagnóstico requiere especificar si existe comorbilidad con otro trastorno mental u enfermedad médica y duración del problema. Esta especificación de concurrencia con otro trastorno mental u afección médica es de gran importancia, debido al gran vínculo entre algunos trastornos mentales y los problemas con el sueño. De hecho, el DSM-IV-TR (APA, 2000) clasificaba un tipo de insomnio como F51.0 Insomnio relacionado con otro trastorno

mental [307.42], donde se incluían trastornos del Eje I (depresión mayor, ansiedad generalizada, adicciones, etc.) o del Eje II (trastornos de personalidad).

Principalmente, las patologías psiquiátricas más relacionadas con problemas de sueño son las del estado de ánimo y ansiedad. Diversos estudios han demostrado a lo largo de los años la estrecha relación y alta comorbilidad entre el insomnio y la depresión mayor, trastorno bipolar, ansiedad generalizada, trastorno de estrés post traumático, trastorno de pánico u otros (Chase y Pincus, 2011; Medrano-Martínez y Ramos-Platón, 2016). Acorde con Medina et al. (2007), el insomnio y las alteraciones a la hora de dormir son la queja principal en los pacientes con algún otro trastorno mental, dado que lo consideran uno de los síntomas más molestos e importantes. En relación con los trastornos afectivos, alrededor del 90% de los pacientes con depresión mayor refieren el insomnio como la alteración de sueño más frecuente (Perlis et al., 1997), siendo la queja principal el despertar muy temprano o insomnio terminal, a diferencia de los pacientes con ansiedad, donde la queja principal es la dificultad para conciliar o mantener el sueño (Lucchesi et al., 2005).

Con respecto a los trastornos de ansiedad, hasta un 90% de jóvenes con ansiedad refieren tener problemas de sueño (McMakin y Alfano, 2015), y un 33% de pacientes con ataques de pánico diurnos relatan tener ataques de pánico durante la noche también (Benetó-Pascual, 2005). Varias teorías cognitivas sobre el mantenimiento del insomnio hacen referencia a los pensamientos irracionales, preocupación y rumiación acerca del sueño como uno de los factores principales que sustentan el problema del insomnio crónico, ya que se genera un estado de hiperactivación cognitiva y fisiológica que, a su vez disminuye la probabilidad de quedarse dormido (Harvey, 2005; Tang y Harvey, 2004; Thakral et al., 2019). Además de los factores emocionales que intervienen en el desarrollo y duración del insomnio, el estrés, sin duda, también está estrechamente relacionado con la dificultad de dormir (Basta et al., 2007). Esto se debe al estado de hiperalerta a sensaciones fisiológicas,

cognitivas y emocionales que se produce en la manera de afrontamiento al estrés no adaptativo y en consecuencia altera el sueño (Kalmbach, 2018; Medrano-Martínez y Ramos-Platón, 2016).

Por otra parte, los estudios acerca del insomnio crónico se han centrado también en estudiar las consecuencias de dormir menos horas de las recomendadas. En los jóvenes, se ha visto que el insomnio tiene como resultado problemas académicos, somáticos, interpersonales y psicológicos (De Zambotti et al., 2018). Investigaciones neuropsicológicas manifiestan una relación entre la falta de sueño y un funcionamiento ejecutivo deficiente en la adolescencia temprana (11-13 años) (Kuula et al, 2015). Estos déficits cognitivos implican falta de atención y concentración, impulsividad y problemas de memoria (Medrano-Martínez y Ramos-Platón, 2016). Asimismo, también se ha visto que la falta de sueño conlleva a alteraciones de la conducta, como hiperactividad y agresividad, y a malestar físico, como cefalea y síntomas gastrointestinales (Martínez et al., 2019).

Con respecto al tratamiento en los problemas del sueño, según metaanálisis, revisiones sistemáticas y las Guías de Práctica Clínica del insomnio (Mitchell et al., 2012; Riemann et al., 2017; Sistema Nacional de Salud, 2009; Thakral et al, 2019; Van der Zweerde et al, 2019), el tratamiento de primera elección en pacientes con insomnio crónico, tanto primario como asociado a otras psicopatologías, es la terapia cognitivo-conductual específica para insomnio (TCC-I). Se trata de una intervención psicológica para modificar el patrón de conducta a la hora de dormir, donde se incluyen técnicas conductuales, cognitivas y de control de la activación fisiológica (Dewald-Kaufmann, de Bruin y Michael, 2019). Entre las técnicas conductuales se comprenden psicoeducación acerca de rutinas e higiene del sueño, control de estímulos y restricción de tiempo en la cama. Las técnicas cognitivas incluyen, principalmente, la reestructuración cognitiva con el objetivo de identificar y modificar los pensamientos irracionales acerca de la dificultad para dormir.

Dado que el sueño es una necesidad biológica de vital importancia durante el desarrollo de los niños y adolescentes, y durante la adolescencia surgen diversos cambios que afectan al patrón del sueño y al desarrollo de problemas emocionales, se considera de vital importancia el desarrollo de programas dirigidos hacia una evaluación e intervención psicológica específicamente a los problemas del sueño junto con los de ansiedad y depresión. El presente estudio tiene como finalidad la aplicación y valoración de la eficacia de técnicas cognitivo-conductuales en una paciente adolescente con ansiedad e insomnio persistente, dirigido a mejorar su capacidad de conciliar el sueño, lograr un descanso reparador y eliminar su ansiedad nocturna. El estudio cuenta con la aprobación del comité de ética de la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández con código de referencia: 200910125733.



Descripción del caso

Identificación de la paciente

Lucía (nombre figurado) es una adolescente de 15 años, cursa 4º de la ESO en un instituto público en la provincia de Alicante. Convive con su madre, la pareja de su madre y su hermana mayor de 19 años. Sus padres están divorciados desde que ella tenía 5 años. Cada quince días, Lucía visita un fin de semana la casa de su padre, algunas veces acompañada por su hermana y otras veces ella sola. El ambiente familiar en casa de su madre es bueno, no obstante, con su padre refiere no ser tan bueno. La madre se dedica a la administración pública y el padre trabaja en una empresa de seguros. El nivel socioeconómico y educativo de los padres es medio-alto. La paciente tiene su grupo social de amigas de clase con las que queda habitualmente y como actividades de ocio actualmente practica la danza dos veces por semana.

Motivo de consulta

Lucía acude a consulta debido a dificultades para dormir desde hace varios años, sintiéndose harta por no poder solucionar el problema. Refiere no tener sueño reparador ni dormir toda una noche sin despertares desde hace 2 años. Según cuenta la paciente, durante las últimas 4 semanas se resiste a la hora de dormir a solas en su habitación y duerme siempre que puede en la habitación de su hermana, junto a ella, con la luz del pasillo encendida. Además, si la hermana tarda en llegar a casa por noche, Lucía se queda despierta esperándola porque se siente incapaz de quedarse dormida. Las veces que duerme en su propia habitación, siente mucha activación fisiológica, llegándole a dar en alguna ocasión ataques de pánico. Cuando esto ha ocurrido, llama a su madre y ésta acude de inmediato y duerme con ella en su cama el resto de la noche. Esta ansiedad ocurre solo cuando tiene que dormir a solas en su habitación de casa de su madre. En casa de su padre o de alguna amiga refiere dormir bien, y no ha tenido ningún ataque de pánico en otro lugar que no sea su habitación. En cuanto a antecedentes clínicos, Lucía no padece ninguna enfermedad orgánica.

Historia del problema

La madre indica que Lucía ha tenido una infancia con un patrón de sueño normal, durmiendo en su propia habitación desde los 6 años y en ocasiones (mensualmente) junto a ella en la cama de la madre. La paciente comenzó a tener problemas de sueño hace 2 años. Relata que vio junto a su padre una película de miedo («*El exorcista*») y que desde entonces empezaron las dificultades a la hora de dormir. Tras esa película, Lucía empezó a realizar rituales de comprobación para asegurarse que no había nadie escondido en su habitación, (mirar dentro de su armario, debajo de la cama y detrás del espejo). Estos rituales duraron un mes aproximadamente, no obstante, su habitación le seguía generando un nivel muy alto de miedo y malestar por las noches. En cuanto a tratamientos previos, la paciente acudió inicialmente a atención primaria y fue recetada con benzodiazepinas, pero no llegó a

consumirlas. Hace un año acudió a una curandera y refiere no haber notado mejoría desde entonces.

Evaluación del caso

La evaluación se realizó en dos sesiones semanales de una hora. La información fue recogida inicialmente tanto de la paciente como de los padres con la ayuda de entrevistas, autoinformes y registros del sueño para la evaluación continua. Se utilizó un diseño cuasiexperimental de tipo A-B para analizar los cambios y eficacia del tratamiento.

Entrevista semiestructurada. De la entrevista con la madre se extrae información sobre el desarrollo evolutivo y patrones del sueño, distribución de las habitaciones de la casa y la manera en la que ella reacciona cuando ve a su hija con ansiedad.

De la entrevista con Lucía se extrae información sobre el motivo de consulta, su rendimiento académico, sus relaciones interpersonales y su rutina de sueño. Lucía refiere no tener una rutina de sueño estable, ya que depende de varios factores como, la casa en la que esté durmiendo, la habitación en la que tenga que dormir y presencia de otras personas en la misma casa, realizará unas conductas u otras. Cuando está en casa de su madre se ducha a las 21h, cena a las 22:30h, después de cenar, a las 23h, utiliza el móvil para ver las redes sociales y hablar con amigos. A las 00h se pone una serie en el ordenador para tranquilizarse y desconectar, y refiere quedarse despierta a veces hasta las 4 de la mañana. Los fines de semana, se despierta por sí misma a las 8h, y entre semana a las 7h. En cuanto a las siestas, refiere hacer todos los días al volver de clase entre 2 y 3 horas de siesta.

Cuestionario de ansiedad estado-rasgo para niños (STAIC; adaptación española de Seisdedos, 1990). Se trata de un inventario que evalúa sintomatología ansiosa en niños y jóvenes de 9 a 15 años, a través de 40 ítems divididos en dos subescalas: ansiedad estado, midiendo los estados transitorios de la ansiedad; y ansiedad rasgo, evaluando diferencias estables de propensión a la ansiedad. La puntuación se obtiene a través de la suma de los

ítems de cada subescala y oscila entre 20 y 60, indicando a mayor puntuación, mayor ansiedad del paciente. Las propiedades psicométricas sobre la fiabilidad en la versión española poseen un alfa de Cronbach de .85 (Pons-Salvador et al., 1994). Las puntuaciones obtenidas muestran niveles elevados en ambas escalas, estado (centil 90) y rasgo (centil 80).

Inventario de depresión para niños (CDI; Kovacs, 1992). Evalúa sintomatología depresiva en niños y adolescentes de 7 a 15 años, a través de 27 ítems con tres opciones de respuesta. El cuestionario consta de dos escalas; disforia y autoestima negativa, obteniendo en esta última a mayor puntuación, menor autoestima. Su consistencia interna en la versión española es de .81 (Del Barrio, 1999). Los resultados obtenidos indican ligera sintomatología depresiva (centil 40).

Cuestionario Oviedo de Calidad del sueño (COS; Bobes et al., 2000). Se trata de un inventario de ayuda diagnóstica para los trastornos del sueño. Está formado por 15 ítems, agrupados en 4 escalas: satisfacción del sueño, insomnio, hipersomnia y parasomnias. En cuanto a la fiabilidad, cuenta con un alfa de Cronbach de .76 (Bobes et al., 2000). Los resultados reflejan una alta insatisfacción con la calidad de sueño, dificultades diarias para conciliar el sueño y falta de sueño reparador.

Diario del sueño. Con el fin de recoger información precisa y establecer la línea base de los problemas de sueño, se elaboró un autorregistro del sueño, basado en el diario de sueño de Morin (1998). La paciente registró, cada día al despertarse, las variables relacionadas con el dormir (lugar, hora de acostarse, hora de levantarse, despertares nocturnos, conductas durante la noche), ansiedad (nivel de malestar y síntomas) y valoración del descanso de esa noche. La Figura 1 muestra el registro a completar con un ejemplo.

Figura 1. *Diario del sueño*

Semana:							
	Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom
Lugar	Mi habitación (casa de mi madre)						
Hora de acostarse en la cama	23:33						
Hora de apagar la luz y dispositivos	1:50						
Tiempo aprox. hasta dormirme	1,5 horas						
Nivel de ansiedad (0-10)	9						
Síntomas de ansiedad	“no voy a poder dormirme” ataque de ansiedad						
Número de veces que me despierto	5						
Qué hago si me despierto	Encender luz, ir al baño, llamar a mi madre						
Hora de levantarse	7:00						
Nivel de descanso (0-10)	2						

Análisis topográfico

En primer lugar, se identificaron las conductas problemáticas de Lucía en los tres sistemas de respuesta (motor, cognitivo y fisiológico) y en segundo lugar se utilizaron los siguientes parámetros de medida para obtener una cuantificación más exacta: intensidad, frecuencia, duración, cronicidad e interferencia psicosocial. A nivel motor, generalmente, Lucía evita dormir en su habitación (3-4 días por semana) y duerme en la habitación de su hermana junto a ella. Además, retrasa la hora de irse a dormir (2 horas) viendo series en el

ordenador hasta que su hermana esté en casa y se vaya a dormir también. Si no se encuentran en casa ni su madre ni su hermana, Lucía se siente incapaz de irse a dormir. Cuando duerme en su propia habitación, las conductas que lleva a cabo son encender la luz a mitad de la noche cuando le entra ansiedad, llorar y llamar a su madre para que le calme. A nivel cognitivo, Lucía está en estado de hiperalerta, y piensa: *“hay fantasmas u otros seres sobrenaturales en mi habitación”*, *“me da miedo ver reflejos en el espejo”*, *“oigo ruidos extraños”*, *“¿y si alguien viene a hacerme daño?”* y *“en la habitación de mi hermana me siento segura”*. Además, antes de acostarse en su cama, tiene pensamientos anticipatorios de lo mal que lo va a pasar: *“no voy a dormir en toda la noche”*, *“me va a dar un ataque de ansiedad”*, y realiza una evaluación negativa del dormir a solas en su habitación y de sí misma: *“nunca voy a ser capaz de dormir bien toda la noche”* y *“siempre fracaso”*.

Finalmente, en cuanto a respuestas fisiológicas, cuando Lucía está a solas en su habitación, su cuerpo está en estado de hiperactivación, donde experimenta sudoración, hiperventilación, taquicardia, tensión muscular y aumento del calor corporal. Lucía evalúa subjetivamente la intensidad de estas respuestas fisiológicas con un 10 sobre 10 cuando lo identifica como ataque de ansiedad (pasadas un par de horas acostada) y con un 7 sobre 10 nada más acostarse en su habitación y con un 5 sobre 10 las noches que duerme con su hermana, con una duración aproximadamente de 25 minutos de malestar. En cuanto a la frecuencia, la paciente tiene uno o dos ataques de ansiedad cada noche que duerme a solas en su habitación y ningún episodio las noches que duerme con su hermana. En relación con la cronicidad de estos problemas a la hora de dormir, Lucía los experimenta desde hace unos 2 años, pero refiere haber notado un empeoramiento los últimos 6 meses. Estos problemas interfieren en la relación familiar con su hermana y su madre, ya que causan peleas diarias y falta de independencia.

Cabe destacar que estas conductas problema únicamente le ocurren cuando se encuentra en casa de su madre, ya que cuando va a casa de una amiga o de su padre no tiene problemas para dormir.

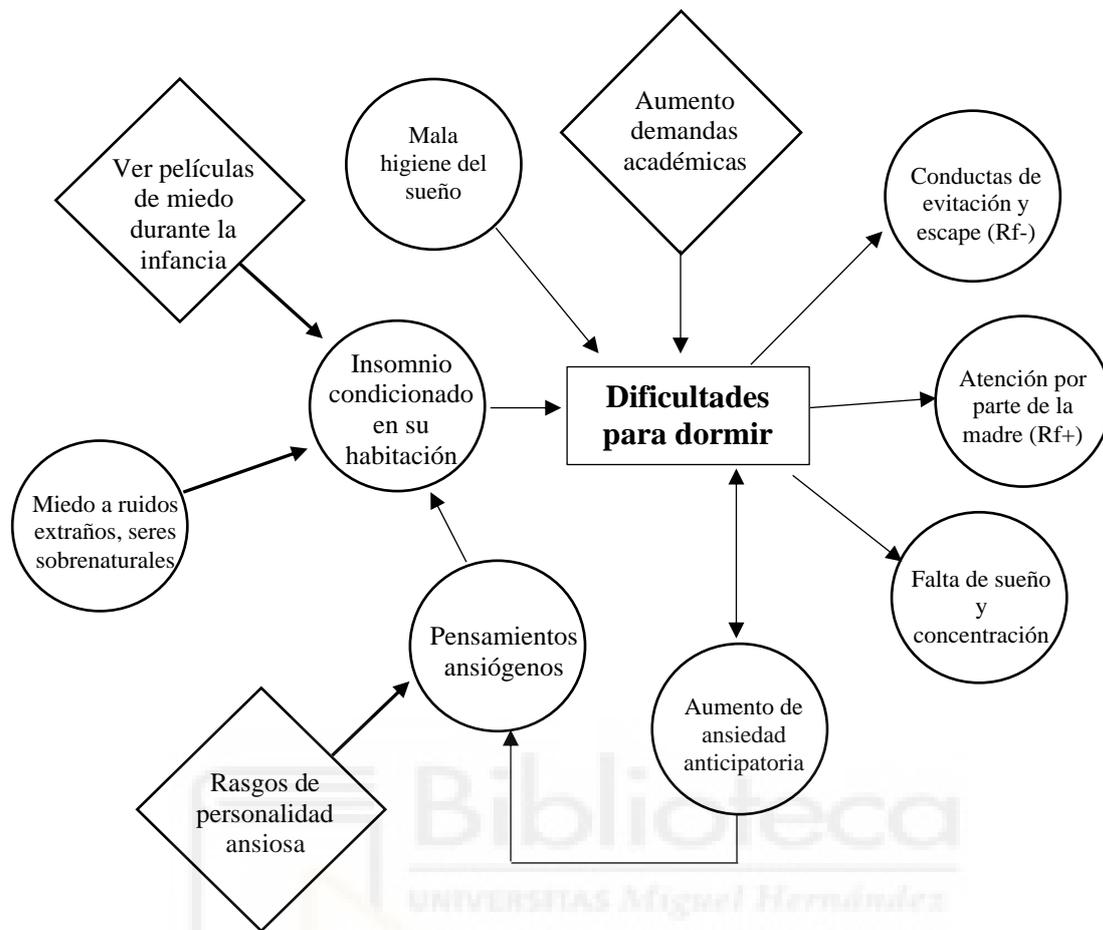
Análisis funcional

A continuación, se identifican las variables antecedentes y consecuentes que están manteniendo la conducta problema de Lucía. Entre las variables antecedentes inmodificables del problema se encuentra el haber visto varias películas de miedo durante la infancia, y en particular una cuando tenía 13 años que refiere como la que más miedo le dio que desencadenaron los problemas de sueño. Además, hace 6 meses las exigencias académicas aumentaron, lo que le crearon más estrés.

Como estímulos antecedentes externos modificables se encuentran el estar a solas en su habitación de noche, escuchar ruidos de la calle y haber condicionado el insomnio con su habitación. Como estímulos antecedentes internos están los pensamientos ansiógenos anticipatorios y el imaginarse sombras o siluetas reflejadas en su espejo.

Los estímulos consecuentes que mantienen el problema actual son varios. La conducta de evitación de dormir en su propia habitación, asociado como estímulo desagradable, ya que el malestar desaparece cuando duerme con su hermana (refuerzo negativo). Por otra parte, la atención recibida por parte de la madre cuando Lucía le llama a mitad de la noche (refuerzo positivo). Ambas de estas conductas implican un aumento de probabilidad en la emisión de la conducta problemática de la paciente. A largo plazo, las consecuencias del problema para la paciente están siendo falta de sueño reparador y problemas de atención y concentración en clase. El diagrama analítico funcional del caso (FACCD) se presenta en la Figura 2.

Figura 2. Análisis funcional del caso



Aplicación del tratamiento

Como finalidad terapéutica se buscó proporcionar a Lucía información y estrategias para mejorar su calidad de sueño y dinámica familiar y personal. Para ello, tras la evaluación y la detección de conductas problemáticas, los objetivos de tratamiento que se plantearon son, (1) que Lucía concilie el sueño por sí misma en su propia habitación, sin ayudas externas, (2) eliminar los ataques de pánico a la hora de dormir y a mitad de la noche y (3) eliminar la conducta de llamar a la madre a mitad de la noche. Los objetivos terapéuticos concretos se detallan en la Tabla 1. El tratamiento de elección fue intervención psicológica, en concreto, terapia cognitiva conductual, empleando técnicas de reestructuración cognitiva, exposición,

condicionamiento operante, higiene del sueño y relajación. Los objetivos y técnicas de cada sesión se muestran en la Tabla 1.

El tratamiento se llevó a cabo en un total de 12 sesiones de 60 minutos de duración, con periodicidad semanal. Las dos primeras sesiones se basaron en la evaluación, luego 8 sesiones de aplicación de las técnicas y finalmente dos sesiones quincenales de prevención de recaídas. La duración total de la intervención fue 3 meses. Las sesiones estaban estructuradas de manera que al comienzo se repasaban el cumplimiento y posibles dificultades de las tareas para casa (10 minutos), luego se explicaba el contenido de la sesión (40 minutos) y finalmente se hacía un resumen y se explicaban las tareas para casa de esa sesión (10 minutos). Además, en la primera sesión se informó tanto a la madre como a la hija de la confidencialidad y firmaron el consentimiento informado. En la segunda sesión se contactó con el padre y se le informó también del consentimiento informado.

Tabla 1

Contenido, objetivos y tareas para casa de las sesiones

Sesiones y objetivos terapéuticos	Contenido	Tareas para casa
1 <ul style="list-style-type: none"> • Motivo de consulta • Recogida de información sobre el problema • Evaluación pretest • Establecer relación terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Evaluación con la paciente</u>: entrevista • <u>Evaluación con la madre</u>: entrevista • Explicación cómo cumplimentar autorregistro 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimentar diario del sueño
2 <ul style="list-style-type: none"> • Recogida de información sobre el problema • Evaluación pretest • Desarrollo de hipótesis de mantenimiento del problema 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Evaluación con la paciente</u>: cuestionarios • <u>Evaluación con el padre</u>: entrevista 	<ul style="list-style-type: none"> • Diario del sueño
3 <ul style="list-style-type: none"> • Devolución de los resultados • Informar sobre ansiedad a la hora de dormir 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación del análisis funcional • Psicoeducación sobre génesis y mantenimiento de la ansiedad nocturna 	<ul style="list-style-type: none"> • Diario del sueño

4	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje de técnicas de control de la ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en respiración diafragmática y RMP 	<ul style="list-style-type: none"> • Diario del sueño • Practicar respiración y relajación
5	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar hábitos correctos de sueño 	<ul style="list-style-type: none"> • Pautas de higiene del sueño • Control de estímulos • Repaso de respiración y relajación 	<ul style="list-style-type: none"> • Diario del sueño • Practicar respiración y relajación • Modificar rutina de sueño
6	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar la atención por parte de la madre ante los ataques de ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Pautas a la madre • Repaso de respiración y relajación con la paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Diario del sueño • Practicar respiración y relajación
7 y 8	<ul style="list-style-type: none"> • Modificación de pensamientos ansiógenos 	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva de pensamientos distorsionados • Parada del pensamiento • Intención paradójica • Repaso de respiración y relajación 	<ul style="list-style-type: none"> • Diario del sueño • Practicar respiración y relajación • Registro ABC
9	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar conductas de evitación y escape • Implementar conductas de exposición 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación del modelo de exposición • Realización de jerarquía de estímulos • Repaso de respiración y relajación 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoexposición • Diario del sueño • Practicar respiración y relajación
10	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar implementando conductas de exposición 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión de la exposición gradual en vivo • Repaso de respiración y relajación 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoexposición • Diario del sueño • Practicar respiración y relajación
11 y 12	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de recaídas • Evaluación postest 	<ul style="list-style-type: none"> • Repaso de las técnicas aprendidas • Reforzamiento logros terapéuticos y seguimiento 	

A la primera sesión acudió junto a la paciente su madre, preocupada por la conducta de su hija a la hora de dormir. En la primera parte de la sesión, se realizó una entrevista semiestructurada a solas con Lucía donde se analizó su rutina a la hora de dormir y sus miedos. En la segunda parte de la sesión, se invitó a la madre a pasar y se recogieron datos acerca del desarrollo de la paciente, origen del problema y conductas que estaban manteniendo el problema. Además, la madre proporcionó información sobre el proceso del

divorcio, y cómo afectó a su hija. Para obtener la línea base de las conductas problema, se le entregó como tareas para casa un autorregistro del sueño a Lucía. A la segunda sesión, Lucía acudió junto con su padre, que fue invitado para recabar información a través de su punto de vista. En primer lugar, se cumplimentaron los cuestionarios con la paciente a solas. Después, se llevó a cabo una entrevista con el padre para finalmente proceder con la formulación clínica del caso y desarrollar las hipótesis de mantenimiento del problema.

En la tercera sesión se realizó la devolución de resultados a ambos padres y a la paciente, explicándoles lo que estaba manteniendo el problema y en qué consistía el tratamiento cognitivo-conductual. Además, se trabajó junto con la paciente psicoeducación sobre la ansiedad y el insomnio, informándole sobre los síntomas y componentes de la ansiedad. Se le explicó el funcionamiento adaptativo de la ansiedad, la curva de la ansiedad y la causa y síntomas de los ataques de pánico. Por otro lado, se le enseñó el mecanismo de asociación que había creado entre su habitación y la ansiedad mediante procesos de aprendizaje, como el condicionamiento clásico. Como tarea para casa se le pidió continuar rellenando el registro del sueño.

La cuarta sesión consistió en explicar el papel de la respiración durante las crisis de ansiedad, los altos niveles de activación fisiológica y la diferencia entre la hiperventilación y la respiración diafragmática lenta. En primer lugar, se explicó mediante modelado y se puso en práctica en sesión la respiración diafragmática. A continuación, se explicó y practicó en sesión la relajación muscular progresiva, mediante una versión breve adaptada de la técnica de Wolpe (1981) donde se buscaba crear una respuesta incompatible a la ansiedad. La paciente se sentó en la postura de cochera y a través de modelado e instrucciones guiadas, se comenzaron a tensar cada grupo muscular durante 7 segundos, y después relajar de golpe, manteniendo esa sensación durante 30 segundos. Se trabajaron secuencialmente los grupos musculares de manos y brazos (primero dominantes y después no dominantes), cara, hombros

y cuello, pecho y espalda, abdomen y piernas. En total, la práctica de la RMP en sesión duró 30 minutos aproximadamente. Se continuó entrenando a lo largo de las sesiones durante 15-20 minutos. La tarea para casa fue practicar los ejercicios de respiración y relajación cada noche antes de irse a dormir.

La quinta sesión se basó en dar pautas para la higiene del sueño y el control de estímulos, ya que Lucía tenía una rutina que no le estaba ayudando a conciliar correctamente el sueño. Entre las pautas se recomendó tener horarios de sueño y alimentación regulares, evitar las siestas de más de media hora, evitar el uso de pantallas una hora antes de irse a dormir, llevar a cabo rutinas de relajación antes de acostarse y mantener un ambiente de temperatura y luz adecuado que favorezca al inicio y mantenimiento del sueño. En cuanto al control de estímulos, se pautó salir de la habitación e ir al salón a leer un libro si no conseguía conciliar el sueño en unos 20 minutos, y volver a la cama solo cuando apareciera el sueño. Se le explicó que el objetivo era que asociara su habitación con el dormir rápido, en lugar de pasar horas despierta en su cama. Los últimos 15 minutos de sesión se dedicaron a continuar practicando la relajación y respiración en sesión. Como tareas para casa se siguió con el diario del sueño y con la práctica en desactivación fisiológica.

La sexta sesión fue inicialmente con la madre de Lucía y se basó en darle pautas para manejar las demandas de ayuda de su hija durante un ataque de pánico nocturno. En primer lugar, se le explicó cómo se estaba manteniendo el problema a través del reforzamiento positivo de acudir a su habitación cada vez que Lucía le llamaba. Después, se les explicó a ambas qué hacer ante esa situación de pánico, evitando el realizar conductas de escape durante ese malestar. Finalmente se practicó la relajación de los grupos musculares.

Las sesiones 7 y 8 se centraron en analizar los pensamientos ansiógenos y distorsionados acerca del miedo irracional y el insomnio. Se comenzó explicando la relación entre la situación, pensamientos, emociones y conductas. Se explicaron y analizaron las

distorsiones cognitivas del tipo abstracción selectiva, pensamiento dicotómico, visión catastrófica y sobregeneralización, y se racionalizaron a través de reestructuración cognitiva. Las estrategias de discusión cognitiva empleadas fueron los criterios de objetividad, intensidad, utilidad y forma del pensamiento, a través de diálogo socrático. Ejemplos de los tipos de pensamientos que tenía Lucía y las preguntas empleadas en la discusión cognitiva se muestran en la Tabla 2. A parte de la reestructuración cognitiva, se enseñaron técnicas de detención del pensamiento e intención paradójica para aquellos pensamientos acerca del insomnio. Como tarea para casa se pautó completar un registro ABC y continuar con la relajación.

Tabla 2

Discusión cognitiva empleada

Pensamiento automático	Discusión cognitiva	Pensamiento alternativo
“¿Y si alguien viene a hacerme daño?”	¿Qué probabilidad real hay de que eso ocurra? ¿Cuántas veces ha ocurrido? ¿Me ayuda tener este pensamiento?	“Es poco probable que esto suceda ya que en mi casa hay una buena cerradura y nunca han entrado ladrones”
“¿Y si no me duermo en toda la noche?”	¿Qué es lo peor que podría pasar? ¿Cómo solucionarías eso? ¿Me resulta útil para afrontar mi miedo?	“Si hoy no consigo dormir mañana simplemente estaré más cansada”
“Me va a dar un ataque de ansiedad”	¿Qué pruebas a favor tengo de este pensamiento? ¿Qué pruebas hay de que mi pensamiento es falso? ¿Cómo me hace sentir pensar esto?	“Es probable que esté anticipando un hecho que ni siquiera ha ocurrido ni tiene por qué ocurrir”
“Nunca voy a ser capaz de dormir bien toda la noche”	Analizar el lenguaje <i>nunca-siempre</i> ¿Cómo me hace sentir pensar esto? ¿Me resulta útil pensar esto para reducir el malestar?	“Ahora mismo estoy teniendo problemas para dormir, pero gracias a mi esfuerzo conseguiré mejorar” “Tengo noches que duermo mejor y noches que duermo peor, no todas son malas”
“Siempre fracaso en todo”	Evaluar con % la realidad del pensamiento Analizar la rigidez del lenguaje	“He conseguido avanzar un 40% y tengo menos ansiedad” “Es verdad que me cuesta dormir, pero se me dan bien otras muchas cosas”

Una vez desarrollada la terapia cognitiva, se explicó en la novena sesión el modelo de exposición en vivo a la situación que genera malestar. Para ello, se elaboró junto a la paciente, la jerarquía de estímulos a exponerse cada noche, a partir de la línea base con las condiciones que presentaba para dormir. La jerarquía cuenta con un total de 7 ítems y se muestra en la Tabla 3. Tanto a Lucía como a su madre se explicó la función de la exposición y cómo debían llevarla a cabo, detallándoles cada ítem. Se les indicó que para poner en práctica un ítem de la jerarquía, el anterior debía haber sido realizado mínimo dos veces sin síntomas de malestar. Como tarea para casa se pautó comenzar con los primeros ítems de la jerarquía y rellenar un registro del sueño para valorar el nivel de malestar. Se hizo hincapié en la práctica de relajación y respiración para poder llevar a cabo mejor la exposición.

Tabla 3

Jerarquía de exposición

Línea base: Lucía se acuesta a dormir en la habitación de su hermana, junto a ella, con la puerta entornada y la luz del pasillo encendida

Ítems

1. Lucía se acuesta a dormir en la habitación de su hermana, junto a ella, con la puerta entornada y la luz del pasillo apagada
2. Lucía se acuesta a dormir en la habitación de su hermana, junto a ella, con la puerta cerrada
3. Lucía se acuesta a dormir en la habitación de su hermana, a solas, con la puerta cerrada
4. Lucía se acuesta a dormir en su propia habitación, a solas, con la puerta entornada y la luz del pasillo encendida (estando su madre en casa)
5. Lucía se acuesta a dormir en su propia habitación, a solas, con la puerta entornada y la luz del pasillo apagada (estando su madre en casa)
6. Lucía se acuesta a dormir en su propia habitación, a solas, con la puerta cerrada (estando su madre en casa)
7. Lucía se acuesta a dormir en su propia habitación, a solas, con la puerta cerrada (sin estar su madre en casa)

En la sesión 10 se supervisó la aplicación de la técnica de exposición y se resolvieron dudas. Hasta el momento de la sesión se habían llevado a cabo 4 ítems de la jerarquía. Se comentaron los problemas encontrados durante la aplicación en casa como, por ejemplo, el miedo inicial de la paciente a llevar a cabo los primeros ítems o el alto nivel de activación fisiológica. Esto se resolvió reforzando el esfuerzo de Lucía, motivándola a seguir utilizando las técnicas de afrontamiento aprendidas.

En la sesión 11 se comprobó que Lucía había conseguido realizar todos los ítems de la jerarquía, y era capaz de dormir en su propia habitación sin sentir ansiedad. Se hizo un repaso de las técnicas aprendidas, como la rutina de sueño que estaba llevando a cabo, el control de estímulos, la modificación de pensamientos ansiógenos y la autoexposición. Se dedicaron los últimos 20 minutos a practicar la relajación en sesión, que fue dirigida por ella misma.

Finalmente, en la última sesión se realizó la evaluación posttest. En esta sesión se reforzó positivamente a Lucía por su motivación y esfuerzo durante todo el tratamiento, y se recalcó la importancia de seguir utilizando las técnicas aprendidas.

Resultados

Mediante los autorregistros de la paciente sobre el sueño realizados durante todo el proceso de intervención, se observa un descenso gradual en los despertares nocturnos y en el nivel de ansiedad (véase Figura 3). Se puede apreciar un descenso en las conductas problemas desde la cuarta sesión, donde se comenzaron a aplicar las técnicas de control de la activación fisiológica.

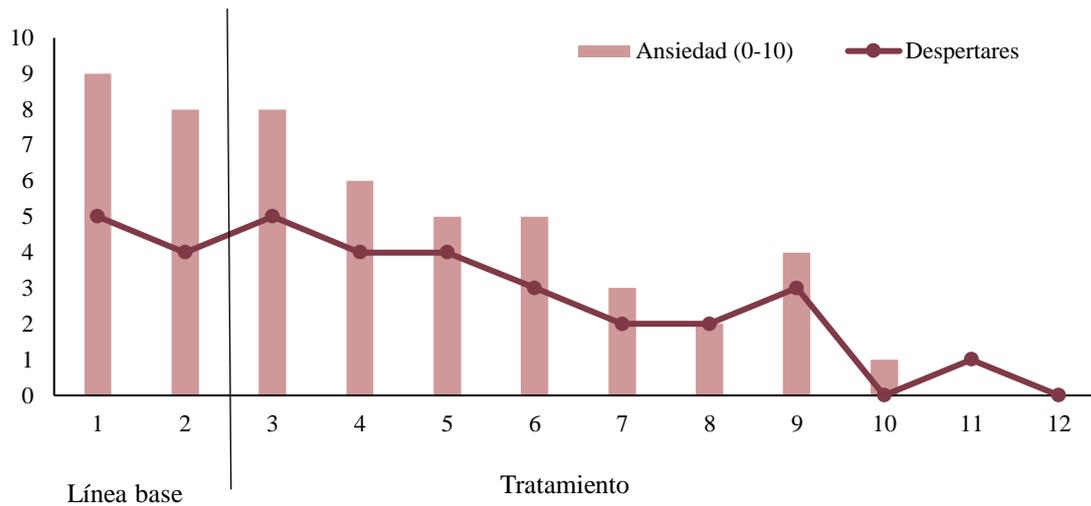


Figura 3. *Número de despertares y nivel de ansiedad por la noche*

Las Figuras 4 y 5 muestran los resultados pretest y postest de los cuestionarios de ansiedad y estado de ánimo, respectivamente, aplicados a Lucía. Se observa una disminución en los dos inventarios. Los valores pretest del STAIC muestran altos niveles de ansiedad transitoria, ya que se obtiene un centil de 90; y de predisposición a la ansiedad, obteniendo un centil de 80. Estos niveles elevados de ansiedad demuestran cómo pueden estar afectando en el sueño y la necesidad de intervención. Los valores postest indican una mejoría notable, ya que hay una disminución en el nivel de ansiedad.

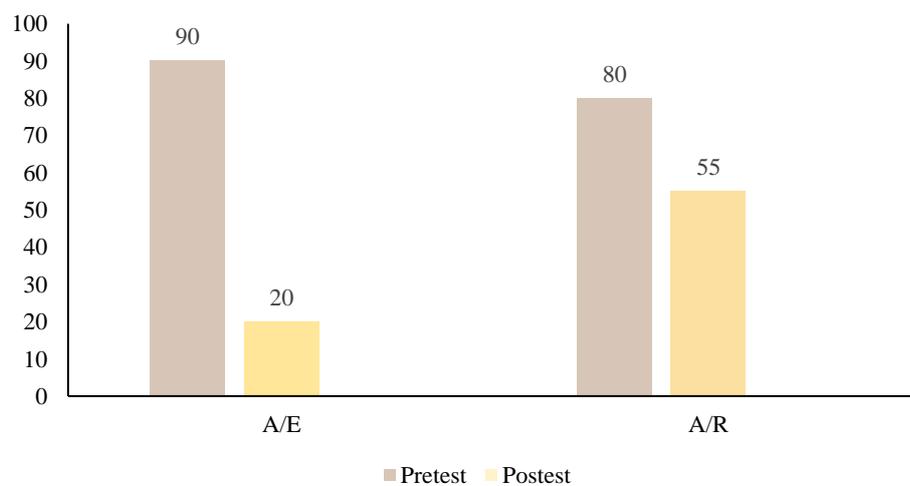


Figura 4. *Resultados STAIC pretest y postest (Centil)*

En la escala pretest de depresión se observa como la paciente no muestra puntuaciones elevadas en bajo estado de ánimo, ya que se encuentra en un centil por debajo de la media. No obstante, tras la intervención se aprecia una ligera disminución en las puntuaciones, indicando un aumento del bienestar emocional.

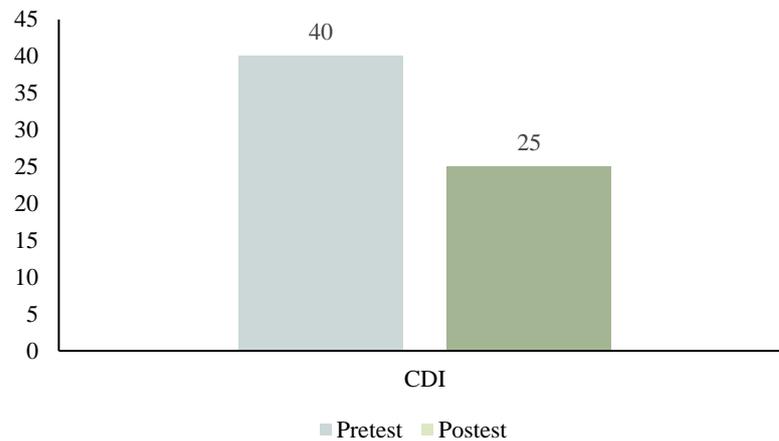


Figura 5. Resultados CDI pretest y posttest (Centil)

Finalmente, la escala COS fue evaluada cualitativamente midiendo el grado de satisfacción con el sueño, despertares por la noche, dificultad para conciliar el sueño, calidad de sueño y preocupación por la falta de sueño. Tras la intervención, Lucía muestra mayor satisfacción y calidad de sueño, y ningún despertar a mitad de la noche. Además, no tiene sensación de falta de sueño ni preocupaciones por el cansancio.

El estudio tiene previsto realizar un seguimiento a los 3 y 6 meses para seguir evaluando la eficacia del tratamiento a largo plazo.

Discusión y conclusiones

Tras la aplicación de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de ansiedad e insomnio y tomando como referencia los resultados obtenidos, podemos afirmar que se cumplen los objetivos planteados. Lucía ha logrado conciliar el sueño por sí sola en su propia habitación, sin ayudas externas, puesto que ha eliminado las conductas de evitar su habitación

y dormir en la su hermana. Asimismo, los resultados muestran una reducción en los ataques de pánico durante la noche, teniendo en cuenta que Lucía ha reducido su nivel de activación psicofisiológica y sus preocupaciones a la hora de dormir, así como ha mejorado su capacidad para relajarse. En este sentido, a lo largo de la intervención se observó que, la adquisición de habilidades de manejo de la activación psicofisiológica como la relajación y respiración profunda han sido altamente eficaces. En relación con la conducta de llamar a la madre a mitad de la noche, a través de la intervención se ha conseguido eliminar dicha conducta de seguridad. En relación con esto, tanto el control de pensamientos distorsionados como las pautas de extinción de conductas para la madre tuvieron un papel fundamental.

Los niveles de ansiedad al comienzo de la terapia eran elevados, consistente con estudios de comorbilidad entre las dificultades para dormir y la sobreactivación psicofisiológica (Alfano et al., 2010; Poznanski et al, 2018; Weiner et al., 2015). No obstante, los resultados obtenidos tras la aplicación del tratamiento concuerdan con diversos estudios de intervención multicomponente de TCC-I (Blake, 2017; Dewald-Kaufmann, de Bruin y Michael, 2019; Raglan et al., 2019; Thakral et al., 2019), donde se combina el tratamiento del insomnio con otras alteraciones psicológicas como el estado de ánimo o ansiedad, y coinciden en reportar un descenso en la conducta problemática y un aumento en la calidad del sueño.

El estudio actual cuenta con una serie de limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra no se considera representativa, dado que se trata de un diseño de caso único y no se pueden descontextualizar los resultados, ya que la intervención se amoldó específicamente a la paciente y los datos no representan una muestra generalizada. Por otra parte, el uso de autoinformes para recoger información, en lugar de medidas objetivas como la polisomnografía, puede sesgar los resultados del estudio de tal manera que el sujeto responda respuestas aleatorias, tenga errores de memoria o exagere sus conductas. En relación con

esto, futuras investigaciones podrían incluir una evaluación multimodal, a través de métodos cuantitativos, cualitativos y técnicas objetivas. Otra limitación es la baja supervisión ambiental durante la aplicación del tratamiento en el domicilio de la paciente, debido a que la exposición fue desempeñada por ella misma junto a su madre como coterapeuta, y no se pudo controlar el efecto de las variables extrañas. Por último, el estudio no tuvo un seguimiento a largo plazo después de la intervención. No obstante, queda pendiente la finalización de estas sesiones para verificar el mantenimiento de los resultados obtenidos. Teniendo en cuenta estas limitaciones, se recomienda que, en estudios posteriores, los pacientes y coterapeutas tengan la oportunidad de contactar a los profesionales a través de llamadas o mensajería móvil, en cualquier momento para reducir los errores y obtener un mejor control del entorno. Pese a estas limitaciones, esta investigación aporta al mundo académico un estudio de caso único orientado al tratamiento conjunto de la ansiedad y el insomnio en los adolescentes.

A modo de conclusión final, se realiza la importancia de poner en práctica la terapia psicológica conjunta, en los trastornos de ansiedad y problemas de sueño. Se hace especial hincapié en los jóvenes para tratar de evitar el consumo excesivo de fármacos como las benzodiazepinas y prevenir problemas emocionales, académicos y sociales.

Referencias

- Alfano, C. A., Pina, A. A., Zerr, A. A. y Villalta, I. K. (2010). Pre-sleep arousal and sleep problems of anxiety-disordered youth. *Child psychiatry and human development*, 41(2), 156–167. <https://doi.org/10.1007/s10578-009-0158-5>
- Alfano, C. A., Zakem, A. H., Costa, N. M., Taylor, L. K. y Weems, C. F. (2009). Sleep problems and their relation to cognitive factors, anxiety, and depressive symptoms in children and adolescents. *Depression and anxiety*, 26(6), 503–512. <https://doi.org/10.1002/da.20443>
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (revised)*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition*. American Psychiatric Publishing.
- Basta, M., Chrousos, G. P., Vela-Bueno, A. y Vgontzas, A. N. (2007). Chronic Insomnia and the Stress System. *Sleep Medicine Clinics*, 2(2), 279–291. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2007.04.002>
- Baza, M. B., Ruiz de Velasco, E. A., Fernández, J. U. y Gorroñoigoitia, A. I. (2019). Benzocarta: intervención mínima para la desprescripción de benzodiazepinas en pacientes con insomnio. *Gaceta Sanitaria*, (34)6, 539–545. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.012>
- Benetó-Pascual, A. (2005). Comorbilidad insomnio-depresión. *Vigilia-Sueño*, 17(2), 91–120.
- Blake, M. J., Sheeber, L. B., Youssef, G. J., Raniti, M. B. y Allen, N. B. (2017). Systematic Review and Meta-analysis of Adolescent Cognitive-Behavioral Sleep Interventions. *Clinical child and family psychology review*, 20(3), 227–249. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0234-5>

- Bobes, J., González, M. P., Saiz, P. A., Buscaran, M. T., Iglesias, C. y Fernández, J. M. (2000). Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema*, 12, 107–112.
- Chase, R. M. y Pincus, D. B. (2011). Sleep-related problems in children and adolescents with anxiety disorders. *Behavioral sleep medicine*, 9(4), 224–236.
<https://doi.org/10.1080/15402002.2011.606768>
- De Zambotti, M., Goldstone, A., Colrain, I. M. y Baker, F. C. (2018). Insomnia disorder in adolescence: Diagnosis, impact, and treatment. *Sleep medicine reviews*, 39, 12–24.
<https://doi.org/10.1016/j.smrv.2017.06.009>
- Del Barrio, V. (1999). El Children's Depression Inventory, (CDI; Kovacs, 1992). Su aplicación en población española. *Clínica y Salud*, 10(3), 393-416
- Dewald-Kaufmann, J., de Bruin, E. y Michael, G. (2019). Cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-i) in school-aged children and adolescents. *Sleep Medicine Clinics*, 14(2), 155–165. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2019.02.002>
- Ferré-Masó, A., Rodríguez-Ulecia, I. y García-Gurtubay, I. (2020). Diagnóstico diferencial del insomnio con otros trastornos primarios del sueño comórbidos. *Atención Primaria*. 52(5), 345–354. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.011>
- Harvey, A. G. (2005). A Cognitive Theory and Therapy for Chronic Insomnia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(1), 41–59. <https://doi.org/10.1891/jcop.19.1.41.66332>
- Kalmbach, D. A., Cuamatzi-Castelan, A. S., Tonnu, C. V., Tran, K. M., Anderson, J. R., Roth, T. y Drake, C. L. (2018). Hyperarousal and sleep reactivity in insomnia: current insights. *Nature and science of sleep*, 10, 193–201.
<https://doi.org/10.2147/NSS.S138823>
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory*. Multi-Health Systems.

- Kuula, L., Pesonen, A. K., Martikainen, S., Kajantie, E., Lahti, J., Strandberg, T., Tuovinen, S., Heinonen, K., Pyhälä, R., Lahti, M. y Rääkkönen, K. (2015). Poor sleep and neurocognitive function in early adolescence. *Sleep medicine*, 16(10), 1207–1212.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2015.06.017>
- Lucchesi, L. M., Pradella-Hallinan, M., Lucchesi, M. y Moraes, W. A. dos S. (2005). Sleep in psychiatric disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(suppl 1), 27–32.
<https://doi.org/10.1590/s1516-44462005000500006>
- Martínez O. H., Montalván, O., M. y Betancourt, Y. I. (2019). Trastorno de insomnio. Consideraciones actuales. *Revista Médica Electrónica*, 41(2), 483–95.
- McMakin, D. L. y Alfano, C. A. (2015). Sleep and anxiety in late childhood and early adolescence. *Current opinion in psychiatry*, 28(6), 483–489.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000204>
- Medina, O., Sánchez, N., Conejo, J. y Fraguas, H. (2007). Alteraciones del sueño en los trastornos psiquiátricos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(4), 701–17.
- Medrano-Martínez, P. y Ramos-Platón, M. J. (2016). Alteraciones cognitivas y emocionales en el insomnio crónico. *Revista de neurología*, 62(4), 170–178.
- Mindell, J. A., Meltzer, L. J., Carskadon, M. A. y Chervin, R. D. (2009). Developmental aspects of sleep hygiene: findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll. *Sleep medicine*, 10(7), 771–779.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2008.07.016>
- Mitchell, M. D., Gehrman, P., Perlis, M. y Umscheid, C. A. (2012). Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC family practice*, 13, 40. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-40>
- Morin, C. M. (1998). *Insomnio. Asistencia y tratamiento psicológico*. Ariel.

- Morin, C. M., LeBlanc, M., Daley, M., Gregoire, J. P. y Mérette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep medicine*, 7(2), 123–130.
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2005.08.008>
- Morphy, H., Dunn, K. M., Lewis, M., Boardman, H. F. y Croft, P. R. (2007). Epidemiology of insomnia: a longitudinal study in a UK population. *Sleep*, 30(3), 274–280.
<https://doi.org/10.1093/sleep/30.3.274>
- Perlis, M. L., Giles, D. E., Buysse, D. J., Tu, X. y Kupfer, D. J. (1997). Self-reported sleep disturbance as a prodromal symptom in recurrent depression. *Journal of affective disorders*, 42(2-3), 209–212. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(96\)01411-5](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(96)01411-5)
- Peterman, J. S., Carper, M. M. y Kendall, P. C. (2014). Anxiety Disorders and Comorbid Sleep Problems in School-Aged Youth: Review and Future Research Directions. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(3), 376–392.
<https://doi.org/10.1007/s10578-014-0478-y>
- Pons-Salvador, G., Frías, D. y Del Barrio, M. V. (1994). Propiedades Psicométricas del state-trait anxiety inventory for children (STAIC). *Psicológica*, 15, 45–53.
- Poznanski, B., Cornacchio, D., Coxe, S., Pincus, D. B., McMakin, D. L. y Comer, J. S. (2018). The Link Between Anxiety Severity and Irritability Among Anxious Youth: Evaluating the Mediating Role of Sleep Problems. *Child psychiatry and human development*, 49(3), 352–359. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0769-1>
- Raglan, G. B., Swanson, L. M. y Arnedt, J. T. (2019). Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Patients with Medical and Psychiatric Comorbidities. *Sleep medicine clinics*, 14(2), 167–175. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2019.01.001>
- Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groseelj, L., Ellis, J. G., Espie, C. A., Garcia-Borreguero, D., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Hertenstein, E., Jansson-

- Fröjmark, M., Jennum, P. J., Leger, D., Nissen, C., Parrino, L., Paunio, T., Pevernagie, D., Verbraecken, J., Weeß, H. G., ... Spiegelhalder, K. (2017). European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of sleep research*, 26(6), 675–700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>
- Seisdedos, N. (1990). *STAIC, Cuestionario de Autoevaluación*. TEA Ediciones S.A.
- Sistema Nacional de Salud (2009). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria*. Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Tang, N. K. y Harvey, A. G. (2004). Effects of cognitive arousal and physiological arousal on sleep perception. *Sleep*, 27(1), 69–78. <https://doi.org/10.1093/sleep/27.1.69>
- Thakral, M., Von Korff, M., McCurry, S. M., Morin, C. M. y Vitiello, M. V. (2019). Changes in dysfunctional beliefs about sleep after cognitive behavioral therapy for insomnia: A systematic literature review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 49, 101230. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2019.101230>
- Van der Zwerde, T., Bisdounis, L., Kyle, S. D., Lancee, J. y van Straten, A. (2019). Cognitive behavioral therapy for insomnia: A meta-analysis of long-term effects in controlled studies. *Sleep medicine reviews*, 48, 101208. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2019.08.002>
- Weiner, C. L., Elkins, M. R., Pincus, D. y Comer, J. (2015). Anxiety sensitivity and sleep-related problems in anxious youth. *Journal of anxiety disorders*, 32, 66–72. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.03.009>
- Wolpe, J. (1981). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Desclée de Brouwer (trabajo original publicado en 1958).