

Insomnio: Abordaje terapéutico desde Atención Primaria

Insomnia: Therapeutic approach from Primary Care

Noelia Martínez Sebastián, Carmen Anarte Ruiz, Ángel Masoliver Forés,

Abel Gargallo Monserrate, Irene López Ferreruela

Unidad Docente Multiprofesional Atención Familiar y Comunitaria Castellón

Manuscrito recibido: 08-08-2016

Manuscrito aceptado: 25-10-2016

Cómo citar este documento

Martínez Sebastián N, Anarte Ruiz C, Masoliver Forés A, Gargallo Monserrate A, López Ferreruela I. Insomnio: Abordaje terapéutico desde Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 2017 Febrero; 5(1): 27-37

Resumen

Objetivo

Conocer el abordaje terapéutico que se ha realizado en los pacientes diagnosticados de insomnio en la población de Almazora (Castellón)

Método

Estudio descriptivo-observacional, longitudinal y retrospectivo.

Los sujetos son pacientes de 18 años y más pertenecientes al Centro de Salud Pio XII y al Centro de Salud Almazora, ambos de la localidad de Almazora, diagnosticados de insomnio (CIE 780.52 y 307.4) y/o que presentan un diagnóstico NANDA relacionado con este problema (Deterioro del patrón del sueño: 00095, Deprivación del sueño: 00096 y/o Trastorno del patrón del sueño: 00198) e incluidos en la Historia Clínica Informatizada (Abucasis). Tras tener el listado de todos los pacientes de Almazora que presentan estos diagnósticos en Abucasis, hemos extraído una muestra aleatoria estratificada según el sexo, edad y cupo: 312 pacientes.

Resultados

La prevalencia de insomnio ha sido de 5,5% (IC 95%: 5,2-5,8). Únicamente el 10% (IC 95%: 5,40-13,93) habían recibido alguna intervención de tratamiento no farmacológico

Conclusiones

Con los datos obtenidos se evidencia la infrutilización de las medidas no farmacológicas, así como un porcentaje muy elevado de pacientes que reciben tratamiento farmacológico el primer día del diagnóstico en ausencia de estas medidas. En el abordaje terapéutico del insomnio primario tiene un papel fundamental la enfermera ya que la primera línea de tratamiento son las intervenciones no farmacológicas. La implicación del personal de enfermería en el tratamiento del insomnio, junto con el médico favorecerá su crecimiento y desarrollo profesional, y con ello mejoraremos el tratamiento dado a los pacientes que se diagnostican con este problema.

Palabras clave

Trastornos del Inicio y del Mantenimiento del Sueño, terapéutica, terapia cognitiva, promoción de la salud, atención de enfermería, hipnóticos y sedantes.

Abstract

Objective

To establish the therapeutic approach that has been performed in patients diagnosed with insomnia in the town of Almazora (Castellón)

Method

It is a descriptive, observational, longitudinal and retrospective study.

Subjects are adult patients over 18 belonging to the Health Center Pio XII and the Center for Almazora Health, both in the town of Almazora. Patients were diagnosed with insomnia (ICD 780.52 and 307.4) and/or presented a NANDA diagnosis associated to this problem (Impaired sleep pattern: 00095, Sleep Deprivation: 00096 and/or disorder sleep pattern: 00198) and included in the Computerized Medical Record (Abucasis). A stratified sample by sex, age and quota (312 patients) was randomly selected out of the Almazora Abucasis database.

Results

The prevalence of insomnia was 5.5 % (95% CI 5.2 to 5.8). Only 10% (95% CI 5.40 to 13.93) of the patients had received some non-drug treatment.

Conclusions

According to the data, underutilization of non-pharmacological measures is evident. Moreover, a very high percentage of patients received drug therapy on the first day of diagnosis without previous attempt of non-drug treatment. Nursing care plays a fundamental role in the therapeutic approach of primary insomnia, since the first line of treatment is thenon-pharmacological therapy. Results suggest that an increased nursing role in combination with medical care would promote professional development and subsequently would improve the treatment of patients presenting this disease.

Keywords

Sleep Initiation and Maintenance Disorders, therapeutics, cognitive therapy, health promotion, nursing care, Hypnotics and Sedatives.

Introducción

A principios del siglo XX, debido a que la luz artificial no estaba tan extendida, su población dormía aproximadamente 1 o 2 horas más que la actual. Hoy en día el estilo de vida hiperexigente, los continuos estímulos a los que estamos sometidos, la alta competitividad socio-laboral, los horarios de trabajo nocturnos... ha modificado los hábitos de vida saludables y ha acentuado los problemas del sueño¹.

El ser humano invierte, aproximadamente, un tercio de su vida en dormir^{1,2}. Durante ese tiempo, mientras dormimos, en nuestro cuerpo se llevan a cabo varias funciones fisiológicas imprescindibles para nuestro equilibrio psíquico y físico^{3,4}.

Los trastornos del sueño se encuentran entre los problemas de salud no declarados con repercusión en los ámbitos individual, laboral, económico y social. Entre ellos, el más frecuente es el insomnio, uno de los que presenta una mayor transcendencia tanto a nivel sanitario como social. En función de la etiología el insomnio se puede clasificar en primario, que es el que nos interesa en este estudio, o secundario. Centrándonos en el insomnio primario, se define como aquel que no tiene un factor etiológico claramente identificable o no está asociado a ningún otro cuadro clínico, y que puede estar relacionado con ciertos rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento³. Alrededor del 30% de la población^{2,3,4}, según varios estudios, se "queja" de la calidad del sueño con manifestaciones propias de insomnio. Cuando además el paciente presenta problemas diurnos e insatisfacción, el porcentaje ronda en torno al 9-15%. La prevalencia de estas personas que presentan diagnóstico por insomnio disminuye al 6%. Se da más frecuentemente en el sexo femenino y en el rango de edad de los 15 a los 65 años³.

Debido a las consecuencias que produce el insomnio en las personas es importante llevar a cabo un buen diagnóstico y abordaje terapéutico. Son numerosos los estudios revisados^{5,6,7} que concluyen que las medidas no farmacológicas son eficaces y aportan muchos beneficios como tratamiento del insomnio. A pesar de esto, hoy en día siguen estando infrutilizadas.

Al contrario ocurre con los ansiolíticos e hipnóticos que han sido uno de los grupos farmacológicos más prescritos, como tratamiento del insomnio. La dependencia que suelen producir las benzodiazepinas hace que el consumo se prolongue meses, años o incluso décadas, en contraste a lo que aconsejan otros artículos revisados^{8,9,10} y la guía de práctica clínica³, que recomiendan no más de 4 semanas. Esto se produce a pesar de los muchos efectos secundarios que tienen los hipnóticos, y la tolerancia y dependencia que producen, cuando se debería optar en primer lugar por las medidas no farmacológicas.

En concreto en España, según lo observado en varios artículos^{3,9}, las terapias cognitivo-conductuales están infrutilizadas en Atención Primaria (AP), a pesar de los beneficios que aportarían, en términos coste-efectividad, de ponerse en práctica por enfermeras entrenadas⁷.

Las terapias no farmacológicas aportan beneficios en términos de coste-efectividad, por lo que deberían ser realizadas en AP como primera línea de tratamiento del insomnio.

Por tanto considero importante conocer hasta que punto el personal de enfermería utiliza las medidas no farmacológicas y las terapias cognitivo-conductuales como primera línea de tratamiento del insomnio en AP.

Objetivos

Objetivo general

- Conocer el abordaje terapéutico que se ha realizado en los pacientes diagnosticados de insomnio en la población de Almazora.

Objetivos específicos

- Calcular la prevalencia de insomnio.
- Definir el porcentaje de pacientes con tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Conocer la frecuentación en las consultas de medicina y enfermería de los pacientes con insomnio: específica y general.
- Mostrar el porcentaje de pacientes con diagnóstico NANDA y/o CIE.

Método

1. Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo

2. Variables

Tabla 1. Variables

VARIABLES	TIPO	MEDIDA
Diagnóstico	Cualitativa nominal	CIE/NANDA
Días de evolución	Cuantitativa continua	Días cumplidos
Tratamiento	Cualitativa nominal	Farmacológico/No farmacológico
Farmacológico	Cualitativa nominal	BZD/No BZD
No farmacológico	Cualitativa nominal	Higiene sueño, intervenciones psicológicas
Nº Visitas enfermera	Cuantitativa discreta	Visitas realizadas
Nº Visitas médico	Cuantitativa discreta	Visitas realizadas
Motivo visita AP	Cualitativa nominal	Insomnio/No insomnio
Edad	Cuantitativa continua	Años cumplidos
Sexo	Cualitativa dicotómica	Hombre/Mujer
Tipo profesional que pone el diagnóstico	Cualitativa nominal	Enfermera, medico, psicologa...
Especialidad del profesional	Cualitativa nominal	Familiar y Comunitaria, Salud Mental, Cardiología...

3. Criterios de inclusión y exclusión en el estudio

3.1. Criterio de inclusión

- Pacientes asignados a uno de los dos centros de salud de Almazora.
- Pacientes que presenten el CIE 780.5 y/o 307.4 (Insomnio) y/o presenten alguno de los diagnósticos NANDA:
 - Deterioro del patrón del sueño (00095).
 - Deprivación del sueño (00096).
 - Trastorno del patrón del sueño (00198).
- Pacientes de 18 años o más.

3.2. Criterio de exclusión

- Pacientes que presenten alguna demencia o patología psiquiátrica grave (Enf. Alzheimer, esquizofrenia...).
- Pacientes con diagnóstico de Apnea Obstructiva del Sueño.

4. Tamaño de la muestra

Tras obtener un listado de todos los pacientes de Almazora que presenten los diagnósticos estudiados en la Historia Clínica Informatizada (Abucasis), hemos extraído una muestra aleatoria estratificada por grupo de edad, sexo y cupo. Para conseguir una precisión del 5% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza para poblaciones finitas al 95% bilateral, asumiendo que la proporción esperada es del 30% y que el tamaño total de la población es de 1514, la muestra que nos sale es de 312 pacientes.

5. Método de captación y/o selección de los sujetos.

Se han incluido todos los pacientes que presenten los criterios de inclusión anteriormente nombrados. Tras obtener el listado de todos los pacientes de Almazora que presentan los diagnósticos estudiados en la Historia Clínica Informatizada (Abucasis), hemos extraído una muestra aleatoria estratificada según el sexo, edad y cupo. De esta muestra hemos estudiado en cada uno de los pacientes las variables antes comentadas, durante:

- El primer año tras la fecha de diagnóstico.
- El último año hasta la realización de la búsqueda (diciembre 2015-abril 2016).

6. Estrategia de análisis que se utilizará en el estudio.

Se crea una base de datos en el programa Acces de Microsoft Office donde se introducen los datos que posteriormente analizamos mediante el programa EPIDAT. Las variables son cualitativas o cuantitativas, las cualitativas se expresan como una proporción con intervalo de confianza (IC 95%) y las variables cuantitativas con valor absoluto en media con el IC 95%. Respecto al análisis bivalente analizamos las 2 variables cualitativas con el Chi cuadrado.

7. Aspectos éticos

Los datos referentes a las variables se obtienen por extracción de dichos datos de la historia clínica; éstos se pasan a una base de datos creada a tal efecto sin que figure ningún dato identificativo del paciente. Posteriormente se procede al análisis estadístico de la variable y su discusión; finalmente la base de datos es destruida.

No existen conflictos de intereses.

No hay aportación económica

Resultados

De los 312 pacientes de la muestra se excluyeron 105 pacientes por presentar alguno de los criterios de exclusión anteriormente nombrados: 85 pacientes por presentar Apnea Obstructiva del Sueño, 8 por demencia, 4 por patología psiquiátrica y 8 por otros. Los datos que se van a exponer a continuación son referentes a la muestra final estudiada (207 pacientes).

La prevalencia de insomnio diagnosticado ha sido de 5,5% (IC 95%: 5,2-5,8) El 63% (IC 95%: 56,5-70,1) de los pacientes diagnosticados son mujeres y el 37% (IC 95%: 29,9-43,5) son hombres, siendo el promedio de edad de 59 años (entre 18-97años) revisados.

Respecto a la relación sexo-edad, el grupo más numeroso de pacientes es el comprendido entre 35 y 54 (IC 95%: 27,6-41,0), seguido en importancia el grupo entre 55 y 74 años (IC 95%: 23,9-36,9), ambos grupos son mayoritarios en ambos sexos. En el grupo de edad entre 18 y 34 en ambos sexos el insomnio parece darse por igual, no así en el resto de grupos en el que se da más frecuente en las mujeres (**Figura 1**). En la bivalente sexo-grupo de edad no hay diferencia significativa (Chi Cuadrado $p= 0,4676$).

La media de consultas realizadas en general y específica de insomnio durante el primer año tras el diagnóstico son respectivamente: 5,51 y 0,03 para enfermería, y en el caso de medicina 9,05 y 1,87; durante el segundo año de estudio, fueron 6,11 y 0,01 para enfermería y para medicina 7,92 y 0,59.

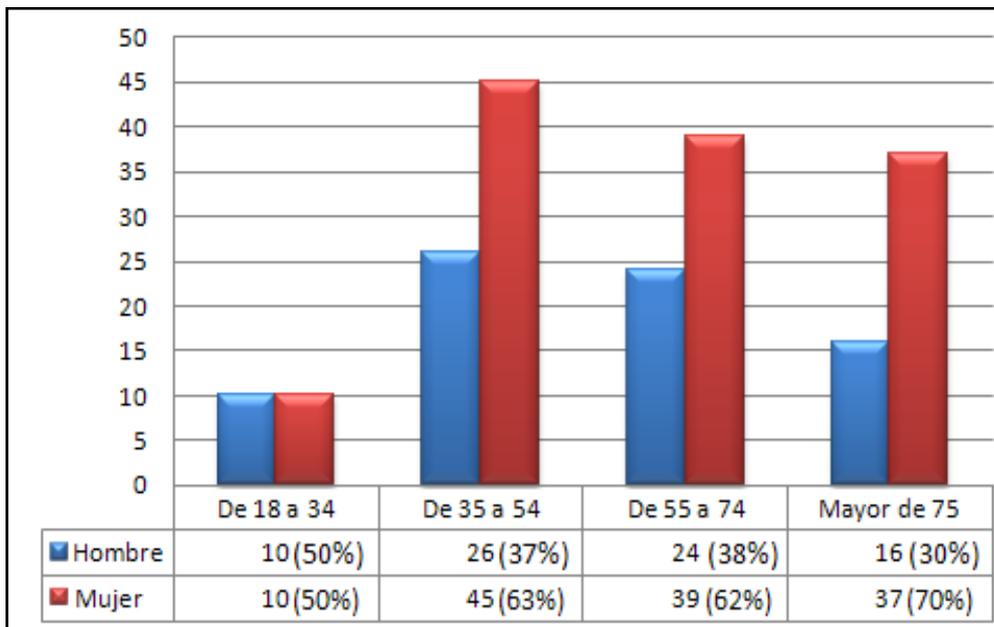


Figura 1: Sexo -grupo de edad

El 90,8 % de los pacientes de la muestra presentaban diagnóstico CIE (IC 95%: 86,65-95,0), mientras que sólo el 6,3% tenían algún diagnóstico NANDA (IC 95%: 2,7-9,8) y sólo un 3% tenían tanto diagnóstico NANDA como CIE (IC 95%: 0,4-5,4). De los pacientes que presentaban diagnóstico CIE, el 89,4% (IC 95%: 84,9-93,8) habían sido diagnosticados por el médico de primaria. Respecto a los que tenían diagnóstico NANDA sólo el 2% (IC 95%: 0,5-4,9) había sido puesto por enfermería de atención primaria y el 90,8% (IC 95%: 86,6-95,0) no presentaban ningún diagnóstico NANDA (**Tabla 2**).

Tabla 2: Especialidad enfermera que pone el diagnóstico NANDA

DX NANDA/Especialidad enfermera	%	IC 95%
Familiar y Comunitaria	1,9 %	0,53 y 4,87
Matrona	1,4 %	0,30 y 4,18
Salud Mental	3,9 %	± 2,9
Sin Dx NANDA	90,8 %	± 4,2
Hospitalaria	1,9 %	0,53 y 4,8

Únicamente el 10% (IC 95%: 5,4-13,9) habían recibido alguna intervención con tratamiento no farmacológico, mientras que el resto de pacientes, el 90% (IC 95%: 86,1-94,6), no habían recibido ninguna medida no farmacológica. Todas las intervenciones no farmacológicas han sido pautadas por el personal de medicina, ninguna por la enfermera. Las intervenciones más dadas a los pacientes han sido la educación e higiene que se daban conjuntamente en el 3% (IC 95%: 0,4-5,4) de los casos (**Figura 2**). Del 10% del tratamiento no farmacológico dado, el 7% (IC 95%: 3,1-10,4) fue dado el 1er día del diagnóstico y el 3% (IC 95%: 0,4-5,4) posteriormente. Con respecto al tratamiento farmacológico el 72,5 % (IC 95%: 66,1-78,8) reciben tratamiento el primer día del diagnóstico y únicamente el 18,4% (IC 95%: 12,8-23,9) no reciben fármacos. Del tratamiento farmacológico, el 78,3% (IC 95%: 72,4-84,1) ha sido prescrito por el médico de familia.

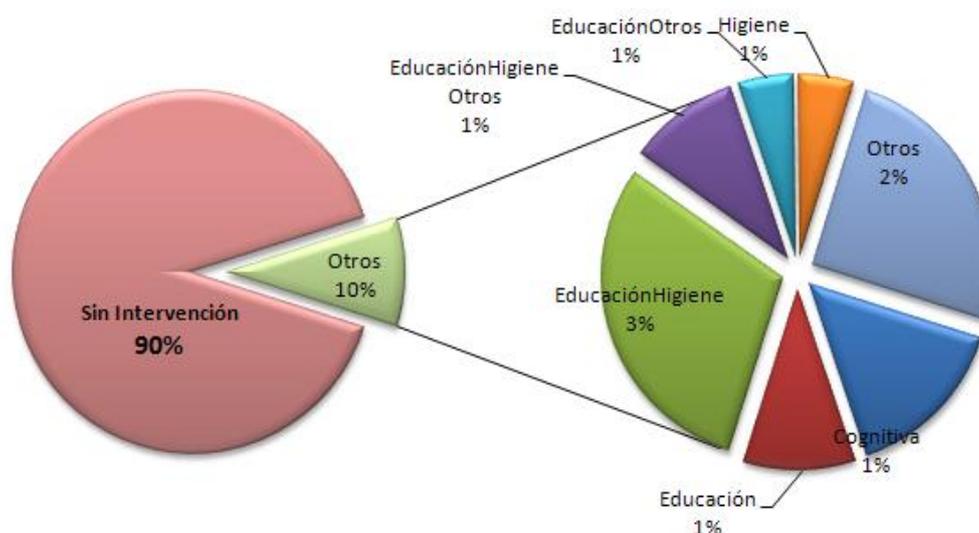


Figura 2: Utilización tratamiento no farmacológico

Resumiendo el tratamiento que se les ha proporcionado a los pacientes estudiados, la mayor parte de ellos, el 76,3% (IC 95%: 70,3-82,4), han recibido sólo tratamiento farmacológico mientras que únicamente el 4,3% (IC 95%: 1,3-7,4) han recibido como único tratamiento las intervenciones no farmacológicas. El 5,3% (IC 95%: 2,0-8,6) han recibido tanto tratamiento farmacológico como no farmacológico.

Comparando los grupos de edad según el tratamiento farmacológico dado el primer día del diagnóstico observamos que los porcentajes son similares en todos los grupos de edad, así como de los que no han recibido fármacos, que se da también de forma similar en todos los grupos. Analizando estas 2 variables con el Chi Cuadrado, grupo de edad y tratamiento farmacológico en el 1er día, obtenemos que no hay evidencias significativas entre ambos grupos ($p=0,1649$). En la otra comparación realizada, grupo de edad y tratamiento No farmacológico en el 1er día del diagnóstico, sí que podemos observar que se realiza más intervenciones no farmacológicas en los menores de 54 años que en mayores de esta edad. El grupo en el que más se dan estas intervenciones es el comprendido entre 18 y 34 años, seguido por el de 35 y 54 años (**Figura 3**). En este caso, entre las variables grupo de edad y tratamiento No farmacológico el 1er día, sí que hay evidencia significativa, Chi Cuadrado ($p < 0,0001$).

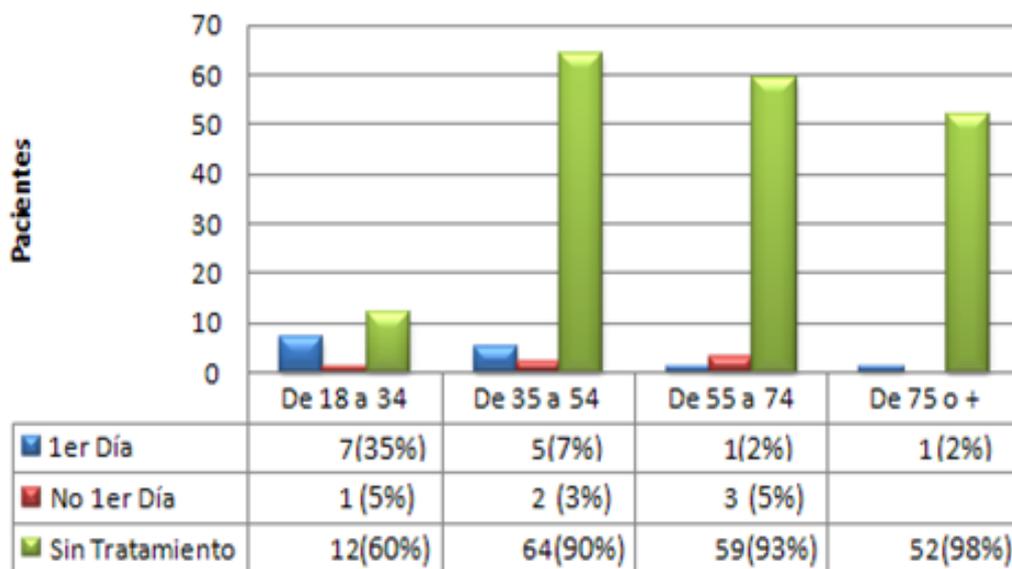


Figura 3: Grupo de edad-Tto no farmacológico 1er día

Discusión

1. Limitaciones del estudio

Las limitaciones de este estudio son:

- 1) La falta de registro de información por parte de los profesionales de salud en la Historia Clínica Informatizada (Abucasis).
- 2) La asignación incorrecta de diagnósticos a la hora de pautar los hipnóticos, no relacionados con el diagnóstico de insomnio.

2. Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados

Tras finalizar el estudio y valorar los datos obtenidos en él, creo que se debería realizar e implantar un protocolo en el centro de salud de Almazora para el abordaje terapéutico del insomnio primario, en el que se siguiera el algoritmo de la Guía Clínica del Insomnio. Para ello tanto el personal de medicina como de enfermería deberían trabajar conjuntamente, pudiendo el médico derivar a enfermería aquellos pacientes que diagnóstica en la consulta por este problema, para que enfermería llevará a cabo el tratamiento inicial, enseñando a estos pacientes las medidas no farmacológicas y pautarles el médico únicamente tratamiento farmacológico cuando no ha habido mejoría con estas intervenciones tras 2-4 semanas. De

"La enfermera de Atención Primaria tiene un papel fundamental en el abordaje terapéutico del insomnio primario, colaborando estrechamente con el médico de atención primaria, en el tratamiento de estos pacientes"

igual forma el personal de enfermería podría diagnosticar en su consulta el problema del insomnio primario, e iniciar el tratamiento no farmacológico en aquellos pacientes que presenten este problema. Este protocolo también tendría que ser extrapolable al resto de centros de salud. Con ello conseguiríamos una disminución del consumo de hipnóticos y que las intervenciones no farmacológicas dejen de estar infrautilizadas, ya que hay evidencia de los beneficios que aportan, mejorando el tratamiento que se realiza en estos pacientes.

Sería necesario estudios que nos diera a conocer las causas de la infrautilización de las medidas no farmacológicas, ya que a pesar de que hay evidencia científica de la efectividad de estas intervenciones éstas siguen estando poco utilizadas en atención primaria.

La enfermera de Atención Primaria tiene un papel fundamental en el abordaje terapéutico del insomnio primario, colaborando estrechamente con el médico de atención primaria, en el tratamiento de estos pacientes. Enfermería tiene un papel importante en aquellos problemas de salud en los que parte del tratamiento son las medidas no farmacológicas, y concretamente en el insomnio, donde éstas deben ser la primera línea de tratamiento. Realizando educación y facilitando el aprendizaje de estas intervenciones a los pacientes, la mayor parte de éstos pueden mejorar su problema de insomnio y evitar que precisen la toma de fármacos. La implicación de estos profesionales en el abordaje terapéutico del insomnio favorecerá el crecimiento y desarrollo del papel de enfermería.

Conclusiones

- En el abordaje terapéutico que se ha realizado en los pacientes diagnosticados de Insomnio en la población de Almazora se evidencia una infrautilización de las medidas no farmacológicas. A pesar de la efectividad de estas intervenciones y que la Guía Clínica del Insomnio en Atención primaria comenta cómo estas medidas deben ser el primer tratamiento en el insomnio primario las 2-4 primeras semanas tras el diagnóstico.
- La prevalencia de insomnio calculada ha sido de 5,5%
- El porcentaje definido de pacientes con tratamiento farmacológico fue de un 90% y sólo un 10% con tratamiento no farmacológico,

- La frecuentación de la media de consultas realizadas en general y específica de insomnio durante el primer año tras el diagnóstico son mayores en medicina que en enfermería.
- Con respecto al porcentaje de pacientes con diagnósticos CIE fue del 90,8%, mientras que sólo el 6,3% tenían algún diagnóstico NANDA y sólo un 3% tenían tanto diagnóstico NANDA como CIE.

Bibliografía

1. Lyford-Pike A, Quadrelli B, Plaza AL, Prunell D. Insomnio: una amenaza oculta. Biomedicina [Internet]. 2006 [citado 23 de julio de 2014]; 1(2): 4-14. Disponible en: <http://www.um.edu.uy/docs/revistabiomedicina/2-1/insomnio.pdf>
2. Viniestra Domínguez MA, Parellada Esquius N, Miranda de Moraes Ribeiro R, Parellada Pérez LM, Planas Olives C, Planas Olives C. Abordaje integrativo del insomnio en atención primaria: medidas no farmacológicas y fitoterapia frente al tratamiento convencional. Aten Primaria [Internet]. 2015 [citado 1 de septiembre de 2015]; 47(6):351-58. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002893#>
3. Biblioteca de Guías de práctica clínica del sistema nacional de salud [Internet]. Comunidad de Madrid. 2009 [mayo 2010; citado 1 agosto 2014] Guía de práctica clínica: Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/egpc/insomnio/completa/index.html>
4. López de Castro F, Fernández-Rodríguez O, Fernández- Agüero L, Mareque Ortega MA, Alejandro Lázaro G, Báez Montilla J. Valoración Clínica y Calidad de Vida relacionada con la Salud del Paciente con Insomnio. RevClinMedFam[Internet]. 2011[citado 31 de julio de 2014]; 4(2): 92-9. Disponible en: <http://www.revclinmedfam.com/articulo.php?art=198>
5. Espie CA. "Stepped Care". A Health Technology Solution for Delivering Cognitive Behavioral Therapy as a First Line Insomnia Treatment. SLEEP [Internet] 2009[citado 28 de julio de 2014]; 32(12):1549-58 . Disponible en: <http://www.journalsleep.org/ViewAbstract.aspx?pid=27633>
6. Coronado Vázquez V, López Valpueda FJ, Fernández López JA. Efectividad del tratamiento no farmacológico para el insomnio crónico de pacientes polimedicados. Semergen [Internet]. 2010[citado 23 de julio de 2014]; 36 (5): 253-8. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-familia-40/articulo/efectividad-del-tratamiento-no-farmacologico-13150499>
7. Garcedo-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. [Internet] 2014 [citado 30 de julio de 2014]; 46(10):549-57. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-efectividad-una-intervencion-educativa-breve-90362345>
8. Adán-Valero MA, Acín-Gericó MT, Díaz-Aguado J, Alejandro-Lázaro G, Pérez-Perales J. ¿Cómo utilizamos los hipnóticos en atención primaria? Semergen . 2010;36(7): 372-376.

9. López de Castro F, Fernández Rodríguez O, Mareque Ortega MA. Abordaje terapéutico del insomnio. *Semergen* [Internet]. 2012 [citado 23 de julio de 2014]; 38 (4): 233-40. . Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/semergen-medicina-familia-40/articulo/abordaje-terapeutico-del-insomnio-90134148>
10. Vicente-Sánchez MP , Macías-Saint-Gerons D, De la Fuente-Honrubia C, González-Bermejo D, Montero-Corominas D, Catalá- López F. Evolución del uso de ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2011. *RevEsp Salud Pública* [Internet]. 2013 [citado 23 de julio de 2014]; 87(3):247-55. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol87/vol87_3/RS873C_247.pdf
11. Lyford-Pike A, Quadrelli B, Plaza AL, Prunell D. Insomnio: una amenaza oculta. *Biomedicina* [Internet]. 2006 [citado 23 de julio de 2014]; 1(2): 4-14.
12. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2007/5-1*
13. Vicente-Sánchez MP, Macías-Saint-Gerons D, De la Fuente-Honrubia C, González-Bermejo D, Montero-Corominas D, Catalá- López F. Evolución del uso de ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2011. *RevEsp Salud Pública* [Internet]. 2013 [citado 23 de julio de 2014]; 87(3):247-255.
14. López de Castro F, Fernández Rodríguez O, Mareque Ortega MA. Abordaje terapéutico del insomnio. *Semergen* [Internet]. 2012 [citado 23 de julio de 2014]; 38 (4): 233-240.
15. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M y Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. *BMC family practice*, 2012; 13(1): 1.
16. Fields BG, Schutte-Rodin S, Perlis ML y Myers M. Master's-Level Practitioners as Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Providers: An Underutilized Resource. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 2013; 9(10): 1093.