

Belén Terrés-Jiménez^{1*}
Elena M. Domínguez-Cabañero^{1*}
Carlos González-Vivas²
Beatriz García-Parreño³
Sara Diego-Castaño⁴
Mika Aiko Gesler⁵
Manuel de Entrambasaguas⁵
Esther Lorente-Rovira^{6**}

Variables asociadas al éxito de la terapia cognitivo conductual grupal para el insomnio: resultados preliminares

¹ Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario de Valencia

² Servicio Murciano de Salud

³ Fundación Lluís Alcanyís

⁴ Hospital de Manises, Valencia y Universidad Miguel Hernández (UMH), Elche

⁵ Sección de Neurofisiología Clínica, Hospital Clínico Universitario de Valencia

⁶ Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario de Valencia (HCUV), INCLIVA, Valencia, y CIBERSAM, Madrid

RESUMEN

Introducción. El trastorno de insomnio (TI) se define como la predominante insatisfacción con la cantidad o la calidad del sueño asociada a dificultad para iniciar el sueño, mantenerlo o despertares precoces con incapacidad para volver a dormir. La terapia cognitivo conductual (TCC) ha demostrado su eficacia para el TI, consolidándose como tratamiento de elección.

Objetivo. Identificar las variables asociadas al éxito de la TCC para el insomnio.

Método. La muestra estuvo formada por 28 pacientes que acudieron a la Unidad del Sueño del HCUV y cumplían criterios diagnósticos de TI. Todos los pacientes realizaron un programa de TCC en formato grupal. Se evaluaron diversas características sociodemográficas y clínicas (psicopatología general, ansiedad, depresión, ira, regulación emocional, y personalidad) con el objetivo de determinar cuáles discriminaban entre los pacientes que mejoran y los que no mejoran tras la TCC, empleando como variable criterio el Índice de Gravedad del Insomnio (ISI).

Resultados. Tras el programa mejoró casi el 60% de la muestra. Se hallaron diferencias significativas en el nivel de gravedad del insomnio tras la TCC en función del sexo ($p=0,027$), mejorando más las mujeres. Así mismo, menores niveles de psicopatología se relacionaron con una mejor respuesta a la intervención ($p=0,007$). Igualmente fueron significativas dos dimensiones de personalidad: baja Evitación del riesgo ($p=0,006$) y alta Autodirección ($p=0,026$) apareciendo asociadas a la mejoría.

Conclusiones. El programa de TCC-I grupal resultó eficaz globalmente para mejorar el insomnio, detectando ciertos perfiles clínicos y de personalidad que se benefician más. Es necesaria más investigación para determinar si podría tratarse de pacientes con subtipos de insomnio distintos. Las dimensiones de temperamento parecen tener un papel relevante a la hora de determinar subtipos de insomnio y quizás poder ofrecer tratamientos más personalizados.

Palabras clave. Insomnio, terapia cognitivo-conductual, asociaciones mejoría

Actas Esp Psiquiatr 2022;50(5): 233-40 | ISSN: 1578-2735

VARIABLES ASSOCIATED TO SUCCESS OF GROUP COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY FOR INSOMNIA: PRELIMINARY RESULTS

ABSTRACT

Introduction. Insomnia Disorder (ID) is defined as the predominant dissatisfaction with the quantity or quality of sleep associated with difficulty in initiating or maintaining sleep or early-morning awakenings with the inability to go back to sleep. Cognitive Behavioral Therapy (CBT) has proven its effectiveness for ID, being established as a frontline treatment.

Objective. To identify the variables associated with the success of CBT for insomnia.

Method. The sample consisted of 28 patients who attended the HCUV Sleep Unit and met ID diagnostic criteria. All patients underwent a CBT program in group format. Several sociodemographic and clinical characteristics (general psychopathology, anxiety, depression, anger, emotional regulation, and personality) were evaluated in order to determine which discriminated between patients

*Co-autoría. Las autoras han contribuido al trabajo en el mismo grado.

**Autor de correspondencia. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Avda. Blasco Ibáñez, 17, 46010 Valencia, España. Email: esterlorente@hotmail.com

who improve and those who do not improve after CBT, using the Index Insomnia Severity (ISI) as a criterion variable. Results: After the program, almost 60% of the sample improved. Significant differences were found in the level of severity of insomnia after CBT according to sex ($p = 0.027$), with women improving more. Likewise, lower levels of psychopathology were related to a better response to the intervention ($p = 0.007$). Moreover, two personality dimensions were significant: low Harm avoidance ($p = 0.006$) and high Self-directedness ($p = 0.026$), appearing associated with improvement.

Conclusions. The CBT-I group program was globally effective in improving insomnia, detecting that certain clinical and personality profiles benefit the most. More research is needed to determine if they could be patients with different subtypes of insomnia. The temperament dimensions seem to play a relevant role in determining subtypes of insomnia and perhaps we could offer more personalized treatments.

Keywords. Insomnia, cognitive-behavioral therapy, associations to improvement

INTRODUCCIÓN

El trastorno de insomnio (TI) crónico, antes llamado insomnio primario, se define en el DSM-5¹ como la insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño causada por la dificultad para iniciarlo, mantenerlo o por un despertar precoz, que ocurre al menos tres noches por semana durante un mínimo de tres meses pese a existir condiciones favorables para dormir, y que causa un deterioro en el funcionamiento diurno y un malestar clínicamente significativo. No debe explicarse por la coexistencia de trastornos mentales o afecciones médicas, y no puede atribuirse a los efectos de una sustancia. La prevalencia del insomnio según estos criterios es del 6-10%¹, aunque estudios más recientes la elevan al 12-15%^{2,3}, constituyendo el trastorno del sueño más frecuente.

El TI es una entidad heterogénea y compleja, aunque en la actualidad se haya optado por un diagnóstico integrado hasta que pueda caracterizarse con fiabilidad en diferentes fenotipos. Por ejemplo, se han propuesto cinco subtipos de insomnio basados en distintas combinaciones entre *distress* o angustia, sensibilidad a la recompensa y la reactividad frente al entorno o los acontecimientos vitales. Existen diferencias entre dichos subtipos en la trayectoria del desarrollo personal, la respuesta al tratamiento, el riesgo de depresión y la respuesta de los potenciales evocados auditivos cognitivos P300⁴. Además, dos recientes estudios de asociación de genoma completo^{5,6} han relacionado el insomnio con los circuitos neuronales que regulan el estrés y las emociones, la

depresión y la ansiedad, así como con la duración del sueño, la diabetes y las enfermedades coronarias. Así, el insomnio con duración objetiva corta del sueño nocturno, menor de 6 horas, se considera un fenotipo grave asociado a un mayor riesgo cardiovascular, metabólico y neurocognitivo, y podría expresar una predisposición genética al insomnio crónico⁷.

Las guías actuales de práctica clínica, apoyadas en metaanálisis y revisiones sistemáticas sobre los tratamientos eficaces para el manejo del TI, concluyen que la terapia cognitivo conductual para el insomnio (TCC-I) es el tratamiento de elección en el TI en adultos^{8,9}. Entre los componentes bien establecidos de la TCC-I encontramos psicoeducación sobre el sueño, higiene del sueño, control de estímulos, restricción del sueño, entrenamiento en relajación y terapia cognitiva¹⁰. El formato de aplicación puede ser individual o grupal, sin existir diferencias significativas entre ambas en la mejoría de la eficiencia del sueño, el tiempo total de vigilia, los despertares tras el inicio del sueño y la calidad del sueño¹¹. El formato grupal permite, no obstante, una mayor difusión y accesibilidad¹¹ y un menor coste.

Asimismo, con el objetivo de mejorar su aplicación es importante conocer aquellos factores y características de los pacientes que predicen un resultado más exitoso de la terapia. En este sentido, se han estudiado múltiples variables. Con respecto a factores demográficos (edad, género, estado civil, nivel educativo, estado ocupacional) se concluye que no están significativamente relacionados con el resultado de la TCC-I¹²⁻¹⁴. También se ha encontrado que una mayor gravedad del insomnio previa al tratamiento se relaciona con una percepción de menor calidad¹³ y peores resultados de eficiencia del sueño medidos objetivamente¹⁴. Sin embargo, parece ser que la existencia de una mayor perturbación del sueño no implica un mal resultado, obteniéndose grandes reducciones en los síntomas también en este caso, si bien, es menos probable que estos pacientes alcancen puntuaciones normativas ya que parten de valores iniciales más altos^{12,13}. Por otro lado, se ha estudiado el uso de fármacos hipnóticos de forma simultánea a la TCC-I, no encontrándose relación con el éxito de la terapia¹³. En cuanto a la historia psicopatológica, algunos estudios concluyen que esta no puede establecerse como predictora de éxito de la TCC-I^{13,14}. Cuando se han estudiado los síntomas de ansiedad y depresión, se ha llegado a la conclusión de que mayores puntuaciones en estas variables en el pretratamiento se relacionan con mayores mejoras en el sueño tras la TCC-I^{12,13}, o bien que la presencia de sintomatología depresiva preexistente no reduce la eficacia de la TCC-I en pacientes insomnes^{15,16}. Finalmente, con respecto a los mediadores cognitivos, entre los que incluimos creencias y actitudes disfuncionales sobre el sueño y errores de pensamiento, diversos estudios muestran la correlación existente entre la presencia de estos

mediadores y mejores resultados de la TCC-I^{12,13,17,18}, aunque un estudio reciente no encuentra relación¹⁹.

Por consiguiente, aunque la literatura en el tema es escasa, podríamos concluir que tanto los factores demográficos como el uso de fármacos hipnóticos, la historia o antecedentes psicopatológicos y la gravedad del insomnio no han demostrado relacionarse directamente con una mejor respuesta a la TCC. Sin embargo, la presencia de sintomatología ansioso-depresiva así como la presencia de mediadores cognitivos sí que parece relacionarse con una mejor respuesta al tratamiento psicológico. El objetivo del presente trabajo es detectar posibles variables asociadas a la respuesta terapéutica de la TCC-I que permitan discriminar entre aquellos pacientes que mejoran y los que no mejoran, prestando especial atención a factores emocionales y variables de personalidad, aspectos menos estudiados hasta el momento.

METODOLOGÍA

Pacientes

La muestra estuvo constituida por 28 adultos que acudieron con quejas de insomnio a la Unidad del Sueño del Servicio de Neurofisiología Clínica del Hospital Clínico Universitario de Valencia (HCUV) entre enero de 2016 y enero de 2018. Los criterios de selección empleados fueron: a) cumplir criterios para el diagnóstico de TI, tanto de inclusión como de exclusión (ausencia de trastorno mental o médico y de consumo de sustancias), b) ausencia de retraso mental y c) aceptar participar en la terapia grupal dirigida al tratamiento de dicho problema (TCC-I).

Respuesta a TCC-I

La variable criterio para determinar la mejoría en el insomnio tras la TCC-I fue el Índice de Gravedad del Insomnio (ISI)²⁰, que consta de siete ítems que evalúan gravedad del insomnio, satisfacción del sueño, interferencias en el funcionamiento diurno, percepción del problema de sueño por parte de los demás y nivel de preocupación del paciente. El criterio de mejoría fue la disminución de 6 o más puntos en el ISI al mes del post-tratamiento²¹.

Datos sociodemográficos y clínicos

Entre los datos sociodemográficos se estudiaron el sexo, la edad, el estado civil, el nivel educativo y la ocupación. Entre los datos clínicos se recogieron los antecedentes psiquiátricos y la necesidad de consultas psicoterapéuticas posteriores. Se recogieron asimismo una serie de variables clínicas mediante la administración de los siguientes

autoinformes en su versión validada en España, con buenas propiedades psicométricas^{23,25,26,27,29,31,33}:

- Índice de Sintomatología General del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R)²²: Este índice aporta una medida directa del nivel de gravedad de los síntomas psicopatológicos.
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)²⁴: Este cuestionario consta de 21 ítems que evalúan sobre todo síntomas cognitivos y fisiológicos de ansiedad.
- Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Este cuestionario consta de 21 ítems que detectan y evalúan la gravedad de la depresión.

Como variables relacionadas con aspectos emocionales se incluyeron:

- Inventario de expresión de la ira estado-rasgo (STAXI-2)²⁸: Este inventario mide distintas dimensiones de la ira (estado, rasgo, expresión externa, expresión interna, control externo y control interno). Se utilizó el Índice de Expresión de la Ira (IEI) que ofrece una medida general de expresión y control de la ira.
- Cuestionario de regulación emocional (ERQ)³⁰: Consta de 10 ítems los cuales evalúan dos tendencias de respuesta para regular emociones, la reevaluación cognitiva y la supresión emocional.

Como medida de personalidad se utilizó:

- Cuestionario de temperamento y carácter de Cloninger, versión revisada (TCI-R)³²: Es un autoinforme compuesto por 235 ítems más otros 5 de validez. Esta prueba mide cuatro dimensiones de temperamento (Búsqueda de Novedad, Evitación de daño, Dependencia a la recompensa y Persistencia), y tres dimensiones caracteriales (Autodirección, Cooperatividad y Autotranscendencia).

Descripción del programa de intervención

El programa de TCC-I grupal fue fruto de una colaboración entre la Unidad de Sueño (Sección de Neurofisiología Clínica) con la Unidad de Psicología Clínica (Servicio de Psiquiatría). Se realizaron 8 sesiones, con una frecuencia semanal, de una hora y media de duración, dividiéndose el contenido de las mismas en diversos componentes. En primer lugar, se realizó una primera parte psicoeducativa, donde se aportó información a los participantes sobre fisiopatología del sueño así como medidas de higiene del sueño y control de estímulos. Dentro del componente fisiológico se entrenó a los participantes en técni-

cas de desactivación física, como respiración lenta, relajación muscular progresiva de Jacobson³⁴ y mindfulness, entre otras. Se incluyó un componente cognitivo donde se trabajó en la identificación y reestructuración de las distorsiones cognitivas en relación al sueño, así como un componente emocional donde se abordó la identificación, comprensión y gestión de las emociones. Por último, se introdujo la restricción de sueño, entrenamiento en solución de problemas y manejo asertivo de conflictos interpersonales dentro del componente conductual.

Después de la evaluación post-tratamiento, se proporcionó una intervención psicoterapéutica individual de apoyo de dos sesiones para trabajar factores comórbidos de regulación emocional y gestión de conflictos en el mantenimiento del insomnio.

Procedimiento

El diagnóstico de TI se realizó en la Unidad de Sueño, donde se ofreció a los pacientes entrar en el programa de TCC-I grupal. Quienes aceptaron participar fueron evaluados por residentes de psicología clínica, supervisados por una psicóloga clínica, para las medidas descritas, excepto BAI y BDI, que se contestaron en la evaluación diagnóstica. La evaluación post-tratamiento se hizo en la Unidad de Sueño a través de distintas medidas de resultado, de las cuales aquí se emplea el ISI como principal, y que se describen en otro trabajo³⁵. Los datos sociodemográficos y clínicos se obtuvieron mediante entrevista semiestructurada y cuestionarios autoadministrados.

Análisis de datos

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo en la muestra total de todas las variables dependientes analizadas en el estudio.

Se realizó una prueba t de medidas repetidas comparando la evaluación basal con la obtenida en el post-tratamiento para la medida de insomnio (ISI).

Como se ha comentado más arriba, se estableció un grupo de pacientes que mejoró tras la intervención y otro que no mejoró tomando como criterio una disminución de 6 o más puntos en el ISI al mes del post-tratamiento. Para comprobar si existían diferencias en las variables estudiadas entre estos dos grupos se empleó la prueba Chi-cuadrado en variables nominales. Para el resto de variables cuantitativas continuas se realizó un análisis de la varianza multivariado, controlando en este caso por los efectos de la edad, ya que aunque no se encontraron diferencias significativas entre grupos en la misma, sí que había una gran heterogeneidad a este respecto (rango de 31 a 70 años).

Los datos fueron analizados utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS versión 22).

RESULTADOS

Descripción de la muestra

La muestra total de este estudio consta de 28 sujetos, 12 hombres (42,9%) y 16 mujeres (57,1%), de edades comprendidas entre 31 y 70 años (media = 51,64 años, DT = 9,43). Con respecto a los antecedentes psiquiátricos, la mayoría no habían requerido atención previa en este sentido (n = 18; 64,3%). Por otro lado, 4 de los participantes de la terapia grupal requirieron apoyo psicoterapéutico individual tras finalizar la intervención (14,3%) (Tabla 1).

Tabla 1	Descriptivos de datos sociodemográficos, clínicos y de personalidad
	N (%) / Media (D.T.)
SEXO	
Hombre	12 (42,9)
Mujer	16 (57,1)
EDAD	51,64 (9,43)
ESTADO CIVIL	
Sin pareja	5 (17,9)
Con pareja	23 (82,1)
NIVEL ESTUDIOS	
Básico	7 (25)
Medio	14 (50)
Superior	7 (25)
OCUPACIÓN	
Laboralmente activo	21 (75)
Inactivo	7 (25)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	
Sí	10 (35,7)
No	18 (64,3)
PSICOTERAPIA POST	
Sí	4 (14,3)
No	18 (64,3)
IGS SCL-90	65 (26,22)
BDI	12,68 (5,68)
BAI	12,94 (9,87)
STAXI	
Índice Expresión Ira (IEI)	29,22 (10,34)
ERQ	
Reevaluación Cognitiva	27,33 (6,58)
Supresión Emocional	15,96 (6,37)
TCI	
Búsqueda novedad	41,96 (29,14)
Evitación daño	68,32 (29,01)
Dependencia recompensa	41 (22,36)
Persistencia	52,84 (22,24)
Autodirección	36,52 (28,89)
Cooperación	36,32 (28,12)
Trascendencia	45,95 (31,43)

Respuesta a la TCC-I

La TCC-I redujo la puntuación del ISI en el conjunto de la muestra (media pretratamiento: 18,78 (D.T. = 3,36) vs. Media post-tratamiento: 11,11 (D.T. = 5,80); $t = 7,64$, $p < 0,001$, tamaño del efecto d Cohen = 0,16). De ellos, 16 pacientes (57,14 %) mejoraron según el criterio de caída ISI ≥ 6 puntos.

Variables asociadas a la mejoría del ISI

En la Tabla 2 se presentan los resultados correspondientes a la prueba chi-cuadrado realizada en la comparación de los pacientes que mejoran y no mejoran en las distintas variables nominales. En primer lugar, con respecto a las variables demográficas, encontramos diferencias significativas en el nivel de gravedad del insomnio con respecto al sexo ($p = 0,03$), encontrándose que mejoraron más las mujeres. En cambio, no se hallaron diferencias significativas en dicha variable tras el tratamiento en función del estado civil ($p = 0,39$), el nivel de estudios ($p = 0,65$) y la ocupación ($p = 0,38$). Con respecto a las variables clínicas, los antecedentes

Tabla 2	Prueba chi-cuadrado (X^2) comparando los pacientes que mejoran (ISI ≥ 6) y no mejoran (ISI < 6) en las distintas variables dependientes categóricas (sociodemográficas y clínicas)			
	Mejoran ISI ≥ 6 N	No mejoran ISI < 6 N	X^2	p
SEXO				
Hombre	4	8	4,86	0,03
Mujer	12	4		
ESTADO CIVIL				
Sin pareja	2	3	0,73	0,39
Con pareja	14	9		
NIVEL ESTUDIOS				
Básico	4	3	0,87	0,65
Medio	9	5		
Superior	3	4		
OCUPACIÓN				
Laboralmente activo	11	10	0,78	0,38
Inactivo	5	2		
ANT. PSIQUIÁTRICOS				
Sí	6	4	0,05	0,82
No	10	8		
PSICOTERAPIA POST				
Sí	4	0	2,79	0,09
No	10	8		

psiquiátricos ($p = 0,82$) y la necesidad de recibir consultas psicoterapéuticas posteriores al tratamiento grupal ($p = 0,09$) no resultaron tampoco significativas.

En la Tabla 3 se presentan los resultados de la MANCOVA para el resto de variables cuantitativas. Aunque no se encontraron diferencias significativas en la variable edad entre los dos grupos ($p = 0,39$), se controló por su efecto, debido a la gran variabilidad que presentaba. Como puede verse en la tabla, se hallaron diferencias significativas

Tabla 3	MANCOVA comparando los pacientes que mejoran (ISI ≥ 6) y no mejoran (ISI < 6) en las distintas variables cuantitativas (clínicas y de personalidad), controlando por el efecto de la edad			
	Mejoran ISI ≥ 6 Media (D.T.)	No mejoran ISI < 6 Media (D.T.)	F	p
IGS SCL-90	54,22 (26,23)	80,68 (17,32)	9,22	0,006
BDI	12 (5,67)	13,58 (5,82)	0,11	0,74
BAI	13,06 (12)	10,67 (6,27)	0,10	0,75
STAXI				
Índice Expresión Ira (IEI)	29,63 (9,99)	28,64 (11,31)	0,34	0,57
ERQ				
Reevaluación Cognitiva	26,44 (7,92)	28,64 (3,93)	1,27	0,27
Supresión Emocional	15,69 (6,88)	16,36 (5,85)	0,14	0,71
TCI				
Búsqueda novedad	46,93 (31,24)	35,64 (26,30)	1,44	0,24
Evitación daño	55,50 (30,70)	84,64 (16,49)	7,35	0,01
Dependencia recompensa	48 (19,48)	32,09 (23,47)	3,43	0,08
Persistencia	58,42 (24,66)	45,73 (17,25)	2,33	0,14
Autodirección	47,14 (32,10)	23 (17,48)	4,81	0,04
Cooperación	43,07 (29,89)	27,73 (24,31)	1,56	0,23
Trascendencia	47,29 (34,90)	43,36 (26,20)	0,14	0,71

en dicha mejoría tras el tratamiento en función del nivel de psicopatología general medido a través del SCL-90-R ($p = 0,006$), mejorando más aquellos pacientes que obtuvieron menores puntuaciones en esta escala. Sin embargo, no se encontraron dichas diferencias en función del nivel de ansiedad ($p = 0,75$) ni el de depresión ($p = 0,74$). Tampoco se observaron diferencias significativas con respecto al Índice de Expresión de la Ira (IEI) ($p = 0,57$) ni el estilo de regulación emocional, tanto en las estrategias de reevaluación cognitiva ($p = 0,27$) como en las de supresión emocional ($p = 0,71$). En cuanto a las variables de personalidad medidas a través del TCI-R, se halló que aquellos sujetos con puntuaciones más bajas en la escala Evitación del daño ($p = 0,01$) y aquellos con puntuaciones más altas en la dimensión Autodirección ($p = 0,04$) fueron los que mejoraron tras la TCC-I. También encontramos una tendencia a la significación en la dimensión Dependencia a la recompensa ($p = 0,08$), donde los pacientes con puntuaciones más altas en esta dimensión mejoraban más. No se encontraron diferencias entre quienes mejoraron tras la TCC-I y los que no mejoran en ninguna de las otras dimensiones que evalúa el TCI.

CONCLUSIONES

El presente estudio analiza la influencia de una serie de variables sociodemográficas, clínicas, emocionales y de personalidad en la respuesta a la TCC-I en una muestra de pacientes con TI en un contexto de práctica clínica habitual. Al mes de finalizado el tratamiento, la TCC-I resultó eficaz para mejorar el nivel de gravedad del insomnio (ISI) para la muestra globalmente, y casi un 60% lo hizo según el criterio establecido. Mejoraron significativamente las mujeres, los pacientes con menos psicopatología general y aquellos con rasgos de temperamento caracterizados por baja Evitación del daño y con rasgos de carácter consistentes en una alta Autodirección.

Con respecto a las variables socio-demográficas estudiadas, en concordancia con nuestros resultados, ninguno de los estudios revisados ha demostrado que estas sean predictores de la respuesta a la TCC. Únicamente la variable edad ha presentado resultados contradictorios¹²⁻¹⁴. El único dato discordante sería con respecto al género, que en nuestro caso sí aparece asociado a la respuesta terapéutica. No obstante, dado el reducido tamaño muestral estos resultados han de ser tomados con cautela.

Entre las variables clínicas, fueron analizados los antecedentes psiquiátricos, la necesidad de recibir consultas psicoterapéuticas posteriores al tratamiento grupal, el nivel de psicopatología general, el nivel de ansiedad y el de depresión. En nuestro estudio, coincidiendo con la literatura previa^{13,14}, no encontramos que los antecedentes psiquiátricos pudieran establecerse como variable asociada a la respuesta al tratamiento. Por otro lado, tampoco los niveles de ansiedad ni depresión aparecieron asociados a los resultados. En este caso, nuestros datos

no coinciden con la literatura previa, que encuentra que mayores niveles de psicopatología ansioso-depresiva o se asocian a una mejor respuesta en la TCC¹², o al menos, que pacientes con altos niveles de depresión no dejan de beneficiarse del tratamiento psicológico^{15,16}. Esto es así pese a que los contenidos del programa de tratamiento y las medidas de evaluación eran similares. Sin embargo, con respecto a la presencia de síntomas psicopatológicos generales, encontramos que la respuesta de los pacientes en este caso es peor. En nuestra muestra las puntuaciones en ansiedad y depresión son bajas y presentan poca variabilidad, por tanto, no son susceptibles de discriminar entre perfiles de pacientes. Sin embargo, las puntuaciones de psicopatología general son más altas y heterogéneas, pudiéndose en este caso establecerse relaciones, en caso de haberlas. Parecería que un programa TCC centrado en los elementos específicos para el insomnio podría ser útil en pacientes insomnes y especialmente aquellos con un perfil de síntomas ansioso-depresivos, pero si los pacientes presentan más síntomas y síntomas más inespecíficos, probablemente necesiten un tipo de abordaje psicológico, o incluso farmacológico, distinto.

Con respecto a las variables relacionadas con las emociones, contrariamente a lo esperado, ni la medida de control y expresión de la ira ni el estilo de regulación emocional, resultaron ser diferenciadoras entre aquellos que mejoraron y los que no. Se han descrito dificultades en la regulación de emociones en personas con insomnio³⁶. Hipotetizamos que aquellos pacientes con dificultades en el control o la expresión de la ira en particular, o dificultades generales de regulación emocional, sobre todo, con una tendencia a utilizar un estilo de regulación basado en la supresión emocional, generarían y/o mantendrían una mayor activación fisiológica, pudiendo ser un subgrupo que se beneficiara especialmente de la terapia. Como hemos referido, ninguna de estas variables discriminó con respecto a los resultados del tratamiento. Sin embargo, si observamos los datos descriptivos podemos ver que la muestra no presentaba estas características (puntuaciones bajas tanto en el índice de expresión de la ira, así como en el uso de estrategias tanto de reevaluación cognitiva como de supresión emocional). Quizás una muestra más amplia, en la que estuviesen representados pacientes con este tipo de dificultades, arrojaría resultados diferentes.

Por último, se llevó a cabo el análisis de variables de personalidad, encontrándose que puntuaciones altas en la dimensión de temperamento Evitación del Daño predicen un peor resultado. Así, sujetos que responden intensamente ante estímulos aversivos, caracterizándose por ser individuos tímidos, cautelosos o inhibidos socialmente, con alta fatigabilidad y pesimistas ante la anticipación de problemas no se beneficiarían tanto de la terapia como pacientes con puntuaciones bajas en esta dimensión. Con respecto a las dimensiones de carácter, la escala Autodirección apareció relacionada de forma positiva con el

éxito de la terapia. Esto se traduce en que aquellas personas con una fuerte autoestima, una identidad personal sólida, un nivel de madurez adecuado, que cuentan con recursos personales, son proactivos y están comprometidos con sus metas o propósitos, mejorarían más tras la TCC-I.

Hasta donde llega el conocimiento de los autores, no existe ningún estudio que aborde aspectos de personalidad en relación al tratamiento psicológico de pacientes con insomnio. Algunos trabajos estudian aspectos de la personalidad en pacientes insomnes, estando los resultados en consonancia con los nuestros, ya que encuentran que los pacientes con insomnio crónico, en comparación con los controles, presentan puntuaciones más altas en Evitación del Daño, y puntuaciones más bajas en Autodirección³⁷⁻³⁹. Los autores plantearon que los mecanismos serotoninérgicos, implicados tanto en el insomnio como en la dimensión de temperamento Evitación del daño, podrían explicar la alta incidencia de evitación al daño como rasgo de personalidad en la psicofisiología de los pacientes insomnes^{6,37}. Planteamientos más actuales señalan la existencia de subtipos de insomnio con diferentes mecanismos patofisiológicos, que tendrían unas características específicas y un tratamiento diferenciado, más que de un único TI con un mecanismo general subyacente^{4,40}. Queda, por tanto, abierta la posibilidad de que sea este grupo un subtipo de paciente insomne, que respondería peor a un programa de TCC con las características descritas. De hecho, en nuestro trabajo, un último resultado obtenido con la escala TCL-R, fue una tendencia a la significación en otra dimensión de temperamento, la Dependencia a la recompensa. En este caso, los pacientes con puntuaciones más altas en esta dimensión mejoraban más. Precisamente, un estudio reciente determina subtipos de insomnio, entre otros factores, a partir de esta dimensión de temperamento⁴. Esto refuerza la necesidad de hacer más investigación estudiando el temperamento en muestras grandes y lo más heterogéneas posible de pacientes, de cara a determinar subtipos de insomnes y poder ofrecer tratamientos más personalizados.

Como conclusión, nuestro estudio demuestra que la TCC-I administrada en formato grupal es eficaz para mejorar la gravedad del insomnio de forma global y que, en particular, las mujeres, y los pacientes que presentan menores niveles de psicopatología general obtienen un mejor resultado. Por otro lado, pacientes con rasgos de temperamento como la evitación del daño o, quizás también la dependencia a la recompensa, presentan una respuesta diferencial a este tipo de tratamiento psicológico. Investigaciones futuras tendrán que determinar si se trata de pacientes insomnes diferentes con necesidades terapéuticas distintas.

Entre las fortalezas de este estudio querríamos destacar el amplio rango de variables exploradas, así como los aspectos no-

vedosos de incluir estrategias de regulación emocional, control de la emoción ira y sobre todo dimensiones de personalidad. Con respecto a las limitaciones, señalaríamos el tamaño muestral y la heterogeneidad con respecto a las características demográficas y clínicas de los pacientes. Los resultados se refieren a la mejoría a corto plazo, no disponiendo actualmente de resultados a medio plazo. Además, se trató de una evaluación realizada dentro de la práctica clínica habitual, no de un ensayo clínico.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®: American Psychiatric Pub; 2014.
2. Benbir G, Demir AU, Aksu M, Ardic S, Firat H, Itil O, Ozgen F, Yilmaz H, Karadeniz D. Prevalence of insomnia and its clinical correlates in a general population in Turkey. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2015 Sep;69(9):543-52.
3. Pallesen S, Sivertsen B, Nordhus IH, Bjorvatn B. A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population. *Sleep Med*. 2014 Feb;15(2):173-9
4. Blanken TF, Benjamins JS, Borsboom D, Vermunt JK, Paquola C, Ramautar J, et al. Insomnia disorder subtypes derived from life history and traits of affect and personality. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(2):151-163.
5. Jansen PR, Watanabe K, Stringer S, Skene N, Bryois J, Hammerschlag AR, et al. Genome-wide analysis of insomnia in 1,331,010 individuals identifies new risk loci and functional pathways. *Nat Genet*. 2019;51(3):394.
6. Lane JM, Jones SE, Dashti HS, Wood AR, Aragam KG, van Hees VT, et al. Biological and clinical insights from genetics of insomnia symptoms. *Nat Genet*. 2019;51(3):387.
7. Fernandez-Mendoza J. The insomnia with short sleep duration phenotype: an update on its importance for health and prevention. *Curr Opin Psychiatry*. 2017 Jan;30(1):56-63
8. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. 2017;26(6):675-700.
9. Trauer JM, Qian MY, Doyle JS, Rajaratnam SM, Cunnington D. Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2015;163(3):191-204.
10. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL. Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep*. 2006;29(11):1398-1414.
11. Bastien CH, Morin CM, Ouellet M, Blais FC, Bouchard S. Cognitive-behavioral therapy for insomnia: comparison of individual therapy, group therapy, and telephone consultations. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(4):653.
12. Espie CA, Inglis SJ, Harvey L. Predicting clinically significant response to cognitive behavior therapy for chronic insomnia

- in general medical practice: Analyses of outcome data at 12 months posttreatment. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69(1):58.
13. Espie CA, Inglis SJ, Tessier S, Harvey L. The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic insomnia: implementation and evaluation of a sleep clinic in general medical practice. *Behav Res Ther*. 2001;39(1):45-60.
 14. Gagné A, Morin CM. Predicting treatment response in older adults with insomnia. *J Clin Geropsychol*. 2001;7(2):131-143.
 15. Hamoen AB, Redlich EM, de Weerd AW. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: Influence of slight-to-moderate depressive symptom severity and worrying. *Depress Anxiety* 2014;31(8):662-668.
 16. Manber R, Bernert RA, Suh S, Nowakowski S, Siebern AT, Ong JC. CBT for insomnia in patients with high and low depressive symptom severity: adherence and clinical outcomes. *J Clin Sleep Med*. 2011;7(06):645-652.
 17. Edinger JD, Carney CE, Wohlgenuth WK. Pretherapy cognitive dispositions and treatment outcome in cognitive behavior therapy for insomnia. *Behav Ther*. 2008;39(4):406-416.
 18. Sánchez-Ortuño MM, Edinger JD. A penny for your thoughts: patterns of sleep-related beliefs, insomnia symptoms and treatment outcome. *Behav Res Ther*. 2010;48(2):125-133.
 19. Lovato N, Lack L, Wright H, Kennaway DJ. Predictors of improvement in subjective sleep quality reported by older adults following group-based cognitive behavior therapy for sleep maintenance and early morning awakening insomnia. *Sleep Med*. 2013;14(9):888-893.
 20. 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.
 21. Yang M, Morin CM, Schaefer K, Wallenstein GV. Interpreting score differences in the Insomnia Severity Index: using health-related outcomes to define the minimally important difference. *Curr Med Res Opin*. 2009;25(10):2487-2494.
 22. Derogatis LR. SCL-90-R: Administration, scoring & procedures manual-II for the (revised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series. *Clinical Psychometric Research*. 1992:1-16.
 23. González de Rivera, JL, De las Cuevas C, Rodríguez M, Rodríguez F. Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, L. Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones 2002.
 24. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893.
 25. Sanz J, Navarro ME. Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in university students. *Ansiedad y Estrés* 2003;9:59-84.
 26. Magán I, Sanz J, García-Vera MP. Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *Span J Psychol*. 2008;11(2):626-640.
 27. Sanz J, Navarro ME, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Anál. Modif. Conducta* 2003;29(124):239-288.
 28. Spielberger CD, Sydeman SJ, Owen AE, Marsh BJ. Measuring anxiety and anger with the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI). 1999.
 29. Miguel-Tobal JJ, Casado MI, Cano-Vindel A, Spielberger CD. Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo 2-(STAXI-2), adaptación española. 2001.
 30. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003;85(2):34
 31. Cabello R, Salguero JM, Fernández-Berrocal P, Gross JJ. A Spanish adaptation of the emotion regulation questionnaire. *Eur Journal Psychol Assess*. 2013.
 32. Cloninger CR. The temperament and character inventory-revised. St Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washington University 1999.
 33. Gutierrez-Zotes JA, Bayon C, Montserrat C, Valero J, Labad A, Cloninger CR, et al. Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R). Standardization and normative data in a general population sample. *Actas Esp de Psiquiatr*. 2004;32(1):8-15.
 34. Jacobson E. Progressive muscle relaxation. Interview Behaviour. *J Abnorm Psychol*. University of Chicago Press, Chicago, 1938;75(1):18.
 35. De Entrambasaguas M, Aiko-Gesler M, Luciano E, Dominguez-Cabañero EM, Terres B, Diego-Castano S, et al. Terapia grupal cognitivo-conductual para el insomnio: evaluación de resultados tras su introducción en un departamento de salud. *Rev Neurol*. 2020; 70: 246-50. doi: 10.33588/rn.7007.2019385.
 36. Palagini L, Moretto U, Dell'Osso L, Carney C. Sleep-related cognitive processes, arousal, and emotion dysregulation in insomnia disorder: the role of insomnia-specific rumination. *Sleep Med*. 2017;30:97-104.
 37. de Saint Hilaire Z, Straub J, Pelissolo A. Temperament and character in primary insomnia. *Eur Psychiatry*. 2005;20(2):188-192.
 38. An H, Park J, Jang E, Chung S. The impact of temperament and character on the efficacy of nonpharmacologic treatment of primary insomnia. *Compr Psychiatry*. 2012;53(2):201-207.
 39. Lee S, Kim SJ, Park JE, Cho SJ, Cho IH, Lee YJ. Biogenetic temperament and character in insomnia and depression. *J Psychosom Res*. 2012;72(5):383-387.
 40. Benjamins JS, Migliorati F, Dekker K, Wassing R, Moens S, Blanken TF, Te Lindert BHW, Sjauw Mook J, Van Someren EJW. Insomnia heterogeneity: Characteristic to consider for data-driven multivariate subtyping. *Sleep Med Rev*. 2017;36:71-81.