PsiQuia JOURNAL
Revista Científica de Psicología, Psiquiatría y Educación
Volumen 2, Número 1
Marzo a diciembre de 2022
Páginas 52-72

Eficacia de aceptación y cambio de conducta para insomnio (ACC-I): Serie de casos

Efficacy of acceptance and behavior change to treat insomnia (ABC-I): case series

Eficácia da aceitação e mudança de comportamento no tratamento da insônia (ABC-I): série de casos

Horacio Balám Álvarez García[1]

Fecha de recepción: 05 de julio de 2022.
Fecha de aprobación: 20 de agosto de 2022.
Conflictos de interés: ninguno que declarar.

Resumen

El insomnio es el trastorno de sueño de mayor prevalencia a nivel mundial, derivado de la pandemia por COVID-19 se ha observado un incremento en la población mundial. Actualmente la Terapia Cognitivo Conductual para Insomnio representa el tratamiento de primera elección, sin embargo, se ha reportado una alta tasa de abandono y baja adherencia. Debido a ello, han surgido tratamientos complementarios como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) que ha mostrado tener buenos resultados. El objetivo de la presente investigación es manifestar la eficacia del protocolo de Aceptación y Cambio de Conducta para Insomnio en parámetros de sueños. Se realizó un reporte de caso con mediciones pretratamiento, postratamiento y seguimiento al mes en tres hombres (n=3) con insomnio crónico. Los instrumentos utilizados fueron el Índice de Severidad del Insomnio (ISI), la Escala Atenas de Insomnio (EAI), Índice de calidad de sueño de Pittsburg (PSQI), Escala de Somnolencia Epworth (ESE) y el diario de sueño. Se observó una disminución de puntajes en los cuestionarios ISI (Pre=13; Post=3; Seg. =2; CCO= 76.9%), EAI (Pre= 17; Post=4; Seg=2, CCO=76.4%), ESE (Pre= 14; Post=2; Seg=2, CCO=85.7%) y PSQI (Pre= 15; Post=4; Seg=3, CCO=73.3%) de los tres participantes. Discusión: A pesar de los resultados clínicos favorables se sugiere tomar los datos con precaución debido al tamaño de la muestra tan reducido y al diseño metodológico. Sin embargo, se concluye que la intervención fue clínicamente significativa y cubrió las necesidades de los participantes.

Palabras clave: insomnio, sueño, terapia de aceptación y compromiso.

[1] Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), hbgarcia_mosh11@hotmail.com, https://orcid.org/0000-0001-9533-2515, México.

Abstract

Insomnia is the most prevalent sleep disorder worldwide, derived from the COVID-19 pandemic, an increase in the world population has been observed. Currently, Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia represents the first choice treatment, however, a high dropout rate and low adherence have been reported. Due to this, complementary treatments such as Acceptance and Commitment Therapy (ACT) have emerged, which have shown good results. The objective of this research is to demostrate the efficacy of the Acceptance and Behavior Change protocol for Insomnia in dream parameters. Methodology: A case report was made with pre-treatment, post-treatment and follow-up measurements at one month in three men (n=3) with chronic insomnia. The instruments used were the Insomnia Severity Index (ISI), the Athens Insomnia Scale (EAI), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Epworth Sleepiness Scale (ESE), and the sleep diary. Results: a decrease in scores was observed in the ISI questionnaires (Pre=13; Post=3; Seg. =2; CCO= 76.9%), EAI (Pre= 17; Post=4; Seg=2, CCO=76.4%), ESE (Pre= 14; Post=2; Seg=2, CCO=85.7%) and PSQI (Pre= 15; Post=4; Seg=3, CCO=73.3%) of the three participants. Discussion: Despite the favorable clinical results, it is suggested to take the data with caution due to the small sample size and the methodological design. However, it is concluded that the intervention was clinically significant and met the needs of the participants.

Keywords: insomnia, sleep, acceptance and commitment therapy.

Resumo

A insônia é o distúrbio do sono mais prevalente em todo o mundo, derivado da pandemia de COVID-19, um aumento na população mundial tem sido observado. Atualmente, a Terapia Cognitivo-Comportamental para Insônia representa o tratamento de primeira escolha, no entanto, uma alta taxa de abandono e baixa adesão têm sido relatadas. Devido a isso, surgiram tratamentos complementares como a Terapia de Aceitação e Compromisso (TCA), que têm mostrado bons resultados. O objetivo desta pesquisa é demonstrar a eficácia do protocolo de Aceitação e Mudança de Comportamento para Insônia em parâmetros oníricos. Metodologia: Foi feito um relato de caso com medidas pré-tratamento, pós-tratamento e seguimento de um mês em três homens (n=3) com insônia crônica. Os instrumentos utilizados foram o Insomnia Severity Index (ISI), Athens Insomnia Scale (EAI), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Epworth Sleepiness Scale (ESE) e o diário do sono. Resultados: observou-se diminuição dos escores nos questionários ISI (Pre=13; Pós=3; Seg. =2; CCO= 76,9%), IAE (Pré= 17; Pós=4; Seg=2, CCO=76,4%), EEE (Pre= 14; Pós=2; Seg=2, CCO=85,7%) e PSQI (Pre= 15; Pós=4; Seg=3, CCO=73,3%) dos três participantes. Discussão: Apesar dos resultados clínicos favoráveis, sugere-se tomar os dados com cautela devido ao pequeno tamanho da amostra e ao desenho metodológico. No entanto, conclui-se que a intervenção foi clinicamente significativa e atendeu às necessidades dos participantes.

Palavras-chave: insônia, sono, terapia de aceitação e compromisso.

Todo el contenido de **PsiQuia Journal**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.

Como citar: Álvarez García, H. B. (2022). Eficacia de aceptación y cambio de conducta para insomnio (ACC-I): serie de casos. *PsiQuia Journal* 1(1), 52-72.

INTRODUCCIÓN

El insomnio es un trastorno de sueño caracterizado por la dificultad en el inicio, mantenimiento y consolidación de sueño; a pesar de contar con las condiciones adecuadas para el mismo, repercutiendo en el funcionamiento diurno de la persona y afectando en diferentes áreas como son: laboral, social, familiar o educativa. De acuerdo con su duración se divide en: insomnio crónico, de corta duración y otro tipo de insomnio (American Academy Sleep Medicine, 2014).

Se estima que el costo en salud pública de la insuficiencia de sueño se encuentra entre los $17.88 billones y $27.33 billones de dólares para personas adultas (Hillman, et al, 2018). Esta carga económica, ha visto un aumento en los últimos 16 años, llegando a estimarse que el costo por pérdidas directas oscila en 4524 millones de dólares, lo que impacta en los presupuestos en gastos públicos (Hillman, et al, 2006).

Aunado a ello, la privación de sueño derivada del insomnio incrementa la probabilidad de padecer accidentes automovilísticos, desarrollar enfermedades crónicas degenerativas y disminuir el rendimiento laboral (Sigurdson & Ayas, 2007). Estos problemas impactan de manera monetaria al incrementar el número de visitas a servicios de salud teniendo un costo de entre 13.9 billones y 17.5 billones de dólares anuales (Colten & Altevogt, 2006).

El arribo del coronavirus (COVID-19) a finales del año 2019, marcó un cambio en los sistemas de salud a nivel mundial que terminó con el confinamiento como recurso sanitario de control para disminuir la propagación del virus (World Health Organization, 2020). Esto tuvo como consecuencia una serie de cambios en el estilo de vida (teletrabajo, disminución de contacto físico con seres queridos, etc) que tuvieron un impacto en la salud (física y mental; Bao, et al, 2020) y patrones de sueño (Morin & Carrier, 2021) de la población mundial. Un claro ejemplo lo encontramos en el personal de salud que atendió la emergencia sanitaria, los cuales presentaron insomnio (38.1%), con una alta comorbilidad con ansiedad (23.2%) y sintomatología depresiva (22.8%) (Pappa, et al, 2020). Por otra parte, los pacientes sobrevivientes a hospitalización por COVID 19 han desarrollado trastornos mentales similares al personal de salud como: insomnio (40%) con alta

comorbilidad con ansiedad (42%), trastorno por estrés postraumático (TPEP) (28%), depresión (31%) y trastorno obsesivo compulsivo (20%) (Mazza, et al, 2020)

Bajo este panorama, la Terapia Cognitivo Conductual para insomnio (TCC-I), se posicionó como el tratamiento de primera elección debido a su alta eficacia y flexibilidad en su aplicación (Cheung, et al, 2019). Dicho tratamiento está enfocado en modificar los factores perpetuanes del insomnio; para ello se utilizan un conjunto de técnicas como son: terapia de control de estímulos (TCE), restricción de sueño (RS), relajación muscular progresiva (RMP), terapia cognitiva e higiene de sueño. El tratamiento estándar se divide en 12 sesiones semanales de 50 minutos de duración, que puede ser implementada de forma individual o grupal a ya sea de manera presencial, en teleconsulta o de forma asincrónica (Ye, et al, 2016; Thiart, et al, 2016).

Sin embargo, la TCC-I ha mostrado tener una alta tasa de abandono y baja adherencia terapéutica debido a que las técnicas llegan a ser contraintuitivas para los pacientes, siendo la TCE y la RS las más difíciles de implementar (Agnew, et al, 2021). Debido a esto los investigadores han comenzado a desarrollar tratamientos psicológicos alternativos en los que se encuentran la acupuntura (Yin, et al, 2017), los basados en atención plena (Ong, & Smith,2017; Kim, 2021) y recientemente la terapia de aceptación y compromiso (ACT; Dalrymple, et al, 2010; Salari, et al, 2021).

ACT es un tratamiento psicológico, que tiene sus bases filosóficas en el contextualismo funcional (Hayes & Fryling, 2019), aunado a un grueso número de experimentos desde la teoría de los marcos relacionales (Barnes-Holmes, & Harte, 2022) y que conceptualiza el sufrimiento humano desde un patrón de inflexibilidad psicológica que se define como una respuesta de evitación ante las experiencias privadas (por ejemplo; emociones, pensamientos o sensaciones físicas; Kirk, et al, 2021). Teniendo como herramientas de cambio seis procesos centrales denominados: difusión, momento presente, aceptación, yo contexto, acción comprometida y valores (Hayes, et al, 2012; Hayes, 2016).

Con respecto al insomnio, la ACT conceptualiza la baja adherencia al tratamiento como un patrón de evitación experiencial, debido a que la persona percibe como aversivas las instrucciones, esto se centra en la fusión cognitiva entre los pensamientos asociados a la

falta de sueño, los deseos por mejorar la calidad de sueño y las repercusiones que tiene durante el dia. Esto pensamientos mantienen el estado de activación fisiológica, lo que es percibido como desagradable y es evitado bajo un patrón de reforzamiento negativo (Ong, et al, 2012; Zakiei, et al, 2021).

Bajo esta premisa, se han realizado algunos estudios piloto y ensayos clínicos aleatorizados que han mostrado resultados alentadores al incrementar la adherencia al tratamiento y mejorando los indicadores de sueño (por ejemplo; calidad de sueño, tiempo total de sueño, severidad de insomnio, noches de insomnio y somnolencia diurna) perfilándose como un tratamiento alternativo a la TCC-I (El Rafihi-Ferreira, et al, 2021; El Rafihi-Ferreira, et al, 2022).

Con estos antecedentes, el presente trabajo tuvo por objetivo analizar la eficacia del protocolo de Aceptación y cambio de conducta para insomnio (ACC-I) en tres pacientes varones con insomnio crónico. ACC-I es un protocolo basado en ACT que busca mejorar la adherencia terapéutica al tratamiento del insomnio a través de los seis procesos centrales (Fiorentino, et al, 2020). Para lograr el objetivo se realizó una traducción y adaptación del protocolo original (Ver tabla 1) a las características de la muestra, después se implementó de forma presencial individualmente con una duración de 50 minutos cada sesión y así finalmente se analizaron los resultados.

Tabla 1

ACC-I versión en español

Sesión	Objetivos principales	Procesos ACT/TCC-I	Ejercicios
1.-Aprendiendo cómo surfear.	-Mejorar la motivación para adherirse a prescripciones conductuales. -Comprender la inutilidad de intentar controlar el sueño. -Proporcionar educación sobre el sueño (definir insomnio, las etapas del sueño y la macroestructura del sueño).	-Valores. -Aceptación. -Consciencia. -Acción comprometida. -Educación de sueño. -Higiene del sueño. - TCE.	Psicoeducacion: qué es el insomnio y qué es importante para ti. Metáforas: -La trama de dedos -Surf en las olas. Ejercicio: -Hojas en un arroyo Autorregistros: - Dibujar la vida con / sin insomnio

	-Aprender hábitos de estilo de vida que mejoran el sueño y los que obstaculizan el sueño. -Fomentar la aceptación de la experiencia de malestar en nombre de acciones comprometidas que son de valor impulsado.		-Plan de acción para la semana –Diario de sueño
2.-Renovando tu hogar.	-Aprender sobre procesos circadianos del sueño. -Comprender la razón de la restricción de sueño.	-Valores. -Aceptación. -Consciencia. -Acción comprometida. -Restricción de sueño.	Metáforas: -Masa para pizza. -Senderismo. -Renovando tu hogar. Autorregistros: - Plan de acción para la semana. –Diario de sueño.
3.-Tomando tu Mente para caminar.	–Ajustar el tiempo en la cama. -Comprender el concepto de sucio versus incomodidad limpia. –Experimente la defusión cognitiva.	-Valores. -Aceptación. -Consciencia. -Acción comprometida. -Defusión cognitiva. -Yo como contexto.	Metáforas: - El vaso sucio. -La dos escaleras. Ejercicio: - Toma tu mente por un paseo. Autorregistros: - Plan de acción para la semana. –Diario de sueño.
4.-Aceptación y compromiso	–Ajustar el tiempo en la cama. -Revisar los elementos aprendidos.	-Valores. -Aceptación. -Consciencia. -Acción comprometida. -Defusión cognitiva. -Yo como contexto.	Autorregistros: - Plan de acción para la semana. –Diario de sueño.
5.- Esta noche no, mañana	–Ajustar el tiempo en la cama. -Repasar las técnicas para la prevención de recaídas.	-Valores. -Aceptación. -Consciencia. -Acción comprometida. -Defusión cognitiva. -Yo como contexto.	Ejercicio: - Plan de acción para prevención de recaídas.

Sesión 1 “Aprendiendo cómo surfear”

Se inicia la sesión haciendo psicoeducación sobre sueño e insomnio, después se introduce un ejercicio de escritura donde el paciente debe de anotar lo que es importante para él. Este ejercicio fue creado fomentar la conciencia del paciente de lo que hace que su vida sea significativa (por ejemplo, la familia, amigos, trabajo, salud, religión) y la conexión entre tener insomnio y el alejamiento a estas áreas de la vida (por ejemplo, "cuando duermo mal soy menos capaz de concentrarme en el trabajo "," cuando no puedo dormir, estoy más irritable con mis amigos y mi familia "). Aunado a ello se busca establecer el vínculo entre los efectos del insomnio y los aspectos negativos en la vida del paciente. Con ello, se espera aumentar su motivación para implementar las conductas que mejorarán su sueño incluso cuando estos son notoriamente desafiantes (por ejemplo, cambiar la vida hábitos de estilo).

Durante la sesión se utilizan las metáforas de “Surfear en las olas” y “La trampa de dedos”. Las metáforas están diseñadas para transmitir dos aspectos importantes, el primer aspecto es la PREPARACIÓN. Como un surfista se prepara para tener una buena práctica, como es: entrenar, correr, tener buena alimentación, por lo que el paciente puede prepararse dormir bien por la noche siguiendo las reglas de higiene del sueño, como evitar las siestas, evitar cafeína y ejercicio en los momentos óptimos. El segundo aspecto involucra el ABANDONAR EL CONTROL sobre el sueño fomentando una actitud consciente y de aceptación hacia cuándo llegará el sueño (como un corredor esperando el dia del maratón). Además, se hace énfasis que lo que puede percibirse como contradictorio (por ejemplo, dejar de intentar conciliar el sueño, restricción del sueño) puede tener un efecto benéfico como es promover el sueño.

Una vez aplicadas estas metáforas, utilizamos el ejercicio de meditación “Hojas en un arroyo”. Primero se guía al paciente para que centre su atención en la respiración y que note las sensaciones en el cuerpo, después continuamos, pidiéndole que visualice sus pensamientos como hojas que fluyen hacia abajo en una corriente. Este ejercicio se utiliza para explicar los conceptos de la atención plena (estar en el momento presente y su experiencia de estar vivo con tu respiración, tus sensaciones, etc.) y la defusión cognitiva (si puedes imaginar tus pensamientos como hojas en un arroyo, no puedes ser tu pensamientos).

Para finalizar la sesión, pedimos al paciente que utilice su autorregistro y que dibuje su vida con insomnio en una hoja de papel y en otra hoja dibuje su vida sin insomnio. Este ejercicio tiene un doble objetivo. Primero, ayudar a recordarle los aspectos de su vida que ha descuidado a causa del insomnio. En segundo lugar, la capacidad de visualizar una vida sin insomnio es el primer paso para tener la voluntad de planificar e implementar los cambios necesarios para lograr un buen sueño.

Sesión 2 "Renovando tu hogar"

Se inicia la sesión revisando el diario de sueño y discutiendo los puntos de la sesión anterior. Una vez revisado, se comienza a trabajar con la metáfora "masa de pizza". Esta metáfora se utiliza para describir mejor el concepto de calidad del sueño (sueño consolidado en oposición a interrumpido) y cómo se trabaja la TCE y la RS para así consolidar el sueño, a través de la equivalencia hacemos la analogía como si estuviéramos haciendo la masa para una pizza, y luego al expandir el sueño como si estuviéramos extendiendo la masa para hacer la Pizza.

Después utilizamos las metáforas del "Senderismo" y "renovando tu hogar", para ayudar a los pacientes a darse cuenta de que hay otras cosas en la vida en las que las cosas empeoran (las rutas de senderismo a menudo van temporalmente en la dirección opuesta a la cima de la montaña; las casas pueden verse completamente desordenadas mientras restauramos) antes de que mejoren (llegas a la cima de la montaña; tu casa está completamente reformada). Finalmente cerramos la sesión con nuestro plan de acción para la semana y se deja de tarea el diario de sueño.

Sesión 3 "Tomando tu mente para caminar"

Iniciamos la sesión repasando el diario de sueño y nuestro plan de acción, damos retroalimentación y discutimos sobre los conceptos abordados en la sesión anterior. Una vez realizado esto iniciamos con el Ejercicio visualización llamado "Toma tu mente para caminar". En este ejercicio el terapeuta guía al paciente a visualizar (1) su insomnio y (2) sus sentimientos y pensamientos sobre tener insomnio como dos objetos diferentes frente a ellos. Los beneficios de este ejercicio son dos: primero, imaginar el insomnio como un objeto fuera de uno mismo, ayuda al paciente a darse cuenta de que hay más en el paciente

que él. En segundo lugar, este ejercicio ayuda al paciente a comprender mejor el concepto de malestar.

Terminado el ejercicio se procede a utilizar la metáfora “el vaso sucio” para explicar los conceptos de incomodidad “limpia” versus “sucia”. Estos conceptos se refieren a la diferencia entre experimentar incomodidad mientras se acepta como es (incomodidad limpia, por ejemplo, “Me corto mientras corto verduras mientras cocino. El corte duele, mi mano esta sangrado”), versus aplicar un juicio negativo a la experiencia del incomodidad (malestar sucio, por ejemplo, "No puedo creer que me corté, soy tan torpe"). Esta diferencia es un paso hacia la capacidad de reconocer el auto juicio negativo. Una vez que se ha trabajado esta diferencia, se anima al paciente a abordar su incomodidad por no dormir con aceptación en lugar de críticas.

Una vez terminado este ejercicio, utilizamos una última metáfora llamada “las dos escaleras”. Esta metáfora describe las relaciones entre la voluntad de experimentar la vida con una incomodidad general o una incomodidad negativa. Se pone en equivalencia el concepto de insomnio (con ese matiz de incomodidad negativa) en un lado de la escalera y en el otro lado el insomnio sin juicios y aceptándose (con una incomodidad general). El objetivo es que el paciente identifique como el seguir tomando el insomnio como incomodidad negativa lo mantendrá en el problema o bien puede elegir tomar el insomnio como una incomodidad negativa lo puede llevar a lo que es importante para él. Finalmente se termina la sesión con el plan de acción para la semana y el diario de sueño.

Sesión 4. Aceptación y compromiso

En esta sesión se repasa el plan de acción de la semana y los avances en el diario de sueño, para después hacer una discusión general de las dudas o problemas que se hayan tenido en la aplicación de alguna de las indicaciones generales. En caso de existir alguna se repasan los conceptos a través de las metáforas ante revisada, así como los ejercicios. Finalmente se termina la sesión con el plan de acción para la semana y el diario de sueño.

Sesión 5. Esta noche no, mañana

En esta última sesión iniciamos repasando el plan de acción y finalmente pasamos a dudas generales sobre el tratamiento. Finalmente le pedimos al paciente nos explique un posible

plan de acción para futuras recaídas y le brindamos un último ejercicio en forma de mantra llamado "esta noche no, mañana por la noche" el cual tiene como objetivo ser un relajante que debe repetirse durante la noche o el día después de la mala noche de sueño.

MÉTODO

Diseño

Se realizó un reporte de caso con mediciones pretratamiento, postratamiento y seguimiento al mes.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por tres hombres (n=3) en un rango de edad de 30 a 40 años. Los tres eran profesionistas del área de salud que acudieron a consulta privada derivados de su servicio de salud. Dos eran solteros y uno se encontraba divorciado. Al momento de la evaluación los tres cumplían con los criterios diagnósticos de insomnio crónico. Antes de iniciar el estudio se les brindó el consentimiento informado.

Caso 1 JR

Es un hombre de 30 años que se desempeña como enfermero en un centro de salud cercano a su lugar de residencia. Es soltero y vive con sus padres. Dentro de los antecedentes heredofamiliares no se observaron factores relevantes para el inicio del insomnio. Menciona que su problema inició hace 8 meses, cuando le notificaron su cambio de centro de trabajo y turno. Debido a ello, el comenzó a acostarse más tarde (1:00 am) y levantarse cerca del mediodía (11:00 am), sin embargo, menciona sentirse poco descansado y presentar somnolencia durante el día lo ha impactado en su desempeño laboral.

Caso 2 G.

Es un varón de 40 años que se desempeña como odontólogo en el sector privado. Al momento del estudio se encontraba divorciado y tenía dos hijos con su expareja. No se observaron antecedentes heredofamiliares de relevancia, sin embargo, se observaron hábitos de riesgo a la salud como tabaquismo y consumo regular de alcohol. Menciona que su problema inició hace dos años cuando comenzó el proceso de divorcio, el estrés al que

estaba sometido le llevaron a estar despierto durante la noche y dormir entre tres y cuatro horas por noche. Sin embargo, una vez que el proceso terminó, no logró recuperar su patrón de sueño regular. Al momento de la intervención su horario de acostarse era a las 10:00 pm, sin embargo, no logra conciliar el sueño hasta las 2:00 am, teniendo como consecuencia cansancio durante el día.

Caso 3 A

Es un varón de 37 años que se desempeña como terapeuta físico en un hospital privado de la Ciudad de México. Está soltero y vive en un apartamento compartido con dos personas. Es el hijo menor, tiene 3 hermanos, sin embargo, no los frecuenta desde la muerte de sus padres. Menciona que su problema inició hace 6 meses, cuando comenzó a trabajar en el turno matutino en el hospital. Refiere que él estaba acostumbrado a dormir hasta la madrugada y despertarse al mediodía, sin embargo, al modificar su horario comenzó a tener dificultades para iniciar el sueño, por lo que comenzaba a dar vueltas en la cama hasta lograr dormirse, sin embargo, debía despertarse a las 5:00 am para asearse y llegar a tiempo a su trabajo, por lo que su promedio de horas de sueño oscila en tres por día, lo que le hacía estar con sueño durante su turno de trabajo. Para contrarrestar esto tomaba siestas una vez que salía del trabajo, sin embargo, esto tenía como consecuencia una vigilia más prolongada.

Instrumentos

Para realizar las mediciones se utilizaron las siguientes pruebas:

Índice de severidad del insomnio (ISI): Cuestionario autoaplicable que evalúa el impacto del insomnio durante el día y la noche. Está compuesto por cinco ítems que se califican en escala Likert que va de 0 (nada) a 4 (muy grave). La puntuación total se valora de la siguiente manera: 0-7 = ausencia de insomnio clínico, 8-14 = insomnio subclínico, 15-21 = insomnio clínico (moderado), 22-28 = insomnio clínico (grave); se debe mencionar que este instrumento tiene un alpha de Cronbach de 0.82 (Fernandez-Mendoza, et al, 2012).

Índice de calidad de sueño de Pittsburg (PSQI): Cuestionario autoaplicable que evalúa los síntomas de insomnio, síntomas de otros trastornos del dormir, calidad de sueño; así como síntomas diurnos. Se compone de 24 reactivos, de los cuales 19 se suman para sacar un

puntaje global. Se evalúa en escala Likert de 0 (bastante buena) a 3 (bastante mala). La puntuación total tiene un rango de 0 a 21 puntos; una puntuación total entre 0 y 5 indica buena calidad de sueño; en comparación a una puntuación total mayor a 5 puntos que se interpreta como una mala calidad de sueño, en población mexicana obtuvo un alpha de Cronbach de 0.78 (Jiménez-Genchi, et al, 2008)

Escala Atenas de Insomnio (EAI): cuestionario autoaplicable que evalúa el impacto del insomnio en cuatro dimensiones: tiempo total de sueño, calidad del sueño e impacto de síntomas diurnos (solamente son tres, falta la cuarta síntomas de insomnio). Está compuesto por 8 reactivos que se califican en escala Likert de 0 (ningún problema) a 3 (no durmió en absoluto). La puntuación total se obtiene sumando los reactivos. La puntuación total entre 0 y 6 se interpreta sin insomnio, entre 7 y 12 insomnio leve, entre 13 y 18 insomnio moderado y mayor que 18 corresponde a insomnio severo. En población un estudio realizado en México obtuvo un alpha de Cronbach de 0.90 (Nenclares Portocarrero & Jimenez Genchi, 2005).

Escala de Somnolencia Epworth (ESE). Cuestionario auto aplicable que evalúa la propensión a quedarse dormido en ocho situaciones cotidianas. Está compuesto por ocho reactivos que se califican en una escala Likert de cuatro puntos que van de 0 (ninguna probabilidad) a 3 (alta probabilidad. La sumatoria total de los reactivos oscilan entre 0 a 24 y su interpretación se considera: 0-10 somnolencia normal, 10-12 somnolencia margina y mayor de 12 como somnolencia excesiva. En población mexicana cuenta con un alpha de Cronbach de 0.89(Sandoval-Rincón al, 2013).

Diario de sueño. Formato de autorregistro que evalúa de forma subjetiva, el número de noches de insomnio (NNI), la calidad subjetiva de sueño (CSS) y el tiempo subjetivo de sueño (TSS), el tiempo total de sueño (TSS) y la latencia de inicio de sueño (LSS; Carney, et al, 2012).

Análisis de datos

Ya que el tamaño de la muestra era reducido se optó por utilizar el Índice de Cambio Clínico Objetivo (CCO) expresado en porcentaje (Cardiel, 1994) para comparar los cambios de puntaje entre el pre, post y seguimiento en las escalas ISI, EAI, PSQI y ESE además de los

parámetros del diario de sueño. El CCO se obtiene calculando la diferencia entre la post evaluación (o seguimiento) y la preevaluación dividida entre esta última, indicando que un porcentaje ≥ al 20% es clínicamente significativo. Este índice es recomendado para evaluar la significancia clínica de los efectos de un tratamiento psicológico. El mismo se hizo a través del programa de paquetería Excel para pc. Finalmente, los indicadores del diario de sueño se analizaron a través de la inspección visual debido a que no se contaban con registros electrofisiológicos para comparar correlación.

RESULTADOS

En la tabla 2 se muestra de manera global los % CCO de los tres participantes en el postratamiento y seguimiento respectivamente por cada uno de los cuestionarios. Como se puede observar la diminución en cada uno fue clínicamente significativa viendo reflejado en la disminución de severidad, sintomatología de insomnio y somnolencia diurna, así como una mejoría en la calidad de sueño.

Tabla 2

Resultados y % CCO de los participantes

Instrumentos	**Participante**											
	1				**2**				**3**			
	Pre	**Post**	**Seg.**	**% CCO**	**Pre**	**Post**	**Seg.**	**% CCO**	**Pre**	**Post**	**Seg.**	**% CCO**
ISI	13	3	2	76.9%	14	5	3	64.2%	16	3	5	81.2%
PSQI	15	4	3	73.3%	16	2	5	87.5%	14	4	4	71.4%
EAI	17	4	2	76.4%	17	3	5	82.3%	15	3	4	80.0%
ESE	14	2	2	85.7%	16	3	4	81.2%	17	3	5	82.3%
Promedio %	78.0%				78.8%				78.7%			

Continuando con el análisis individual, podemos observar que para el caso de JR los puntajes del ISI mejoraron considerablemente (CCO= 76.9%) al disminuir diez puntos, pasando de un insomnio subclínico (Pre=13) a una ausencia de insomnio (Post=3) que se mantuvo en el seguimiento al mes (Seg. =2). Estos resultados concuerdan con lo observado en el EAI (Pre= 17; Post=4; Seg=2, CCO=76.4%), ESE (Pre= 14; Post=2; Seg=2, CCO=85.7%) y PSQI (Pre= 15; Post=4; Seg=3, CCO=73.3%). Con respecto al caso de G, destaca la mejoría en

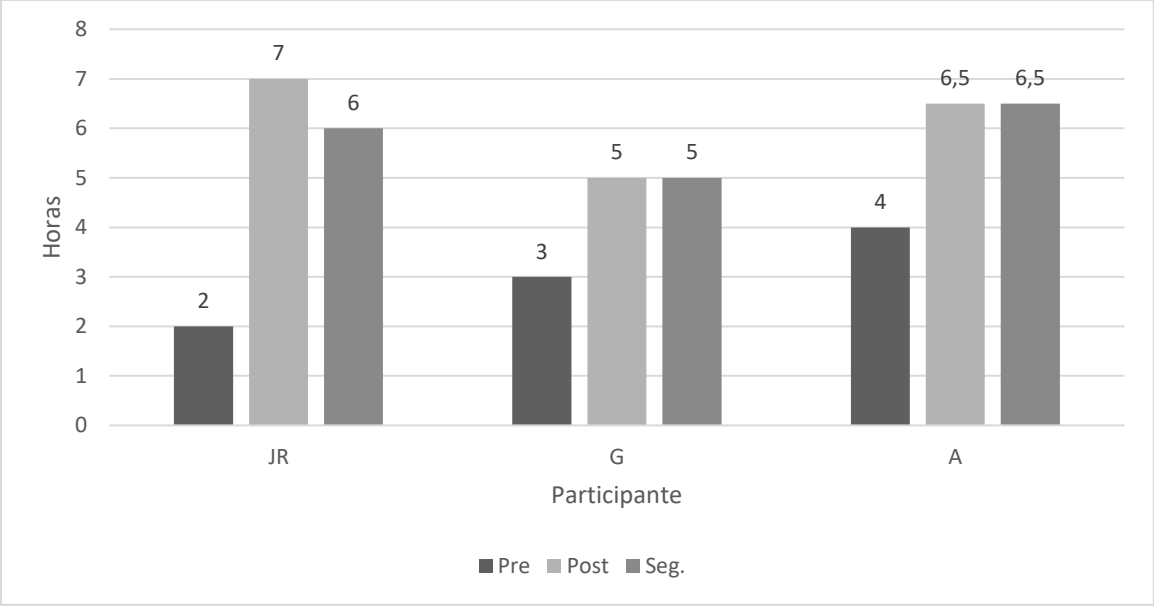
el PSQI (Pre= 16; Post=2; Seg=5, CCO=87.5%) ya que, a pesar del posible aumento en el seguimiento, de acuerdo con los puntos de corte, mantenía una buena calidad de sueño, esto concuerda con las mejoras observadas en el

EAI (Pre= 17; Post=3; Seg=5, CCO=82.3%), ESE (Pre= 16; Post=3; Seg=4, CCO=81.2%) e ISI (Pre= 14; Post=5; Seg=3, CCO=64.2%). Finalmente, los puntajes del caso A tuvieron una mejoría significativa similar en los tres instrumentos de sintomatología EAI (Pre= 15; Post=3; Seg=4, CCO=80.0%), ESE (Pre= 17; Post=3; Seg=5, CCO=82.3%) e ISI (Pre= 16; Post=3; Seg=5, CCO=81.2%) que en el PSQI (Pre= 14; Post=4; Seg=4, CCO=71.4%), aunque todos los puntajes expresan un cambio clínico significativo.

A la par de las mediciones hechas con los instrumentos, los parámetros en el diario de sueño reflejaron un aumento promedio entre dos y cuatro horas en el tiempo subjetivo de sueño (TSS) de los tres participantes entre el pretratamiento y el postratamiento, con un mantenimiento en el seguimiento (Ver gráfico 1).

Gráfico 1

Tiempo subjetivo de sueño de los participantes

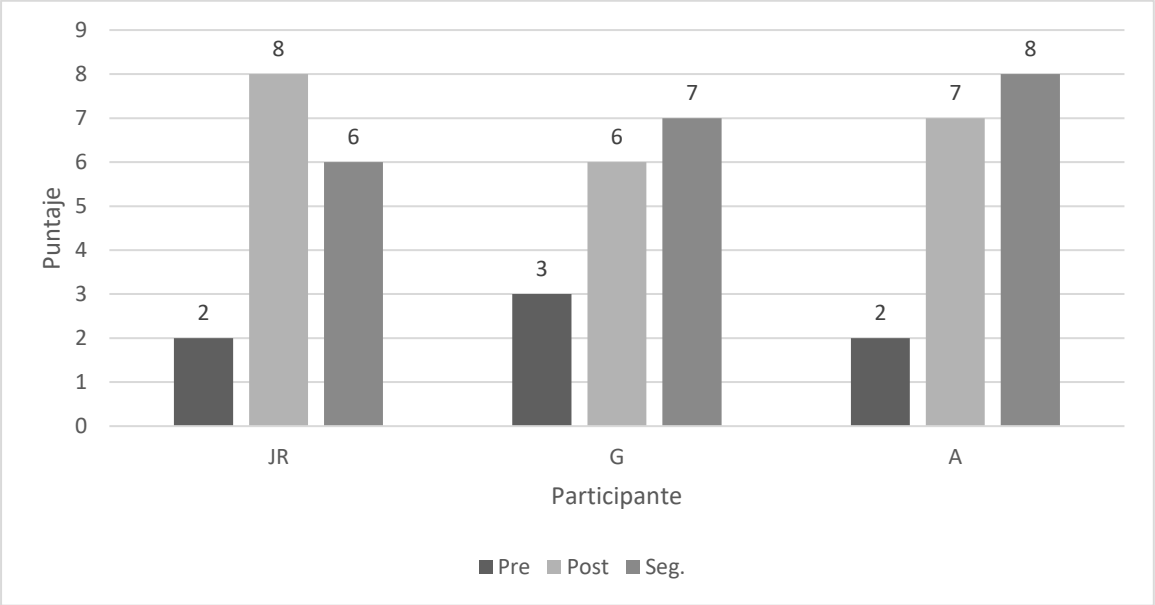


Fuente: Elaboración propia del autor.

El incremento en el TSS concuerda con los observado en la calidad subjetiva de sueño (CSS) en la que los participantes tuvieron un aumento de entre tres y seis puntos, lo cual demuestra que la intervención tuvo un efecto positivo en la percepción de mejoría de los tres participantes (Ver gráfico 2)

Gráfico 2

Calidad subjetiva de sueño de los participantes

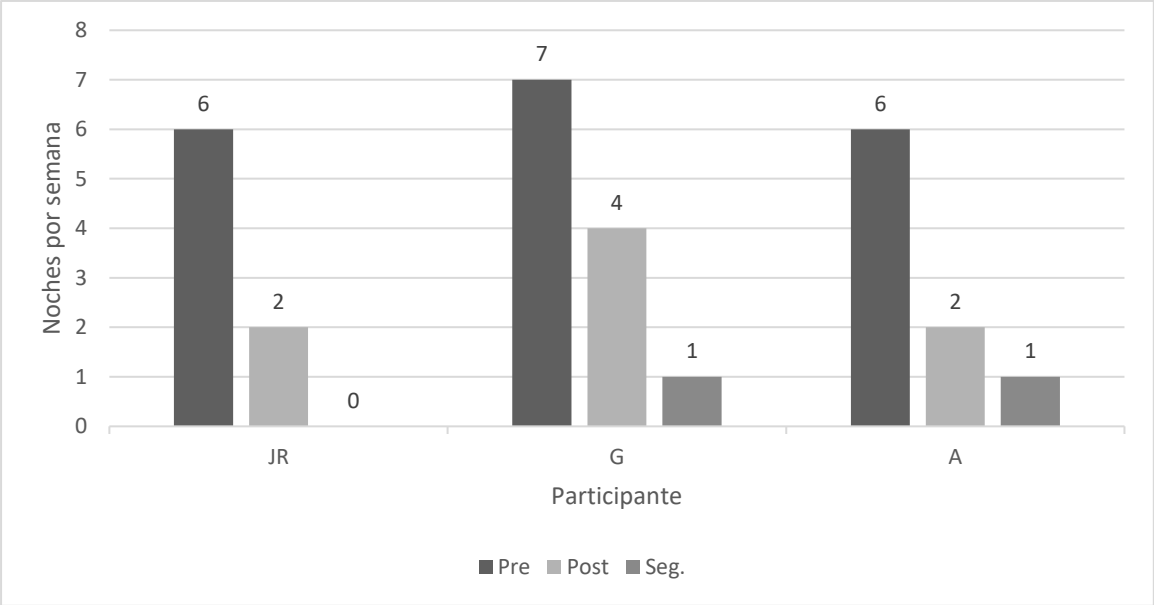


Fuente: Elaboración propia del autor.

Finalmente, estas mejoras contrastan con la disminución contrasta con el decremento del número de noches de insomnio (NNI) de los participantes, quienes presentaban entre seis y siete NNI antes de iniciar el tratamiento y al seguimiento se mantenían por debajo de una o en el caso de G, ya ninguna. Es así, que podemos observar los datos psicométricos y de autorregistro mantiene un coherencia en la mejoría (Ver gráfico 3).

Gráfico 3

Número de noches de insomnio de los participantes



Fuente: Elaboración propia del autor.

DISCUSIÓN

Bajo estos resultados podemos decir que la ACC-I cumplió al mejorar los parámetros de sueño que se evaluaron con los tres pacientes, aunado a ello los %CCO tuvieron promedios ≥ al 20% en los tres participantes, lo que significa que el cambio fue clínicamente significativo. Esto concuerda con los datos preliminares reportados por Fiorentino, et al en 2020, quienes observaron disminuciones en el ISI y el diario de sueño en el postratamiento y el seguimiento a los tres meses. Así mismo los indicadores del diario de sueño concuerdan con las mejoras observadas en el estudio piloto de El Rafihi-Ferreira, et al en 2021. Con ello, se puede considerar que se mantiene una congruencia con el trabajo desarrollado hasta el momento en otras partes del mundo (Chapoutot, et al, 2021).

Para poder explicar teóricamente las mejoras observadas, podemos hipotetizar que al realizar la equivalencia entre los procedimientos clásicos de TCC-I y los procesos de ACT a través de las metáforas, genero un cambio en las relaciones funcionales que pusieron en equivalencia los conceptos y permitió una mayor flexibilidad psicológica, lo que impactó

directamente en los parámetros de sueño. Esta hipótesis surge a partir de los estudios de equivalencia verbal realizado en el marco de la TMR y que ha mostrado ser consistente en población infantil (Ruiz, & Perete, 2015).

Sin embargo, los resultados obtenidos dentro de este trabajo deben ser tomados con precaución ya que se evidencian limitaciones metodológicas importantes que no permiten generalizar los hallazgos. La primera de ellas es el tamaño de la muestra, misma que no es representativa a la población, además de que no fue probabilística, lo que incrementa el riesgo de sesgo. Si bien los diseños de n=1 han mostrado tener rigurosidad metodológica importante en el tratamiento del insomnio infantil (Quartly-Scott, et al,2020), en la presente investigación no se logró generar un diseño parecido por lo que la replicabilidad se ve comprometida.

La segunda limitante importante es el no haber contado con registros electrofisiológicos, mismos que son el estándar de oro para el diagnóstico y alta en el campo de la medicina de sueño (Riemann, et al, 2017). Esta variable se encuentra reportada en los estudios realizados hasta el momento (por ejemplo; El Rafihi-Ferreira, et al, 2022) por lo que disminuye la confiabilidad de los datos obtenidos en el diario de sueño. Finalmente, la tercera limitante es la falta de medición de las variables ACT a través de instrumentos específicos, por ejemplo, el Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) o el Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ). Mismo que podrán mostrar una correlación con los cambios en los parámetros de sueño.

CONCLUSIONES

A pesar de lo mencionado anteriormente, podemos concluir que la presente investigación muestra una primera aproximación al tratamiento del insomnio desde una perspectiva contextual y que está comenzado a desarrollarse a nivel mundial. Si bien los resultados obtenidos no pueden generalizarse, la mejoría clínica permite que los clínicos interesados en esta modalidad de tratamiento sigan desarrollando futuras investigaciones que subsanen las limitaciones encontradas en el presente trabajo.

REFERENCIAS

Agnew, S., Vallières, A., Hamilton, A., McCrory, S., Nikolic, M., Kyle, S. D., Fleming, L., & Crawford, M. R. (2021). Adherence to Cognitive Behavior Therapy for Insomnia: An Updated Systematic Review. Sleep medicine clinics, 16(1), 155–202. https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2020.11.002

American Academy Sleep Medicine. (2014). International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3) 3rd ed. Darien, JL.: American Academy of Sleep Medicine.

Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. Lancet (London, England), 395(10224), e37–e38. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3

Barnes-Holmes, D., & Harte, C. (2022). Relational frame theory 20 years on: The Odysseus voyage and beyond. Journal of the experimental analysis of behavior, 117(2), 240–266. https://doi.org/10.1002/jeab.733

Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.): Epidemiología clínica (pp. 189-199). McGraw-Hill.

Carney, C., Buysse, D., Ancoli-Israel, S., Edinger, J., Krystal, A., Lichstein, K., & Morin, C. (2012). The consensus sleep diary: standardizing prospective sleep self-monitoring. Sleep, 35(2), 287–302. https://doi.org/10.5665/sleep.1642

Chapoutot, M., Peter-Derex, L., Schoendorff, B., Faivre, T., Bastuji, H., & Putois, B. (2021). Telehealth-delivered CBT-I programme enhanced by acceptance and commitment therapy for insomnia and hypnotic dependence: A pilot randomized controlled trial. Journal of sleep research, 30(1), e13199. https://doi.org/10.1111/jsr.13199

Cheung, J. M. Y., Jarrin, D. C., Ballot, O., Bharwani, A. A., & Morin, C. M. (2019). A systematic review of cognitive behavioral therapy for insomnia implemented in primary care and community settings. Sleep medicine reviews, 44, 23–36. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.11.001

Colten, H., & Altevogt, B. (2006). Functional and Economic Impact of Sleep Loss and Sleep-Related Disorders. En H. Colten, & B. Altevogt, Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem (págs. 137-163). National Academy of Sciences.

Dalrymple, K. L., Fiorentino, L., Politi, M. C., & Posner, D. (2010). Incorporating principles from acceptance and commitment therapy into cognitive-behavioral therapy for insomnia: A case example. Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy, 40(4), 209–217. https://doi.org/10.1007/s10879-010-9145-1

El Rafihi-Ferreira, R., Morin, C. M., Hasan, R., Brasil, I. S., Zago Ribeiro, J. H., Júnior, & Cecília Toscanini, A. (2022). A Pilot Randomized Controlled Trial (RCT) of Acceptance and Commitment Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia. Behavioral sleep medicine, 1–15. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/15402002.2022.2071272

El Rafihi-Ferreira, R., Morin, C. M., Toscanini, A. C., Lotufo Neto, F., Brasil, I. S., Gallinaro, J. G., Borges, D. S., Conway, S. G., & Hasan, R. (2021). Acceptance and commitment therapy-based behavioral intervention for insomnia: a pilot randomized controlled trial. Revista brasileira de

psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999), 43(5), 504–509. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0947

Fernández-Mendoza, J., Rodríguez-Muñoz, A., Vela-Bueno, A., Olavarrieta-Bernardino, S., Calhoun, S., Bixler, E., & Vgontzas, A. (2012). The Spanish version of the Insomnia Severity Index: a confirmatory factor analysis. Sleep medicine, 13(2), 207–210. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.06.019

Fiorentino, L., Martin, J.L., Alessi, C.A. (2020). The ABCs of Insomnia (ABC-I): An Acceptance Commitment Therapy (ACT)-Based Insomnia Treatment Development Study: Pilot Results and Future Directions. In: Sedky, K., Nazir, R., Bennett, D. (eds) Sleep Medicine and Mental Health. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-44447-1_5

Hayes, L.J., & Fryling, M. J., (2019). Functional and descriptive contextualism. Journal of Contextual Behavioral Science, 14, 119-126, https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.09.002.

Hayes, S. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies - Republished Article. Behavior therapy, 47(6), 869-885. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006

Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2012). Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness). Desclée de Brouwer, Biblioteca de Psicología.

Hillman, D. R., Murphy, A. S., & Pezzullo, L. (2006). The economic cost of sleep disorders. Sleep, 29(3), 299–305. https://doi.org/10.1093/sleep/29.3.299

Hillman, D., Mitchell, S., Streatfeild, J., Burns, C., Bruck, D., & Pezzullo, L. (2018). The economic cost of inadequate sleep. Sleep, 41(8), 10.1093/sleep/zsy083. https://doi.org/10.1093/sleep/zsy083

Jiménez-Genchi, A., Monteverde-Maldonado, E., Nenclares-Portocarrero, A., Esquivel-Adame, G., & Vega-Pacheco, A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. Gaceta Médica de México, 144(6), 491-496.

Kim H. G. (2021). Effects and mechanisms of a mindfulness-based intervention on insomnia. Yeungnam University journal of medicine, 38(4), 282–288. https://doi.org/10.12701/yujm.2020.00850

Kirk, A., Broman-Fulks, J. J., & Arch, J. J. (2021). A Taxometric Analysis of Experiential Avoidance. Behavior therapy, 52(1), 208–220. https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.008

Mazza, M. G., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., Melloni, E. M. T., Furlan, R., Ciceri, F., Rovere-Querini, P., COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study group, & Benedetti, F. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. Brain, behavior, and immunity, 89, 594–600. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037

Morin, C. M., & Carrier, J. (2021). The acute effects of the COVID-19 pandemic on insomnia and psychological symptoms. Sleep medicine, 77, 346–347. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.06.005

Nenclares Portocarrero, A., & Jiménez Genchi, A. (2005). Estudio de validación de la traducción al español de la Escala Atenas de Insomnio. Salud mental, 28(5), 34-39.

Ong, J. C., & Smith, C. E. (2017). Using Mindfulness for the Treatment of Insomnia. Current sleep medicine reports, 3(2), 57–65. https://doi.org/10.1007/s40675-017-0068-1

Ong, J. C., Ulmer, C. S., & Manber, R. (2012). Improving sleep with mindfulness and acceptance: a metacognitive model of insomnia. Behaviour research and therapy, 50(11), 651–660. https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.08.001

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsi, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain, behavior, and immunity, 88, 901–907. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026

Quartly-Scott, G. I., Miller, C. B., & Hawes, D. J. (2020). A brief behavioral treatment for unresolved insomnia in adolescents: a single-case multiple baseline pilot study, evaluating self-reported outcomes of efficacy, safety, and acceptability. Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine, 16(1), 97–105. https://doi.org/10.5664/jcsm.8132

Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, B., Dolenc Groselj, 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

Ruiz, F. J., & Perete, L. (2015). Application of a relational frame theory account of psychological flexibility in young children. Psicothema, 27(2), 114–119. https://doi.org/10.7334/psicothema2014.195

Salari, N., Khazaie, H., Hosseinian-Far, A., Khaledi-Paveh, B., Ghasemi, H., Mohammadi, M., & Shohaimi, S. (2020). The effect of acceptance and commitment therapy on insomnia and sleep quality: A systematic review. BMC neurology, 20(1), 300. https://doi.org/10.1186/s12883-020-01883-1

Sandoval-Rincón, M., Alcalá-Lozano, R., Herrera-Jiménez, I., & Jiménez-Genchi, A. (2013). Validación de la escala de somnolencia de Epworth en población mexicana. Gaceta Médica de México, 149(4), 409-416.

Sigurdson, K., & Ayas, N. T. (2007). The public health and safety consequences of sleep disorders. Canadian journal of physiology and pharmacology, 85(1), 179–183. https://doi.org/10.1139/y06-095

Thiart, H., Ebert, D. D., Lehr, D., Nobis, S., Buntrock, C., Berking, M., Smit, F., & Riper, H. (2016). Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia: A Health Economic Evaluation. Sleep, 39(10), 1769–1778. https://doi.org/10.5665/sleep.6152

World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports. World Health Organization. Recuperado el 29 de 07 de 2020, de https://www.who.int/emergencies/diseases/nove-lcoronavirus-2019/situation-reports.

Ye, Y. Y., Chen, N. K., Chen, J., Liu, J., Lin, L., Liu, Y. Z., Lang, Y., Li, X. J., Yang, X. J., & Jiang, X. J. (2016). Internet-based cognitive-behavioural therapy for insomnia (ICBT-i): a meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ open, 6(11), e010707. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010707

Yin, X., Gou, M., Xu, J., Dong, B., Yin, P., Masquelin, F., Wu, J., Lao, L., & Xu, S. (2017). Efficacy and safety of acupuncture treatment on primary insomnia: a randomized controlled trial. Sleep medicine, 37, 193–200. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.02.012

Zakiei, A., Khazaie, H., Rostampour, M., Lemola, S., Esmaeili, M., Dürsteler, K., Brühl, A. B., Sadeghi-Bahmani, D., & Brand, S. (2021). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Improves Sleep Quality, Experiential Avoidance, and Emotion Regulation in Individuals with Insomnia-Results from a Randomized Interventional Study. Life (Basel, Switzerland), 11(2), 133. https://doi.org/10.3390/life11020133

Todo el contenido de **PsiQuia Journal**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons .
