

Ana María González Pinto
Carlos Javier Egea
Sara Barbeito

PROGRAMA

SOMNE



Terapia psicológica integral
para el insomnio:
guía para el terapeuta y el paciente

Serendipity

DESCLÉE DE BROUWER

Coordinadores

Ana María González Pinto • Carlos Javler Egea • Sara Barbelto

Autores

**Sara Barbelto • Ana María González Pinto • Carlos Javier Egea •
Sonia Ruiz De Azúa • José Luis Manjón • Alnhóa Álvarez •
José Ramón Peciña • Patricia Vega • Jacqueline De Andrés**

197

PROGRAMA SOMNE

**Terapia psicológica integral para el insomnio:
guía para el terapeuta y el paciente**

Crecimiento personal
COLECCIÓN
Serendipit

Desclée De Brouwer 

© Sara Barbeito, Ana María González Pinto, Sonia Ruiz De Azúa, Carlos Javier Egea, José Luis Manjón, Ainhoa Álvarez, José Ramón Peciña, Patricia Vega, Jacqueline De Andrés, 2015

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2015

Henao, 6 – 48009 Bilbao

www.edesclée.com

info@edesclée.com



[EditorialDesclee](https://www.facebook.com/EditorialDesclee)



[@EdDesclee](https://twitter.com/EdDesclee)

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-330-3773-2

Adquiera todos nuestros ebooks en

www.ebooks.edesclée.com

SEMBLANZAS DE LOS AUTORES



Sara Barbeito Resa

Sara Barbeito Resa, Doctora en neurociencias y psicóloga por la Universidad del País Vasco. Máster en Terapia de la Conducta, Psicología Clínica y de la Salud, Postgrado en Neuropsicología. Investigadora del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM) e integrante y coordinadora de la Unidad de Investigación en Psiquiatría del Hospital Universitario de Álava, sede Santiago Apóstol de Vitoria. Destaca su trabajo para el avance del conocimiento en salud mental, específicamente el desarrollo y manualización de psicoterapias para el tratamiento de la enfermedad mental grave. Autora y coautora de múltiples artículos nacionales e internacionales, libros y capítulos de libro. Tutora del Máster Universitario en Iniciación a la Investigación en Salud Mental del CIBERSAM.



Ana González Pinto Arrillaga

Ana González Pinto Arrillaga. Realizó su especialidad en psiquiatría en el Hospital Ramón y Cajal (Madrid). Licenciada en medicina y cirugía por la universidad de Navarra. Doctora en medicina por la universidad de Alcalá y acreditada como catedrática de psiquiatría por la ANECA. Directora del Centro de Investigación en Psiquiatría de la Unidad en Investigación en Psiquiatría del Hospital Universitario de Álava, sede Santiago Apóstol. Directora del grupo G10 del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Jefa Clínico en la Unidad de Psiquiatría de Programas Especiales en el mismo hospital y jefa de Investigación en Psiquiatría de Osakidetza. Además es profesora titular de neurociencias en la Universidad del País Vasco y profesora del Máster Internacional en Neurociencias de la UPV. Ha dirigido múltiples tesis doctorales, algunas europeas y premio extraordinario de doctorado. Especialista en el desarrollo de investigaciones biológicas, clínicas y psicoterapéuticas en salud mental. Ha desarrollado numerosas investigaciones financiadas a nivel nacional e internacional. Miembro de numerosos comités para el avance de la salud mental. Ha escrito numerosas publicaciones en las revistas más prestigiosas nacionales e internacionales. A nivel investigador ha publicado más de 200 artículos de impacto, y ha impartido más de 300 ponencias nacionales e internacionales. Es editora de más de 20 libros y autora de más de 300 capítulos de libro. Es investigadora de referencia de la sociedad Española de Psiquiatría, y vicepresidenta de la SEPB. También forma parte de la junta directiva de la sociedad vasco navarra de psiquiatría.



Carlos Javier Egea Santaolalla

Carlos Javier Egea Santaolalla nació en la almendra de Vitoria, en el año 1965, en el seno de una familia con vocación médica. Curso sus estudios de Medicina en la Universidad del País Vasco, especializándose vía MIR en Neumología, en el contexto de un equipo médico en pleno nacimiento y desarrollo del conocimiento del área de sueño. Su carrera profesional ha conocido la multidisciplinaridad desde los inicios, con responsabilidad en áreas tan variadas como las de la Ventilación no Invasiva, Endoscopias Respiratorias, concretando y progresando en el área de sueño, hasta que en el año 2011 no solo se culminó su desarrollo adquiriendo la responsabilidad de dirigir la Unidad de Sueño del actual Hospital Universitario Araba, sino también acreditándose por el Comité Español de Medicina del Sueño, como Experto en Trastorno del Sueño, recibiendo su unidad el premio de investigación de Álava en el año 2012. La inquietud en sueño, ha generado una moderna Unidad Funcional de Sueño, donde trabajan ocho especialidades de forma conjunta, acreditándose como Unidad de Alta Complejidad con la categoría de Excelente, por la Sociedad Española de Neumología convirtiendo el paciente en el centro de la atención, y no solo su enfermedad. Autor de múltiples comunicaciones a congresos nacionales e internacionales, capítulos de libro y ponencias, director de cursos de sueño y de ventilación no invasiva, se centra su actividad en la gestión del área de trastornos del sueño, no solo en el contexto de fenómenos apnéicos sino en el área de neurociencias. Actualmente es Máster por la Universidad de Murcia en Dirección de Unidades Clínicas y Director de los cursos congresuales del Congreso Nacional de la Sociedad, así como Coordinador del Steering Committe del grupo de Ventilación no Invasiva.



Patricia Vega Pérez

Patricia Vega Pérez. Psicóloga por la Universidad del País Vasco, Máster de Psicología Clínica y Diploma de Estudios Avanzados por la Universidad de Deusto. Investigadora contratada por el Fondo de Investigación Sanitaria e integrante de la Unidad de Investigación en Psiquiatría del Hospital Universitario de Álava, sede Santiago Apóstol (CIBERSAM). Amplia experiencia y formación en investigación de la enfermedad mental a nivel clínico, biológico, neurológico y neuropsicológico. Varios años realizando terapia tanto individual como grupal con personas diagnosticadas de trastornos mentales y con sus familiares, trastorno bipolar y primeros episodios psicóticos principalmente. Realización de manuales de psicoterapias tras la realización de estudios para demostrar su eficacia. Autora y coautora de múltiples artículos nacionales e internacionales y capítulos de libro.



Sonia Ruiz de Azúa

Sonia Ruiz de Azúa es doctora en psicología por la Universidad del País Vasco. A partir del año 2007 trabaja en la Unidad de Investigación de Psiquiatría del Hospital Universitario de Álava (Sede Santiago Apóstol) y forma parte del grupo G10 del CIBERSAM dirigido por la doctora González-Pinto. En el año 2009 recibió un contrato posdoctoral Sara Borrel del Instituto Carlos III realizando durante ese tiempo proyectos de investigación relacionados con los primeros episodios de psicosis. Ha realizado una estancia de un año en la Universidad de Cambridge donde ha profundizado en el diagnóstico y tratamiento de patología mental grave. Actualmente es profesora de la Universidad del País Vasco, impartiendo docencia tanto en grado como en máster, así mismo, participa como docente en el Instituto de Altos Estudios Universitarios en diversos masters on line. Es autora de diversos libros y capítulos de libro así como publicaciones internacionales con alto factor de impacto.



Jose Ramón Peciña Apaolaza

José Ramón Peciña Apaolaza nacido en Zumarraga en el seno de una familia euskaldun. Licenciado en Filosofía y Letras en la Universidad de Barcelona año 1974, postgrado de Psicología Clínica en la Escuela Profesional de la facultad de medicina de Barcelona. Primer Psicólogo Clínico del Hospital Psiquiátrico de Álava, en la actualidad jefe de la sección de Psicología Clínica. Nombramiento de tutor de la especialidad de Psicología Clínica en la unidad docente del Hospital Universitario de Álava y del practicum de Psicología Clínica de la Universidad País Vasco. Miembro del consejo asesor del departamento de Sanidad el Gobierno Vasco en trastornos de la conducta alimentaria y cirugía bariátrica. Colaboración en múltiples proyectos de investigación financiados por entidades públicas nacionales e internacionales. Múltiples publicaciones en libros y artículos relacionados con la psiquiatría. Amplia experiencia clínica, docente e investigadora en todo tipo de trastornos.



Ainhoa Álvarez Ruiz de Larrinaga

Ainhoa Álvarez Ruiz de Larrinaga nació en Bizkaia, en el año 1973. Se licenció en Medicina en 1998 en la Universidad del País Vasco. Posteriormente se especializó vía MIR en Neurofisiología Clínica en el hospital de Txagorritxu, formándose en los diferentes aspectos de la especialidad, entre ellos el sueño. Desde el año 2009 trabaja en la Unidad Funcional de Sueño del Hospital Universitario Araba como parte del equipo multidisciplinar, haciéndose cargo de la consulta monográfica de insomnio. En mayo de 2013 fue acreditada como Experto en Medicina del Sueño, por el Comité Español de Medicina del Sueño. Ha sido ponente en varios cursos y en comunicaciones de diversos congresos nacionales, así como autora de artículos en el área del sueño. Trabaja activamente en el área de la investigación tanto como investigadora principal, como colaboradora en diferentes proyectos.



José Luis Manjón Caballero

José Luis Manjón Caballero, nacido en Marbella, en el año 1971, licenciado en Filosofía y Letras (Sección Psicología) por la facultad de Málaga. Máster en clínica y salud por la universidad de Málaga. Especialista en Polisomnografía y Poligrafía (montaje, lectura e informe) en diferentes unidades de sueño de Málaga, Valencia y Madrid. Actualmente investigador desde el 2011 en la nueva Unidad de Sueño Funcional del H. Universitario de Araba. Investigador principal en un proyecto financiado por el Gobierno Vasco. Especialista e investigador en una consulta monográfica de insomnio del HUA. Su línea de investigación se centra en el insomnio en niños y adultos.

PRÓLOGO

El mayor reto actual del tratamiento contra el insomnio es comenzar con la transformación de las ideas, tanto las de los pacientes como las de los terapeutas. Muchos profesionales se presentan ante el insomnio con la convicción y el esfuerzo de iniciar el tratamiento, pero sin definir ni acotar su finalización, y corren el riesgo de convertir la búsqueda de objetivos en una abstracción. Este manual propone una transformación del modelo clásico, pues ofrece un tratamiento que se limita a un tiempo determinado. Se plantean objetivos claros y evaluables, tanto para pacientes como para terapeutas, similares a los conocidos ciclos de quimioterapia (primera, segunda línea, etc.), administrados durante un periodo concreto de tiempo.

El insomnio es un problema de salud pública conocido por todos, que afecta casi al 15% de la población. Sin embargo, apenas recibe una atención adecuada el 8% de los afectados. Ello es debido probablemente a que el sueño se ha considerado culturalmente como un periodo inútil y prescindible de la vida, a pesar de que los costes derivados del “problema insomne” se hayan cuantificado en billones de dólares.

Otro de los cambios que propugna este manual es reconducir el debate en el que el insomnio ha sido considerado por los expertos como un síntoma y no como una enfermedad. Esto ha hecho que el insomnio pierda entidad propia y pase a formar parte de diferentes síndromes y enfermedades, que han integrado el tratamiento del insomnio, quien a su vez ha quedado sin una evaluación específica. En estos últimos años, el insomnio ha cobrado protagonismo y se considera una enfermedad en sí misma, e incluso se han modificado los criterios del DSM. Esta nueva consideración ha generado un cuerpo de conocimientos que han permitido, gracias a la transversalidad del sueño, que puedan incluirse consultas multidisciplinarias en su estudio y tratamiento. En este espacio es donde somnólogos, psiquiatras, psicólogos y terapeutas abordan de forma colegiada el insomnio en todos sus aspectos, hecho que hace que sea imprescindible la creación de documentos consensuados que guíen esta nueva práctica médica multidisciplinar.

La tradicional recomendación de contar ovejas se ha asociado siempre con la dificultad de conciliar el sueño. Groucho Marx decía: “Durante mis años formativos en el colchón, me entregué a profundas cavilaciones sobre el problema del insomnio. Al comprender

que pronto no quedarían ovejas que contar para todos, intenté el experimento de contar porciones de oveja en lugar del animal entero”. Aunque muy popular, este método se ha mostrado inoperante para abordar el insomnio. El tratamiento farmacológico es el más conocido y el que más tratados sobre esta materia ha generado. No obstante, solo ha demostrado su efectividad en el tratamiento a corto plazo. Actualmente el tratamiento terapéutico del insomnio basado en intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales, presenta un adecuado nivel de constatación de sus beneficios. Sin embargo, este tratamiento tiene algunas limitaciones, como la falta de profesionales entrenados, el coste y el hecho de que su aplicación requiere más tiempo que la prescripción farmacológica. Estas inconvenientes pueden reducirse gracias a que son sesiones limitadas en el tiempo y a otras actuaciones que propugna este manual.

Llamo la atención de los lectores para abordar la lectura de este manual, porque no solo proporciona pautas de tratamiento para los médicos y los terapeutas, sino que también aconseja y ayuda a los pacientes insomnes.

Finalmente, quiero destacar la labor de los dos grupos que han participado en la elaboración de este manual: El Servicio de Psiquiatría y la Unidad Funcional de Sueño del Hospital Universitario Araba, integrados en el proyecto de investigación BioAraba. El trabajo de todos los componentes del proyecto ha culminado con la realización de este manual, que permitirá introducir al profesional y al paciente en un nuevo marco de trabajo, con una nueva perspectiva y un giro innovador en la mejora de estos pacientes.

*Carlos J. Egea Santaolalla,
Unidad Funcional de Sueño
Hospital Universitario Araba
Universidad País Vasco. U. D. Medicina*

PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA SOMNE

El trabajo que aquí exponemos bajo la denominación “Programa Somne” es fruto de la colaboración de los especialistas de la Unidad de Sueño y del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Álava, debido a la problemática que muchos pacientes y especialistas dicen encontrar en relación con el sueño y las formas de su tratamiento.

Este manual se compone de 6 sesiones, que deben aplicarse de forma continuada y semanal, y 3 sesiones más de refuerzo, más espaciadas, en las que los pacientes puedan integrar la información explicada y trabajada durante las 6 sesiones precedentes. Todas las sesiones están pensadas para su realización en grupo, salvo la primera, que está planteada para que sea realizada individualmente.

Dividimos el manual en dos partes. La primera está dirigida a los especialistas, médicos, psicólogos y enfermeras; en la segunda se han reunido materiales para el paciente y, en cada uno de los apartados que la componen, se presenta información correspondiente a cada una de las sesiones.

A los especialistas que impartan el Programa Somne, les recomendamos que sigan el orden de las sesiones aquí expuesto, pues se encuentran ordenadas según su complejidad y jerarquía.

MATERIALES PARA EL TERAPEUTA

SESIÓN 1

Individual Presentación

Introducción: ¿Qué es el insomnio? Factores relacionados con el sueño

Comienzo de la sesión

En esta primera sesión, en la que el terapeuta estará a solas con cada uno de los pacientes, se utilizan técnicas de la entrevista clínica para conocer de forma más profunda a la persona que va a formar parte del nuevo grupo. Al paciente se le orientará acerca de los contenidos y objetivos, así como de las condiciones y/o normas para formar parte del mismo. A partir de esta primera sesión individual, las siguientes sesiones se realizarán en grupo, cuya composición ideal se encontrará entre los 6 y los 8 participantes.

El terapeuta entregará a cada uno de los pacientes por escrito el material de cada sesión, con el fin de facilitar la integración de la información que va a posibilitar la lectura posterior.

Es fundamental que durante esta primera sesión se ayude al paciente a identificar las circunstancias que pueden encontrarse asociadas al insomnio en cada caso. Hay que determinar personalmente si el paciente padece algún trastorno médico o psiquiátrico – deben encontrarse estabilizados para formar parte del grupo– que pueda estar asociado al origen o el mantenimiento del problema de sueño, o, también, si existe consumo de tóxicos o efectos secundarios por retirada de fármacos, o si presenta un diagnóstico comórbido. El terapeuta debe ayudar a identificar las condiciones de vida diaria del paciente que pueden encontrarse afectando al sueño de manera inadecuada (actividad) y conocer qué es lo que el paciente considera como insomnio (frecuencia, tipo, duración, etc.).

Durante esta sesión, el terapeuta informará al paciente sobre el tema objeto del grupo: el sueño y sus trastornos, su funcionamiento, las fases, los ritmos circadianos; los trastornos del sueño: el insomnio y los tipos de insomnio; el papel del estrés en los trastornos del sueño y la forma de encuadrarlo en el abordaje terapéutico que les vamos a ofrecer. Esta información se le explicará de forma clara y concisa, y tratando de

centrarnos en las características de la persona afectada por esta problemática.

Durante esta primera sesión, el terapeuta introducirá al paciente en la realización de registros, comenzando con la manera de elaborar un “registro de sueño” para establecer la línea base y comenzar, de este modo, a otorgarle un papel activo en su tratamiento (tarea semanal para realizar en casa).

Normas de grupo

El terapeuta se encargará de explicar al comienzo de la sesión las normas por las que se van a regir todas las sesiones.

1. Hay que asistir a todas las sesiones.
2. En todas las sesiones habrá una breve exposición teórica común para todos los asistentes. En ocasiones puede ocurrir que lo que se exponga no les ocurra personalmente a cada integrante del grupo; aun así debe respetarse el contenido teórico, si bien es cierto que somos partidarios de mostrar flexibilidad, animándolos a compartir sus dudas y sus comentarios, pero siempre en el tiempo disponible para ello.
3. Lo que se expone en las sesiones es confidencial. No hablaremos de lo que comentamos en la sesión fuera de ella.
4. Se deben respetar las opiniones de los demás.
5. Hay respetar los turnos de palabra y mantener cierto orden para poder hablar todos y no interrumpirnos. Se utilizará la veterana técnica de pedir la palabra levantando el dedo.
6. Hay que tratar de ser cooperativo en relación al tema que se está tratando. En ocasiones quizá haya un tema que nos preocupe más que el que se está tratando, pero respetaremos el tema central de la sesión para mantener la dinámica grupal.

Introducción

El objetivo de las sesiones que vamos a iniciar es aprender sobre el sueño, sus trastornos y cómo promover la mejora del mismo para ganar en calidad de vida. El grupo realizará 6 sesiones terapéuticas de orientación cognitivo-conductual. Durante esta terapia los pacientes van a tener un papel activo. Finalmente, habrá 3 sesiones más de refuerzo (al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de acabar la sesión 6).

El insomnio es un trastorno del sueño en el que la persona presenta dificultades a la

hora de dormir, o se despierta y no puede volver a conciliar el sueño. También puede ocurrir que la persona se despierte con la sensación de no haber tenido un sueño reparador, es decir, de no haber descansado. Durante este tratamiento vamos a aprender a romper el círculo vicioso que hace que el insomnio persista, y que tiene un efecto pernicioso, pues hace que los pensamientos, hábitos de vida y circunstancias vitales influyan en el sueño impidiendo que el paciente pueda dormir. Muchas veces son estas condiciones asociadas las que se encuentran en la cronificación y el mantenimiento del problema. Por tanto, es importante enfatizar en la identificación de los antecedentes y los consecuentes del problema.

El formato de aplicación de la intervención será grupal, debido a que diferentes autores han probado la eficacia de este tipo de formato en la mejora de la sintomatología en personas con insomnio, pues estos pacientes encuentran con este formato mayor apoyo social, entendimiento y normalización de su situación y sus vivencias.

El sueño

Fases del sueño

Dormir es una actividad necesaria ya que durante la misma se producen funciones fisiológicas indispensables para el equilibrio psíquico y físico.

Debemos saber que no todas las personas duermen las mismas horas. Es muy importante recalcarlo. Existe una variación individual que oscila entre las 4 y las 12 horas, siendo lo más frecuente entre 7 y 8 horas. De hecho, una misma persona no duerme las mismas horas ni de la misma forma a lo largo de su vida, ya que va cambiando con la edad, los estados emocionales, el estado de salud, los horarios laborables, etc. El tiempo adecuado para dormir es aquel que nos permite realizar nuestras actividades diarias con normalidad.

Existen 2 tipos de sueño, bien diferenciados, que se denominan con las siglas REM (Rapid Eye Movement) y NREM (Non Rapid Eye Movement).

El sueño No-REM se divide en las siguientes fases:

- Fase N° 1: Es la más corta y tiene lugar cuando se produce el adormecimiento. Se corresponde con la fase de sueño más ligero.
- Fase N° 2: Supone más del 50% del tiempo total de sueño. Durante esta fase todavía hay tono muscular.
- Fase N° 3: Corresponde al denominado sueño de ondas lentas o sueño delta, que es el

sueño más profundo y reparador.

El sueño REM o sueño paradójico es el sueño con movimientos oculares rápidos. En este momento se produce una elevada actividad neuronal y tiene lugar el momento en que se sueña. En el sueño REM no hay tono muscular.

Durante el sueño se alternan de manera cíclica (4-6 veces) el sueño REM y el No-REM. La duración del sueño REM aumenta en los sucesivos ciclos.

Ritmos circadianos

Con el término “ritmos circadianos” nos referimos a los ciclos de unas 24 horas (20-29 horas). El ciclo de vigilia-sueño es el ritmo circadiano que más afectación tiene sobre nuestras vidas.

En los humanos, como en todos los mamíferos, el reloj biológico principal se encuentra en los núcleos supraquiasmáticos (NSQ), que son dos pequeños núcleos situados al nivel de la pared del tercer ventrículo, por debajo del hipotálamo y detrás del quiasma óptico. Las señales eferentes del NSQ de hipotálamo no solo modulan los ritmos de alerta y de sueño, sino que también modula otros muchos ritmos, como la temperatura, las hormonas, el sistema inmune, etc.

El ritmo circadiano es endógeno e independiente de estímulos externos como la luz, la temperatura y el ruido, aunque los necesita para mantenerse sincronizado. El sincronizador más importante del sistema circadiano humano es la alternancia de luz-oscuridad. Los estímulos no fóticos, como los horarios de las comidas, el ejercicio y los contactos sociales, también pueden influir en el sistema circadiano. Por lo tanto, sabemos que estos ritmos pueden alterarse por hábitos inadecuados, como por ejemplo un exceso de luz o de su intensidad, el estrés, la salud y los horarios desestructurados.

Trastornos del sueño: el insomnio

¿En qué consiste el insomnio?

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente entre la población adulta, y se caracteriza por problemas de iniciación y/o mantenimiento del sueño, y/o por la producción de un sueño no reparador, lo que causa un deterioro significativo en la vida diaria (American Psychiatric Association, 2000; Thorpy, 1990; Summers et ál., 2006).

El insomnio es un problema de salud que afecta aproximadamente al 6-10% de la población adulta (Roth, 2007). Puede conllevar importantes consecuencias para la vida de la persona que lo padece y para sus familiares.

Debemos tener en cuenta que para que se produzca un sueño apropiado deben darse determinadas condiciones; además, para diagnosticar insomnio es necesario que las dificultades en el sueño conlleven repercusiones diurnas, como la fatiga, los problemas cognitivos (atención, memoria, concentración), consecuencias a nivel social, académico o laboral (Sateia et ál., 2000; Krystal, 2004).

Criterios de clasificación del insomnio

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* [DSM-IV-TR] (American Psychiatric Association, 2000) consigna los siguientes criterios para el diagnóstico del insomnio primario:

- El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador durante al menos 1 mes.
- La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnia.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium, etc.).
- La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancias (p. ej., drogas, fármacos, etc.) o de una enfermedad médica.

La clasificación internacional de los trastornos del sueño [*International Classification of Sleep Disorders. Diagnostic and Coding Manual, ICSD-2*] fue propuesta por la Asociación Americana de Trastornos del Sueño [ASDA], que la estructura del siguiente modo:

- Insomnio agudo.
- Insomnio psicofisiológico.
- Insomnio paradójico.
- Insomnio idiopático.
- Insomnio debido a trastornos mentales.
- Insomnio debido a una inadecuada higiene del sueño.
- Insomnio en la infancia debido a hábitos incorrectos.

- Insomnio secundario al consumo de fármacos o drogas.
- Insomnio debido a problemas médicos.
- Insomnio no debido a ninguna conocida condición fisiológica ni al consumo de sustancias, no especificado (orgánico).
- Insomnio fisiológico (orgánico), no especificado.

Debemos hacer una primera distinción entre el *insomnio primario* (aislado, el problema es el propio insomnio) y el *insomnio secundario* (debido a una enfermedad orgánica, mental, otro trastorno primario del sueño o al consumo o exposición a determinadas sustancias o fármacos).

A continuación nos detendremos más concretamente en algunos de los tipos más frecuentemente del insomnio:

Insomnio agudo

El inicio de la sintomatología se relaciona con la existencia de un acontecimiento estresante (psicológico, social, relacional o del entorno). Estos factores estresantes pueden tener una valencia emocional de cualquier tipo, incluso un sentido emocional positivo (p. ej., una boda puede ser estresante aunque la persona se encuentre muy feliz por casarse). El tiempo de persistencia de este tipo de insomnio acostumbra a ser inferior a los 3 meses y se solventa con la desaparición del acontecimiento estresante o cuando se produce una adaptación a él.

Insomnio psicofisiológico

Se trata del problema condicionado para dormirse y/o la extrema facilidad para despertarse del sueño durante un periodo superior a 1 mes, en el que se dan al menos una de las siguientes condiciones: ansiedad o excesiva preocupación por el sueño; dificultad para quedarse dormido al acostarse o en siestas planificadas, pero no en otros momentos del día en los que se llevan a cabo tareas monótonas y en los que no hay intención de dormirse; hiperactividad mental, pensamientos intrusivos o incapacidad para hacer cesar la actividad mental que mantienen al sujeto despierto; mejoría del sueño fuera del entorno y dormitorio habituales; excesiva tensión somática en la cama, que incapacita la relajación e impide que se concilie el sueño.

La principal característica es una queja de insomnio grave, sin que pueda objetivarse un trastorno de tal magnitud mediante la realización de pruebas diagnósticas como la polisomnografía.

Insomnio debido a trastornos mentales

Se define así al insomnio que dura al menos 1 mes y que está causado por una enfermedad mental subyacente (con la que guarda una relación temporal en la mayoría de los casos). El insomnio en ocasiones puede encontrarse asociado al trastorno mental de base; en este caso requiere un tratamiento independiente del proceso mental.

Insomnio debido a problemas médicos

Es aquel que se encuentra originado por la presencia de problemas médicos, por una enfermedad orgánica o por otra alteración fisiológica, de modo que se inicia con dicho problema médico y varía según las fluctuaciones o cambios en el curso de la enfermedad de base.

El papel del estrés en el insomnio

Es fundamental comentar el papel del estrés y su relación histórica con el insomnio. Tradicionalmente se relacionaba con sucesos estresantes graves, pero posteriormente se ha venido estableciendo una relación más estrecha entre el estrés leve y el insomnio.

El estrés ha sido reconocido como un importante factor de riesgo para el insomnio, y varios estudios han señalado que los principales indicadores de insomnio fueron la depresión, los problemas de salud, la incapacidad física y el estado mental y social (Linton, 2004). Además, el estrés no solo puede tener un papel en el origen y mantenimiento del insomnio, sino que también es una consecuencia del mismo; de hecho es una de las consecuencias que más acusan las personas que no pueden dormir.

La conducta y los problemas del insomnio

Se sabe que el ser humano reacciona ante las dificultades relacionadas con el sueño mediante conductas compensatorias de esta pérdida de sueño (dormir más por la mañana, siestas, realizar menos actividades, etc.). El problema es que muchas de estas conductas mantienen, a la larga, estas dificultades.

A lo largo del tratamiento, el terapeuta mostrará cómo manejar estas conductas inadecuadas de compensación.

Tratamiento psicológico del insomnio

Durante la sesión, el terapeuta ha comentado que el insomnio puede ser un problema que puede originarse o mantenerse debido a factores psicológicos y ambientales. Pueden

encontrarse involucradas variables conductuales, cognitivas y emocionales, de ahí la necesidad de trabajar conjuntamente en estos niveles. Sabemos que la terapia farmacológica es eficaz para el insomnio agudo; sin embargo, se ha visto que la intervención conjunta de psicofármacos y terapia cognitivo-conductual (TCC) es la mejor opción para el tratamiento del insomnio primario, el insomnio crónico y el insomnio comórbido con otros trastornos psicológicos y problemas de salud (Morgenthaler et ál., 2006). Algunos estudios han encontrado también eficaz la TCC en pacientes con insomnio secundario a condiciones médicas y psiquiátricas (Perlis et ál., 2001; Katofsky et ál., 2012). Además, la TCC en formato grupal ha demostrado ser eficaz incluso con 4 sesiones de tratamiento en personas con insomnio primario (Edinger et ál., 2009). En diferentes metaanálisis se ha confirmado que las mejoras causadas por la TCC persisten por lo menos 6 meses después de finalizar el tratamiento (Morin et ál., 2006; Smith et ál., 2002).

El objetivo de la creación de este tratamiento grupal con orientación cognitivo-conductual, el tratamiento Somne, es dotar al paciente de la información y las estrategias suficientes para poder mejorar la calidad de su sueño, para aprender a relajarse, a controlar los pensamientos que activan y mantienen esta problemática; es decir, enseñar a superar los pensamientos desadaptativos sobre el sueño para que puedan desarrollar un descanso adecuado a sus propias condiciones y circunstancias.

Para la creación de este manual hemos seleccionado de entre los principales manuales de intervención y de la literatura científica, las principales técnicas e informaciones que se han mostrado más eficaces contra el insomnio.

A lo largo del tratamiento, el terapeuta solicitará al paciente la realización semanal de registros de sueño, ya que han mostrado ser eficaces en este tipo de trastornos (Katofsky et ál., 2012). De esta forma facilitaremos la comprensión y el manejo de las principales técnicas para afrontar esta situación. Para ello expondremos una gran variedad de técnicas, con el fin de que cada persona pueda optar por aquellas que considere más apropiadas; se trabajará mediante tareas planteadas para realizar en casa, que desarrollarán tanto la generalización y como la práctica activa; y se manejará información concreta por escrito.

Bibliografía

American Academy of Sleep Medicine, *International Classification of Sleep Disorders. Diagnostic and Coding Manual*, (ICSD-2), American Academy of Sleep Medicine, Westchester (IL), 2005.

- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR), American Psychiatric Association, Washington DC, 2000 [tr. cast., *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM-IV-TR, Masson, Barcelona, 2001].
- Berry, R. B., R. Brooks, C. E. Gamaldo, S. M. Harding, C. L. Marcus, B. V. Vaughn y M. M. Tangredi, de la American Academy of Sleep Medicine, *The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications*, American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL, 2012.
- Edinger, J. D., Olsen M. K., Stechuchak K. M., Means M. K., Lineberger M. D., Kirby A. y Carney C. E., “Cognitive Behavioral Therapy for Patients with Primary Insomnia or Insomnia Associated Predominantly with Mixed Psychiatric Disorders: A Randomized Clinical Trial”, *Sleep* 32/34 (2009) 499-510.
- Katofsky, I., J. Backhaus, K. Junghanns, H. J. Rumpf, M. Hüppe, U. von Eitzen y F. Hohagen, “Effectiveness of a cognitive behavioral self-help program for patients with primary insomnia in general practice – a pilot study”, *Sleep Med.* 13 (2012) 463-468.
- Krystal, A. D., “The changing perspective on chronic insomnia management”, *Journal of Clinical Psychiatry* 65 (2004) 20-25.
- Linton, S. J., “Does work stress predict insomnia?”, *British Journal of Health Psychology* 9 (2004) 127-136.
- López-Ibor, J. J. y M. Valdés (Eds.), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR), Masson, Barcelona, 2001.
- Morgenthaler, T., M. Kramer, C. Alessi, L. Friedman, B. Boehlecke, T. Brown, J. Coleman, V. Kapur, T. Lee-Chiong, J. Owens, J. Pancer y T. Swick, de la American Academy of Sleep Medicine, “Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An american academy of sleep medicine report”, *Sleep* 29 (2006) 1415-1419.
- Morin, C. M., R. R. Bootzin, D. J. Buysse, J. D. Edinger, C. A. Espie y K. L. Lichstein, “Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004)”, *Sleep* 29 (2006) 1398-1414.
- Perlis, M. L., M. C. Sharpe, M. T. Smith, D. W. Greenblatt y D. E. Giles, “Behavioral treatment of insomnia: Treatment outcome and the relevance of medical and psychiatric morbidity”, *Journal of Behavioral Medicine* 24 (2001), 281-96.
- Roth, T., “Insomnia: Definition, prevalence, etiology, and consequences”, *Journal of Clinical Sleep Medicine* 15 (2007) 7-10.

- Sateia, M. J., K. Doghramji, P. J. Hauri y C. M. Morin, "Evaluation of Chronic Insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review", *Sleep* 23 (2000) 243-308.
- Smith, M. T., M. L. Perlis, A. Park, M. S. Smith, J. Pennington y D. E. Giles, "Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia", *American Journal of Psychiatry* 159 (2002) 5-11.
- Summers, M. O, M. I. Crisostomo y E. J. Stepanski, "Recent Developments in the Classification, Evaluation, and Treatment of Insomnia", *Chest* 130 (2006) 276-286.
- Thorpy, M. J., "Classification of sleep disorders", *Journal of Clinical Neurophysiology* 7 (1990) 67-81.

REGISTRO DE SUEÑO
(Rellenar cada mañana tras levantarse)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora de acostarte							
Hora levantarte							
Número de horas de sueño							
Tiempo que te cuesta dormirte							
Nº veces despiertas por la noche y tiempo que permaneces despierto							
Sensación al levantarte (cansado, descansado)							
Otros momentos en que se duerme durante el día							
Momento durante del día con mayor sensación de sueño							
Condiciones luz, temperatura, comodidad, alimentación							
Actividad realizada cada día							

SESIÓN 2

Factores asociados al insomnio I Normas de higiene del sueño Comienzo de la relajación-respiración diafragmática

TIEMPO TOTAL DE LA SESIÓN: 90 MIN.

Comienzo de la sesión

Esta es la primera sesión grupal. Es conveniente que el terapeuta dedique el tiempo necesario para la presentación de cada uno de los miembros del grupo (animaremos a que cada persona diga su nombre y comenzaremos a enfatizar la importancia de la toma de un papel activo por parte de cada integrante).

Una forma de comenzar es presentándose el mismo terapeuta, explicando quién es, dónde trabaja, cuál es su experiencia en lo referente al sueño. Es importante ayudar a que se sientan cómodos; para ello preguntamos cómo ha ido la semana y registramos la asistencia.

Repaso de las tareas para casa

Continuamos repasando el registro de sueño de esta primera semana, haciendo una puesta en común, analizando las dificultades surgidas durante la semana y las dudas que hayan podido presentarse.

Vamos a intentar empezar a establecer asociaciones entre el sueño y las variables ambientales, conductuales, cognitivas y emocionales (lo anotaremos en una pizarra, comenzando a establecer estas conexiones).

Para realizar esta tarea, y más tratándose de la primera, podemos emplear entre 20 y 30 minutos, pues por el hecho de ser el primer día pueden surgir más dudas.

EJEMPLO DE REALIZACIÓN DE ESTA TAREA				
“Mi sueño”	Factores ambientales que	Factores de mi comportamiento	Factores de mi forma de pensar	Factores de mi forma de sentir

	pueden afectarme	que pueden afectarme	que pueden afectarme	que pueden afectarme
“Me costó dormirme 1 hora y algo y me he levantado 2 veces al baño”	“Había ruido, mi marido estaba viendo la tele en el cuarto”.	“Discutimos porque no apagó la tele y me despertó”.	“Ahora no voy a poder dormir por su culpa”.	“Me enfadé”

Entre las dificultades que nos podemos encontrar se encuentra el hecho de que nadie se atreva a ser el primero en comenzar a participar. Para sortear esta dificultad pediremos algún voluntario, poniendo en valor la idea de que quien más colabore más va a obtener, ya que tendrá la ventaja de que podamos trabajar más sobre su caso concreto.

Durante esta sesión nos dedicaremos a explicar a los pacientes qué factores externos pueden estar interfiriendo de forma negativa en su capacidad para conciliar el sueño.

Factores asociados al sueño: normas de higiene del sueño

Se trata de una serie de consejos que nos conducen a que durmamos mejor. Algunos de ellos ya pueden pasar a formar parte de nuestra conducta habitual. Sin embargo, la inadecuada higiene del sueño puede no ser la única causa de su insomnio, aunque puede estar contribuyendo a la cronificación del mismo.

Creemos que la educación en la higiene del sueño debe realizarse como un complemento de otras técnicas cognitivo-conductuales, aunque también se contempla dentro de los tratamientos que han mostrado eficacia para el sueño por sí solos (Morin et ál., 1999).

A continuación, el terapeuta enumerará y comentará aquellos factores que se ve que pueden afectar a la capacidad de dormir, y explicará a los pacientes cómo se pueden mejorar.

La alimentación, las bebidas y otras sustancias

- Evitar comer en exceso antes de acostarse. Tampoco debemos acostarnos con hambre, ya que dificultará el inicio del sueño.
- Se recomienda hacer cenas ligeras, de 3 a 4 horas antes de acostarse, evitando comidas copiosas o muy ricas en grasas, ya que son más difíciles de digerir y pueden

dificultar el sueño, así como alimentos con vitamina C, azúcares y/o exceso de proteínas, que aumentan la activación metabólica.

- Evitar el uso de sustancias estimulantes, sobre todo durante las horas previas a acostarse. Entre las sustancias estimulantes se encuentran la cafeína, la teína, el chocolate o las bebidas que contengan estos tipos de sustancias, como las bebidas de cola o té. Se debe evitar el consumo de café después de las 4 de la tarde.
- Hay que evitar el uso de sustancias como el alcohol u otras drogas. Algunas de ellas son estimulantes pero otras, a pesar de tener una acción más sedativa, provocan un efecto de rebote y hacen que la calidad del sueño empeore y que el sueño sea fragmentado (contrario al primer estado de relax), afectando por tanto a nuestro descanso.
- El tabaco también puede afectar al sueño. La nicotina es un estimulante. Sin embargo, a las personas con dependencia el hecho de no poder fumar les puede llevar a sentirse más ansiosos. Cuando hay dificultades para conciliar el sueño, se recomienda mantener estable la dosis de nicotina y observar cómo afecta a nuestra capacidad para dormir.
- Se recomienda incluir en la cena hidratos de carbono porque el porcentaje de triptófano con respecto a otros aminoácidos es mayor en estos alimentos, así como la leche. Ambos son facilitadores del sueño.
- Recomendaremos evitar, al despertarse en mitad de la noche, levantarse e ir a comer o beber algo, ya que puede favorecer que la persona se despierte. Por ejemplo se puede recomendar que lleven un vaso de agua a la habitación y de este modo si se despiertan con sed podrán beber sin necesidad de levantarse.
- Antes de acostarse es conveniente ir al baño y orinar, para evitar despertarse por la noche.
- Es conveniente restringir la ingesta de líquidos durante las horas previas a acostarse. Dicha restricción puede evita que la persona se despierte enseguida o que tenga que despertares en mitad de la noche para ir al baño.
- Debe tenerse en cuenta la temperatura de los alimentos. Aquellos con temperaturas bajas pueden producir una mayor estimulación; por el contrario los alimentos calientes (no en exceso) pueden ayudar a inducir una mayor sensación de relax.
- La obesidad y la diabetes también se han relacionado en ocasiones con un acortamiento del sueño (Grandner et ál., 2013; St-Onge et ál., 2013). Por tanto, puede ser beneficioso perder algo de peso si se presenta obesidad y dificultades para

dormir. No obstante, el acortamiento del sueño también se da en personas delgadas por exceso de activación fisiológica.

- Animaremos a que cada persona lleve a cabo un registro propio de qué alimentos favorecen o dificultan su sueño, y de la hora y la cantidad de la ingesta. De este modo relacionaremos de forma precisa e individual este hecho.

REGISTRO DE ALIMENTOS							
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Alimento o bebida							
Cantidad y hora							
Sueño							

Ejercicio físico y actividades mentales previas al sueño

- El ejercicio y la actividad física son básicos para el equilibrio y bienestar de todo ser humano. No obstante, es mejor evitar hacerlo durante las últimas horas del día, antes de acostarse. Es necesario que durante las horas previas al sueño se produzca una disminución progresiva de la actividad. Es muy difícil pasar de un nivel elevado de actividad al sueño. Por lo tanto, desaconsejaremos realizar actividad física intensa durante las dos horas, o dos horas y media, previas al momento de irse a dormir.
- Es importante que antes de dormir se realicen actividades de intensidad baja y que no requieran una atención constante o elevada, ya que este tipo de acciones pueden provocar una activación que nos dificultará el dormir.
- Además, se ha observado que la luz constante puede entorpecer la aparición del sueño. En base a esta observación, actividades como utilizar el ordenador, el móvil u otros dispositivos con luz constante pueden llevar a tener dificultades a la hora de conciliar el sueño.
- También conviene recordar que las actividades que van a propiciar la transición al sueño van a ser aquellas que no requieran un esfuerzo (intenso o constante) físico ni mental.
- En muchas personas aquejadas por problemas de sueño, crear unos hábitos antes de dormir ayuda a preparar el organismo para conciliar el sueño y facilita la desconexión de lo rutinario, propiciando la transición hacia el sueño. Ejemplos: poner sonidos

relajantes (dependerá de la persona, pues hay otras que prefieren el silencio), tener en la habitación olores y colores suaves, como el olor a lavanda.

- Hay que señalar que en el caso de no haber conciliado el sueño en unos 20 minutos, es mejor levantarse e ir a otra habitación, y comenzar a realizar una actividad que no sea estimulante, hasta que vuelva de nuevo el sueño. Si es necesario habrá que repetir esto varias veces.
- Es recomendable tratar de regular el momento de ir a dormir, tener una hora (o un intervalo) para irse a dormir, y respetarlo independientemente del sueño que se tenga o de lo que se haya dormido el día anterior. Este hábito facilitará la regularidad del sueño y el hecho de que nuestro cuerpo se acostumbre a ese momento para dormir.
- Cuando se dan dificultades para dormir, es mejor evitar la siesta. Muchas veces se tiende a realizar conductas compensatorias, descansando al día siguiente, por no haber descansado durante la noche. Sin embargo, este hecho puede provocar un ciclo repetitivo, haciendo que la siguiente noche volvamos a tener dificultades para dormir.
- No obstante, conviene que el terapeuta comente que existen excepciones a lo recomendado a propósito de la siesta, ya que para ciertas personas, debido a sus horarios o su edad, las siestas pueden ser necesarias. El único requisito que se exige es que sean de corta duración, siempre inferiores a los 20 minutos, y que se contabilicen como horas de sueño, siempre observando cómo repercute en el sueño nocturno en cada persona.

Las condiciones ambientales

- Es importante señalar que la temperatura es uno de los factores que hay que tener en cuenta a la hora de facilitar el sueño –entre 18 y 22 grados centígrados es lo recomendable–. El hecho de que la habitación se encuentra a temperatura muy alta o muy comportará dificultades a la hora de conciliar el sueño. No obstante, la temperatura corporal varía a lo largo del día, y normalmente coinciden los momentos de sueño con los momentos en que nuestra temperatura corporal es baja. Es bueno que en la habitación haya una temperatura fresca pero no fría, y que dispongamos de ropa adecuada a la estación del año para cubrirnos si tenemos frío.
- Hay que preocuparse de que no haya luz intensa (intentar que no haya luz o que sea muy tenue, si la hay) y de que la humedad sea la adecuada. La habitación debe de haber sido ventilada.
- La calidad de la cama debe ser la adecuada. El colchón y el somier deben tener la dureza y la comodidad suficientes, y que la ropa de cama no sea escasa, excesiva o

molesta.

- Los ruidos son un importante factor disipador del sueño. Hay que procurar que exista un ambiente tranquilo y sin ruido mientras se duerme.

Otros factores relacionados

- Hay que controlar las variables fisiológicas antes de irse a la cama. No es recomendable ir a la cama con hambre, sed o ganas de orinar y tampoco es conveniente ir con el estómago muy lleno.
- Los pensamientos y las preocupaciones también pueden llevar a tener dificultades a la hora de dormir –dedicaremos las dos sesiones posteriores a conocer este fenómeno y a dar estrategias para controlarlo–.
- Es importante también no hacer ‘esfuerzos’ para conciliar el sueño. Debe producirse de forma natural; no es algo que debamos intentar controlar –dormirse requiere una actitud pasiva–.
- Aunque se tarde en conciliar el sueño, no debe ser una fuente de preocupación; lo importante es el descanso. Si estamos relajados descansaremos, aunque tardemos en dormirnos.
- La cama debe utilizarse para dormir. Cuando hay problemas de sueño, es mejor evitar actividades como ver la televisión, escuchar la radio o leer, ya que hará que la cama se asocie con actividades diferentes a dormir. Y esto no nos interesa de ningún modo, pues debilitará la asociación de la cama con dormir.

Relajación-respiración diafragmática (20 minutos)

La terapia de relajación contra el insomnio engloba varios métodos. Comenzaremos a introducir métodos que nos faciliten la relajación. De esta forma podremos rebajar el nivel de activación y llegar a tener un pequeño control sobre nuestras variables fisiológicas.

Esta terapia de relajación de basa en la constatación de que con frecuencia muchos pacientes con insomnio muestran altos niveles de activación fisiológica, cognitiva y emocional a lo largo del día (National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group on Insomnia, 1999). Se trata de una intervención idónea para aquellas personas que tienen dificultades para relajarse, o para aquellos que al dormir se encuentran con dificultades asociadas a algún tipo de dolor o a molestias físicas (Perlis et ál., 2009).

En concreto vamos a practicar 2 métodos diferenciados, que nos facilitarán la

relajación:

- Respiración diafragmática.
- Entrenamiento en relajación muscular progresiva.

Durante esta primera sesión comenzaremos a realizar el Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Bernstein y Borkovec (1973) y la Respiración diafragmática, que son útiles para realizar un tipo de respiración más profunda y lenta, impulsada por el diafragma. Este tipo de respiración es similar a la que se produce en los momentos cercanos al sueño (Perlis et ál., 2009).

La evidencia científica ha constatado la eficacia de la Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (1939) como un tratamiento para el insomnio, así como la adaptación de la misma realizada por Bernstein y Borkovec en 1973, llamada “entrenamiento en relajación muscular progresiva” (Bootzin y Perlis., 1992).

En esta técnica se enseña a relajar los músculos a través de un proceso en dos pasos. Primero se aplica de forma voluntaria tensión en ciertos grupos musculares; después se pide que se libere la tensión, requiriendo a la persona que se fije en cómo sus músculos se relajan. Este tratamiento se ha mostrado más efectivo que el placebo, la lista de espera o la ausencia de tratamiento (Morin et ál., 1994).

Hay una serie de *pautas previas* que conviene observar a la hora de llevar a la práctica esta técnica de relajación muscular:

- Ante el grupo, el terapeuta debe insistir en la importancia de practicar en casa esta técnica una o dos veces al día.
- En principio vamos a elegir un lugar diferente a la habitación para realizarlo.
- Durante los últimos 20 minutos de las sesiones presenciales realizaremos su práctica en directo. Para ello dividiremos el aprendizaje por grupos musculares (en este caso en 5 sesiones), e incluiremos en cada una de estas sesiones los grupos musculares practicados durante las sesiones previas. En la última sesión se realizará una relajación global de todos los grupos musculares.

Es importante señalar que hemos seleccionados estos dos tipos de relajación debido a que son las que se han mostrado más eficaces, si bien es cierto que existen otros tipos bien descritos, y que cada persona debe quedarse con aquellas técnicas de relajación que le resulten más sencillas y útiles, y que les ayude a reducir la activación. De hecho, si el paciente manifiesta ansiedad ante la realización de la relajación, cambiaremos de método de relajación hasta que encontremos el idóneo para esa persona concreta o utilizaremos

otro tipo de técnica.

En el Anexo de esta obra se puede encontrar información detallada acerca de la realización del entrenamiento en relajación muscular progresiva (Bernstein y Borkovec, 1973).

Tarea para casa

- Se pedirá al grupo que durante esta semana continúe realizando el registro de sueño.
- Durante esta semana es importante que cada paciente observe y anote qué condiciones entorpecedoras del sueño han detectado en su vida, y que trate de comenzar, durante esta misma semana, a adecuarse a las normas de higiene del sueño.
- Sería conveniente recalcar la idea de comenzar a practicar la relajación muscular progresiva (en el grupo muscular aprendido durante esta sesión) y la respiración diafragmática profunda, que es necesaria antes de la aplicación de cualquier técnica de relajación (véase en el Anexo las sesiones de relajación).

Bibliografía

- Bernstein, D. A. y T. D. Borkovec, *Progressive relaxation training: A manual for the helping profession*, Research Press, Champaign, IL, 1973.
- Bootzin, R. R. y M. L. Perlis, “Non pharmacologic treatments of insomnia”, *Journal of Clinical Psychiatry* 53 (1992) 37-41.
- Cautela, J. R. y J. Groden, *Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial*, Martínez Roca, Barcelona, 1985.
- Crispim, C. A., I. Zalcman, M. Dáttilo, H. G. Padilha, B. Edwards, J. Waterhouse, S. Tufik y M. T. de Mello, “The influence of sleep and sleep loss upon food intake and metabolism”, *Nutrition Research Reviews* 20 (2007) 195-212.
- Declercq, T., R. Rogiers, H. Habraken et ál., *Insomnie: Recommandation en première ligne de soins* (Recommandations de Bonne Pratique), Société Scientifique de Médecine Générale, Bruselas, 2005.
- Grandner, M. A., N. J. Jackson, J. R. Gerstner y K. L. Knutson, “Dietary nutrients associated with short and long sleep duration: data from a nationally representative sample”, *Appetite* 64 (2013) 71-80.
- Morin, C. M., J. P. Culbert y S. M. Schwartz, “Nonpharmacological interventions for

- insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy”, *American Journal of Psychiatry* 151 (1994) 1172-1180.
- Morin, C. M., P. J. Hauri, C. A. Espie, A. J. Spielman, D. J. Buysse y R. R. Bootzin, “Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review”, *Sleep* 22 (1999) 1134-1156.
- National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group on Insomnia, “Insomnia: Assessment and management in primary care”, *American Family Physician* 59 (1999) 3029-3038.
- Perlis, M. L., C. Jungquist, M. T. Smith y D. Posner, *Insomnio. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento*, Desclee De Brouwer, Bilbao, 2009.
- St-Onge, M. P., “The role of sleep duration in the regulation of energy balance: effects on energy intakes and expenditure”, *Journal of Clinical Sleep Medicine* 15 (2013) 73-80.
- Vela Bueno, A., “Prevención de los trastornos del sueño. Higiene del sueño”, en M. J. Ramos Platón (Ed.), *Sueño y procesos cognitivos*, Síntesis, Madrid, 1996.

REGISTRO DE SUEÑO
(Rellenar cada mañana tras levantarse)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora de acostarte							
Hora levantarte							
Número de horas de sueño							
Tiempo que te cuesta dormirte							
Nº veces despiertas por la noche y tiempo que permaneces despierto							
Sensación al levantarte (cansado, descansado)							
Otros momentos en que se duerme durante el día							
Momento durante del día con mayor sensación de sueño							
Condiciones luz, temperatura, comodidad, alimentación							
Actividad realizada cada día							
Tiempo que se pasa en la cama sin dormir							

SESIÓN 3

Factores asociados al insomnio II Restricción del tiempo de cama Control de estímulos Relajación 2

TIEMPO TOTAL DE LA SESIÓN: 90 MIN.

Comienzo de la sesión

La sesión comenzará con la revisión de las “tareas para casa” que se solicitaron en la sesión anterior. Se comenta también cómo ha ido la semana y las medidas de higiene del sueño que se han empleado.

Posteriormente se examinarán los registros de sueño. Debe analizarse la evolución personal de cada componente del grupo, examinar las horas semanales medias de sueño y considerar las variables que han ido corrigiendo tras la sesión anterior (anotamos estos datos en una pizarra). Durante la semana previa se introdujo la variable “tiempo de cama” (tiempo que se pasa en la cama sin dormir), con el objetivo de poder utilizarla como línea base de la técnica de “Restricción del tiempo de cama”, que aprenderemos durante esta sesión.

Es conveniente analizar cómo se ha desarrollado la práctica de la relajación-respiración diafragmática, las incidencias y el momento del día en el que se ha realizado. Dedicaremos a ambas tareas unos 20 minutos.

En esta sesión vamos a enseñar una serie de técnicas que se encuentran relacionadas con lo que ya aprendimos durante la sesión anterior y que nos ayudarán a tener mayor control sobre nuestro sueño y sobre las actividades que pueden encontrarse en la base de la dificultad.

Control de los estímulos

Hay ciertos estímulos o hábitos que se asocian con determinadas situaciones valoradas negativamente, con lo que ante su repetición se termina volviendo también negativos. En el caso de personas con dificultades de larga duración para dormir, se ha encontrado que

ciertos estímulos del dormitorio que deberían ser discriminativos y apropiados para conciliar el sueño adecuadamente, pasan a convertirse en lo contrario, en señales de algo negativo.

El objetivo de esta técnica es terminar con estas asociaciones inadecuadas, de forma que la persona pueda volver a dormir sin dificultades, haciendo que vuelvan a ser señales facilitadoras del sueño y dejen de ser valoradas como algo negativo.

Explicación del ciclo negativo del sueño

Cuando durante varios días se repiten las dificultades a la hora de dormir, la persona anticipa la idea de que esa noche tampoco dormirá o que lo va a hacer mal, y se inicia de este modo un ciclo repetitivo de dificultades para iniciar el sueño que se traduce en tensión y miedo al insomnio. Esta preocupación lleva a activar más a la persona, que genera más dificultades para conciliar el sueño. Entonces, el hecho de ‘no poder dormir’ en la habitación se asocia a los estímulos ambientales (habitación, cama, etc.). De hecho, la persona puede llegar a asociar su habitación con intentos malogrados para quedarse dormido y terminar desarrollando aversión a ese momento, evitando esta situación y tratando de dormir en sitios diferentes como el sofá. Si esta asociación se produce frecuentemente, el condicionamiento será cada vez más fuerte y el insomnio se producirá con mayor frecuencia, pues el propio entorno del dormir se ha convertido en un estímulo del no dormir. Cuando el paciente ha desarrollado miedo a no dormir, este condicionamiento desencadenará reacciones incompatibles con el dormir (excesiva activación: tensión, preocupación, miedo a, etc.), incluso antes de irse a la cama, haciendo que otros estímulos ambientales u otras conductas se condicionen con el no dormir. Esto mismo ocurre cuando se dan despertares en mitad de la noche haciendo que la persona no pueda volver a dormirse.

El objetivo de esta técnica es que la persona aprenda a romper con esas señales que se han convertido en discriminativas de activación y ansiedad, y pasen a convertirse en señales facilitadoras del sueño. Es decir, que la habitación vuelva a convertirse en un estímulo discriminativo de dormir.

Según Bootzin (1991), existe una serie de instrucciones para el control de estímulos, que deben incluir los siguientes factores: el momento de ir a dormir, señalando qué actividades están permitidas y cuáles no cuando se está en la cama, cómo actuar en caso de que no consigamos conciliar el sueño dentro de un tiempo razonable; el momento para levantarse; y las horas de siestas.

Normas para el control de estímulos (Caballo y Buela-Casal, 1991)

- Acostarse solo ante la sensación de sueño (nosotros preferimos recomendar que se acuesten cada día a la misma hora).
- No utilizar la habitación para actividades diferentes al dormir (ni ver la TV, ni comer, ni hablar por teléfono...).
- Realizar conductas o hábitos repetitivos antes de dormir para que finalmente se conviertan en señales inductoras del sueño (hacerlas cada noche y en el mismo orden).
- En caso de no conseguir dormirse en 15-30 min, levantarse e irse a otro lugar; no permanecer en la cama ni en la habitación hasta que vuelva la sensación de sueño. Repetir este desplazamiento tantas veces como sea necesario.
- Levantarse de forma habitual siempre a la misma hora por la mañana, independientemente de lo que se haya podido dormir durante la noche. Evitar las siestas u otros momentos para dormir.

Algunos autores han señalado que simplemente la regla de no dormir la siesta y levantarse cada mañana a la misma hora tiene la eficacia suficiente como para corregir el insomnio (Zwart y Lisman, 1979).

Por lo tanto, debemos ayudar a los pacientes a discriminar los estímulos que están en la base de esta situación y tratar de modificarlos. El control de estímulos ya forma parte de las normas de higiene de sueño que hemos trabajado durante la sesión previa

Algunos terapeutas aconsejan a sus pacientes la retirada del reloj de pulsera. Los pacientes en vez de utilizar el reloj externo de muñeca deben levantarse según su criterio, cuando estimen que ya han pasado unos 15-30 minutos. Esto es útil para que el paciente aprenda a identificar los signos del sueño (bostezos, ojos cansados, cabezadas, frotarse los ojos, etc.) que tienen lugar cuando la persona está somnolienta y no solo cansada (Taylor y Roane, 2010).

Ambas técnicas se han mostrado eficaces en el insomnio en diferentes estudios previos (Spielman et al., 1987).

Restricción del sueño o del tiempo de cama

Cuando hay un problema con el sueño, las personas tienden a compensar el no haber dormido bien esa noche estando más tiempo en la cama al día siguiente; sin embargo, esta estrategia que parece adecuada cuando el problema de sueño es puntual (una noche sin dormir), lleva al mantenimiento de este problema en personas que tienen esta dificultad de forma más frecuente.

Lo primero que debemos hacer es ayudar al paciente a que sea consciente del tiempo real que pasa en la cama (tanto por el día como por la noche). Para facilitar esta identificación les pediremos que realicen un registro del tiempo de cama. La línea base ya la hemos establecido en la sesión anterior con el registro de sueño, pero nos ayudaremos también esta semana de este otro registro:

REGISTRO DEL TIEMPO DE CAMA							
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Tiempo en la cama durmiendo							
Número de horas de sueño y calidad del mismo (día-noche)							

El objetivo de esta estrategia es provocar un ligero estado de falta de sueño, de forma que coincida el tiempo que se está en la cama con el tiempo real que la persona duerme. Muchas veces la persona a la que se le expone a esta estrategia presenta miedos acerca del empeoramiento de su sueño, ya que ahora percibe que va a tener la posibilidad de dormir menos, no obstante se le debe asegurar que esta estrategia está orientada hacia su mejora a medio plazo. Esta situación va a facilitar que la persona se quede dormida antes, de forma más profunda y con menos interrupciones. Por lo tanto, lo mejor es reducir el tiempo que se está en la cama intentando que se aproxime lo más posible al tiempo de sueño. Más adelante se irá aumentando el tiempo en la cama hasta conseguir una duración adecuada del sueño para cada persona. Por tanto vamos a pedirles que durante estas semanas lleven a cabo las siguientes pautas:

- Ser conscientes de que van a adecuar el tiempo que pasan en la cama al tiempo de sueño real que tienen. Es decir, como hemos dicho en sesiones anteriores no todo el mundo tiene la misma necesidad de horas de sueño y lo que van a hacer es controlar lo que su cuerpo necesita. Es importante romper el mito de las 8 horas, ya que no es real y es importante recordarlo.
- Debemos pedirles que intenten restringir el tiempo de cama tanto como puedan (adecuándolo al momento en el que realmente están durmiendo), aunque hay que añadir también que nunca deben reducirlo a menos de 5 horas/noche.
- Para poder llevar a cabo esta estrategia hay que regular los momentos de sueño; pero al mismo tiempo hay que indicar al paciente que debe acostarse y levantarse más o

menos a la misma hora (por eje., si duerme 5 horas quizás se puede adecuar el momento de ir a la cama a la 1.00 de la madrugada para así despertarte y levantarte a las 6.00).

- Debemos pedir al paciente que evite las siestas o ensoñaciones (“tengo los ojos cerrados pero no estoy durmiendo”), ya que esto puede provocar luego por la noche dificultades para dormir.
- Hay que señalar que progresivamente iremos aumentando el tiempo de cama, con un ritmo determinado, por ejemplo, semanalmente. Es importante que esta técnica se adapte a las condiciones de cada persona, ya que hay personas que necesitaran hacerlo de forma más lenta y otras más rápida.
- La eficiencia del sueño (ES) se refiere al cálculo del tiempo adecuado para cada persona y para ello se utiliza una fórmula para adecuar el tiempo que la persona permanece en la cama con el sueño que es adecuado para ella. Cuando en esta fórmula obtenemos una puntuación menor a 85%-90% durante los 5 días previos es que existe un desequilibrio que debemos aprender a corregir.

$$\frac{\text{Tiempo total de sueño}}{\text{Tiempo total en cama}} \times 100 = \text{ES}$$

Según Caballo y Buela-Casal (1991), los valores de la eficiencia de sueño deben tenerse en cuenta de la siguiente forma:

- Más del 90% la semana previa: incremento de 15 min del tiempo de cama.
- Por debajo del 85% la semana previa: reducción de 15-20 min (manteniendo esto unos 10 días hasta volver a reevaluar).
- Entre el 85-90%: sin modificaciones.

Hay que explicar al paciente las siguientes consideraciones:

- El tiempo de cama se refiere tanto al día como a la noche, no se restringe el tiempo solo al del sueño nocturno.
- El tiempo de sueño nunca se limita a menos de 5 horas, porque, de lo contrario, el paciente puede sufrir somnolencia diurna excesiva (Sharma y Andrade, 2012).
- Ante la somnolencia durante el día debemos valorar si esta nos impide hacer una vida normal.

Relajación

Continuaremos practicando el segundo grupo muscular del entrenamiento en relajación muscular progresiva y las respiraciones diafragmáticas. Les dedicaremos unos 20 minutos.

Tareas para casa

- Esta semana el terapeuta solicitará que continúen realizando los registros de sueño.
- También el terapeuta pedirá que lleven a cabo las normas de control de estímulos. Registraremos qué normas llevábamos a cabo antes de estos consejos y qué cosas no realizábamos antes de lo aprendido en esta sesión.
- El terapeuta debe pedir que comiencen a adecuar el tiempo que duermen con el tiempo que permanecen en la cama, analizando la eficiencia de sueño.
- Se practicará la relajación muscular progresiva (grupo muscular aprendido durante esta sesión) o la respiración diafragmática.

Bibliografía

- Bootzin, R. R., “A stimulus control treatment for insomnia”, *Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association* 7 (1972) 395-396.
- Bootzin, R. R., D. Epstein y J. M. Wood, “Stimulus control instructions”, en P. J. Hauri (ed.), *Case studies in insomnia*, Plenum Press, Nueva York, 1991, pp. 19-28.
- Caballo, V. E., *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos II. Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*, Siglo XXI, Madrid, 1998.
- Caballo, V. E. y G. Buela-Casal, “Tratamiento conductual de los trastornos del sueño”, en V. E. Caballo, J. C. Sierra y G. Buela-Casal, *Manual de psicología clínica aplicada*, Siglo XXI, Madrid, 1991.
- Morin, C. M., R. R. Bootzin, D. J. Buysse, J. D. Edinger, C. A. Espie y K. L. Lichstein, “Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004)”, *Sleep* 29 (2006) 1398-1414.
- Perlis, M. L., C. Jungquist, M. T. Smith y D. Posner, *Insomnio. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento*, Desclée De Brouwer, Bilbao, 2009.
- Sharma, M. P. y C. Andrade, “Behavioral interventions for insomnia: Theory and practice”, *Indian Journal of Psychiatry* 54 (2012) 359-366.
- Spielman, A. J., P. Saskin y M. J. Thorpy, “Treatment of chronic insomnia by restriction

of time in bed”, *Sleep* 10 (1987) 45-56.

Taylor, D. J. y B. M. Roane, “Treatment of insomnia in adults and children: A practice-friendly review of research”, *Journal of Clinical Psychology* 66 (2010) 1137-1147.

Zwart, C. A. y S. A. Lisman, “Analysis of stimulus control treatment of sleep-onset insomnia”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47 (1979), 113-118.

REGISTRO DE SUEÑO
(Rellenar cada mañana tras levantarse)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora de acostarte							
Hora levantarte							
Número de horas de sueño							
Tiempo que te cuesta dormirte							
DESPERTARES: N° veces despiertas por la noche y tiempo que permaneces despierto							
Sensación al levantarte (cansado, descansado)							
SIESTAS: momentos en que se duerme durante el día							
Momento durante del día con mayor sensación de sueño							
Condiciones luz, temperatura, comodidad, alimentación							
Actividad realizada cada día							
Tiempo que se pasa en la cama sin dormir							

SESIÓN 4

Pensamientos negativos I

Explicación de los pensamientos que se asocian al insomnio y a su mantenimiento Relajación 3

TIEMPO TOTAL DE LA SESIÓN: 90 MIN.

Comienzo de la sesión

Durante esta sesión el terapeuta revisará los registros de sueño que se ha realizado durante esta semana. Los pacientes están ya familiarizados con esta técnica y podemos dedicarle 15 minutos.

Es importante dedicar, también, cierto tiempo a revisar cómo los pacientes han aplicado en casa el control de estímulos –que ha trabajado en la sesión precedente– y revisar si el tiempo de cama se ha ajustado al tiempo de sueño (registro entregado en la sesión anterior) y tratar de adaptarlo en el caso de que no estén aplicándolo. Dedicaremos unos 15 minutos a este repaso.

Revisaremos también la evolución de las técnicas de respiración-relajación e indagaremos sobre los momentos en que los pacientes lo están llevando a cabo y las dificultades que hayan podido surgir. Dedicaremos 5-10 minutos a esta cuestión.

En esta sesión vamos a comenzar a trabajar la parte cognitiva del insomnio, los pensamientos relacionados con el inicio y el mantenimiento del mismo. Explicaremos también algunas formas de detectar los pensamientos negativos.

Ejemplos de pensamientos inadecuados asociados al insomnio

Para comenzar se pedirá al grupo que realice una ‘tormenta de ideas’ acerca de este tipo de pensamientos. El terapeuta los irá apuntando en una pizarra; esto ayudará a que cada persona identifique, no solo los suyos, sino también los de los compañeros del grupo.

El siguiente listado es una relación de pensamientos que frecuentemente se producen

en personas con insomnio:

- Siempre estaré así, no mejoraré.
- Esto es un infierno, no puedo con ello.
- Es lo peor que te puede pasar.
- No duermo nada.
- Llevo sin dormir toda la semana.
- No voy a poder trabajar porque no he dormido hoy.
- Tengo que dormirme que mañana tengo que levantarme e ir a trabajar.
- Me siento muy cansado, eso es porque hoy no he dormido bien.
- Nunca voy a conseguir dormir bien.
- Los demás van a decir que no trabajo bien / que no me ocupo de mis cosas.
- Es injusto que esto me pase a mí; ¡si soy una buena persona!

Ahora sobre este listado vamos a tratar de identificar cada pensamiento con el nombre de la distorsión a la que pertenece.

Los pensamientos y el sueño

Frecuentemente los pensamientos pueden provocar estados de ansiedad, miedo, tristeza o inseguridad. La dificultad radica en que a menudo nos afectan sin que seamos conscientes de ello, ya que muchas veces se producen de forma automática, y llevan a la persona afectada a actuar de una forma que no solo no es adecuada sino que muchas veces es la causa de que persista el problema.

Existen diferentes tipos de pensamientos que no son racionales y que llamamos “distorsiones cognitivas”. Albert Ellis comenzó a hablar de ellas, y fueron ampliadas por Aaron T. Beck, padre de la psicología cognitiva.

Todos tenemos distorsiones cognitivas, sin embargo, tienden a aparecer con mayor frecuencia y tener una mayor influencia en nuestra vida cuando nos encontramos más ‘débiles’. Las distorsiones son nuestra percepción o interpretación del mundo y de las cosas que nos suceden. Por tanto vamos a ponerlas a prueba, de forma que comencemos a darnos cuenta que esta forma de pensar solo se trata de una de las posibles formas de percibir el mismo mundo-acontecimiento y que normalmente no son ni la única, ni la más real, ni la más positiva forma de percibirlo.

Es importante ofrecer algún ejemplo de situaciones en la que se han producido

interpretaciones erróneas, ya que son más frecuentes de la que nos imaginamos.

Suelo explicar la siguiente situación: Un paciente se cruzó conmigo en urgencias y no lo saludé. El paciente, posteriormente, me narró este hecho, señalando que yo a pesar de haberlo visto, no lo había saludado. Él pensó que debido a la situación ('nervios') yo no lo había saludado. Sin embargo, nada más lejos de la realidad, esto se debió a mi miopía. Este hecho demuestra que muchas veces nuestras interpretaciones de la realidad o de la conducta de los demás no siempre son reales o acertadas. Existen explicaciones alternativas a nuestra forma de percibir el mundo-acontecimiento.

Principales distorsiones cognitivas

Abstracción selectiva o filtraje negativo

Forma de pensar en que la persona solo se fija en ciertos aspectos de la situación y no en otros. Es una especie de visión de túnel donde solo se percibe aquello que está de acuerdo con nuestro estado de ánimo o forma de pensar y no se presta atención a otros aspectos.

Ejemplo: Una persona va de vacaciones y al volver un amigo le pregunta qué tal lo han pasado. La persona comenta que le ha ido muy mal porque ha hecho mal tiempo todas las vacaciones. Sin embargo, si hubiese sido realista habría comentado que solo llovió 3 de 7 días, por lo que el tiempo no fue malo, que fue de excursión, que estuvo en la playa, que ha descansado y que se lo ha pasado bien. No obstante, al pensar de esta forma distorsionada su conclusión ha sido negativa, ya que solo se ha quedado con ciertos aspectos de la situación, desdeñando otros. Por tanto, la experiencia subjetiva es negativa cuando no tendría motivo para serlo.

Palabras clave: "Esto es insoportable", "Todo me sale mal", "Es un día horrible".

Pensamiento polarizado

En esta forma de pensamiento la persona extrae una conclusión general de un solo hecho concreto, sin que existan más evidencias.

Ejemplo: La novia de un chico rompe con él; él concluye que no es capaz de mantener una relación y que nunca más será capaz de tener novia, ya que él no vale para eso.

Palabras clave: "Nunca conseguiré dormir...", "Nada va a mejorar ni cambiar...", "Siempre estaré así", "Si no soy capaz de hacer esto, no soy capaz de hacer nada".

Sobregeneralización

En esta forma de pensamiento la persona extrae una conclusión general de un solo hecho concreto, sin que existan más evidencias.

Ejemplo: La novia de un chico rompe con él; él concluye que no es capaz de mantener una relación y que nunca más será capaz de tener novia, ya que él no vale para eso.

Palabras clave: “Nunca conseguiré dormir...”, “Nada va a mejorar ni cambiar...”, “Siempre estaré así”, “Si no soy capaz de hacer esto, no soy capaz de hacer nada”.

Interpretación del pensamiento

La persona realiza interpretaciones de las intenciones o sentimientos de las demás personas sin tener ninguna base para ello y generalmente estas interpretaciones son negativas para él.

Ejemplo: En el trabajo, el jefe comenta a los empleados que deben trabajar más. La persona interpreta que como duerme mal, rinde peor y que el jefe lo comenta por eso.

Palabras clave: “Eso es porque...”, “Eso se debe a...”, “Lo ha hecho por...”.

Visión catastrófica

La persona adelanta acontecimientos catastrofistas sin ninguna base para ello.

Ejemplo: Ver a alguien que está enfermo y pensar que te va a pasar a ti también.

Palabra clave: “¿Y si me ocurre a mi...?”.

Personalización

Esta forma de pensar hace que la persona relacione los acontecimientos del entorno consigo mismo sin que haya una base real para ello.

Ejemplo: En una reunión el jefe comenta que quiere que los empleados sean más puntuales y una persona piensa que el jefe se está refiriendo concretamente a él.

Palabras clave: “Ese comentario lo hace por mí”, “Siempre me atribuye cosas...”, “Me suelta indirectas”.

Maximización y minimización

La persona tiende a evaluar los acontecimientos, y generalmente da mayor importancia a los negativos y minimiza los positivos.

Ejemplo: Una persona tiene una discusión con su pareja y comienza a pensar en lo mal que va su relación, y piensa que seguro que lo van a dejar, y minimiza el hecho de que hayan hecho las paces y que hayan sido capaces de hablarlo.

Palabras clave: “Se ahoga en un vaso de agua”.

Falacia de control

La persona se percibe con un grado de control irreal sobre los acontecimientos que le suceden o sobre las personas de su entorno (puede darse tanto por una sensación de exceso de control como de poco control).

Ejemplo: Una pareja discute y el chico piensa que si su novia cambiase su actitud él se sentiría bien.

Palabras clave: “No puedo hacer...”, “Me sentiré bien si tal persona cambia...”, “Tengo la responsabilidad de...”, “Que haría sin mí...”, “Tengo que conseguir dormirme ya...”.

Falacia de justicia

Consiste en la tendencia a valorar como injusto todo aquello que no coincide con lo que la persona desea o quiera.

Ejemplo: Un estudiante le dice a su madre: “Me han suspendido. ¡Qué injusto!”.

Palabras clave: “Es injusto...”.

Razonamiento emocional

La persona cree que los acontecimientos concuerdan con las emociones que le provocan.

Ejemplo: Si una persona se siente nerviosa cuando se encuentra en un grupo es porque realmente tiene motivos para estarlo, porque no lo aprecian lo suficiente; sin embargo, puede haber otros motivos.

Palabras clave: “Si me siento así... es que ha sucedido...”.

Falacia de cambio

La persona piensa que su bienestar depende de los actos de los demás, de que las otras personas cambien su conducta.

Ejemplo: Una persona piensa: “Solo conseguiré trabajo si cambia el mercado. La cosa está muy mal”; y mientras tanto se sienta a esperar a que la situación cambie.

Palabras clave: “Si *tal* persona cambiara *tal* cosa, entonces yo podría hacer/ser *tal* cosa”.

Etiquetado

En esta forma de pensar se da una etiqueta a las personas y a los sucesos.

Ejemplo: Una persona piensa que tiene mal carácter y se identifica siempre con esto.

Palabras clave: “Las mujeres tardan mucho en arreglarse”, “Los hombres no lloran”.

Los “deberías”

La persona con esta distorsión presenta una forma de pensar con normas rígidas y severas sobre cómo se suponen que tienen que suceder las cosas. Si no se llega a este nivel o se producen las situaciones o los comportamientos en la forma en que la persona no espera, se produce una alteración emocional fuerte.

Ejemplos: Una persona piensa: “Debería no estar enfermo”, cuando no es una cuestión de decisión.

Palabras clave: “Debería...”, “No debería...”, “Tengo que...”, “Tiene que ser...”.

Culpabilidad

Esta distorsión toma dos formas: o bien la persona se siente responsable de todo lo que le ocurre a ella y a los de su alrededor, o bien siente que no tiene ninguna responsabilidad.

Ejemplo: Una persona se encuentra mal y sus familiares se sienten culpables por no poder ayudarlo, cuando en realidad no está en sus manos.

Palabras clave: “Es culpa mía...”.

Falacia de razón

La persona cree estar en posesión de la verdad e ignora los razonamientos de los demás.

Ejemplo: Una pareja discute y no consiguen llegar a un acuerdo porque cada uno piensa que tiene la razón y no se paran a escuchar las consideraciones del otro.

Palabras clave: “Yo tengo la razón en...”, “Los demás no tienen ni idea...”.

Falacia de recompensa divina

En esta distorsión la persona tiende a pensar que sus problemas se resolverán en el futuro de forma ‘mágica’, por sí solos, o que serán recompensados en el futuro sin que tengan que hacer nada por ello.

Ejemplo: Una persona le pide a una ‘forma superior’ que le ayude a encontrar trabajo.

Palabras clave: “Dios, ayúdame a...”, “La suerte me hará encontrar...”.

No reconocer sus esfuerzos

La persona tiende a pensar que las cosas positivas que suceden son por casualidad o porque otra persona hizo algo, y no por sus propios esfuerzos.

Ejemplo: Una persona hace un examen y, tras estudiar un mes, consigue aprobar. Piensa que es debido a que tuvo suerte y fue fácil.

Palabras clave: “No mejoro nada”, “Salió bien por casualidad”.

En todos los casos el terapeuta debe poner y solicitar ejemplos concretos relacionados con el sueño, tratando de analizar los antecedentes y los consecuentes tanto de una forma de pensar como de la otra forma.

Técnica: Tiempo de pensar

Las preocupaciones normalmente suelen aparecer de forma más persistente en momentos de inactividad. Los momentos previos al dormir son momentos generalmente de poca actividad y en muchas personas es cuando más afloran estas preocupaciones, con lo cual se produce activación y sensación de ansiedad cuando lo que debería estar ocurriendo es que sea un momento de tranquilidad y desactivación. No vamos a tratar de quitarlos ni evitarlos, porque lo que harán será aparecer con más persistencia (Recordemos la anécdota de cerrar los ojos y no pensar en un elefante, que solo lleva a que pensemos más y más en un elefante.).

Lo que sí vamos a hacer es buscar un momento al día, 15 minutos concretamente, para escribir las preocupaciones que nos ocupan la mente. Trataremos de que este momento para pensar y escribir no esté entre las dos horas previas al acostarse, para evitar que se produzca activación. Posteriormente, cuando nos venga a la cabeza alguna de esas preocupaciones, nos diremos simplemente que las vamos a dejar para luego, para el momento que le dedicamos a pensar y escribir las preocupaciones. Como cualquier técnica, necesita una práctica, así que es importante tener paciencia en el aprendizaje y la práctica hasta que alcance su máximo nivel de efectividad.

Técnica: Práctica de pensamientos que conducen a dormir bien

Durante esta sesión, hemos visto que los pensamientos pueden tener efectos negativos sobre nuestras vidas; también predisponen, precipitan y mantienen nuestros problemas de sueño. Sin embargo, si aprendemos a detectar y reconocer los pensamientos inadecuados, y a tener pensamientos más realistas, conseguiremos mejorar nuestro

sueño. Por tanto, la actitud adecuada y realista es: “¡Yo puedo intervenir; puedo hacer cosas para mejorar la situación!”.

Relajación

Continuaremos practicando el tercer grupo muscular de la relajación muscular progresiva y las respiraciones diafragmáticas. Dedicaremos unos 20 minutos a ello.

Tarea para casa

- Esta semana el terapeuta pedirá que continúen realizando:
- El registro de sueño.
- La relajación muscular progresiva (grupo muscular aprendido durante esta sesión) y la respiración diafragmática.
- El ejercicio que a continuación explicamos.

Tarea para casa: Identificación de pensamientos negativos

El terapeuta ya ha explicado los tipos de pensamientos inadecuados que existen y los que se asocian al insomnio. Ahora podemos tratar de identificar cada uno los que tenemos. Dado que al principio es difícil, para ayudarnos vamos a trabajar con el listado de pensamientos que pusimos al comienzo de esta sesión y con los que han salido en la tormenta de ideas del grupo. Vamos a pedir que traten de identificar cada pensamiento, identificando el tipo de distorsión al que pertenece.

La tarea de casa que vamos a pedirles que realicen es la identificación de sus pensamientos negativos. Pediremos que detecten algún tipo de pensamientos explicado durante esta sesión. Es importante poner ejemplos de ellos y normalizar esta situación. Lo importante es detectarlos y ver si existen explicaciones alternativas a esta forma de pensar. Para facilitar esta tarea, pediremos que, en el registro de pensamientos negativos que adjuntemos a continuación, anoten los que sean capaces de detectar y que añadan la emoción que les produce esa forma de pensar.

REGISTRO DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS	
Pensamiento negativo que aparece durante esta semana (pedirles que presenten atención especialmente a los relacionados con el sueño)	Efecto que tiene (Tristeza, ansiedad, alegría, indiferencia, otros...)

--	--

Bibliografía

Bados, A., “Terapia cognitiva de Beck”, en F. J. Labrador (coord.) *Técnicas de Modificación de Conducta*, Pirámide, Madrid, 2008, pp. 517-532.

Beck, A. T., A. J. Rush, B. Shaw y G. Emery, *Terapia cognitiva de la depresión*, Desclée De Brouwer, Bilbao, 1983.

Coates, T. J. y C. E. Thoresen, “Treating sleep disorders: Few answers, some suggestions, and many questions”, en S. M. Turner, K. S. Calhoun y H. E. Adams (comps.), *Handbook of clinical behavior therapy*, Wiley, Nueva York, 1981.

Ellis, A., *Reason and emotion in psychotherapy*, Lyle Stuart, Nueva York, 1962.

REGISTRO DE SUEÑO
(Rellenar cada mañana tras levantarse)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora de acostarte							
Hora levantarte							
Número de horas de sueño							
Tiempo que te cuesta dormirte							
Nº veces despiertas por la noche y tiempo que permaneces despierto							
Sensación al levantarte (cansado, descansado)							
Otros momentos en que se duerme durante el día							
Momento durante del día con mayor sensación de sueño							
Condiciones luz, temperatura, comodidad, alimentación							
Actividad realizada cada día							
Tiempo que se pasa en la cama sin dormir							

SESIÓN 5

Pensamientos negativos II

Reestructuración cognitiva de las creencias erróneas sobre el sueño

Técnicas: Detención del pensamiento

Intención paradójica

Relajación 4

TIEMPO TOTAL DE LA SESIÓN: 90 MIN.

Comienzo de la sesión

Durante esta sesión el terapeuta comenzará preguntando cómo ha transcurrido la semana y repasando las principales dificultades. Revisaremos los registros de sueño (10 minutos de dedicación).

Examinaremos los pensamientos inadecuados o negativos que han ido apareciendo durante esta semana y que se han logrado detectar; también repasaremos las dificultades han podido surgir durante su identificación. Para ello, cada persona irá exponiendo los pensamientos negativos que ha encontrado y la emoción que les ha producido esa forma de pensar, y los iremos apuntando en una pizarra. Este proceso lo repetiremos con cada miembro del grupo. Se puede poner en valor que la realización grupal facilita que cada persona no solo identifique los suyos sino que se beneficie de los que hayan podido encontrar los demás, ya que puede ocurrir que los otros también lo presenten pero que no hayan conseguido identificarlo. Dedicaremos 15-20 minutos a este ejercicio.

Con esto, lo que se pretende es que cada persona comience a encontrar por sí misma la relación entre sus pensamientos y sus conductas y emociones. Conviene insistir en la idea de que no todas las técnicas son igual de útiles para todos y que deben descubrir y adoptar las que sean mejores para ellos.

Reestructuración cognitiva de creencias erróneas sobre el sueño

Durante la semana anterior hemos trabajado la detección de pensamientos que puede llevar a que se interprete la realidad de una forma negativa y sin fundamento alguno. Se

ha visto cómo estos pensamientos pueden producir sentimientos y emociones negativas que afecten a la conducta y la vida en general. Por ese motivo, durante esta sesión continuaremos mostrando estrategias que pueden ayudar a modificar o discutir estos pensamientos y creencias.

Por este motivo debemos poner a prueba los pensamientos y las creencias, y ver las consecuencias que comportan (ansiedad, malestar, tristeza, desmotivación...).

Durante la semana anterior vimos y trabajamos cómo realizar un registro para detectar estos pensamientos negativos o inadecuados que aparecen en la vida diaria. Ahora incluiremos alguna casilla más en el registro semanal para facilitar su detección y así tener una base para discutirlos.

TÉCNICA DE LA TRIPLE COLUMNA		
Pensamiento automáticos negativos	Distorsión a la que pertenece este tipo de pensamiento	Reinterpretación: Sustituye por pensamiento más realista
Ejemplo: Si no duermo no podré funcionar bien mañana	Catastrofismo y pensamiento del tipo todo o nada	No es la primera vez que no duermo, de hecho todo el mundo tiene días en los que no duerme y aun así somos capaces de funcionar bien. Tengo la certeza de que esto es así porque ya me ha pasado otras veces y he podido.

Es decir, enseñaremos a que vean sus pensamientos como posibilidades que hay que contrastar, no como una afirmación de la realidad.

Técnicas para la reestructuración cognitiva

Contrarrestar la sobreestimación de la probabilidad

Consiste en cuestionarse la evidencia de los juicios de probabilidades. Es decir, debemos ayudar al paciente a que estime sus pensamientos como posibilidades, no como

hechos verdaderos, y que examine las hipótesis que realiza para ayudarle a llegar a otras posibilidades. Debemos ayudarlos a hacer una estimación realista sobre qué probabilidad existe de que las predicciones que hacen lleguen a ocurrir, ayudándolos a descubrir otras soluciones diferentes a las que habían generad en un principio (Craske y Lewin, 1997). Para ello pediremos a cada integrante del grupo que nos cuente situaciones en las que pensó que algo iba a suceder de determinada forma y que no fue así, y pedirles que estimen del 0 al 100% el grado en que creían que esto iba a suceder de cierto modo.

Detención del pensamiento

Esta técnica fue desarrollada por Bain en 1928 y adaptada por Wolpe y Lazarus a mediados de siglo xx para el tratamiento de pensamientos fóbicos y obsesivos.

Se les ha enseñado durante estas sesiones que hay una serie de pensamientos que están frecuentemente rondando en nuestra cabeza y que pueden llevarnos a sentirnos peor. Esta técnica es para pensamientos que se fundamentan en el pasado (“No debía haber hecho...”) o en el futuro (“Seguro que no voy a poder...”), cuando la persona percibe algo como amenazante, aunque su probabilidad de que ocurra sea muy baja. En este caso, estos pensamientos no llevan a soluciones, sino que producen ansiedad y malestar.

Se puede poner el ejemplo de una persona que no pudo dormir durante varios días y que cada vez que se iba a la cama pensaba que iba a volver a suceder, lo que le generaba gran ansiedad.

El terapeuta no debe centrarse en tratar de cambiar el grado de significación que un acontecimiento ha tenido para ellos, y tampoco se va a trabajar sobre la creencia de que algo suceda en el futuro.

La forma de proceder en estos casos es la siguiente:

1. Detectar estos pensamientos lo más rápidamente posible.
2. Expresarlos verbalmente. Es importante que los verbalicemos de la manera más parecida a como se han pensado. Por ejemplo: “Jamás superaré este problema; no podré volver a dormir bien. No podré levantarme ni ir a trabajar”.
3. Ahora vamos a decidir qué estímulo nos va a ayudar a detener el pensamiento (STOP, palmada en la mesa, una goma en la muñeca...).

Desarrollo de la técnica en 3 niveles:

- Primero vamos a comenzar cerrando los ojos y vamos a reproducir de forma voluntaria los pensamientos negativos de los que hemos hablado, los vamos a

expresar en voz alta. A los pocos segundos de haber comenzado vamos a interrumpir los pensamientos con ayuda del estímulo distractor que hemos elegido previamente (palmada en la mesa, STOP, goma). Inmediatamente después traeremos a la cabeza un pensamiento distractor o imagen para centrar la atención durante unos 30 segundos en otra cosa. Este pensamiento o imagen pueden referirse a:

- Recordar detalladamente una situación que para ellos sea agradable, como por ejemplo: la playa, el bosque, la ciudad, la familia, el hogar, una fiesta...
- Describir el lugar en el que se encuentre en ese momento (cuadros, olores, gente...)
- Contar de 3 en 3 hacia atrás desde el número 100 al cero.
- Intentar aprender una nueva canción.

Hay que repetir este paso varias veces (8-10) hasta que resulte fácil generar los pensamientos y cortarlos.

- En el segundo nivel de manejo produciremos los pensamientos en nuestra mente sin expresarlos en voz alta y repetiremos el primer nivel.

Pensamiento negativo –STOP– pensamiento distractor.

Realizaremos este paso varias veces hasta que lo tengamos aprendido.

- En el siguiente nivel se hace lo mismo, pero ahora el estímulo distractor (palmada, STOP, goma) se hace únicamente de forma mental y se lleva la atención hacia un pensamiento distractor (describir la playa, la familia, etc.). Se repite el paso hasta conseguir dominar la técnica y detener los pensamientos.

Tarea para casa

Se pedirá que practiquen de forma sistemática durante 2 semanas esta técnica para conseguir dominarla (5-10 aplicaciones diarias; preferiblemente evitar la noche para practicar). Y podemos utilizarlo también en todas aquellas ocasiones en que aparezca algún pensamiento que se desee cortar.

Intención paradójica

La eficacia de la “intención paradójica” se basa en el principio fundamental de que las personas intenten llevar a cabo la conducta que están evitando por temor. De esta manera, el círculo vicioso que mantiene este ciclo, se rompe. Se trata, por tanto, de una técnica adecuada para personas que tienen pensamientos incompatibles con el sueño. Hay personas que después de una o varias noches sin poder dormir o durmiendo mal

comienzan a desarrollar una ansiedad anticipatoria ante la dificultad para dormir. De tal forma, que la ansiedad por no conseguir dormir se va convirtiendo en la fuente principal del trastorno. La intención paradójica pretende eliminar esta ansiedad haciendo que el paciente realice aquello que tanto teme: que intente permanecer toda la noche despierto. De esta forma la preocupación y la ‘ansiedad’ por no quedarse dormido comienzan a disminuir. La misión de la intención paradójica es “amortiguar los miedos individuales de los pacientes” (Frankl, 1984). Por ejemplo, se puede imaginar a una persona que sufre dificultades para dormir, se acuesta pero no se duerme hasta muy tarde, esto va haciendo que por la mañana se encuentre muy cansado y que al día siguiente al llegar a la hora de dormir se encuentre muy nervioso pensando que le va a ocurrir lo mismo. Con esta técnica le pediríamos a la persona que no se durmiera hasta más tarde de lo que normalmente lo hace (concretamos el momento). Eliminaremos la ansiedad anticipatoria, lo que llevará probablemente a que la persona se relaje y por tanto seguramente a que el sueño llegue antes de lo previsto.

Otro ejemplo: Se pedirá a la persona que haga justamente lo contrario a lo que intenta. La persona con problemas de insomnio suele decirse asimismo: “me acuesto y trato de quedarme dormido, pero por más que lo intento no lo consigo”. Con la intención paradójica, se le dice a la persona: “acuéstese y trate de permanecer despierto todo lo que pueda”.

Esta intervención se piensa que es adecuada para el insomnio cuando hay preocupación intensa sobre el sueño, la pérdida del mismo, y sus consecuencias (Espie, 2011). Por el contrario, se desaconseja esta técnica para personas con una gran ansiedad ante todo tipo de eventos vitales.

Bibliografía

- Craske, M. G. y M. R. Lewin, “Trastorno por pánico”, en V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 1, Siglo XXI, Madrid, 1997.
- Espie, C. A., “Paradoxical intention therapy”, en M. L. Perlis, M. Aloia y B. Kuhn (eds.), *Behavioral treatments for Sleep Disorders: A Comprehensive primer of behavioral sleep medicine interventions*, Academic Press, Londres, 2001, pp. 61-70
- Frankl, V. E., *Man's search for meaning*, Washington Square Press/Pocket Books, Nueva York, 1984.

REGISTRO DE SUEÑO
(Rellenar cada mañana tras levantarse)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora de acostarte							
Hora levantarte							
Número de horas de sueño							
Tiempo que te cuesta dormirte							
Nº veces despiertas por la noche y tiempo que permaneces despierto							
Sensación al levantarte (cansado, descansado)							
Otros momentos en que se duerme durante el día							
Momento durante del día con mayor sensación de sueño							
Condiciones luz, temperatura, comodidad, alimentación							
Actividad realizada cada día							
Tiempo que se pasa en la cama sin dormir							

SESIÓN 6

Repaso de las técnicas y sucesos Relajación final Cierre de las sesiones continuadas

TIEMPO TOTAL DE LA SESIÓN: 90 MIN.

Comienzo de la sesión

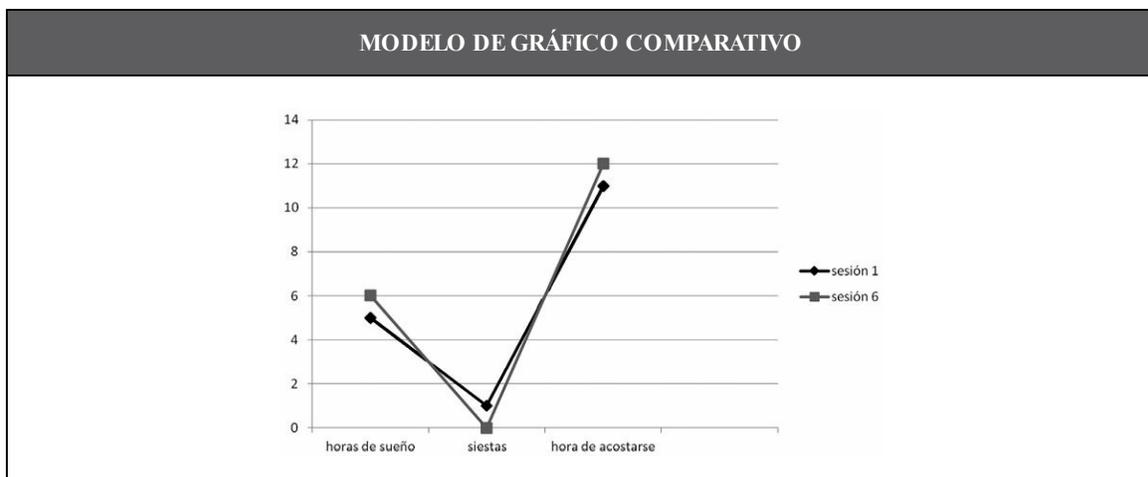
Los objetivos de esta sesión son repasar las dudas que hayan podido ir surgiendo durante las sesiones precedentes, tratar de resolverlas y ayudar a realizar una reflexión sobre lo que se ha ido asimilando durante las sesiones. Para ello, y como en sesiones anteriores, comenzaremos con un repaso de las tareas para casa que se encargaron durante la sesión anterior. Dedicaremos entre 15 y 20 minutos para este asunto.

¡Revisando lo aprendido!

El terapeuta realizará una breve revisión de las principales técnicas que se han ido aprendiendo durante las sesiones. De esta forma tendremos una buena oportunidad para aclarar dudas o dificultades que hayan podido surgir y que no se hayan resuelto. Durante esta sesión, realizaremos una comparación del primer y el último registro de sueño de cada paciente; así se puede observar la evolución de cada uno. Para facilitar la visualización de cada persona, y del grupo, podemos realizar en la pizarra un breve gráfico comparativo sobre cuántas horas estaban durmiendo al comienzo y al final, añadiendo, según el terapeuta observe, las incidencias o los hechos importantes que haya que comentar. De esta forma se propiciará que los participantes sean conscientes del proceso seguido y del proceso a seguir. A continuación facilitamos un modelo de registro y un modelo de gráfico comparativo. En ellos revisaremos y compararemos ciertos aspectos trabajados durante todas las sesiones:

MODELO DE REGISTRO		
	Sesión 1	Actualidad
Hora de acostarte		

Hora levantarte		
Tiempo que te cuesta dormirte		
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir		
Nº veces despiertas por la noche y tiempo que permaneces despierto		
Sensación al levantarte (cansado, descansado)		
Otros momentos en que se duerme durante el día		
Momento del día con mayor sensación de sueño		
Condiciones luz, temperatura, comodidad, alimentación,		
Actividad realizada cada día		
Tiempo en la cama sin dormir		



Además, aprovecharemos la sesión para insistir en la necesidad de continuar con la práctica de las técnicas aprendidas durante estas sesiones, y señalar que, a pesar de la finalización del tratamiento presencial, es necesario continuar en casa con lo que se ha aprendido, recordando la conveniencia de la revisión del material dado cada cierto tiempo.

¿Qué hacemos si nos vuelve a ocurrir?

Es muy importante recordar que de vez en cuando todos vamos a pasar una noche en vela y es crucial no preocuparse; es algo normal. Lo importante es no comenzar con

miedos del tipo: “ves, ya estoy de nuevo, ya no voy a conseguir dormir y no podré llevar una vida normal”. Sabemos que estos son los factores que llevan a que se cronifique la ansiedad anticipatoria, los miedos y ese círculo vicioso que lleva a que esos pensamientos nos pongan nerviosos, nos exciten y nos dificulten el dormir. Sabemos que todas esas catástrofes que adelantamos son poco probables. Anteriormente estos pensamientos y situaciones ya nos han ocurrido y hemos podido realizar una vida normal, sin que esas terribles consecuencias que pensábamos que iban a suceder llegaran a presentarse.

Es importante que nos demos cuenta de que tenemos estrategias diferentes y efectivas para lograr el objetivo de normalizar esta situación. Recordemos: No debemos asustarnos. Pasará y no ocurrirá nada por una noche en vela. Será algo transitorio, sin consecuencias importantes salvo la incomodidad. Disponemos de ayuda y estrategias.

Ahora haremos una tormenta de ideas en grupo ante la pregunta: “¿Qué podemos hacer ante una noche de insomnio?”.

Tras la terminación de este ejercicio recordaremos las pautas correctas de actuación ante el momento de no dormir: Levantarse de la cama e ir a otra habitación. Si vemos que el insomnio persiste comenzaremos de nuevo con la restricción del “tiempo de cama” (una semana evaluando cuánto se duerme y cuánto tiempo permanecemos en la cama, y adecuarlos. Posteriormente recuperamos 15 minutos por cada semana que mantengamos la eficiencia de sueño por encima del 90%; así hasta que se haya vuelto a la normalidad).

Repaso de sesiones y revisión de dudas

Realizaremos un breve repaso de cada técnica aprendida. En este momento el grupo comenta lo que le ha aportado cada técnica y lo que ha aprendido de ella, así como las dificultades que ha encontrado:

- Diferencias individuales en el sueño.
- Técnicas de registro de sueño.
- Normas de higiene del sueño.
- Respiraciones diafragmáticas
- Relajación.
- Control de estímulos.
- Restricción del tiempo de cama.
- Pensamientos negativos asociados al insomnio.

- Distorsiones cognitivas.
- Técnica del tiempo para pensar.
- Reestructuración cognitiva: creencias erróneas sobre el sueño.
- Detección del pensamiento.
- Intención paradójica.

Sabemos que cuando se acaba el tratamiento todas las personas tienden a relajarse y dejan de practicar de forma tan continuada las técnicas y directrices aprendidas. Sin embargo, pediremos e insistiremos en la necesidad de que se **cumplan las siguientes recomendaciones:**

- Mantener a largo plazo el establecimiento de un horario fijo de levantarse y acostarse. No obstante, algunos pacientes pueden ser más flexibles al respecto y probar gradualmente y valorar cómo les afecta una mayor flexibilidad, no solo fijándose en un día, sino en un periodo más largo. Por ejemplo, algunos pacientes se pueden quedar una o dos noches sin despertador (entre 30-60 minutos adicionales), pero el resto de días deberá seguir las normas de horarios.
- Nunca dormir más tras una noche de insomnio. Evitar siestas. No compensar.
- Recordemos que la cama es para dormir, no para permanecer despierto ni realizar otras actividades, salvo dormir o mantener relaciones sexuales.
- Irse de la cama o de la habitación cuando veamos que llevamos un rato totalmente despiertos o incómodos, y que no conseguimos conciliar el sueño, es una regla muy importante que hay que seguir toda la vida.
- Evitar realizar actividades excitantes o estimulantes las dos horas previas al dormir.
- No nos va a ocurrir nada catastrófico por no dormir una noche o dormir poco varias noches seguidas; ya sabemos que es cansado y desagradable.

Práctica de la relajación y las respiraciones

Dedicaremos 20 minutos a realizar la relajación muscular y las respiraciones diafragmáticas.

Cierre de la sesión

Mostramos nuestra disponibilidad para cualquier duda que pueda surgir. Recordamos el material que se ha dado y la necesidad de seguir practicando los ejercicios y los

registros de sueño. Se adjuntamos un registro de sueño reducido para este tiempo, hasta las sesiones de recordatorio. Ahora se presentan por semanas, no por días, para facilitar seguimiento:

REGISTRO PARA UTILIZAR HASTA EL INICIO DE LAS SESIONES DE REFRESCO (Rellenarlo semanalmente y llevarlo a las sesiones de refresco)				
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
¿Qué tal duermes? Bien/regular/mal				
Sensación al levantarte (cansado/ descansado)				
Otros momentos en que se duerme durante el día				
Tiempo que se pasa en la cama sin dormir				
¿Llevas a cabo las técnicas? ¿Cuáles?				
Observaciones				

SESIÓN 7, 8 Y 9

Sesiones de refresco

TIEMPO TOTAL DE LA SESIÓN: 60 MIN.

Comienzo de la sesión

Durante las sesiones de recordatorio vamos a tratar de ver la evolución de los pacientes. Van a ser sesiones de una hora de duración, en las que vamos a tratar de redirigir aquellas conductas que afectan al sueño y que se han descuidado durante el tiempo transcurrido desde las sesiones.

En la primera sesión de refresco ha transcurrido un mes; en la segunda, tres meses; y en la tercera y última, 6 meses desde la finalización de las sesiones continuas.

Al comienzo de cada sesión va a ser fundamental dedicar cierto tiempo a cada uno de los miembros del grupo, que deberá comentar cómo les va en la actualidad, qué cosas han aprendido durante las sesiones continuas a las que han asistido y de qué modo se han beneficiado de ellas.

Continuaremos preguntando cómo han dormido estos días y haremos una puesta en común de cómo ha ido este tiempo, viendo las dificultades surgidas y las dudas que hayan podido presentarse. Dedicaremos 20 minutos a este asunto.

Lo más importante durante estas sesiones de refresco es la interacción con los miembros del grupo, nosotros preguntaremos y corregiremos aquellas cosas que consideremos que se pueden mejorar y que les pueden ayudar a que duerman mejor.

Durante la primera sesión de refresco (1 mes después) retomaremos...

- Repaso de los mitos sobre el sueño y de las normas de higiene del sueño. Les pediremos que comenten qué cosas han cambiado y en qué cosas se han relajado. Dedicaremos 20 minutos a este asunto.
- Relajación: pediremos que la hagan ellos solos en silencio. Dedicaremos 15 minutos a este particular.

Durante la segunda sesión de refresco (3 meses después) retomaremos...

- Repaso de técnicas de control de estímulos y del tiempo de cama: Recordaremos las

principales distorsiones cognitivas. Dedicaremos 20 minutos a este repaso.

- Relajación: pediremos que la hagan ellos solos en silencio. Dedicaremos 15 minutos a esta tarea.

Durante la tercera sesión de refresco (6 meses después) retomaremos...

- Repaso de técnicas cognitivas para el control de pensamientos negativos. Dedicaremos 20 minutos a este repaso.
- Relajación: pediremos que la hagan ellos solos en silencio. Dedicaremos 15 minutos a esta tarea.

En estas 3 sesiones de refresco, dedicaremos los últimos 5 minutos a las dudas pueden existir; recogeremos, también, las inquietudes que puedan tener sobre algún tema que haya podido quedar poco o nada tratado, y sobre el que necesiten asesoría y desahogo.

MATERIALES PARA EL PACIENTE

SESIÓN 1

Individual Presentación

Introducción: ¿Qué es el insomnio? Factores relacionados con el sueño

Normas de grupo

1. Hay que asistir a todas las sesiones.
2. En todas las sesiones habrá una breve exposición teórica común para todos los asistentes. En ocasiones puede ocurrir que lo que se exponga no les ocurra personalmente a cada integrante del grupo.
3. Lo que se expone en las sesiones es confidencial. No hablaremos de lo que comentamos en la sesión fuera de ellas.
4. Se deben respetar las opiniones de los demás.
5. Hay respetar los turnos de palabra y mantener cierto orden para poder hablar todos y no interrumpirnos. Se utilizará la veterana técnica de pedir la palabra levantando el dedo.
6. Hay que tratar de ser cooperativo en relación al tema que se está tratando. En ocasiones quizá haya un tema que nos preocupe más que el que se está tratando, pero respetaremos el tema central de la sesión para mantener la dinámica grupal.

El sueño

Fases del sueño

Dormir es una actividad necesaria pero debemos saber que no todos dormimos las mismas horas. Hay gente que duerme 4 horas y otros 12; lo más frecuente es entre 7 y 8 horas. De hecho hay variaciones individuales:

- Hay días que dormimos más y otros menos.
- A lo largo de nuestra vida también se van produciendo cambios. A medida que nos hacemos mayores dormimos menos horas y es más frecuente que nos despertemos varias veces a lo largo de la noche.

- Hay situaciones que pueden afectar a nuestro sueño: los horarios laborales, las preocupaciones, la salud, etc.

El tiempo adecuado para dormir es aquel que nos permite realizar nuestras actividades diarias con normalidad.

Ritmos circadianos

Son ciclos de unas 24 horas (20-29 horas). El ciclo de vigilia-sueño es el ritmo circadiano que más afecta a nuestras vidas. En los humanos como en todos los mamíferos, el reloj biológico principal se encuentra en dos pequeños núcleos situados en el cerebro. Las señales que salen de estos núcleos no solo modulan los ritmos de alerta y de sueño, sino otros muchos ritmos, como la temperatura, las hormonas, el sistema inmune, etc. El ritmo circadiano es endógeno e independiente de estímulos externos como la luz, la temperatura y el ruido, aunque los necesita para mantenerse sincronizado.

El sincronizador más importante del sistema circadiano humano es la alternancia de luz-oscuridad. Los estímulos no fóticos, como los horarios de las comidas, el ejercicio y los contactos sociales, también pueden influir en el sistema circadiano

Por lo tanto, sabemos que estos ritmos pueden alterarse por hábitos inadecuados, como por ejemplo un exceso de luz o de su intensidad, el estrés, la temperatura, la salud y los horarios desestructurados.

Trastornos del sueño: el insomnio

¿En qué consiste el insomnio?

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente entre la población adulta. Se trata de la dificultad para iniciar y/o mantener el sueño, o porque nuestro sueño no es reparador, es decir, nos despertamos sintiendo que no hemos descansado lo suficiente.

El insomnio es un problema de salud muy común y puede tener importantes consecuencias para la vida de la persona que lo padece y para sus familiares.

El papel del estrés en el insomnio

El estrés no solo puede tener un papel en el origen y mantenimiento del insomnio, sino que también es una consecuencia del mismo; de hecho es una de las consecuencias que más suelen acusar las personas que lo padecéis.

La conducta y los problemas de insomnio

Debemos saber que el ser humano reacciona frecuentemente ante las dificultades relacionadas con el dormir mediante conductas compensatorias de esta pérdida de sueño (dormir más por la mañana, siestas, realizar menos actividades, evitar la cama...).

El problema es que muchas de estas conductas mantienen a la larga estas dificultades. Durante estas sesiones aprenderemos a manejar estas conductas inadecuadas de compensación. Por ello, debemos conocer qué sucede antes y después del momento de dormir que pueda estar dificultando que tengamos un sueño adecuado.

Tratamiento psicológico del insomnio

Como hemos ido comentando, el insomnio es un problema que también puede originarse o mantenerse debido a factores psicológicos y ambientales (por ejemplo, el estrés, pero también el ruido, la luz constante, etc.).

Durante las siguientes sesiones aprenderemos a comprender y manejar las principales técnicas para afrontar esta situación, las aprenderemos y las pondremos en práctica, y cada persona debe quedarse con aquellas que le vayan mejor y desechar aquellas que no le funcionan. Eso sí, primero hay que practicarlas.

Resumiendo...

- Este tratamiento grupal tiene una duración de 6 sesiones, más 3 sesiones de recordatorio o refresco.
- Su objetivo es ayudarte a realizar algunos cambios importantes en tu vida.
- Durante esta sesión hemos aprendido cómo funciona el sueño y qué factores se relacionan con el mismo (fases, ritmos circadianos, temperatura, luz, etc.).
- Durante las próximas sesiones:
 - Conoceremos los mitos que tenemos sobre el sueño.
 - Aprenderemos qué hábitos nos benefician y cuáles nos perjudican.
 - Hablaremos sobre qué pensamientos tenemos sobre el sueño y cómo pueden estos contribuir o dificultar que conciliemos el sueño.

Por lo tanto, aprenderemos estrategias para que nos ayuden a tener conductas, pensamientos y emociones más adaptativas.

Recordaremos

- El insomnio es un trastorno del sueño en el que la persona tiene dificultades a la hora

de dormir, o se despierta y no consigue volverse a dormir, o se despierta con una sensación de sueño no reparador, con sensación de no haber descansado.

- Debemos recordar que no dormir una noche no es sinónimo de insomnio. No dormir 8 horas no es sinónimo de tener un problema.
- No todo el mundo duerme lo mismo; cada persona tiene necesidad de ciertas horas de sueño y no todos necesitamos la misma cantidad.
- No dormir durante una noche no significa no poder llevar a cabo la actividad diaria que hacemos habitualmente al día siguiente.
- Hay momentos en el día que todos sentimos una mayor somnolencia. Cada persona debe descubrir cuándo le ocurre. Recordemos los ritmos circadianos, los ciclos de unas 24 horas, en los que algunas condiciones de nuestro cuerpo varían, como por ejemplo la temperatura, siendo menor durante la madrugada y mayor entre las 4 y las 8 de la tarde.
- Debemos registrar nuestras condiciones individuales a la hora de dormir. Es importante llevar a cabo durante esta primera semana un registro de nuestras condiciones personales a la hora de dormir para ser conscientes de nuestra conducta al respecto.

Es necesario que aprendas todo lo que puedas durante estas sesiones y que lo pongas en práctica. Con el objetivo de corregir aquellos aspectos del sueño que lo necesiten, vamos a comenzar a realizar un registro durante esta primera semana, el “registro de sueño”, anexo a continuación. Es imprescindible que la próxima semana lo traigas rellenado, ya que es la única forma en la que podemos adecuarnos a tu situación. La próxima semana iniciaremos las sesiones grupales con una revisión de estos registros de sueño.

REGISTRO DE SUEÑO
(Rellenar cada mañana tras levantarse)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora de acostarte							
Hora levantarte							
Número de horas de sueño							
Tiempo que te cuesta dormirte							
Nº veces despiertas por la noche y tiempo que permaneces despierto							
Sensación al levantarte (cansado, descansado)							
Otros momentos en que se duerme durante el día							
Momento durante del día con mayor sensación de sueño							
Condiciones luz, temperatura, comodidad, alimentación							
Actividad realizada cada día							

SESIÓN 2

Factores asociados al insomnio I Normas de higiene del sueño Comienzo de la relajación-respiración diafragmática

A continuación presentamos algunas reglas para la higiene del sueño, Se trata de una serie de consejos que sirven para mejorar el sueño, y que trabajan las condiciones vitales relacionadas con ello.

Alimentación	<ul style="list-style-type: none">• No acostarse con hambre, ni tampoco cenar abundantemente.• Cenar 2-4 horas antes de acostarse.• Si aparece hambre después de cenar, podemos incluir un vaso de leche caliente, yogurt o una infusión sin teína antes de dormir.• Evitar sustancias estimulantes, dulces, frutas ácidas y un exceso de proteínas antes de dormir.• Evitar sustancias como el alcohol u otras drogas.• Evitar levantarse e ir a comer o beber durante la noche. Para ello podemos dejar un vaso de agua en la mesilla antes de acostarnos.• Controlar la temperatura de los alimentos, que no estén excesivamente fríos ni calientes. (debemos tener en cuenta que hay variaciones individuales y que debemos adecuarla a nuestra experiencia).
Actividades	<ul style="list-style-type: none">• Evitar realizar actividad física intensa durante las 2 horas previas al dormir.• Mejor realizar actividades de intensidad baja y que no necesiten atención constante ni elevada.• Evitar actividades con luz artificial constante, como el ordenador.• Determinadas conductas antes de dormir facilitarían la transición hacia el sueño: baño templado de corta duración, con olores, sonidos relajantes...• En caso de estar 20 minutos y no dormirse, es mejor levantarse e ir a otra habitación, y hacer una actividad que no sea estimulante.• Regular el momento de ir a dormir. Hay que tener una hora (un intervalo).• Evitar siestas (salvo casos concretos).
Condiciones ambientales	<ul style="list-style-type: none">• La temperatura ideal está entre los 18 y los 20 grados.• Evitar que haya luz intensa y si se necesita, que sea lo más natural y tenue posible.• Ventilar todos los días.• La calidad de la cama debe ser adecuada.• Favorecer un ambiente tranquilo y sin ruido.• Cambiar las sábanas con frecuencia, y mantener higiene en la cama y en la habitación en general.
Otros factores asociados	<ul style="list-style-type: none">• Los pensamientos y las preocupaciones también pueden activarnos y llevarnos a tener dificultades a la hora de dormir.• La cama debe utilizarse para dormir únicamente.

Tarea para casa

- Esta semana continuaremos realizando el registro de sueño que aprendimos la semana pasada. Se adjunta el registro de sueño.
- Observaremos y apuntaremos las condiciones entorpecedoras del sueño que hemos comentado durante esta sesión. Trataremos de reflexionar sobre cuáles pueden aplicarse a nuestra propia vida. Esta misma semana comenzaremos a adecuarnos a estas normas de higiene del sueño.
- Conviene, también, empezar a practicar la relajación muscular progresiva (grupo muscular aprendido durante esta sesión) o la respiración calmada, profunda y diafragmática.

REGISTRO DE SUEÑO
(Rellenar cada mañana tras levantarse)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora de acostarte							
Hora levantarte							
Número de horas de sueño							
Tiempo que te cuesta dormirte							
Nº veces despiertas por la noche y tiempo que permaneces despierto							
Sensación al levantarte (cansado, descansado)							
Otros momentos en que se duerme durante el día							
Momento durante del día con mayor sensación de sueño							
Condiciones luz, temperatura, comodidad, alimentación							
Actividad realizada cada día							
Tiempo que se pasa en la cama sin dormir							

SESIÓN 3

Factores asociados al insomnio II

Restricción del tiempo de cama

Control de estímulos

Relajación 2

Durante esta sesión os mostraremos dos técnicas para tener mayor control sobre nuestro sueño: la técnicas de control de estímulo y la higiene del sueño. Son técnicas básicas para todos las personas que sufren insomnio. Dependiendo de qué tipo de insomnio presenta cada persona o de las características de cada uno, aplicaremos una u otra técnica, o ambas.

Control de estímulos

Frecuentemente en las personas que presentáis dificultades de larga duración para dormir, se ha visto que muchos de los objetos o estímulos del dormitorio que deberían ser relajantes y hacernos sentir tranquilos y con ganas de dormir, pasan a convertirse en todo lo contrario, en estímulos que producen ansiedad, y que pasan a convertirse en indicadores de no poder dormir.

Ciclo negativo del sueño

Cuando durante varios días nos cuesta dormir y llega el siguiente momento de acostarse, uno comienza a anticipar la idea de que esa noche tampoco dormirá o que lo va a hacer mal. De este modo se inicia un ciclo repetitivo de dificultades para iniciar el sueño que se traducen en tensión y miedo al insomnio. Esta propia preocupación os pone nerviosos y os activa, haciendo que se mantenga esta situación. El ‘no dormir’ en la habitación, cuando ocurre durante un tiempo, se asocia a los estímulos ambientales de la habitación (cama, almohada...), es decir, el entorno donde normalmente deberíamos sentirnos tranquilos, que termina convirtiéndose en un lugar de malestar asociado a no poder dormir.

Algunas personas incluso evitan la situación de irse a dormir a la habitación porque han tenido tantas experiencias de no poder dormir allí que terminan asociando la habitación

con el malestar, y terminan tratando de dormir en sitios diferentes como por ejemplo el sofá. Cuando alguna persona desarrolla miedo a no dormir, este condicionamiento desencadenará reacciones incompatibles con dormir (nervios, tensión, preocupación), incluso antes de irse a la cama. Esto mismo ocurre cuando se dan despertares en mitad de la noche.

El objetivo de esta técnica es que la habitación vuelva a convertirse en una señal de bienestar y de descanso.

Normas para el control de estímulos

- Acostarse solo ante la sensación de sueño.
- No utilizar la habitación para actividades diferentes al dormir (no ver la televisión, ni comer, ni hablar por teléfono...).
- Realizar conductas o hábitos repetitivos antes de dormir para que finalmente se conviertan en señales inductoras del sueño (hacerlas cada noche y en el mismo orden).
- En caso de no conseguir dormir (15-30 min), levantarse e irse a otro lugar, no permanecer en la cama ni en la habitación hasta que regrese la sensación de sueño. Repetir tantas veces como sea necesario.
- Levantarse de forma habitual siempre a una hora por la mañana, independientemente de lo que se haya podido dormir durante la noche anterior.
- Evitar las siestas u otros momentos no habituales para dormir.
- Se recomienda también la retirada del ‘reloj de pulsera’. En vez de utilizar un reloj externo, y en caso de no conseguir conciliar el sueño, debéis levantaros cuando estiméis que han transcurrido los 15-30 minutos.

Restricción del sueño o del tiempo de cama

Cuando hay un problema en el sueño, solemos tender a compensar el no haber dormido bien esa noche estando más tiempo en la cama al día siguiente. Sin embargo, esta estrategia que parece adecuada cuando el problema de sueño es puntual (una noche sin dormir), lleva al mantenimiento de este problema.

Por ello, debemos ser conscientes del tiempo real que pasamos en la cama, tanto por el día como por la noche. Para ayudarnos, podemos utilizar el siguiente registro del tiempo de cama.

REGISTRO DEL TIEMPO DE CAMA							
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Tiempo en la cama durmiendo							
Número de horas de sueño y calidad del mismo (día-noche)							

El objetivo de esta estrategia es provocar un estado ligero de falta de sueño, de forma que coincida el tiempo que se está en la cama con el tiempo real que la persona duerme. Esta situación facilitará que os durmáis antes, de forma más profunda y con menos interrupciones. Más adelante iremos aumentando el tiempo en la cama hasta conseguir una duración adecuada de sueño para cada persona.

Recomendaciones

- Primero debemos ser conscientes de que vamos a adecuar el tiempo que pasamos en la cama a nuestro tiempo de sueño real. Ya sabemos que no todo el mundo presenta la misma necesidad de dormir, ni necesita dormir las mismas horas. Por tanto, queremos adecuarnos a lo que nuestro cuerpo necesita de forma concreta. Conviene también romper el mito de las 8 horas, ya que eso no vale para todas las personas.
- Debemos intentar restringir el tiempo de cama tanto como se pueda (adecuándolo al momento en el que se duerme realmente). Nunca se debe reducir a menos de 5 horas/ noche.
- Para poder realizar esta estrategia hay que regular los momentos de sueño, acostarse y levantarse más o menos a la misma hora (por ejemplo, si sabemos que dormimos 5 horas quizás podemos adecuar el momento de ir a la cama a la 1 de la madrugada para así despertarnos y levantarnos a las 6).
- Hay que tener cuidado con siestas o ensoñaciones, o con el “tengo los ojos cerrados pero no estoy durmiendo”. Esto puede provocar luego por la noche dificultades para dormir.
- Progresivamente iremos aumentando el tiempo de cama, por ejemplo, semanalmente. Debemos tener en cuenta que esto debe adaptarse a las condiciones de cada persona, ya que hay personas que necesitaran hacerlo de forma más lenta y otras más rápida.
- El tiempo de cama se refiere tanto al día como a la noche, no se restringe el tiempo solo del sueño nocturno, sino que incluye también las siestas.

- El tiempo de sueño nunca se limita a menos de 5 horas, porque, de lo contrario, puedes sufrir somnolencia diurna excesiva.
- Ante la somnolencia durante el día, debemos valorar si nos impide hacer una vida normalizada.
- La eficiencia del sueño se refiere al cálculo del tiempo adecuado para cada persona y para ello se utiliza una fórmula para adecuar el tiempo que pasamos en la cama con el sueño que es adecuado para nosotros. Cuando en esta fórmula obtenemos una puntuación menor al 90% durante los 5 días previos, es que existe un desequilibrio que debemos aprender a corregir.

$$\frac{\text{Tiempo total de sueño}}{\text{Tiempo total en cama}} \times 100 = \text{ES}$$

- Por encima del 90% semana previa: incremento de 15 min del tiempo de cama.
- Por debajo del 85% semana previa: reducción de 15/20 min (manteniendo esto unos 10 días hasta volver a reevaluar).
- Entre 85-90%: sin modificaciones.

Tareas para casa

- Esta semana continuaremos realizando el registro de sueño. Se adjunta una plantilla del mismo.
- Observaremos las condiciones que hemos aprendido durante esta semana sobre el control de estímulos y registraremos qué recomendaciones ya formaban parte de nuestro repertorio habitual y cuáles hemos aprendido durante esta sesión.
- Analizaremos el tiempo de cama que pasamos sin dormir, información que hemos recogido a lo largo de esta semana, y ahora vamos a tratar de adecuar el tiempo que dormimos con el tiempo que permanecemos en la cama.
- Seguimos practicando en casa la relajación muscular progresiva (grupo muscular aprendido durante esta sesión) y/ o la respiración diafragmática.

REGISTRO DE SUEÑO
(Rellenar cada mañana tras levantarse)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora de acostarte							
Hora levantarte							
Número de horas de sueño							
Tiempo que te cuesta dormirte							
DESPERTARES: N° veces despiertas por la noche y tiempo que permaneces despierto							
Sensación al levantarte (cansado, descansado)							
SIESTAS: momentos en que se duerme durante el día							
Momento durante del día con mayor sensación de sueño							
Condiciones luz, temperatura, comodidad, alimentación							
Actividad realizada cada día							
Tiempo que se pasa en la cama sin dormir							

SESIÓN 4

Pensamientos negativos I

Explicación de los pensamientos que se asocian al insomnio y a su mantenimiento

Relajación 3

A continuación, veremos algunas de las principales distorsiones que aparecen en nuestra vida, para poder posteriormente aprender a detectarlas.

Abstracción selectiva o filtraje negativo

Es un tipo de forma de pensar en que la persona únicamente presta atención a unos aspectos de la situación y no se fija en otros. Es una especie de visión de túnel donde solo se percibe aquello que está de acuerdo con nuestro estado de ánimo o forma de pensar, y no se presta atención a otros aspectos.

Ejemplo: Una persona va de vacaciones y al volver un amigo le pregunta qué tal lo han pasado. La persona comenta que le ha ido muy mal porque ha hecho mal tiempo todas las vacaciones. Sin embargo, si hubiese sido realista habría comentado que solo llovió 3 días de 7, por lo que el tiempo no fue tan malo. Fue de excursión, estuvo en la playa, ha descansado y se lo ha pasado muy bien. No obstante, al pensar de esta forma su conclusión ha sido negativa, ya que solo se ha quedado con ciertos aspectos de la situación, desdeñando otros. Por tanto, la experiencia subjetiva es negativa cuando no tendría motivo para serla.

Palabras clave: “Esto es insoportable”, “Todo me sale mal”, “Es un día horrible”.

Pensamiento polarizado

Es una forma de pensar en la que la persona solo percibe las cosas de manera extrema sin tener en cuenta los grados intermedios. Es decir o las cosas son totalmente buenas o totalmente malas.

Ejemplo: Una persona está fregando, se le cae un vaso y se le rompe: piensa “que torpe soy, siempre se me rompen cosas”. Sin embargo, esta persona no se está dando cuenta de que frecuentemente realiza esa actividad y que solo a veces se le rompen

cosas, lo que no implica ser inútil o patoso, ni que siempre se le rompan cosas, ya que todos los días limpia varias veces.

Palabras clave: “No hago nada bien”, “soy un inútil”, “todo me sale mal”, “soy perfecto o un fracasado”.

Sobregeneralización

En esta forma de pensamiento la persona extrae una conclusión general de un solo hecho concreto sin que existan más evidencias.

Ejemplo: La novia de un chico rompe con él y él concluye que no es capaz de mantener una relación y que nunca más será capaz de tener novia ya que él no vale para eso.

Palabras clave: “Nunca conseguiré...”, “Nada va a mejorar ni cambiar...”, “Siempre estaré así”, “Si no soy capaz de hacer esto, no soy capaz de hacer nada”.

Interpretación del pensamiento

La persona realiza interpretaciones de las intenciones o sentimientos de los demás sin tener ninguna base para ello. Generalmente estas interpretaciones son negativas para él.

Ejemplo: Una persona no saluda y la otra persona lo atribuye que es porque le cae mal, cuando en realidad no le ha visto.

Palabras clave: “Eso es porque...”, “Eso se debe a...”, “Lo ha hecho por...”.

Visión catastrófica

La persona adelanta acontecimientos catastrofistas sin ninguna base para ello.

Ejemplo: Ver a alguien que está enfermo y pensar que te va a pasar a ti también.

Palabra clave: “¿Y si me ocurre a mí...?”.

Personalización

En esta forma de pensar, la persona relaciona los acontecimientos del entorno consigo mismo, sin que haya una base real.

Ejemplo: En una reunión el jefe comenta que quiere que los empleados sean más puntuales y una persona atribuye que el jefe se está refiriendo concretamente a él.

Palabras clave: “Ese comentario es hacía mí...”, “Siempre me atribuye cosas...”, “Me suelta indirectas”.

Maximización y minimización

La persona tiende a evaluar los acontecimientos dando generalmente mayor importancia a los negativos y minimizando los positivos.

Ejemplo: Una persona tiene una discusión con su pareja y comienza a pensar en lo mal que va su relación, y que seguro que lo van a dejar; a la vez minimiza el hecho de que hayan hecho las paces y de que hayan sido capaces de hablarlo.

Palabras clave: “Se ahoga en un vaso de agua”.

Falacia de control

La persona se percibe con un grado de control irreal sobre los acontecimientos que le suceden o sobre las personas de su entorno (puede darse tanto por una sensación de exceso de control como de poco control).

Ejemplos: Una pareja discute y el chico piensa que si su novia cambiase su actitud él se sentiría bien.

Palabras clave: “No puedo hacer...”, “Me sentiré bien si tal persona cambia...”, “Tengo la responsabilidad de...”, “Que haría sin mi...”.

Falacia de justicia

Consiste en la tendencia a valorar como injusto todo aquello que no coincide con lo que la persona desea o quiera.

Ejemplo: Un estudiante le dice a su madre: “Me han suspendido. ¡Qué injusto!”.

Palabras clave: “Es injusto...”.

Razonamiento emocional

La persona cree que los acontecimientos concuerdan con las emociones que le provocan.

Ejemplo: Si una persona se siente nerviosa cuando se encuentra en un grupo es porque realmente tiene motivos para estarlo, porque no lo aprecian lo suficiente; sin embargo, puede haber otros motivos.

Falacia de cambio

La persona piensa que su bienestar depende de los actos de los demás, de que las otras personas cambien su conducta.

Ejemplo: Una persona piensa: “Solo conseguiré trabajo si cambia el mercado. La cosa está muy mal”; y mientras tanto se sienta a esperar a que la situación cambie.

Palabras clave: “Si *tal* persona, cosa, situación cambiara *tal* cosa, entonces yo podría

hacer, ser, sentir *tal cosa*”.

Etiquetado

En esta forma de pensar se da una etiqueta a las personas y a los sucesos.

Ejemplo: Una persona piensa que tiene mal carácter y se identifica siempre con esto.

Palabras clave: “Las mujeres tardan mucho en arreglarse”, “Los hombres no lloran”.

Los “deberías”

La persona con esta distorsión presenta una forma de pensar con normas rígidas y severas sobre cómo se suponen que tienen que suceder las cosas. Si no se llega a este nivel o se producen las situaciones o los comportamientos en la forma en que la persona no espera, se produce una alteración emocional fuerte.

Ejemplos: Una persona piensa: “Debería no estar enfermo”, cuando no es una cuestión de decisión.

Palabras clave: “Debería...”, “No debería...”, “Tengo que...”, “Tiene que ser...”.

Culpabilidad

Esta distorsión toma dos formas: o bien la persona se siente responsable de todo lo que le ocurre a ella y a los de su alrededor, o bien siente que no tiene ninguna responsabilidad.

Ejemplo: Una persona se encuentra mal y sus familiares se sienten culpables por no poder ayudarlo, cuando en realidad no está en sus manos.

Palabras clave: “Es culpa mía...”.

Falacia de razón

La persona cree estar en posesión de la verdad e ignora los razonamientos de los demás.

Ejemplo: Una pareja discute y no consiguen llegar a un acuerdo porque cada uno piensa que tiene la razón y no se paran a escuchar las consideraciones del otro.

Palabras clave: “Yo tengo la razón en...”, “Los demás no tienen ni idea...”.

Falacia de recompensa divina

En esta distorsión la persona tiende a pensar que sus problemas se resolverán en el futuro de forma ‘mágica’, por sí solos, o que serán recompensados en el futuro sin que tengan que hacer nada por ello.

Ejemplo: Una persona le pide a una ‘forma superior’ que le ayude a encontrar trabajo.

Palabras clave: “Dios, ayúdame a...”, “La suerte me hará encontrar...”.

No reconocer sus esfuerzos

La persona tiende a pensar que las cosas positivas que suceden son por casualidad o porque otra persona hizo algo, y no por sus propios esfuerzos.

Ejemplo: Una persona hace un examen y, tras estudiar un mes, consigue aprobar. Piensa que es debido a que tuvo suerte y fue fácil.

Palabras clave: “No mejoro nada”, “Salió bien por casualidad”.

Técnica: tiempo de pensar

Las preocupaciones normalmente suelen aparecer de forma más persistente en momentos de inactividad. Los momentos previos al dormir son momentos generalmente de poca actividad. No vamos a tratar de quitarlos ni evitarlos. Lo que vamos a hacer es buscar un momento al día, 15 minutos concretamente, para escribir las preocupaciones que nos ocupan la mente. Trataremos que este momento para pensar no esté entre las dos horas previas al acostarnos, para evitar que se produzca activación. Posteriormente cuando nos venga a la cabeza alguna de esas preocupaciones, nos diremos simplemente que las vamos a dejar para el momento que le dedicamos a pensar y escribir las preocupaciones. Como cualquier técnica, necesita una práctica; así que paciencia.

Técnica: práctica de pensamientos que conducen a dormir bien

Como hemos visto en esta sesión los pensamientos pueden tener efectos negativos sobre nuestras vidas; también pueden dificultar nuestro sueño. Sin embargo, si aprendemos a incrementar determinados pensamientos y actitudes, estos pueden ayudarnos a tener un sueño mejor. Como hemos ido viendo en sesiones anteriores podemos llevar a cabo conductas que beneficien nuestro descanso, por lo que la actitud correcta y realista será: “¡Yo puedo intervenir, puedo hacer cosas para mejorar la situación!”.

Relajación

Vamos a practicar el tercer grupo muscular de la relajación muscular progresiva y las

respiraciones diafragmáticas. Le dedicaremos unos 20 minutos.

Tarea para casa

- Esta semana continuaremos realizando:
- El registro de sueño.
- La relajación muscular progresiva (grupo muscular aprendido durante esta sesión) y respiración diafragmática.
- Y el siguiente ejercicio.

Identificación de pensamientos negativos

Ahora que ya hemos explicado los tipos de pensamientos negativos que existen y los que se asocian el insomnio, podemos tratar de identificar cada uno los que podamos tener. Para ayudarnos, ya que sabemos que al principio es difícil de realizar, vamos a trabajar con el listado de pensamientos que os hemos dado al comienzo de esta sesión y con los que hemos concluido durante la tormenta de ideas del grupo. Vamos a tratar de identificar cada pensamiento con el nombre de la distorsión a la que pertenece. De esta forma será más sencilla la **tarea de casa de esta semana: la Identificación de los propios pensamientos negativos**. Es decir, esta semana vamos a tratar de ver si nosotros también tenemos este tipo de pensamientos y vamos a detectarlos. Para ello os pediremos que apuntéis en el siguiente registro los pensamientos negativos que captéis cada uno de vosotros y observéis la emoción que cada uno de ellos os produce. Muchos de ellos se repetirán, simplemente observar cuáles son más frecuentes.

REGISTRO DE PENSAMIENTOS NEGATIVOS	
Pensamiento negativo que aparece durante esta semana (pedirles que presenten atención especialmente a los relacionados con el sueño)	Efecto que tiene (Tristeza, ansiedad, alegría, indiferencia, otros...)

REGISTRO DE SUEÑO
(Rellenar cada mañana tras levantarse)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora de acostarte							
Hora levantarte							
Número de horas de sueño							
Tiempo que te cuesta dormirte							
Nº veces despiertas por la noche y tiempo que permaneces despierto							
Sensación al levantarte (cansado, descansado)							
Otros momentos en que se duerme durante el día							
Momento durante del día con mayor sensación de sueño							
Condiciones luz, temperatura, comodidad, alimentación							
Actividad realizada cada día							
Tiempo que se pasa en la cama sin dormir							

SESIÓN 5

Pensamientos negativos II

Reestructuración cognitiva de las creencias erróneas sobre el sueño

Técnicas: Detención del pensamiento

Intención paradójica

Relajación 4

Durante esta sesión hemos continuado hablando de los pensamientos, cómo influyen en todos los aspectos de nuestra vida y afectan a nuestra conducta, nuestras emociones y a otros pensamientos. También hemos visto que esta influencia se produce en todas las direcciones, es decir, también nuestros pensamientos se ven influidos por nuestra conducta y nuestras emociones. Se han explicado técnicas para ayudar a detectar estos pensamientos negativos y aprender a neutralizarlos cuando es necesario, o a modificarlos.

Reestructuración cognitiva de creencias erróneas del sueño

Durante la semana anterior se han aprendido los tipos de pensamientos que pueden llevar a interpretar la realidad de una forma negativa y sin base alguna.

Se ha ido viendo cómo nos afectan y hacen que nos sintamos mal, incluso incidiendo en la conducta y la vida. Por eso durante esta sesión se continuará aprendiendo estrategias que pueden ayudar a eliminarlos, o por lo menos a no verlos como algo tan real.

El objetivo, por tanto, es poner a prueba los pensamientos y las creencias, y ver las consecuencias que comportan.

Como con cualquier otra técnica, debemos ser conscientes de que no todo es para todos, y que cada persona debe probar y quedarse con aquellas que le sean más beneficiosas y adecuadas. Por eso vamos a daros diferentes opciones, y vuestro trabajo será ver cuál es mejor para vosotros mismo, estando siempre guiados por el terapeuta.

La semana anterior se realizó un registro para detectar estos pensamientos que aparecen en cada uno de vosotros. Ahora vamos a incluir alguna casilla más para facilitar

su detección y poder así discutirlos, porque ahí está la clave: analizar si son realistas, si se encuentran basados en algo verdadero o no.

REGISTRO		
Pensamiento automáticos negativos	Distorsión a la que pertenece este tipo de pensamiento	Reinterpretación: Sustituye por pensamiento más realista
Ejemplo: Si no duermo no podré funcionar bien mañana	Catastrofismo y pensamiento del tipo todo o nada	No es la primera vez que no duermo, de hecho todo el mundo tiene días en los que no duerme y aun así somos capaces de funcionar bien. Tengo la certeza de que esto es así porque ya me ha pasado otras veces y he podido.

Técnicas para la reestructuración cognitiva

Contrarrestar la sobreestimación de la probabilidad

Se tiende a pensar frecuentemente que determinados acontecimientos tienen muchas posibilidades de ocurrir, y esto hace que nos pongamos ansiosos. Por ejemplo, nuestro hijo sale de viaje y no nos llama en unas horas. Comenzamos a pensar que ha tenido un accidente y nos ponemos nerviosos. Sin embargo, se nos escapa pensar otro tipo de posibilidades como que se le ha podido apagar el móvil, que no tiene cobertura, que se ha despistado...

Esto pasa en numerosas situaciones de la vida y a pesar de que nos hace sentir mal y que no es real, seguimos funcionando de esta forma.

Por tanto ahora se te pedirá que pienses en situaciones en las que te sucedió esto y que estimes del 0 al 100% el grado en que creías que esto iba a suceder y cómo de mal te hizo sentir. Además, queremos que pienses cómo te sentiste cuando te diste cuenta de que no había ocurrido lo que tanto temías. Una vez hecho esto, debes pensar qué es lo que produjo este malestar: ¿la situación o lo que tú pensaste que iba a suceder?

Con esta técnica lo que se pretende es que aprendáis a relativizar vuestros pensamientos, que no deis por válido lo primero que os venga a la cabeza, que hay que buscar otras posibilidades, porque esta actitud, en general, solo nos lleva a sufrir, a pasar un mal rato.

Ahora pensad qué situaciones similares habéis vivido relacionadas con el sueño. Escribidlas a continuación:

Detención del pensamiento

Se ha visto durante estas sesiones que existen una serie de pensamientos que están frecuentemente rondando en nuestra cabeza y que nos llevan a sentirnos peor. Esta técnica es para pensamientos que se fundamentan en el pasado (“No debía haber hecho...”) o en el futuro (“Seguro que no voy a poder...”), cuando la persona percibe algo como amenazante, aunque su probabilidad de que ocurra sea muy baja. En este caso, estos pensamientos no llevan a soluciones, sino que producen ansiedad y malestar.

Por ejemplo, a una persona que no pudo dormir durante varios días y que cada vez que se iba a la cama pensaba que iba a volver a suceder, lo que le generaba gran ansiedad.

Esta técnica es una continuación a la de detección de pensamientos, que ya conocemos. Vamos ahora a tratar de desviar la atención sobre otros estímulos, que hagan que dejemos de prestar atención a los pensamientos negativos. La forma de proceder para ello es la siguiente:

1. Detectar estos pensamientos lo más rápidamente posible.
2. Expresarlos verbalmente. Es importante que los verbalicemos de la manera más parecida a como se han pensado. Por ejemplo: “Jamás superaré este problema; no podré volver a dormir bien. No podré levantarme ni ir a trabajar”.
3. Ahora vamos a decidir qué estímulo nos va a ayudar a detener el pensamiento (STOP, palmada en la mesa, una goma en la muñeca...).

Desarrollo de la técnica en 3 niveles:

- Primero vamos a comenzar cerrando los ojos y vamos a reproducir de forma voluntaria los pensamientos negativos de los que hemos hablado, los vamos a expresar en voz alta. A los pocos segundos de haber comenzado vamos a interrumpir los pensamientos con ayuda del estímulo distractor que hemos elegido previamente (palmada en la mesa, STOP, goma). Inmediatamente después traeremos a la cabeza un pensamiento distractor o imagen para centrar la atención durante unos 30 segundos en otra cosa. Este pensamiento o imagen pueden referirse a:
 - Recordar detalladamente una situación que para ellos sea agradable, como por ejemplo: la playa, el bosque, la ciudad, la familia, el hogar, una fiesta...
 - Describir el lugar en el que se encuentre en ese momento (cuadros, olores, gente...).
 - Contar de 3 en 3 hacia atrás desde el número 100 al cero.
 - Intentar aprender una nueva canción.
 Hay que repetir este paso varias veces (8-10) hasta que resulte fácil generar los pensamientos y cortarlos.
- En el segundo nivel de manejo produciremos los pensamientos en nuestra mente sin expresarlos en voz alta y repetiremos el primer nivel.
 - Pensamiento negativo — STOP — pensamiento distractor.
 Realizaremos este paso varias veces hasta que lo tengamos aprendido.
- En el siguiente nivel se hace lo mismo, pero ahora el estímulo distractor (palmada, STOP, goma) se hace únicamente de forma mental y se lleva la atención hacia un pensamiento distractor (describir la playa, la familia, etc.). Se repite el paso hasta conseguir dominar la técnica y detener los pensamientos.

Tarea para casa

Se pedirá que practiquen de forma sistemática durante 2 semanas esta técnica para conseguir dominarla (5-10 aplicaciones diarias; preferiblemente evitar la noche para practicar). Y podemos utilizarlo también en todas aquellas ocasiones en que aparezca algún pensamiento que se desee cortar.

Intención paradójica

La eficacia de la “intención paradójica” se basa en el principio fundamental de que las personas intenten llevar a cabo la conducta que están evitando por temor. De esta manera, el círculo vicioso que mantiene este ciclo, se rompe. Se trata, por tanto, de una

técnica adecuada para personas que tienen pensamientos incompatibles con el sueño. Hay personas que después de una o varias noches sin poder dormir o durmiendo mal comienzan a desarrollar una ansiedad anticipatoria ante la dificultad para dormir. De tal forma, que esta ansiedad por no conseguir dormir se va convirtiendo en la fuente principal del trastorno. La intención paradójica pretende eliminar esta ansiedad haciendo que el paciente realice aquello que tanto teme: que intente permanecer toda la noche despierto. De esta forma la preocupación y la ‘ansiedad’ por no quedarse dormido comienzan a disminuir. La misión de la intención paradójica es “amortiguar los miedos individuales de los pacientes”. La misión de la intención paradójica es “amortiguar los miedos individuales de los pacientes”. Por ejemplo, se puede imaginar a una persona que sufre dificultades para dormir, se acuesta pero no se duerme hasta muy tarde, esto va haciendo que por la mañana se encuentre muy cansado y que al día siguiente al llegar a la hora de dormir se encuentre muy nervioso pensando que le va a ocurrir lo mismo. Con esta técnica os pediremos que no os durmáis hasta más tarde de lo que normalmente lo hacéis (concretamos el momento). Con esta técnica os pediremos que no os durmáis hasta más tarde de lo que normalmente lo hacéis (concretamos el momento).

Otro ejemplo, le pedimos a la persona que haga justamente lo contrario a lo que intenta. La persona con problemas de insomnio suele decirse asimismo: “me acuesto y trato de quedarme dormido, pero por más que lo intento no lo consigo”. Con la intención paradójica, se le dice a la persona: “acuéstate y trata de permanecer despierto todo lo que puedas”.

Esta intervención se piensa que es adecuada para el insomnio cuando hay preocupación intensa sobre el sueño, la pérdida del mismo y sus consecuencias. Por el contrario, desaconsejamos esta técnica para personas con una gran ansiedad ante todo tipo de eventos vitales.

Tareas para casa

- Rellenar el registro de sueño.
- Tratar de detectar pensamientos negativos y genera alternativas a esta primera forma de pensar:

REGISTRO		
Pensamiento automáticos negativos	Distorsión a la que pertenece este tipo de pensamiento	Reinterpretación: Sustituye por pensamiento más realista

--	--	--

- Realizar el ejercicio de sobreestimación de posibilidades relacionadas con el sueño.

- Practicar en casa la detención del pensamiento; en caso de ser necesario, consúltese con el terapeuta.
- Practicar en casa de la intención paradójica; en caso de ser necesario, consultar con el terapeuta.

REGISTRO DE SUEÑO
(Rellenar cada mañana tras levantarse)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora de acostarte							
Hora levantarte							
Número de horas de sueño							
Tiempo que te cuesta dormirte							
Nº veces despiertas por la noche y tiempo que permaneces despierto							
Sensación al levantarte (cansado, descansado)							
Otros momentos en que se duerme durante el día							
Momento durante del día con mayor sensación de sueño							
Condiciones luz, temperatura, comodidad, alimentación							
Actividad realizada cada día							
Tiempo que se pasa en la cama sin dormir							

SESIÓN 6

Repaso de las técnicas y sucesos Relajación final Cierre de las sesiones continuadas

Comienzo de la sesión

Los objetivos de esta sesión son repasar las dudas que hayan podido ir surgiendo durante las sesiones precedentes, tratar de resolverlas y ayudar a realizar una reflexión sobre lo que se ha ido asimilando durante las sesiones.

Para ello, y como en sesiones anteriores, comenzaremos con un repaso de las tareas para casa que se encargaron durante la sesión anterior. Dedicaremos entre 15 y 20 minutos para este asunto.

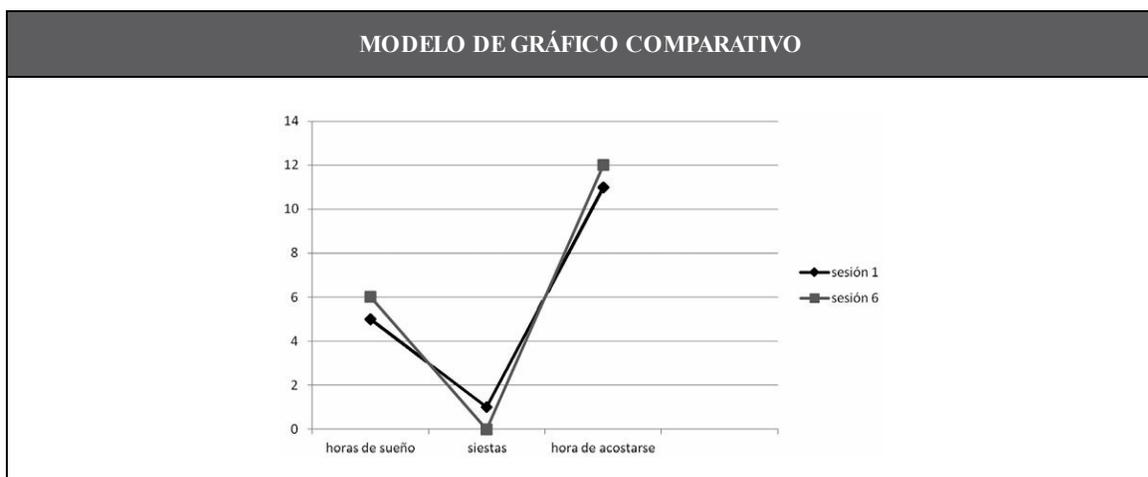
¡Revisando lo aprendido!

Por ello, nuestro terapeuta va a realizar una revisión de las principales técnicas que se han ido aprendiendo durante las sesiones. De esta forma tendremos la oportunidad para aclarar dudas o dificultades que hayan podido surgir y que no se hayan resuelto.

Durante esta sesión realizaremos una comparación del primer y el último registro de sueño de cada paciente, y así poder observar la evolución de cada paciente. Para facilitar la visualización de cada persona y del grupo, podemos realizar en la pizarra un breve gráfico comparativo sobre cuántas horas estabais durmiendo al comienzo y al final, añadiendo, las incidencias o los hechos importantes que haya que comentar. De esta forma se propiciará que los participantes seáis conscientes del proceso seguido y del proceso a seguir. A continuación facilitamos un modelo de registro y un modelo de gráfico comparativo. En ellos revisaremos y compararemos ciertos aspectos trabajados durante todas las sesiones.

MODELO DE REGISTRO		
	Sesión 1	Actualidad
Hora de acostarte		
Hora levantarte		

Tiempo que te cuesta dormirte		
Tiempo que permaneces en la cama sin dormir		
Nº veces despiertas por la noche y tiempo que permaneces despierto		
Sensación al levantarte (cansado, descansado)		
Otros momentos en que se duerme durante el día		
Momento del día con mayor sensación de sueño		
Condiciones luz, temperatura, comodidad, alimentación,		
Actividad realizada cada día		
Tiempo en la cama sin dormir		



Además aprovecharemos la sesión para enfatizar en la necesidad de continuar con la práctica de las técnicas aprendidas durante estas sesiones, y señalar que, a pesar de la finalización del tratamiento presencial, es necesario continuar en casa con lo que se ha aprendido, recordando la conveniencia de la revisión del material dado cada cierto tiempo.

¿Qué hacemos si nos vuelve a ocurrir?

Es muy importante recordar que de vez en cuando todos vamos a pasar una noche en vela y es crucial no preocuparse; es algo normal. Lo importante es no comenzar con miedos del tipo: “ves, ya estoy de nuevo, ya no voy a conseguir dormir y no podré llevar una vida normal”. Sabemos que estos son los factores que llevan a que se cronifique la

ansiedad anticipatoria, los miedos y ese círculo vicioso que lleva a que esos pensamientos nos pongan nerviosos, nos exciten y nos dificulten el dormir. Sabemos que todas esas catástrofes que adelantamos son poco probables. Anteriormente estos pensamientos y situaciones ya nos han ocurrido y hemos podido realizar una vida normal, sin que esas terribles consecuencias que pensábamos que iban a suceder llegaran a presentarse.

Es importante que nos demos cuenta de que tenemos estrategias diferentes y efectivas para lograr el objetivo de normalizar esta situación. Recordemos: No debemos asustarnos. Pasará y no ocurrirá nada por una noche en vela. Será algo transitorio, sin consecuencias importantes salvo la incomodidad. Disponemos de ayuda y estrategias.

Ahora haremos una tormenta de ideas en grupo ante la pregunta: “¿Qué podemos hacer ante una noche de insomnio?”.

Tras la terminación de este ejercicio recordaremos las pautas correctas de actuación ante el momento de no dormir: Levantarse de la cama e ir a otra habitación. Si vemos que el insomnio persiste comenzaremos de nuevo con la restricción del “tiempo de cama” (una semana evaluando cuánto se duerme y cuánto tiempo permanecemos en la cama, y adecuarlos. Posteriormente recuperamos 15 minutos por cada semana que mantengamos la eficiencia de sueño por encima del 90%; así hasta que se haya vuelto a la normalidad).

Repaso de sesiones y revisión de dudas

Realizaremos un breve repaso de cada técnica aprendida. En este momento el grupo comenta lo que le ha aportado cada técnica y lo que ha aprendido de ella, así como las dificultades que ha encontrado.

- Diferencias individuales en el sueño.
- Técnicas de registro de sueño.
- Normas de higiene de sueño.
- Respiraciones diafragmáticas.
- Relajación.
- Control de estímulos.
- Restricción del tiempo de cama.
- Pensamientos negativos asociados al insomnio.
- Distorsiones cognitivas.
- Técnica del tiempo para pensar.

- Reestructuración cognitiva: creencias erróneas sobre el sueño.
- Detección del pensamiento.
- Intención paradójica.

Sabemos que cuando se acaba el tratamiento todas las personas tienden a relajarse y dejan de practicar de forma tan continuada las técnicas y directrices aprendidas. Sin embargo, pediremos e insistiremos en la necesidad de que se **cumplan las siguientes recomendaciones:**

- Mantener a largo plazo el establecimiento de un horario fijo de levantarse y acostarse. No obstante, algunos pacientes pueden ser más flexibles al respecto y probar gradualmente y valorar cómo les afecta una mayor flexibilidad, no solo fijándose en un día, sino en un periodo más largo. Por ejemplo, algunos pacientes se pueden quedar una o dos noches sin despertador (entre 30-60 minutos adicionales), pero el resto de días deberá seguir las normas de horarios.
- Nunca dormir más tras una noche de insomnio. Evitar siestas. No compensar.
- Recordemos que la cama es para dormir, no para permanecer despierto ni realizar otras actividades, salvo dormir o mantener relaciones sexuales.
- Irse de la cama o de la habitación cuando veamos que llevamos un rato totalmente despiertos o incómodos, y que no conseguimos conciliar el sueño, es una regla muy importante que hay que seguir toda la vida.
- Evitar realizar actividades excitantes o estimulantes las dos horas previas al dormir.
- No nos va a ocurrir nada catastrófico por no dormir una noche o dormir poco varias noches seguidas; ya sabemos que es cansado y desagradable.

Práctica de la relajación y las respiraciones

Dedicaremos 20 minutos a realizar la relajación muscular y las respiraciones diafragmáticas.

Cierre de la sesión

Mostramos nuestra disponibilidad para cualquier duda que pueda surgir. Recordamos el material que se ha dado y la necesidad de seguir practicando los ejercicios y los registros de sueño. Se adjuntamos un registro de sueño reducido para este tiempo, hasta las sesiones de recordatorio. Ahora se presentan por semanas, no por días, para facilitar seguimiento:

Registro para utilizar durante el tiempo hasta las sesiones de refresco

REGISTRO PARA UTILIZAR HASTA EL INICIO DE LAS SESIONES DE REFRESCO (Rellenarlo semanalmente y llevarlo a las sesiones de refresco)				
	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
¿Qué tal duermes? Bien/regular/mal				
Sensación al levantarte (cansado/ descansado)				
Otros momentos en que se duerme durante el día				
Tiempo que se pasa en la cama sin dormir				
¿Llevas a cabo las técnicas? ¿Cuáles?				
Observaciones				

SESIÓN 7, 8 Y 9

Sesiones de refresco

TIEMPO TOTAL DE LA SESIÓN: 60 MIN.

Comienzo de la sesión

En estas tres sesiones de refresco, que se encuentran más espaciadas en el tiempo, el objetivo es ver la evolución de las personas afectadas por problemas del sueño.

Se trata de ver qué ha ocurrido durante este tiempo y qué tipo de conductas problemáticas, que ya se vieron durante las sesiones, se han modificado y cuáles permanecen todavía sin cambio.

En la primera sesión de refresco ha transcurrido un mes; en la segunda, tres meses; y en la tercera y última, 6 meses desde la finalización de las sesiones continuas.

Al comienzo de cada sesión va a ser fundamental dedicar cierto tiempo a cada uno de los miembros del grupo, deberéis comentar cómo os va en la actualidad, qué cosas habéis aprendido durante las sesiones continuas a las que habéis asistido y de qué modo os habéis beneficiado de ellas.

Continuaremos preguntando cómo habéis dormido estos días y haremos una puesta en común de cómo ha ido este tiempo, viendo las dificultades surgidas y las dudas que hayan podido presentarse. Dedicaremos 20 minutos a este asunto.

Lo más importante durante estas sesiones de refresco es la interacción entre los miembros del grupo. El terapeuta preguntará y corregirá aquellas cosas que considere que se pueden mejorar y que os pueden ayudar a que durmáis mejor.

Durante la primera sesión de refresco (1 mes después) retomaremos...

- Repaso de los mitos sobre el sueño y de las normas de higiene del sueño. Les pediremos que comenten qué cosas han cambiado y en qué cosas se han relajado. 20 minutos.
- Relajación: pediremos que la hagan ellos solos en silencio. 15 minutos.

Durante la segunda sesión de refresco (3 meses después)

retomaremos...

- Repaso de técnicas de control de estímulos y del tiempo de cama: Recordaremos las principales distorsiones cognitivas. 20 minutos.
- Relajación: pediremos que la hagan ellos solos en silencio. 15 minutos.

Durante la tercera sesión de refresco (6 meses después)

retomaremos...

- Repaso de técnicas cognitivas para el control de pensamientos negativos. 20 minutos.
- Relajación: pediremos que la hagan ellos solos en silencio. 15 minutos.

En estas 3 sesiones de refresco, dedicaremos los últimos 5 minutos a las dudas que pueden existir; recogeremos, también, las inquietudes que puedan tener sobre algún tema que haya podido quedar poco o nada tratado, y sobre el que necesiten asesoría y desahogo.

ANEXOS
PARA EL TERAPEUTA
Y EL PACIENTE

ANEXO I

Entrenamiento en relajación muscular progresiva

Bernstein y Borkovec adaptaron en 1973 el método de relajación muscular progresiva de Jacobson. Dicha adaptación consistió en realizar un entrenamiento más corto que el original y por grupos musculares, que denominaron “entrenamiento en relajación progresiva”.

En cada sesión dedicaremos alrededor de 20 minutos para el aprendizaje y la explicación de esta técnica. Para su asimilación completa haremos 5 sesiones presenciales y será una de las tareas para casa durante la semana. El objetivo será facilitar su aprendizaje y generalizarlo al ambiente natural de cada paciente.

Entrenamiento en relajación muscular progresiva

En este tipo de relajación procederemos a tensar grupos musculares de forma progresiva y organizada durante un breve periodo (alrededor de 5-7 segundos) pidiéndole al paciente que relaje ese grupo muscular de forma repentina. Este procedimiento se sigue con todos los grupos musculares.

La postura para la relajación: 3 posibilidades

Vamos a **dar 3 posibilidades** y cada persona debe ver en cuál se encuentra más cómoda (Jacobson señala que tumbados o sentados y Bernstein y Borkovec señalan que recostados):

- Tumbado sobre una cama, camilla o una colchoneta con los brazos y las piernas ligeramente abiertas y ligeramente apartados del cuerpo.
- Un sillón cómodo y con brazos; la nuca y los pies deben estar apoyados.
- Sentados en una silla o banqueta en la postura del cochero. La postura del cochero se refiere a lo que Chóliz describe de la siguiente forma:
 - Cuerpo aflojado.
 - Brazos colgando.
 - Espalda encorvada.

- Cabeza hacia adelante.
- Tronco hundido en sí mismo, sin inclinación.
- Balancear los brazos y posteriormente colocarlos sobre los muslos, apoyándolos sobre el tercio superior del antebrazo.



Postura del cochero
(Autora del dibujo: Sara Barbeito)

Indicaciones para relajación muscular progresiva

- Es mejor que se siga este tipo de relajación con los ojos cerrados, para evitar que la persona se ponga ansiosa al no saber qué va a ocurrir. Además, los ojos cerrados inducen la introspección, la calma y ayuda a que surjan ondas alfa, características del estado de relajación. Conviene explicar antes, con los ojos abiertos, cada ejercicio y cómo va a ser el desarrollo de la relajación.
- Es bueno seguir siempre un orden de aplicación, intentando seguir el mismo en todas las prácticas (por ejemplo, empezar por las manos y acabar por los pies).
- No ocurre nada si se olvida trabajar algún músculo.
- Debemos tensar durante 5-7 segundos cada músculo. Después se relaja de repente y se mantiene relajado unos 30 segundos antes de tensar de nuevo.
- Es muy importante no forzar los músculos al contraerlos.
- Al relajar, suelte el músculo de repente, no lentamente.
- Es importante acompañar cada ejercicio de tensión-distensión con el pensamiento y la imaginación de que los músculos se están tensando y relajando. Sobre todo hay que imaginar el músculo relajado.

- Conviene pensar en lo agradable que es la sensación que provoca la relajación del músculo.
- Tras haber relajado todos los músculos, hay que hacer un repaso mental de ellos, comenzando del final hasta el principio de la secuencia. Es decir, solo nos lo imaginamos; no hay que hacer de nuevo los ejercicios.
- Una vez que hayamos terminado y estemos relajados, podemos quedarnos todo el tiempo que consideremos oportuno en esa postura y disfrutar del proceso.
- Para volver a estar activo, haga un repaso mental de todos los músculos y vaya moviéndolos mientras continúa tumbado.
- No es conveniente levantarse de repente tras realizar una relajación. Para ello vaya reactivando poco a poco cada músculo, con movimientos ligeros, no bruscos.

Normas básicas de la relajación muscular progresiva

- Es importante estar concentrado en la actividad.
- Hay que señalar que es importante la práctica y que, como en cualquier habilidad, se irá aprendiendo de forma progresiva.
- El lugar donde se lleve a cabo debe ser tranquilo, pero no debe ser un lugar totalmente aislado, ya que en la vida diaria es complicado conseguir un lugar insonorizado.
- Es importante realizar la práctica en un lugar donde no haga ni excesivo calor ni mucho frío (podemos tener al lado una mantita por si la necesitamos durante la práctica).
- La luz debe ser ligera-tenue (hay que evitar oscuridad total).
- Es importante llevar una ropa cómoda y estar cómodos mientras estemos llevando a cabo la relajación.
- Pueden aparecer sensaciones de hormigueo, de flotar, de ligereza, de pesadez o cualquier otra. Son sensaciones habituales al comienzo de la práctica, pero no son señales exclusivas de que la relajación sea efectiva, es decir, si no aparecen estas sensaciones la práctica puede ser igualmente efectiva. No debemos asustarnos si aparecen, ni preocuparnos si no aparecen.
- En el caso de que el paciente comience a reírse, o que abra los ojos, hay que dejar que esta conducta se extinga sola; nosotros continuaremos con el desarrollo de la relajación.

Principales grupos musculares (Bernstein y Borkovec, 1973)

1. Mano y antebrazo dominantes.
2. Bíceps dominante.
3. Mano y antebrazo no dominantes.
4. Bíceps no dominante.
5. Frente.
6. Parte superior de las mejillas y nariz.
7. Parte inferior de las mejillas y mandíbulas.
8. Cuello y garganta.
9. Pecho, hombros y parte superior de la espalda.
10. Región abdominal o estomacal.
11. Muslo dominante.
12. Pantorrilla dominante.
13. Pie dominante.
14. Muslo no dominante.
15. Pantorrilla no dominante.
16. Pie no dominante.

Los autores recomiendan llevar a cabo los 16 grupos musculares ya en la primera sesión. No obstante, en nuestro caso, como vamos a realizar 5 sesiones de aprendizaje, lo que haremos es dividir los grupos musculares en 4, dedicando la última sesión al repaso mental de todos los grupos musculares (relajación por evocación de Bernstein y Borkovec, 1973) de todos ellos sin práctica activa física por parte del paciente.

Descripción de los ejercicios (Chóliz y Barberá, 1994)

- Apretar el puño dominante contrayendo la mano, la muñeca y el antebrazo: 2-3 segundos y relajar de golpe.
- Contraer el bíceps dominante empujando el codo contra la superficie que tengamos de apoyo. 2-3 segundos y relajar de golpe.
- Frente: elevar las cejas o arrugar la frente. 2-3 segundos y relajar de golpe.
- Cara y nariz: arrugar la nariz y apretar los labios. 2-3 segundos y relajar de golpe.
- Cara y mandíbulas: apretar los dientes y hacer una sonrisa forzada. 5-7 segundos y

relajaremos de golpe.

- Pecho y garganta: empujar la barbilla hacia abajo, como tratando de tocar el pecho, pero al mismo tiempo hacer fuerza para que no se consiga. 5-7 segundos y relajar de golpe.
- Hombros y espalda: Arquear la espalda como si quisiera unir los omoplatos entre sí. 5-7 segundos y relajar de golpe.
- Abdomen: Poner el estómago duro y tenso, como si quisiera contrarrestar un fuerte golpe. 5-7 segundos y relajar de golpe.
- Piernas: colocar la pierna estirada y subirla hacia arriba 20 centímetros, tensando y haciendo fuerza. 5-7 segundos, y para relajar, soltar la pierna y que caiga a peso.
- Ejercicios de pantorrilla y pie. Existen dos movimientos:
 - Estirar la pierna y la punta de los dedos hacia delante. 5-7 segundos y relajar de golpe.
 - Doblar los dedos hacia nuestra cara. 5-7 segundos y relajar de golpe.
- Recordar mantener en estado de relajación entre la aplicación de cada ejercicio unos 30 segundos.

Ejemplo de comienzo de relajación

Comenzaremos pidiéndoles que elijan una las posturas comentadas al inicio de la sesión y que se coloquen según la misma. Esta elección y la colocación en la postura seleccionada siempre precederán al inicio de la relajación. Una vez en esa postura, comenzaremos a narrar la relajación:

“Vamos a aprender un método de relajación que se llama ‘entrenamiento en relajación progresiva’. En este tipo de relajación vamos a aprender a tensar y luego relajar, secuencialmente, varios grupos de músculos a lo largo de todo el cuerpo. Para ello le pediré que cierre los ojos, pero antes le diré y le mostraré qué ejercicios vamos a hacer – le mostramos cómo apretar los puños, los bíceps, etc., y a qué nos referimos cuando le decimos que los relaje o los suelte–, en este tipo de relajación. Además de aprender a relajarnos, también vamos a aprender a detectar la tensión; de esta forma en la vida diaria será mucho más sencillo detectarla. Este aprendizaje va a requerir práctica diaria”.

“Vamos a comenzar entrenando la mano y el antebrazo dominante –antes de la práctica le habremos preguntado cuál es–. Tense los músculos de la mano y el antebrazo derechos apretando el puño. Ahora debe ser capaz de sentir la tensión en su mano, en los nudillos, en el antebrazo. ¿Puede sentir esa tensión? Eso es... De acuerdo, bien,

manténgala unos segundos y suéltela de golpe –mantenemos 30 segundos así, sin comenzar con el siguiente ejercicio–. Muy bien... Ahora comenzaremos con el bíceps dominante: ténselo empujando el codo contra el sillón, el colchón, la colchoneta... ¿Puede sentir la tensión que se produce en esa zona? Eso es..., sienta la tensión en los músculos. Eso es..., manténgalo y suéltelo de golpe –nos mantenemos 30 segundos así, sin comenzar con el siguiente ejercicio–. Eso es... Muy bien. Continuaremos ahora con la tensión-distensión de mano no dominante y bíceps no dominante de la misma forma”.

Relajación por evocación (última sesión)

En la última sesión trabajaremos la relajación por evocación Bernstein y Borkovec (1973). Los grupos musculares son brazos, cabeza, cuello, tronco y piernas.

A continuación, ahora que ya hemos practicado durante varias sesiones la relajación basada en la tensión de grupos musculares y en la distensión de los mismos, vamos a realizar mentalmente esta última relajación. Ya conocemos la sensación al tensar un músculo y relajarlo, por lo que te pediré que mentalmente hagas una exploración de cada grupo muscular que hemos trabajado de forma secuencial (señalamos: brazos..., cabeza..., cuello..., tronco..., piernas...) y que veas si tienes algo de tensión, y en caso afirmativo, que la relajes, que traigas a tu mente las sensaciones de relajar ese grupo muscular. Veamos un ejemplo:

“Con los ojos cerrados, te voy a pedir que te centres en tus brazos y que trates de notar si hay alguna sensación de tensión en ellos. Piensa en el lugar donde se encuentra, la extensión que tiene, cómo lo sientes y ahora recuerda la sensación de liberación de la tensión que hemos practicado y deshazte de ella. Eso es; poco a poco; deja que se vaya eliminando, hasta que vayas notando la sensación de relajación en ese grupo muscular”.

Haremos lo mismo con todos los grupos musculares: brazos, cabeza, cuello, tronco, piernas... Entre cada grupo muscular también se dejará un tiempo de distensión de 30 segundos.

Finalización sesiones de relajación

Siempre al finalizar las sesiones, comentaremos: “Ahora vamos a terminar la sesión de relajación. Quiero que progresivamente vuelvas a tu actividad normal... Para ello, vamos a contar hasta 3 lentamente, y cuando llegemos a 3 podrás abrir los ojos. Antes de levantarte mueva ligeramente tu cuerpo, a medida que vamos contando..., mueve ligeramente tus piernas..., tus brazos y manos...; y ahora, cuando quieras, puedes abrir

los ojos...”.

Bibliografía

- Bernstein, D. A. y T. D. Borkovec, *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*, Research Press, Champaign, IL, 1973.
- Cautela, J. R. y J. Groden, *Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial*, Martínez Roca, Barcelona, 1985.
- Chóliz, M. y E. Barberá, *Prácticas de motivación y emoción*, Editorial Promolibro, Valencia, 1994.
- Chóliz, M., *Técnicas para el control de la activación. Relajación y respiración*. Ediciones de la Universidad de Valencia, Valencia, 2000.
- Jacobson, E., *You must relax*, Souvenir Press, Londres, 1976.
- Payne, R. A., *Técnicas de relajación. Guía práctica*, Editorial Paidotribo, Barcelona, 2009.

ANEXO II

Respiración diafragmática o abdominal

Explicación

En la respiración se encuentran involucrados los pulmones, la caja torácica y el diafragma. El diafragma es el músculo que permite la expansión de los pulmones cuando inspiramos y nos ayuda a exhalar el aire cuando lo expulsamos. La caja torácica junto con los músculos que la rodean facilita la expansión y contracción de los pulmones durante el movimiento de inhalación y expulsión de aire en la respiración.

Cuando estamos en estado de tensión, las respiraciones son cortas y rápidas, y el movimiento diafragmático es muy reducido, por lo que el abdomen no sobresale durante la respiración, sin embargo, cuando estamos relajados la respiración es lenta, el diafragma desciende (haciendo que el abdomen sobresalga) y los pulmones se expanden en mayor medida teniendo una mayor cantidad de aire.

En nuestro modo de respirar se va a reflejar también cómo nos encontramos emocionalmente. Si estamos enfadados o nerviosos, respiramos de una forma más rápida y entrecortada; y respiramos profundamente cuando nos encontramos calmados y nuestra respiración es tranquila y rítmica. Es decir, si aprendemos a controlar la forma en la que respiramos también podremos controlar nuestro estado de nerviosismo y hacer que nos tranquilicemos por medio de la respiración.

A tener en cuenta

- La respiración debe seguir un ritmo natural.
- El objetivo, dentro de la normalidad, es tener una respiración rítmica y calmada.
- La respiración por la nariz es preferible a la respiración por la boca, puesto que los conductos nasales filtran y calientan el aire que entra. El respirar por la boca, y no por la nariz, muchas veces nos lleva a que cuando dormimos también lo hagamos, pero debemos ser conscientes de que no es lo mejor, ya que la nariz nos protege por medio de filtros de partículas exteriores, etc., además de calentar el aire que respiramos.
- Puede llevarse a cabo en cualquier lugar.
- Es mejor no practicarla con el estómago lleno.

- No debemos forzarla; se trata, simplemente, de permitir que entre el aire.
- Las respiraciones deben ser siempre suaves y la transición entre inspiración-expulsión del aire (espirar) también, ya que si las hacemos muy rápidas o profundas, se puede hiperventilar.

Respiración abdominal o diafragmática

Pasos para ejercitar la respiración abdominal o diafragmática:

Les pediremos que se sienten o se tumben boca arriba.

- Les enseñaremos cómo colocar las manos (el terapeuta lo ejemplificará con su postura).
- Colocar la mano derecha en la fracción blanda entre el ombligo y las costillas.
 - Colocar la mano izquierda en el pecho, encima del estómago (parte frontal del pecho).
 - Les pediremos que miren y observen qué mano se mueve más y qué ocurre al respirar (sensación de onda de mano derecha a izquierda).
- Les permitiremos que durante un minuto o dos observen y se acomoden a esta sensación. Hay que vigilar la postura y procurar que no se respire de forma profunda, sino con un ritmo e intensidad normal
- A continuación, comenzaremos con el ejercicio de respiración abdominal:

“Vamos a imaginar una escena agradable en la postura en la que nos encontramos... Eso es. Ahora vamos a ir concentrándonos en nuestra respiración... Vamos a comenzar a realizar un ejercicio de respiración abdominal... Para ello te voy a pedir que coloques tu mano derecha a la altura del abdomen, un poco por debajo del ombligo y la izquierda, a la altura del pecho, y que concentres tu atención en la mano que tienes en el vientre, mientras continúas respirando de forma rítmica en esa zona... Comenzaremos a espirar de forma natural. Eso es... Debes fijarte también en cómo se hunde esa zona de forma ligera mientras la otra permanece más quieta. Ahora permite que entre aire en los pulmones y nos vamos fijando en cómo se va hinchando esa zona. Eso es... Continuamos respirando y fijándonos en esa zona, cómo se hunde al espirar y se hincha al inspirar... Muy bien...”

No hay que realizar este ejercicio más de 5 minutos seguidos y es necesario descansar entre las repeticiones para evitar una posible hiperventilación. En unos 15-20 minutos de práctica es fácil que el paciente llegue a dominar esta técnica.

Para asegurarnos de que podamos llevar esta técnica a nuestro ritmo de vida habitual, podemos comenzar haciendo este ejercicio sentados o tumbados. Tras unas sesiones en las que ya lo dominemos, pasaremos a realizarlo de pie, caminando, etc., y a hacerlo en diferentes situaciones (en la casa, en el trabajo, con ruido, sin ruido, con más agobio o con menos...).

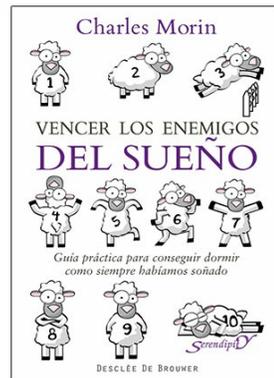
Bibliografía

Amutio, A., *Teoría y práctica de la relajación. Un nuevo sistema de entrenamiento*, Martínez Roca, Barcelona, 1999.

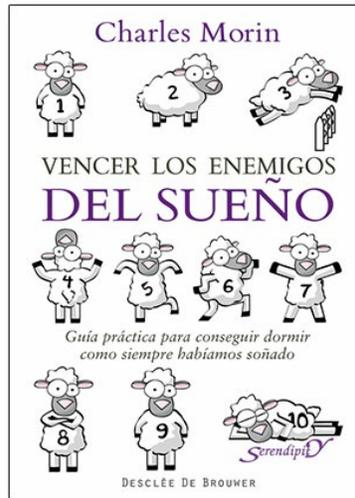
Payne, R. A., *Técnicas de relajación. Guía práctica*, Editorial Paidotribo, Barcelona, 2009.

Smith, J. C., *Entrenamiento ABC en relajación: una guía práctica para profesionales de la salud* (Biblioteca de Psicología), Desclee De Brouwer, Bilbao, 2001.

OTROS LIBROS



Adquiera todos nuestros ebooks en
www.ebooks.edeslee.com



Vencer a los enemigos del sueño

Guía práctica para conseguir dormir como siempre habíamos soñado

Charles Morín

ISBN: 978-84-330-2502-9

www.edesclée.com

Este libro propone un programa completo para vencer los problemas de sueño sin necesidad de medicamentos. Después de explicar las distintas fases del sueño, el autor muestra cómo podemos modificar nuestros hábitos y nuestras actitudes para controlar el insomnio. Enseña también diferentes técnicas de relajación y propone algunos medios eficaces para crear un entorno que sea propicio al sueño.

Además, encontraremos también información útil sobre los desfases horarios, la apnea del sueño, la narcolepsia, los somníferos, así como sobre los trastornos del sueño específicos de los niños, los adolescentes y las personas mayores.



El sentido de la vida es una vida con sentido

La resiliencia

Rocío Rivero

ISBN: 978-84-330-2780-1

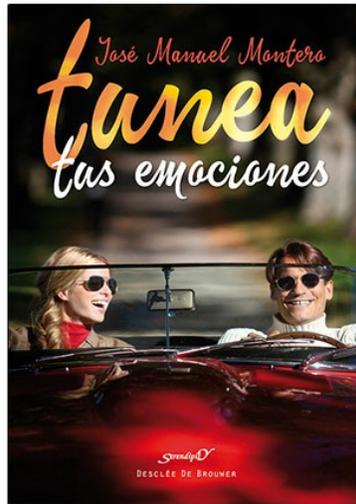
www.edescllee.com

La vida nos enseña que nada es para siempre, que nuestros sueños no siempre se cumplen y que no podemos aferrarnos al pasado ni vivir suspirando por el futuro.

El sentido de la vida es una vida con sentido. La resiliencia, nos enseña a superar las situaciones adversas, así como a salir fortalecidos de ellas. Se compromete a desarrollar y mantener tu resiliencia a lo largo de la vida y a desarrollarla y mantenerla también en los niños y niñas. Para conseguir su objetivo cuenta con el apoyo de numerosos ejercicios.

Capítulo a capítulo se explican los factores que influyen en ser resiliente, los beneficios que aporta la resiliencia y con qué están relacionados estos beneficios, todo ello basado en estudios psicológicos, con métodos concretos y experimentados.

Es la primera publicación que revela y explica el vínculo que existe entre la resiliencia y saber vivir el momento presente, entre la creatividad y la resiliencia, entre la inteligencia emocional y la resiliencia y entre esta y la felicidad, ayudándote a potenciar estas habilidades.



Tunea tus emociones

José Manuel Montero

ISBN: 978-84-330-2766-5

www.edesclée.com

Si usted es de los que piensan que las emociones son incontrolables y que vivimos con ellas incorporadas de serie, sin opciones de cambio; este libro puede cambiar su punto de vista. Al igual que se tunean los coches para adaptarlos a nuestros gustos y exigencias, también podemos modificar y enriquecer nuestros afectos.

El *Tuning Emocional* es un método para desarrollar las emociones y los sentimientos derivado de la experiencia de tratar con personas que consultan a los profesionales de la salud por problemas afectivos. Basado en la similitud con la forma en que los apasionados del motor realizan cambios sobre su vehículo, propone un método comprensible y ameno para quienes desean aprender a diferenciar, personalizar y elegir como sentirse, más allá de la rutina y los contratiempos de cada día.



La fuerza que tú llevas dentro

Diálogos clínicos

Antonio S. Gómez

ISBN: 978-84-330-2770-2

www.edeslee.com

El individuo está en constantes cambios y en un continuo proceso de aprendizaje (y reaprendizaje). Lo queramos o no, aprender a pensar de manera distinta, a sentir y a comportarnos de modo alternativo en respuesta a pensamientos, creencias y conductas disfuncionales, es la clave del cambio terapéutico. La determinación y el esfuerzo de cada uno definirán la magnitud del cambio.

En *La fuerza que tú llevas dentro* encontrarás las rutas que han conducido a otros a conseguir cambios difíciles, con experiencias reales debidamente camufladas, con diálogos clínicos reales y con el acercamiento teórico que nos ofrece la psicología científica.

Nadie puede hacerlo por ti, ni mejor que tú. Utilicemos los conocimientos de la psicología actual para ser más felices y más humanos. Merece la pena.

Bienvenido a nuestro viaje.

1. *Relatos para el crecimiento personal*. CARLOS ALEMANY (ED.). (6ª ed.)
2. *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. OLGA CASTANYER. (35ª ed.)
3. *Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad*. A. GIMENO-BAYÓN. (5ª ed.)
4. *Aprendiendo a vivir. Manual contra el aburrimiento y la prisa*. ESPERANZA BORÚS. (5ª ed.)
5. *¿Qué es el narcisismo?* JOSÉ LUIS TRECHERA. (2ª ed.)
6. *Manual práctico de P.N.L. Programación neurolingüística*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (5ª ed.)
7. *El cuerpo vivenciado y analizado*. CARLOS ALEMANY Y VÍCTOR GARCÍA (eds.)
8. *Manual de Terapia Infantil Gestáltica*. LORETTA ZAIRA CORNEJO PAROLINI. (5ª ed.)
9. *Viajes hacia uno mismo. Diario de un psicoterapeuta en la postmodernidad*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
10. *Cuerpo y Psicoanálisis. Por un psicoanálisis más activo*. JEAN SARKISSOFF. (2ª ed.)
11. *Dinámica de grupos. Cincuenta años después*. LUIS LÓPEZ-YARTO ELIZALDE. (7ª ed.)
12. *El eneagrama de nuestras relaciones*. MARIA-ANNE GALLEN - HANS NEIDHARDT. (5ª ed.)
13. *¿Por qué me culpabilizo tanto? Un análisis psicológico de los sentimientos de culpa*. LUIS ZABALEGUI. (3ª ed.)
14. *La relación de ayuda: De Rogers a Carkhuff*. BRUNO GIORDANI. (3ª ed.)
15. *La fantasía como terapia de la personalidad*. F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
16. *La homosexualidad: un debate abierto*. JAVIER GAFO (ed.). (4ª ed.)
17. *Diario de un asombro*. ANTONIO GARCÍA RUBIO. (3ª ed.)
18. *Descubre tu perfil de personalidad en el eneagrama*. DON RICHARD RISO. (6ª ed.)
19. *El manantial escondido. La dimensión espiritual de la terapia*. THOMAS HART.
20. *Treinta palabras para la madurez*. JOSÉ ANTONIO GARCÍA-MONGE. (12ª ed.)
21. *Terapia Zen*. DAVID BRAZIER. (2ª ed.)
22. *Sencillamente cuerdo. La espiritualidad de la salud mental*. GERALD MAY.
23. *Aprender de Oriente: Lo cotidiano, lo lento y lo callado*. JUAN MASIÁ CLAVEL.
24. *Pensamientos del caminante*. M. SCOTT PECK.
25. *Cuando el problema es la solución. Aproximación al enfoque estratégico*. R. J. ÁLVAREZ. (2ª ed.)
26. *Cómo llegar a ser un adulto. Manual sobre la integración psicológica y espiritual*. DAVID RICO. (3ª ed.)
27. *El acompañante desconocido. De cómo lo masculino y lo femenino que hay en cada uno de nosotros afecta a nuestras relaciones*. JOHN A. SANFORD.
28. *Vivir la propia muerte*. STANLEY KELEMAN.
29. *El ciclo de la vida: Una visión sistémica de la familia*. ASCENSIÓN BELART - MARÍA FERRER. (3ª ed.)
30. *Yo, limitado. Pistas para descubrir y comprender nuestras minusvalías*. MIGUEL ÁNGEL CONESA FERRER.
31. *Lograr buenas notas con apenas ansiedad. Guía básica para sobrevivir a los exámenes*. KEVIN FLANAGAN.
32. *Alí Babá y los cuarenta ladrones. Cómo volverse verdaderamente rico*. VERENA KAST.
33. *Cuando el amor se encuentra con el miedo*. DAVID RICO. (3ª ed.)
34. *Anhelos del corazón. Integración psicológica y espiritualidad*. WILKIE AU - NOREEN CANNON. (2ª ed.)
35. *Vivir y morir conscientemente*. IOSU CABODEVILLA. (4ª ed.)
36. *Para comprender la adicción al juego*. MARÍA PRIETO URSÚA.
37. *Psicoterapia psicodramática individual*. TEODORO HERRANZ CASTILLO.
38. *El comer emocional*. EDWARD ABRAMSON. (2ª ed.)
39. *Crecer en intimidad. Guía para mejorar las relaciones interpersonales*. JOHN AMODEO - KRIS WENTWORTH. (2ª ed.)
40. *Diario de una maestra y de sus cuarenta alumnos*. ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
41. *Valórate por la felicidad que alcances*. XAVIER MORENO LARA.
42. *Pensándolo bien... Guía práctica para asomarse a la realidad*. RAMIRO J. ÁLVAREZ.
43. *Límites, fronteras y relaciones. Cómo conocerse, protegerse y disfrutar de uno mismo*. CHARLES L.

WHITFIELD.

44. *Humanizar el encuentro con el sufrimiento*. JOSÉ CARLOS BERMEJO.
45. *Para que la vida te sorprenda*. MATILDE DE TORRES. (2ª ed.)
46. *El Buda que siente y padece. Psicología budista sobre el carácter, la adversidad y la pasión*.
DAVID BRAZIER.
47. *Hijos que no se van. La dificultad de abandonar el hogar*. JORGE BARRACA.
48. *Palabras para una vida con sentido*. Mª. ÁNGELES NOBLEJAS. (2ª ed.)
49. *Cómo llevarnos bien con nuestros deseos*. PHILIP SHELDRAKE.
50. *Cómo no hacer el tonto por la vida. Puesta a punto práctica del altruismo*. LUIS CENCILLO. (2ª ed.)
51. *Emociones: Una guía interna. Cuáles sigo y cuáles no*. LESLIE S. GREENBERG. (3ª ed.)
52. *Éxito y fracaso. Cómo vivirlos con acierto*. AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
53. *Desarrollo de la armonía interior. La construcción de una personalidad positiva*. JUAN ANTONIO
BERNAD.
54. *Introducción al Role-Playing pedagógico*. PABLO POBLACIÓN KNAPPE Y ELISA LÓPEZ BARBERÁ. (2ª ed.)
55. *Cartas a Pedro. Guía para un psicoterapeuta que empieza*. LORETTA CORNEJO. (3ª ed.)
56. *El guión de vida*. JOSÉ LUIS MARTORELL. (2ª ed.)
57. *Somos lo mejor que tenemos*. ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
58. *El niño que seguía la barca. Intervenciones sistémicas sobre los juegos familiares*. GIULIANA PRATA,
MARIA VIGNATO Y SUSANA BULLRICH.
59. *Amor y traición*. JOHN AMODEO.
60. *El amor. Una visión somática*. STANLEY KELEMAN. (2ª ed.)
61. *A la búsqueda de nuestro genio interior: Cómo cultivarlo y a dónde nos guía*. KEVIN FLANAGAN. (2ª
ed.)
62. *A corazón abierto. Confesiones de un psicoterapeuta*. F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
63. *En vísperas de morir. Psicología, espiritualidad y crecimiento personal*. IOSU CABODEVILLA.
64. *¿Por qué no logro ser asertivo?* OLGA CASTANYER Y ESTELA ORTEGA. (7ª ed.)
65. *El diario íntimo: buceando hacia el yo profundo*. JOSÉ-VICENTE BONET, S.J. (3ª ed.)
66. *Caminos sapienciales de Oriente*. JUAN MASIÁ.
67. *Superar la ansiedad y el miedo. Un programa paso a paso*. PEDRO MORENO. (9ª ed.)
68. *El matrimonio como desafío. Destrezas para vivirlo en plenitud*. KATHLEEN R. FISCHER Y THOMAS N.
HART.
69. *La posada de los peregrinos. Una aproximación al Arte de Vivir*. ESPERANZA BORÚS.
70. *Realizarse mediante la magia de las coincidencias. Práctica de la sincronicidad mediante los
cuentos*. JEAN-PASCAL DEBAILLEUL Y CATHERINE FOURGEAU.
71. *Psicoanálisis para educar mejor*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
72. *Desde mi ventana. Pensamientos de autoliberación*. PEDRO MIGUEL LAMET.
73. *En busca de la sonrisa perdida. La psicoterapia y la revelación del ser*. JEAN SARKISSOFF.
74. *La pareja y la comunicación. La importancia del diálogo para la plenitud y la longevidad de la
pareja. Casos y reflexiones*. PATRICE CUDICIO Y CATHERINE CUDICIO.
75. *Ante la enfermedad de Alzheimer. Pistas para cuidadores y familiares*. MARGA NIETO CARRERO. (2ª
ed.)
76. *Me comunico... Luego existo. Una historia de encuentros y desencuentros*. JESÚS DE LA GÁNDARA
MARTÍN.
77. *La nueva sofrología. Guía práctica para todos*. CLAUDE IMBERT.
78. *Cuando el silencio habla*. MATILDE DE TORRES VILLAGRÁ. (2ª ed.)
79. *Atajos de sabiduría*. CARLOS DÍAZ.
80. *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una ética desde la psicología*. RAMÓN
ROSAL CORTÉS.
81. *Más allá del individualismo*. RAFAEL REDONDO.
82. *La terapia centrada en la persona hoy. Nuevos avances en la teoría y en la práctica*. DAVE MEARNES
Y BRIAN THORNE.
83. *La técnica de los movimientos oculares. La promesa potencial de un nuevo avance
psicoterapéutico*. FRED FRIEDBERG. Introducción a la edición española por RAMIRO J. ÁLVAREZ
84. *No seas tu peor enemigo... ¡...Cuando puedes ser tu mejor amigo!* ANN-M. McMAHON.
85. *La memoria corporal. Bases teóricas de la diafreoterapia*. LUZ CASASNOVAS SUSANNA. (2ª ed.)
86. *Atrapando la felicidad con redes pequeñas*. IGNACIO BERCIANO PÉREZ. Con la colaboración de ITZIAR

- BARRENGOA. (2ª ed.)
87. *C.G. Jung. Vida, obra y psicoterapia.* M. PILAR QUIROGA MÉNDEZ.
88. *Crecer en grupo. Una aproximación desde el enfoque centrado en la persona.* TOMEU BARCELÓ. (2ª ed.)
89. *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos.* ALEJANDRO BELLO GÓMEZ, ANTONIO CREGO DÍAZ.
90. *La magia de la metáfora. 77 relatos breves para educadores, formadores y pensadores.* NICK OWEN.
91. *Cómo volverse enfermo mental.* JOSÉ LUÍS PIO ABREU.
92. *Psicoterapia y espiritualidad. La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica.* AGNETA SCHREURS.
93. *Fluir en la adversidad.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
94. *La psicología del soltero: Entre el mito y la realidad.* JUAN ANTONIO BERNAD.
95. *Un corazón auténtico. Un camino de ocho tramos hacia un amor en la madurez.* JOHN AMODEO (2ª ed.).
96. *Luz, más luz. Lecciones de filosofía vital de un psiquiatra.* BENITO PERAL. (2ª ed.)
97. *Tratado de la insoportabilidad, la envidia y otras "virtudes" humanas.* LUIS RAIMUNDO GUERRA. (2ª ed.)
98. *Crecimiento personal: Aportaciones de Oriente y Occidente.* MÓNICA RODRÍGUEZ-ZAFRA (Ed.).
99. *El futuro se decide antes de nacer. La terapia de la vida intrauterina.* CLAUDE IMBERT. (2ª ed.)
100. *Cuando lo perfecto no es suficiente. Estrategias para hacer frente al perfeccionismo.* MARTIN M. ANTONY - RICHARD P. SWINSON. (2ª ed.)
101. *Los personajes en tu interior. Amigándote con tus emociones más profundas.* JOY CLOUG.
102. *La conquista del propio respeto. Manual de responsabilidad personal.* THOM RUTLEDGE.
103. *El pico del Quetzal. Sencillas conversaciones para restablecer la esperanza en el futuro.* MARGARET J. WHEATLEY.
104. *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes.* PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN. (10ª ed.)
105. *El tiempo regalado. La madurez como desafío.* IRENE ESTRADA ENA.
106. *Enseñar a convivir no es tan difícil. Para quienes no saben qué hacer con sus hijos, o con sus alumnos.* MANUEL SEGURA MORALES. (14ª ed.)
107. *Encrucijada emocional. Miedo (ansiedad), tristeza (depresión), rabia (violencia), alegría (euforia).* KARMELO BIZKARRA. (4ª ed.)
108. *Vencer la depresión. Técnicas psicológicas que te ayudarán.* MARISA BOSQUED.
109. *Cuando me encuentro con el capitán Garfio... (no) me engancha. La práctica en psicoterapia gestalt.* ÁNGELES MARTÍN Y CARMEN VÁZQUEZ.
110. *La mente o la vida. Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso.* JORGE BARRACA MAIRAL. (2ª ed.)
111. *¡Deja de controlarme! Qué hacer cuando la persona a la que queremos ejerce un dominio excesivo sobre nosotros.* RICHARD J. STENACK.
112. *Responde a tu llamada. Una guía para la realización de nuestro objetivo vital más profundo.* JOHN P. SCHUSTER.
113. *Terapia meditativa. Un proceso de curación desde nuestro interior.* MICHAEL L. EMMONS, PH.D. Y JANET EMMONS, M.S.
114. *El espíritu de organizarse. Destrezas para encontrar el significado a sus tareas.* P. KRISTAN.
115. *Adelgazar: el esfuerzo posible. Un sistema gradual para superar la obesidad.* A. CÓZAR.
116. *Crecer en la crisis. Cómo recuperar el equilibrio perdido.* ALEJANDRO ROCAMORA. (3ª ed.)
117. *Rabia sana. Cómo ayudar a niños y adolescentes a manejar su rabia.* BERNARD GOLDEN. (2ª ed.)
118. *Manipuladores cotidianos. Manual de supervivencia.* JUAN CARLOS VICENTE CASADO.
119. *Manejar y superar el estrés. Cómo alcanzar una vida más equilibrada.* ANN WILLIAMSON.
120. *La integración de la terapia experiencial y la terapia breve. Un manual para terapeutas y consejeros.* BALAJAISON.
121. *Este no es un libro de autoayuda. Tratado de la suerte, el amor y la felicidad.* LUIS RAIMUNDO GUERRA.
122. *Psiquiatría para el no iniciado.* RAFA EUBA. (2ª ed.)
123. *El poder curativo del ayuno. Recuperando un camino olvidado hacia la salud.* KARMELO BIZKARRA.

- (3ª ed.)
124. *Vivir lo que somos. Cuatro actitudes y un camino.* ENRIQUE MARTÍNEZ LOZANO. (4ª ed.)
 125. *La espiritualidad en el final de la vida. Una inmersión en las fronteras de la ciencia.* LOSU CABODEVILLA ERASO. (2ª ed.)
 126. *Regreso a la conciencia.* AMADO RAMÍREZ.
 127. *Las constelaciones familiares. En resonancia con la vida.* PETER BOURQUIN. (10ª ed.)
 128. *El libro del éxito para vagos. Descubra lo que realmente quiere y cómo conseguirlo sin estrés.* THOMAS HOHENSEE.
 129. *Yo no valgo menos. Sugerencias cognitivo- humanistas para afrontar la culpa y la vergüenza.* OLGA CASTANYER. (3ª ed.)
 130. *Manual de Terapia Gestáltica aplicada a los adolescentes.* LORETTA CORNEJO. (4ª ed.)
 131. *¿Para qué sirve el cerebro? Manual para principiantes.* Javier Tirapu. (2ª ed.)
 132. *Esos seres inquietos. Claves para combatir la ansiedad y las obsesiones.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
 133. *Dominar las obsesiones. Una guía para pacientes.* PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN, JUAN GARCÍA Y ROSA VIÑAS. (3ª ed.)
 134. *Cuidados musicales para cuidadores. Musicoterapia Autorrealizadora para el estrés asistencial.* CONXA TRALLERO FLIX Y JORDI OLLER VALLEJO
 135. *Entre personas. Una mirada cuántica a nuestras relaciones humanas.* TOMEU BARCELÓ
 136. *Superar las heridas. Alternativas sanas a lo que los demás nos hacen o dejan de hacer.* WINDY DRYDEN
 137. *Manual de formación en trance profundo. Habilidades de hipnotización.* IGOR LEDOCHOWSKI
 138. *Todo lo que aprendí de la paranoia.* CAMILLE
 139. *Migraña. Una pesadilla cerebral.* ARTURO GOICOECHEA
 140. *Aprendiendo a morir.* IGNACIO BERCIANO PÉREZ
 141. *La estrategia del oso polar. Cómo llevar adelante tu vida pese a las adversidades.* HUBERT MORITZ
 142. *Mi salud mental: Un camino práctico.* EMILIO GARRIDO LANDÍVAR
 143. *Camino de liberación en los cuentos. En compañía de los animales.* ANA MARÍA SCHLÜTER RODÉS
 144. *¡Estoy furioso! Aproveche la energía positiva de su ira.* ANITA TIMPE
 145. *Herramientas de Coaching personal.* FRANCISCO YUSTE (2ª ed.)
 146. *Este libro es cosa de hombres. Una guía psicológica para el hombre de hoy.* RAFA EUBA
 147. *Afronta tu depresión con psicoterapia interpersonal. Guía de autoayuda.* JUAN GARCÍA SÁNCHEZ Y PEPA PALAZÓN RODRÍGUEZ
 148. *El consejero pastoral. Manual de "relación de ayuda" para sacerdotes y agentes de pastoral.* ENRIQUE MONTALT ALCAYDE
 149. *Tristeza, miedo, cólera. Actuar sobre nuestras emociones.* DRA. STÉPHANIE HAHUSSEAU
 150. *Vida emocionalmente inteligente. Estrategias para incrementar el coeficiente emocional.* GEETU BHARWANEY
 151. *Cicatrices del corazón. Tras una pérdida significativa.* ROSA Mª MARTÍNEZ GONZÁLEZ
 152. *Ojos que sí ven. "Soy bipolar" (Diez entrevistas).* ANA GONZÁLEZ ISASI - ANÍBAL C. MALVAR
 153. *Reconcíliate con tu infancia. Cómo curar antiguas heridas.* ULRIKE DAHM
 154. *Los trastornos de la alimentación. Guía práctica para cuidar de un ser querido.* JANET TREASURE - GRÁINNE SMITH - ANNA CRANE
 155. *Bullying entre adultos. Agresores y víctimas.* PETER RANDALL
 156. *Cómo ganarse a las personas. El arte de hacer contactos.* BERND GÖRNER
 157. *Vencer a los enemigos del sueño. Guía práctica para conseguir dormir como siempre habíamos soñado.* CHARLES MORIN
 158. *Ganar perdiendo. Los procesos de duelo y las experiencias de pérdida: Muerte - Divorcio - Migración.* MIGDYRAI MARTÍN REYES
 159. *El arte de la terapia. Reflexiones sobre la sanación para terapeutas principiantes y veteranos.* PETER BOURQUIN
 160. *El viaje al ahora. Una guía sencilla para llevar la atención plena a nuestro día a día.* JORGE BARRACA MAIRAL
 161. *Cómo envejecer con dignidad y aprovechamiento.* IGNACIO BERCIANO
 162. *Cuando un ser querido es bipolar. Ayuda y apoyo para usted y su pareja.* CYNTHIA G. LAST
 163. *Todo lo que sucede importa. Cómo orientar en el laberinto de los sentimientos.* FERNANDO

- ALBERCA DE CASTRO (2ª ed.)
164. *De cuentos y aliados. El cuento terapéutico.* MARIANA FIKSLER
 165. *Soluciones para una vida sexual sana. Maneras sencillas de abordar y resolver los problemas sexuales cotidianos.* DRA. JANET HALL
 166. *Encontrar las mejores soluciones mediante Focusing. A la escucha de lo sentido en el cuerpo.* BERNADETTE LAMBOY
 167. *Estrésese menos y viva más. Cómo la terapia de aceptación y compromiso puede ayudarle a vivir una vida productiva y equilibrada.* RICHARD BLONNA
 168. *Cómo superar el tabaco, el alcohol y las drogas.* MIGUEL DEL NOGAL TOMÉ
 169. *La comunicación humana: una ventana abierta.* CARLOS ALEMANY BRIZ
 170. *Comida para las emociones. Neuroalimentación para que el cerebro se sienta bien.* SANDI KRSTINIC
 171. *Aprender de la ansiedad. La sabiduría de las emociones.* PEDRO MORENO
 172. *Cuidar al enfermo. Migajas de psicología.* PEDRO MORENO
 173. *Yo te manejo, tú me manejas. El poder de las relaciones cotidianas.* PABLO POBLACIÓN KNAPPE
 174. *Crisis, crecimiento y despertar. Claves y recursos para crecer en consciencia.* ENRIQUE MARTÍNEZ LOZANO
 175. *Cuaderno de trabajo para el tratamiento corpomental del trastrono del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Programa para curar en 10 semanas las secuelas del trauma.* STANLEY BLOCK Y CAROLYN BRYANT BLOCK
 176. *El joven homosexual. Cómo comprenderle y ayudarle.* JOSÉ IGNACIO BAILE AYENSA
 177. *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso.* STEVEN HAYES
 178. *Palabras caballo. Fuerza vital para el día a día.* DR. JUAN-MIGUEL FERNÁNDEZ-BALBOA BALAGUER
 179. *Fibromialgia, el reto se supera. Evidencias, experiencias y medios para el afrontamiento.* BRUNO MOIOLI
 180. *Diseña tu vida. Atrévete a cambiar.* DIANA SÁNCHEZ GONZÁLEZ Y MAR MEJÍAS GÓMEZ
 181. *Aprender psicología desde el cine.* JOSÉ ANTONIO MOLINA Y MIGUEL DEL NOGAL
 182. *Un día de terapia.* RAFAEL ROMERO RICO
 183. *No lo dejes para mañana. Guía para superar la postergación.* PAMELA S. WIEGARTZ, PH.D. Y LEVIN L. Y GYOERKOE, PSY.D
 184. *Yo decido. La tecnología con alma.* JOSÉ LUIS BIMBELA PEDROLA
 185. *Aplicaciones de la asertividad.* OLGA CASTANYER
 186. *Manual práctico para el tratamiento de la timidez y la ansiedad social. Técnicas demostradas para la superación gradual del miedo.* M.M. ANTONY, PH.D Y R.P. SWINSON, MD.
 187. *A las alfombras felices no les gusta volar. Un libro de (auto) ayuda... a los demás.* JAVIER VIDAL-QUADRAS.
 188. *Gastronomía para aprender a ser feliz. PsiCocina socioafectiva.* A. RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ
 189. *Guía clínica de comunicación en oncología. Estrategias para mantener una buena relación durante la trayectoria de la enfermedad.* JUAN JOSÉ VALVERDE, MAMEN GÓMEZ COLLDEFORS Y AGUSTÍN NAVARRETE MONTOYA
 190. *Ponga un psiquiatra en su vida. Manual para mejorar la salud mental en tiempos de crisis.* JOSÉ CARLOS FUERTES ROCAÑÍN
 191. *La magia de la PNL al descubierto.* BYRON LEWIS
 192. *Tunea tus emociones.* JOSÉ MANUEL MONTERO
 193. *La fuerza que tú llevas dentro. Diálogos clínicos.* ANTONIO S. GÓMEZ
 194. *El origen de la infelicidad.* REYES ADORNA CASTRO
 195. *El sentido de la vida es una vida con sentido. La resiliencia.* ROCÍO RIVERO
 196. *Focusing desde el corazón y hacia el corazón. Una guía para la transformación personal.* EDGARDO RIVEROS AEDOS
 197. *Programa Somne. Terapia psicológica integral para el insomnio: guía para el terapeuta y el paciente.* A.M. GONZÁLEZ PINTO • C.J. EGEA • SARA BARBEITO (COORDS.)

SERIE MAIOR

1. *Anatomía Emocional. La estructura de la experiencia somática.* LUCIANO SANDRIN. (9ª ed.)

2. *La experiencia somática. Formación de un yo personal.* STANLEY KELEMAN. (2ª ed.)
3. *Psicoanálisis y análisis corporal de la relación.* ANDRÉ LAPIERRE.
4. *Psicodrama. Teoría y práctica.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ. (3ª ed.)
5. *14 Aprendizajes vitales.* CARLOS ALEMANY (ED.). (13ª ed.)
6. *Psique y Soma. Terapia bioenergética.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ.
7. *Crecer bebiendo del propio pozo. Taller de crecimiento personal.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS, S.J. (12ª ed.)
8. *Las voces del cuerpo. Respiración, sonido y movimiento en el proceso terapéutico.* CAROLYN J. BRADDOCK.
9. *Para ser uno mismo. De la opacidad a la transparencia.* JUAN MASIÁ CLAVEL
10. *Vivencias desde el Enneagrama.* MAITE MELENDO. (3ª ed.)
11. *Codependencia. La dependencia controladora. La dependencia sumisa.* DOROTHY MAY.
12. *Cuaderno de Bitácora, para acompañar caminantes. Guía psico-histórico-espiritual.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS. (5ª ed.)
13. *Del ¡viva los novios! al ¡ya no te aguanto! Para el comienzo de una relación en pareja y una convivencia más inteligente.* EUSEBIO LÓPEZ. (2ª ed.)
14. *La vida maestra. El cotidiano como proceso de realización personal.* JOSÉ MARÍA TORO.
15. *Los registros del deseo. Del afecto, el amor y otras pasiones.* CARLOS DOMÍNGUEZ MORANO. (2ª ed.)
16. *Psicoterapia integradora humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensores, cognitivos y emocionales.* ANA GIMENO-BAYÓN Y RAMÓN ROSAL.
17. *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños.* EUGENE T. GENDLIN. (2ª ed.)
18. *Cómo afrontar los desafíos de la vida.* CHRIS L. KLEINKE.
19. *El valor terapéutico del humor.* ÁNGEL RZ. IDIGORAS (Ed.). (3ª ed.)
20. *Aumenta tu creatividad mental en ocho días.* RON DALRYMPLE, PH.D., F.R.C.
21. *El hombre, la razón y el instinto.* JOSÉ Mª PORTA TOVAR.
22. *Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Pistas para su liberación.* BRUCE M. HYMAN Y CHERRY PEDRICK.
23. *La comunidad terapéutica y las adicciones. Teoría, modelo y método.* GEORGE DE LEON.
24. *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas.* WALEED A. SALAMEH Y WILLIAM F. FRY.
25. *El manejo de la agresividad. Manual de tratamiento completo para profesionales.* HOWARD KASSINOVE Y RAYMOND CHIP TAFRATE.
26. *Agujeros negros de la mente. Claves de salud psíquica.* JOSÉ L. TRECHERA.
27. *Cuerpo, cultura y educación.* JORDI PLANELLA RIBERA.
28. *Reír y aprender. 95 técnicas para emplear el humor en la formación.* DONI TAMBLYN.
29. *Manual práctico de psicoterapia gestalt.* ÁNGELES MARTÍN. (8ª ed.)
30. *Más magia de la metáfora. Relatos de sabiduría para aquellas personas que tengan a su cargo la tarea de Liderar, Influenciar y Motivar.* NICK OWEN
31. *Pensar bien - Sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes.* PAUL STALLARD.
32. *Ansiedad y sobreactivación. Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio.* PABLO RODRÍGUEZ CORREA.
33. *Amor y violencia. La dimensión afectiva del maltrato.* PEPA HORNO GOICOECHEA. (2ª ed.)
34. *El pretendido Síndrome de Alienación Parental. Un instrumento que perpetúa el maltrato y la violencia.* SONIA VACCARO - CONSUELO BAREA PAYUETA.
35. *La víctima no es culpable. Las estrategias de la violencia.* OLGA CASTANYER (Coord.); PEPA HORNO, ANTONIO ESCUDERO E INÉS MONJAS.
36. *El tratamiento de los problemas de drogas. Una guía para el terapeuta.* MIGUEL DEL NOGAL. (2ª ed.)
37. *Los sueños en psicoterapia gestalt. Teoría y práctica.* ÁNGELES MARTÍN.
38. *Medicina y terapia de la risa. Manual.* RAMÓN MORA RIPOLL.
39. *La dependencia del alcohol. Un camino de crecimiento.* THOMAS WALLENHORST.
40. *El arte de saber alimentarte. Desde la ciencia de la nutrición al arte de la alimentación.* KARMELO BIZKARRA.
41. *Vivir con plena atención. De la aceptación a la presencia.* VICENTE SIMÓN. (2ª ed.)
42. *Empatía terapéutica. La compasión del sanador herido.* JOSÉ CARLOS BERMEJO.
43. *Más allá de la Empatía. Una Terapia de Contacto-en-la-Relación.* RICHARD G. ERSKINE - JANET P. MOURSUND - REBECCA L. TRAUTMANN.

44. *El oficio que habitamos. Testimonios y reflexiones de terapeutas gestálticas.* ÁNGELES MARTÍN (ED.)
45. *El amor vanidoso. Cómo fracasan las relaciones narcisistas.* BÄRBEL WARDETZKI
46. *Diccionario de técnicas mentales. Las mejores técnicas de la A a la Z.* CLAUDIA BENDER - MICHAEL DRAKSAL
47. *Humanizar la asistencia sanitaria. Aproximación al concepto.* JOSÉ CARLOS BERMEJO
48. *Herramientas de coaching ejecutivo.* FRANCISCO YUSTE
49. *La vocación y formación del psicólogo clínico.* AQUILINO POLAINO-LORENTE Y GEMA PÉREZ ROJO (COORDS.)
50. *Detrás de la pared. Una mirada multidisciplinar acerca de los niños, niñas y adolescentes expuestos a la violencia de género.* SOFÍA CZALBOWSKI (COORD.)
51. *Hazte experto en inteligencia emocional.* OLGA CAÑIZARES Y CARMEN GARCÍA DE LEANIZ (COORDINADORAS)
52. *Counseling y cuidados paliativos.* ESPERANZA SANTOS Y JOSÉ CARLOS BERMEJO

Índice

Portada interior	2
Créditos	4
Semblanzas de los autores	5
Prólogo	20
Presentación del programa sobre	22
Materiales para el terapeuta	23
Sesión 1	24
Sesión 2	36
Sesión 3	47
Sesión 4	56
Sesión 5	67
Sesión 6	74
Sesión 7, 8 y 9	79
Materiales para el paciente	81
Sesión 1	82
Sesión 2	88
Sesión 3	92
Sesión 4	98
Sesión 5	106
Sesión 6	114
Sesión 7, 8 y 9	119
Anexos para el terapeuta y el paciente	121
Anexo I	122
Anexo II	129
Otros libros	132
Vencer a los enemigos del sueño	133
El sentido de la vida es una vida con sentido	134
Tunea tus emociones	136
La fuerza que tú llevas dentro	137
Serendipity	138

