



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA
Facultad de Psicología

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Trabajo Fin de Grado en Psicología

Convocatoria Mayo 2021

**SUEÑO, CEREBRO Y PROCESOS PSICOLÓGICOS: UNA PROPUESTA
DE INTERVENCIÓN DE UN PROGRAMA DE MINDFULNESS PARA
FAVORECER LA CALIDAD DEL SUEÑO**

**SLEEP, BRAIN AND PSYCHOLOGICAL PROCESSES: A PROPOSAL
FOR INTERVENTION IN SLEEP QUALITY WITH A MINDFULNESS
PROGRAM**

Autora: Laura Carrión Jiménez

Tutora: María Inmaculada Cubero Talavera

RESUMEN

Este trabajo realiza un recorrido a través del trinomio cerebro-cuerpo-procesos psicológicos, ahondando en la conceptualización de la salud integral para después establecer su relación con el insomnio. De esta forma, se presenta una revisión sobre la repercusión del insomnio en dicho trinomio, así como una propuesta de intervención sobre insomnio basada en la Conciencia Plena (Mindfulness) como herramienta mediante la cual hacer frente a las necesidades fisiológicas y emocionales que produce la falta de sueño

Palabras Clave: Conciencia plena, Mindfulness, insomnio, programa de intervención, salud integral, estrés

Abstract

This work makes a journey through the brain-body-psychological processes trinomial, digging into the integral health conceptualization and then establishing its relationship with insomnia. In this way, we present a review about the consequences of insomnia in the already said trinomial, as well as a proposal for an intervention in insomnia based on Mindfulness as a tool to face the emotional and physiological needs produced by the lack of sleep.

Key words: Mindfulness, insomnia, intervention program, integral health, stress

ÍNDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	5
FISIOLOGÍA Y FUNCIONES DEL SUEÑO	7
EL INSOMNIO Y EL IMPACTO QUE PRODUCE	9
EL MINDFULNESS COMO HERRAMIENTA PARA LUCHAR CONTRA EL INSOMNIO INDUCIDO POR ESTRÉS Y ANSIEDAD	10
DISEÑO METODOLÓGICO	12
Objetivos	12
Selección de la muestra	12
INICIO DE LA INTERVENCIÓN: SESIÓN INFORMATIVA INICIAL	13
Instrumentos de medida	14
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	15
Cronograma	15
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	16
Recursos necesarios	18
CONCLUSIONES	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

INTRODUCCIÓN

A simple vista puede dar la sensación de que el concepto de salud tal y como la conocemos ha surgido en base a nuestra capacidad para discernir entre un estado de malestar y otro de bienestar. La realidad es muy diferente, y es que la conceptualización de la salud implica una valoración positiva de la misma, ya que la idea central pasa de ser la enfermedad a la salud: “la salud consiste en el estado de completo bienestar tanto físico, como social y mental, y no sólo en la ausencia de la enfermedad” (OMS, 1948).

Actualmente, la realidad de nuestra vida cotidiana incluso en los países más desarrollados demuestra un importante déficit en lo relativo a la salud. Muchos individuos manifiestan su preocupación en torno a este descenso de la calidad de vida, y achacan esta problemática al descuido de los hábitos de vida saludables

De esta forma, introducimos el concepto de salud integral, el cual comprende el estado de bienestar que se da al llegar al equilibrio entre los aspectos físicos, emocionales y sociales del individuo (OMS, 1998). Así, la salud integral supone un equilibrio perfecto entre el cerebro, la mente y el cuerpo.

Para empezar, la salud cerebral se sostiene sobre una serie de pilares que consisten en el entrenamiento cognitivo (retrasa el envejecimiento cerebral y la aparición de enfermedades), una dieta equilibrada (reduce el riesgo de sufrir enfermedades a largo plazo), el ejercicio físico (favorece la circulación y oxigenación del cerebro, previniendo su deterioro cognitivo), y las relaciones sociales (satisfacen nuestras necesidades como seres sociales) (Trigiani y Hamel, 2017; Koscak, 2017; Valtorta et al., 2016)

Un cerebro sano es un cerebro flexible, o sea, un cerebro capaz de adaptarse y discriminar entre estímulos. Un cerebro sano es un cerebro capaz de adaptarse, o sea, un cerebro flexible y plástico. La flexibilidad cerebral nos permite centrar nuestros recursos en según qué estímulos, siendo capaz de discriminar entre ellos en base al valor que les otorgamos, mientras que la plasticidad nos permite aprender y adaptarnos a los cambios del ambiente (Sweat, 2016).

La salud cerebral se relaciona de forma directa y bidireccional con la mental, el cerebro condiciona los procesos mentales de forma que puede obstaculizar o facilitar el desarrollo de otras capacidades, así como de favorecer la posible aparición de trastornos.

Actualmente, los trastornos del sueño son cada vez más frecuentes, cada vez son más las personas que manifiestan dificultades para dormir. De hecho, el insomnio supone el trastorno del sueño más frecuente entre la población general (Thorpy, 1990; Summers et al., 2006) y es uno de los que mayores perjuicios para la vida cotidiana implica. Si echamos un ojo a los números, observamos datos tan alarmantes como que más de la mitad de los pacientes que acuden a atención primaria (presentando una sintomatología que en principio nada tiene que ver con los trastornos del sueño) tienen algún problema relacionado con el insomnio (Nowell et al, 1997).

Definimos el insomnio como la dificultad para iniciar o mantener el sueño, acompañada de fatiga diurna y de un deterioro importante de la vida del individuo (CIE-10, 1992). Este trastorno supone una gran mella en la salud tanto física como psicológica, por ello, podemos decir que la relación entre un sueño normal y una persona sana es directamente bidireccional.

JUSTIFICACIÓN

El confinamiento tras la crisis del COVID-19, junto con los problemas económicos, las restricciones de movilidad y el distanciamiento social, han supuesto un cambio en nuestro estilo de vida que ha acabado conllevando a un aumento de los factores potenciales que pueden generarnos estrés. Así, encontramos que la población se ha visto sobreexpuesta a una dramática situación acompañada de decenas de estímulos estresantes que han acabado generando un estado de alerta permanente en nosotros (Marazziti y Stahl, 2020). Además, la pandemia ha supuesto descuidar nuestra higiene del sueño, acostándonos y levantándonos más tarde, pasando mucho más tiempo en la cama sin dormir (Neto et al., 2020)

El estrés funciona como un determinante per se de nuestra salud. En dosis bajas, el estrés facilita nuestra capacidad para movilizar recursos y aumenta nuestro rendimiento general. El problema ocurre cuando las situaciones estresantes se alargan, ya que el cuerpo se expone a una sobreactivación que acaba dejando indefenso a nuestro sistema inmunitario, perjudicando a nuestro desempeño general y a nuestro equilibrio emocional (Orlandini, 1999)

Cuanto mayor es el nivel de estrés que experimentamos, más altos son los niveles de cortisol en sangre, el cual actúa sobre estructuras como el hipocampo (reduciendo su volumen

y perjudicando a los procesos de aprendizaje y memoria que dependen de él). El hipocampo conecta con la amígdala, de forma que, si el hipocampo se ve perjudicado, probablemente la amígdala también quede afectada. La afectación de la amígdala supone su sobreactivación, favoreciendo respuestas emocionales negativas (Zarate et al., 2014), así como la reducción de la liberación de catecolaminas, las cuales son liberadas como una forma de respuesta ante el estrés. Esto conlleva al desgaste de nuestro organismo, favoreciendo la desregulación emocional, el bloqueo de la consolidación de nuevas memorias y la reducción de nuestra capacidad para focalizar la atención.

Otra de las consecuencias de la liberación de cortisol es su implicación en la supresión del sueño, puesto que, cuanto más altos sean los niveles de cortisol, más aumenta nuestra activación y, consecuentemente, mayor es la dificultad para poder conciliar el sueño.

El estrés genera un estado de activación que, al presentarse de manera desproporcionada o demasiado duradera, el tiempo de descanso del individuo que lo sufre se acaba viendo perjudicado de forma directa, por lo que el insomnio se convierte así en uno de los problemas derivados del estrés más frecuentes en la población general.

Figura 1: Efectos más frecuentes que el estrés produce sobre el sueño

EFFECTOS MÁS FRECUENTES QUE EL ESTRÉS PRODUCE SOBRE EL SUEÑO

AUMENTO DE LOS NIVELES DE CORTISOL

Esta hormona se libera ante la reacción de lucha o huida, por lo que se favorece la desregulación de los niveles hormonales, cuando lo que debe ocurrir durante el sueño es la homeostasis. Se ha demostrado que dormir menos de 5 horas está relacionado con una sobreproducción de cortisol (Leproult et al., 1997) Un aumento del tiempo de reposo supone la reducción de los niveles de cortisol, favoreciendo el equilibrio de nuestro cuerpo y reduciendo la sensación de estrés

DESREGULACIÓN DEL SISTEMA INMUNE

Como hemos dicho, el sueño nos ayuda a mantener la homeostasis, disminuyendo el estrés físico que se ejerce sobre los diferentes sistemas (Besedovsky et al., 2012).

Además, durante el sueño se liberan hormonas que favorecen nuestras respuestas ante enfermedades y facilitan nuestra recuperación

AUMENTO DE LA ANSIEDAD

Dejar de dormir las horas necesarias supone la activación de algunas áreas del cerebro que están relacionadas con el control del procesamiento emocional y de las preocupaciones.

Las horas de sueño mejoran la capacidad para procesar el estrés y reaccionar de forma apropiada

El número de personas que dice experimentar insomnio no deja de aumentar, de hecho, un estudio de la Universidad de Southampton de 2020 demuestra que los datos de las personas que dicen padecer insomnio han aumentado de una de cada seis a una de cada cuatro personas.

Otro estudio realizado en Estados Unidos con una muestra de más de 1000 sujetos demuestra que el 56% de los encuestados reporta problemas de insomnio (Killgore, 2020). La situación se repite en los países europeos, de una muestra de 2363 participantes de un estudio en Grecia, el 40% obtuvo resultados relacionados con problemas de insomnio (Voitsidis et al., 2020).

Lo mismo ocurre en Asia, la prevalencia del insomnio ha aumentado del 26.2% a 33.7% (Li et al., 2020).

FISIOLOGÍA Y FUNCIONES DEL SUEÑO

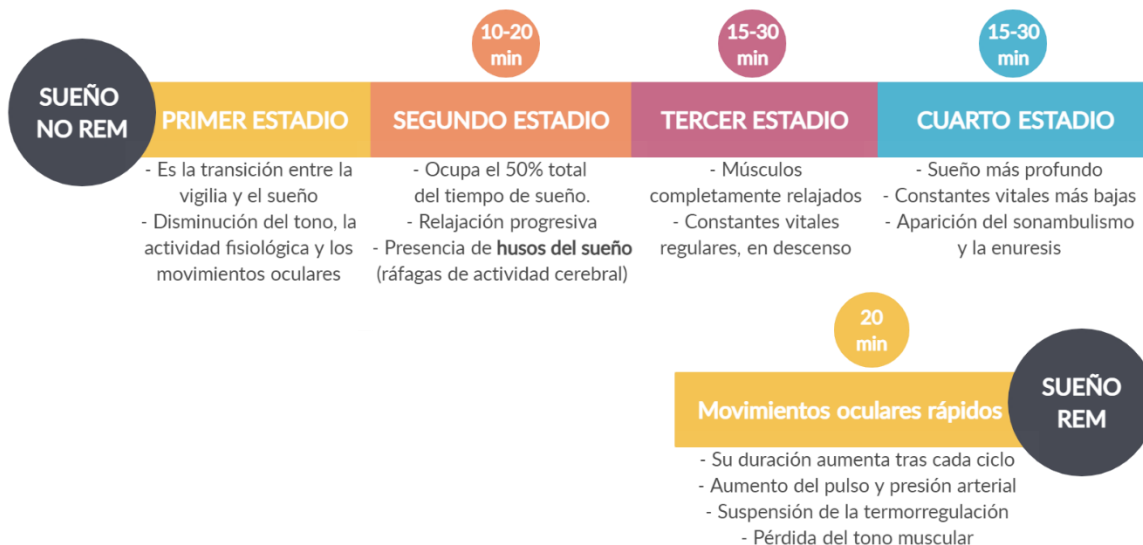
El sueño es fundamental para los procesos de consolidación de memoria. El cerebro modifica las sinapsis (conexiones neuronales) estabilizándolas y favoreciendo la plasticidad cerebral. De esta forma, un sueño de calidad se asocia a un desempeño cognitivo favorable y a una disminución de la atrofia cerebral.

Dormir las horas suficientes, de forma continuada y sin interrupciones, se convierte en algo fundamental para que el ciclo de sueño pueda repetirse varias veces durante la noche y todas las fases del sueño tengan lugar. En consecuencia, el proceso de sueño queda dividido en dos fases:

- Sueño REM (movimientos oculares rápidos). Participa en los procesos de reparación cerebral y recuperación de energía.
- Sueño no REM. Ocupa el 75% total del sueño y tiene una duración aproximada de 90 minutos. Interviene en los procedimientos de reparación de tejidos corporales y en la consolidación de las experiencias vividas durante el día.

A su vez, también podemos dividir estas dos fases en una serie de estadios que se van sucediendo hasta completar el primer ciclo de sueño:

Figura 2: Estructura del sueño



Tras completar el primer ciclo de sueño, pueden llegar a sucederse entre 3 y 7 ciclos más. La cantidad de sueño REM que dormimos es variable a lo largo de nuestra vida. De hecho, los bebés y los niños pequeños pasan más tiempo en esta fase que los ancianos y los adultos, ya que una de las implicaciones más relevantes de esta fase es la de la reorganización neuronal y el aprendizaje. Conviene destacar que, aunque se logre conciliar el sueño, el estrés impide que sea reparador porque no se concluyen las fases de sueño profundo y REM.

EL INSOMNIO Y EL IMPACTO QUE PRODUCE

La privación del sueño supone la anulación de alguna de las fases por las que se compone el sueño. Tras la privación, se produce una compensación que alargará la duración de la fase que se ha saltado y la necesidad de dormir en las horas posteriores para recuperar el equilibrio que existía antes de la privación. La razón y las emociones se ven afectadas directamente cuando no hemos descansado lo suficiente: las personas que han sido privadas de sueño muestran claros signos de desgaste tanto físico como conductual (Ledoux, 1999). La somnolencia que produce el insomnio supone una de las principales causas de accidentes de tráfico (DGT, 2006), produciendo directamente miles de colisiones al año y duplicando el riesgo a fallecer. En los últimos años se han producido más de 20.000 accidentes y 800 muertos

Consecuentemente, el insomnio es una de las patologías más frecuentes en la población general (Sociedad Española de Neurología), consiste en la dificultad para iniciar o mantener el sueño y se asocia con la sensación de fatiga diurna, el aumento de la tasa de accidentes y de la propensión a padecer enfermedades de carácter crónico.

Supone una reducción del tamaño cerebral, ya que la regeneración del cerebro tiene lugar mientras dormimos, y, si reducimos ese tiempo, el proceso no se lleva a cabo correctamente. También implica la reducción de la capacidad de concentración, ya que los procesos de memoria y aprendizaje se ven afectados. Durante el sueño se regula la liberación de neurotransmisores, por lo que una reducción del sueño conlleva una pérdida de conectividad entre las neuronas.

Generalmente, es bastante probable que un individuo que padezca insomnio se pase las noches pensando, intentando resolver problemas, o anticipando acontecimientos, cuando lo que debería hacer es relajar la mente. Además de ello, el hecho de pensar que no podremos dormirnos pronto nos hace entrar en un bucle que se retroalimenta, cuanto más pensamos en que deberíamos estar durmiendo, más activos estamos. Este proceso de repetición de pensamientos de forma obsesiva se conoce como rumiación, más tarde hablaremos de ella.

Para combatir el insomnio uno de los pasos más importantes es el del control estimular, debemos aprender a asociar la cama con el sueño (para ello se recomienda utilizar la cama sólo para dormir, se desaconseja ver la televisión o leer en ella). También es necesario plantear un programa de higiene de sueño, que consistiría principalmente en establecer un horario de sueño regular y diario. Por último, es muy interesante la práctica de la relajación.

EL MINDFULNESS COMO HERRAMIENTA PARA LUCHAR CONTRA EL INSOMNIO INDUCIDO POR ESTRÉS Y ANSIEDAD

Como hemos mencionado anteriormente, uno de los efectos más comunes que produce el estrés es la rumiación, la cual consiste en la repetición de pensamientos obsesivos que provocan malestar y supone un círculo vicioso en el que el individuo no es capaz de dejar de lado sus pensamientos ya que su foco de atención queda fijado en ellos (Martin y Tesser, 1996). Este proceso supone la adopción de un patrón automatizado y repetitivo que favorece la pérdida de concentración, por lo que todos nuestros pensamientos acaban dirigiéndose y relacionándose con los pensamientos que nos provocan emociones negativas. Implica el aumento de síntomas de ansiedad y depresión.

Una de las estrategias más útiles que encontramos para salir de este círculo vicioso es precisamente el Mindfulness, ya que ha demostrado su eficacia por sí solo en cuanto a la reducción de los niveles de ansiedad y de estrés, y supone una ayuda en lo relativo al control atencional, consiguiendo mantenernos alejados del bucle de pensamientos negativos.

El Mindfulness puede definirse como una habilidad mental que debe practicarse y que a su vez es utilizada en la práctica (Brown, Ryan y Creswellen, 2009; Davidson, 2010). Consiste en la capacidad para no actuar de forma reactiva ante las experiencias internas, sino que habría que prestar atención a los pensamientos y sentimientos para no juzgar la experiencia. La atención plena o Mindfulness consiste principalmente en fijar la atención en el presente (Brown y Ryan, 2003), por lo que favorece las habilidades de regulación emocional y de manejo del estrés.

Las intervenciones basadas en Mindfulness trabajan la atención y la relajación, y son cada vez más usadas dados los beneficios que reportan, que consisten principalmente en la reducción de los niveles de cortisol y de las hormonas del estrés (Pousa et al., 2015). También son muy útiles para la mejora del funcionamiento psicológico y la salud mental (Baer, 2003)

El prestar atención a nuestro estado emocional nos permite clarificar nuestras emociones (a largo plazo esto permite favorecer su regulación), integrarlas y ser capaces de dar una respuesta diferente a la que normalmente habríamos dado bajo presión. Este entendimiento de nuestras emociones conlleva una mejora de la habilidad para poder corregir estados emocionales no placenteros.

Es por ello que, el Mindfulness, al practicar la focalización de la atención para reducir el estrés y la ansiedad, acaba constituyendo una muy buena herramienta para combatir el insomnio.



Figura 3: Resultados de la práctica regular del Mindfulness

La práctica regular de Mindfulness se asocia con el aumento de la capacidad de detección de estímulos múltiples fijando la atención en un estímulo objetivo mientras tanto (Tang, Hölzel y Posner, 2015)

Además, al trabajar nuestra atención sobre la respiración nos ayuda a controlar nuestra conducta en situaciones preocupantes, ya que estaríamos enfocando nuestra atención en inhalar y exhalar y no en la situación como tal. La práctica diaria de Mindfulness supone una disminución de estrés, ansiedad y depresión, y un aumento del disfrute, de la inspiración y de la satisfacción general (Greeson, 2009)

La práctica del Mindfulness estimula la parte media del lóbulo prefrontal (relacionado con la autoobservación y la metacognición (Siegel, 2007) y reporta beneficios como la mejora del autoconocimiento y de la regulación del miedo (Davis y Hayes, 2011)

DISEÑO METODOLÓGICO

Objetivos

El objetivo general consiste en mejorar la calidad del sueño de los participantes.

Para ello, se perseguirán una serie de objetivos específicos los cuales buscan reducir la cantidad de interrupciones durante el sueño, aumentar la cantidad total de sueño y reducir la rumiación que tiene lugar a la hora de intentar conciliar el sueño.

Selección de la muestra

Para llevar a cabo la intervención se realizará un muestreo por conveniencia, ya que será el personal sanitario del hospital el encargado de dar a conocer la existencia del programa. En esa misma línea, se realizará una lista de los posibles candidatos mediante la cual se escogerá la muestra final teniendo en cuenta los criterios de exclusión e inclusión:

- Como criterios de exclusión se propone no tener en cuenta para la intervención a aquellos sujetos que presenten unos hábitos del sueño correctos, consuman sustancias tóxicas, o sean menores de 18 años.
- En cambio, los criterios de inclusión consisten en que la muestra estará compuesta por pacientes hospitalarios que presenten algún problema de insomnio (tanto de carácter puntual como crónico), que estén dispuestos a comprometerse con la terapia y ser constantes en sus tareas, y que sean mayores de 18 años.

También es importante destacar la importancia de la voluntariedad del proceso, los participantes que finalmente decidan participar y constituir la muestra definitiva lo harán de forma totalmente libre, sin ser forzados a ello.

La muestra final consistirá en grupo de 10 participantes que se mantendrá estable, sin bajas ni nuevas incorporaciones, para así poder atender a las necesidades individuales de cada uno de ellos, así como la posibilidad de facilitar un seguimiento más personalizado.

INICIO DE LA INTERVENCIÓN: SESIÓN INFORMATIVA INICIAL

Tras la obtención de la muestra final, el primer paso será el de la asistencia a una primera sesión que se llevará a cabo de forma individual. En ella, los participantes serán informados de nuevo del funcionamiento del programa para no dejar ninguna duda en el tintero.

Esta sesión sirve como una primera toma de contacto con el psicólogo, mediante la cual se abre la posibilidad a que los participantes puedan explicitar cualquier duda o preocupación que tengan respecto al procedimiento. Posteriormente se hablará de las expectativas del individuo en lo relativo al proceso: es importante que sean realistas y tengan en cuenta que no existen remedios milagrosos ni mejoras de un día para otro.

Otra de las funcionalidades de esta sesión es la de evaluar a los individuos en base a la gravedad de su problema de sueño. Para ello, cumplimentarán dos cuestionarios de la forma más honesta posible para poder obtener los resultados más veraces posibles: uno de ellos será la escala de Consciencia y Atención Mindfulness, el cual cuantifica los resultados obtenidos en Mindfulness después de la intervención, y el otro, el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh, que evalúa las interrupciones, la calidad y la cantidad de sueño. Estas escalas se volverán a cumplimentar dos veces más, una tras finalizar la intervención, y otra después de 6 meses tras la finalización de la misma, para comparar de esta forma los datos y establecer la validez del proceso.

Finalmente, se les proporcionará un documento mediante el cual deben dejar constancia de que han sido informados de la metodología de la técnica, que su participación es voluntaria, y que se comprometen a ser constantes y sinceros durante el proceso.

Instrumentos de medida

Como ya se ha mencionado, se emplearán un total de 2 cuestionarios para evaluar los resultados del proceso. Ambos se realizarán 3 veces, una primera vez para establecer unos resultados base, una segunda cuando la intervención llegue a su fin, y una última vez tras los 6 meses posteriores a la finalización del proceso. Dichos cuestionarios consistirán en:

Escala de Consciencia y Atención Mindfulness (MASS; Brown y Ryan, 2003)

Esta versión es la adaptación española de la escala Mindful Attention Awareness Scale. Se ha seleccionado esta escala porque es uno de los autoinformes más sencillos de comprender y realizar ya que puede emplearse sin que el sujeto tenga experiencias anteriores en la meditación, por lo que se convierte en uno de los instrumentos más empleados en la investigación del Mindfulness (Bergomi, Tschacher y Kupper, 2010). Está compuesta de 15 ítems que evalúan la capacidad para mantener la atención y la consciencia en el momento presente. Se desarrolla mediante una escala Likert de 1 a 6, significando 1 “casi siempre” y 6 “casi nunca”. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida en esta escala, mayor es la capacidad de Mindfulness. Además, tiene una correlación positiva con los constructos de experiencia, inteligencia emocional, bienestar y apertura a la experiencia, y una correlación negativa con la ansiedad y la rumiación.

Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI; Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer, 1989)

Es un cuestionario autoadministrado que pretende evaluar la calidad del sueño de forma cuantitativa, aunque también incluye aspectos cualitativos. Es una de las herramientas más apropiadas para este tipo de evaluaciones.

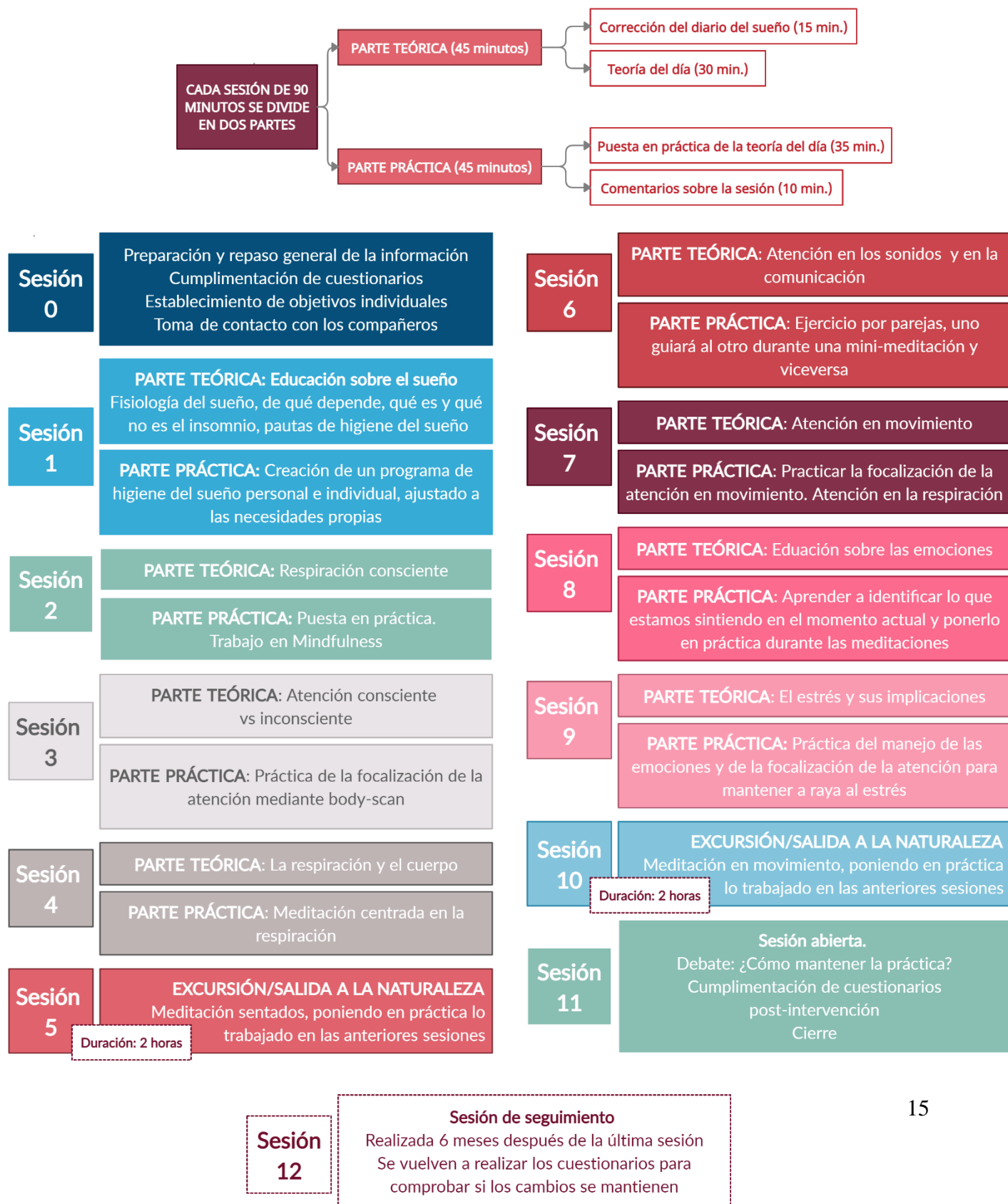
Se compone de 24 ítems: 19 deben ser respondidas por el propio individuo, y las restantes serán respondidas por su compañero de habitación, si es que lo hay. Aporta información sobre la calidad subjetiva del sueño, el tiempo que se tarda en dormir, la duración y eficiencia del sueño, las alteraciones y perturbaciones, el uso de hipnóticos y la disfunción diurna.

Se desarrolla en una escala ítem que varía de 0 a 3, siendo 0 “no existen problemas al respecto” y 3 “problema grave”

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Cronograma

Figura 4: cronograma y temporalización



PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Las sesiones del programa son de carácter grupal, exceptuando la inicial en la que se completan los cuestionarios por primera vez y se establece el nivel de problemática de cada individuo.

Las sesiones tendrán lugar una vez a la semana, y cada una de ellas tendrá una duración estimada de 90 minutos, con posibilidad de alargarse unos 15 minutos en caso de que fuese necesario, pero no por regla general.

Cada sesión está compuesta por dos partes, una teórica que se utilizará para tratar un tema cada día, y otra práctica, mediante la cual se podrá poner en funcionamiento aquello que se ha aprendido durante la parte teórica. La duración de cada sesión se establece de la siguiente forma:

- Una sesión dura 90 minutos, de los cuales:
 - o Los primeros 45 minutos están divididos en dos partes
 - Los 15 minutos iniciales se destinan a la corrección grupal del diario de sueño
 - Los 30 minutos restantes se emplean para la parte teórica
 - o Los 45 minutos posteriores se emplearán en la parte práctica
 - De ellos, 35 minutos servirán para trabajar lo aprendido durante la teoría
 - Los 10 últimos minutos se usarán para realizar los comentarios pertinentes respecto a la sesión, así como para comentarla y buscar una forma de emplear lo aprendido en la vida cotidiana

La duración de las sesiones se verá modificada durante los días en los que se realice una excursión al medio natural, viéndose ligeramente aumentada hasta un total de dos horas, para evitar perder tiempo de la sesión en realizar el traslado al lugar.

Tras la finalización de la sesión semanal, cada uno de los individuos debe emplear al menos media hora al día durante 5 días para practicar aquello que se ha trabajado en la sesión. Para trabajar las meditaciones se pone en conocimiento de los asistentes la página web “Cultivar la mente” (<https://cultivarlamente.com/>), en la que encontrarán una serie de recursos en formato audio para trabajar la práctica individual de las meditaciones.

Herramienta de control de sueño: el diario de sueño

Las intervenciones basadas en Mindfulness suelen apoyarse en el uso de un diario de sueño. Esto es una herramienta que empleamos para registrar algunas variables del sueño que consideremos relevantes. En él debe quedar constancia de la hora en la que nos acostamos, el tiempo que se tarda en dormir, el número de interrupciones durante el sueño, y la hora a la que nos levantamos, entre otras.

Un diario de sueño es un método sencillo mediante el cual evaluar nuestra calidad de sueño y establecer nuestros fallos y posibilidades de mejora. Las quejas relacionadas con el insomnio son totalmente subjetivas, por lo que el uso de un diario de sueño se convierte en una fuente esencial para la evaluación de la eficacia de la intervención.

El diario de sueño empezará a completarse a diario desde la primera sesión de iniciación, así, los individuos escribirán todo lo que recuerden de la anterior noche cada mañana.

Figura 5: Ejemplo de un diario de sueño semanal

SEMANA: 1		03/01/21	04/01/21	05/01/21	06/01/21	07/01/21	08/01/21	09/01/21
Hora de dormir	10:30							
Hora de levantarse	7:30							
Minutos que ha tardado en dormirse	45							
Número de interrupciones del sueño	2							
Cantidad de sueño dormido	6 horas							
Consumición de café o bebidas gaseosas	No							
Nº estímulos negativos durante el día	Atasco de camino al trabajo Telediario							
Nivel de cansancio durante el día	1: Somnolencia total 2: Cansado 3: Algo alerta 4: Bien despierto							
Nivel de irritabilidad durante el día	1: Nada 5: Demasiado							
Comentarios								

Recursos necesarios

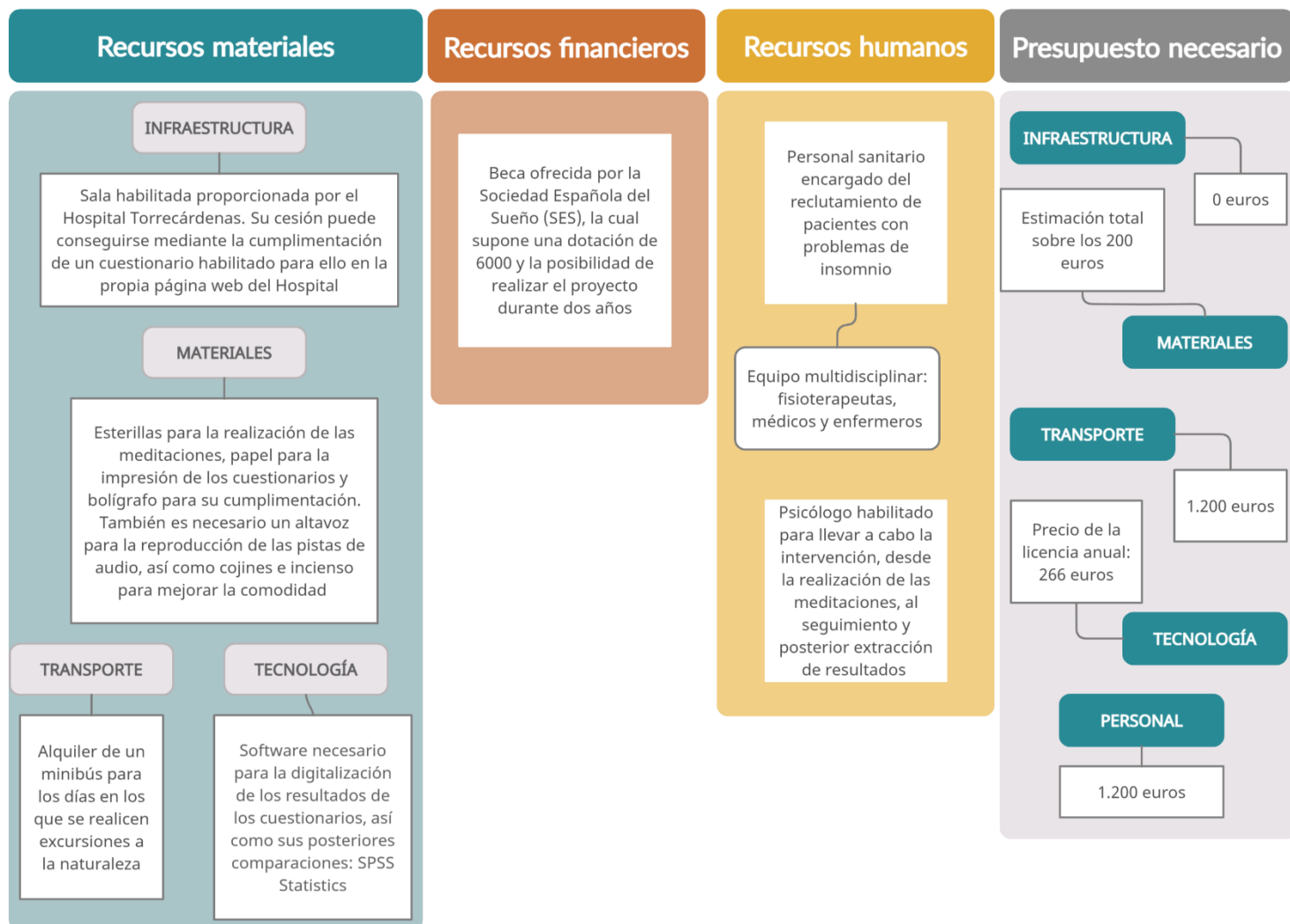


Figura 6: Recursos y presupuesto

CONCLUSIONES

Lo más común al encontrar un individuo que padezca insomnio es que se le haya recetado medicación específica para ayudarlo a dormir. Respecto al tratamiento no farmacológico, éste ha demostrado presentar menos efectos secundarios, ser más económico y tener menos riesgo de recaídas. Es por todo ello que nos centramos en la búsqueda de un tratamiento no farmacológico que sea válido y seguro.

El Mindfulness, al basarse en la práctica de la relajación tanto mental como física mediante relajación muscular progresiva, control de estímulos y control de respiración, demuestra suponer una gran cantidad de beneficios como terapia no farmacológica.

La práctica de Mindfulness resulta muy útil para aprender a cómo enfocar los pensamientos en el ahora y evitar la rumiación. Los pensamientos que rondan nuestra cabeza acaban produciendo una gran fuente de estrés para los pacientes con ansiedad. Acabar con la rumiación se convierte en una misión para la que el Mindfulness resulta ser un gran aliado: la práctica de estas técnicas nos sirve para aprender a aceptar pensamientos y emociones contra las que en otro momento habríamos luchado. Así, los bucles de pensamiento de “no puedo dormir” acaban reduciéndose notablemente e incluso pueden llegar a eliminarse por completo.

Además de la reducción de la rumiación, la atención plena también nos beneficiaría ayudándonos en la focalización de nuestra atención para relajarnos y prepararnos para el sueño; al meditar, nos centramos en un conjunto de señales al mismo tiempo que acaban reduciendo nuestro ritmo cardíaco y tensión para incrementar la atención y concentración (LeShan, 2005)

Concretamente, la intervención propuesta en este estudio se basa en las terapias basadas en Mindfulness para el insomnio (MBTI).

Los resultados obtenidos en intervenciones mediante el empleo de MBTI han demostrado su eficacia y logrado que sus participantes aprendan a conocer en qué estado mental o físico se encuentran y descubran un nuevo modo para adaptarse y trabajar con ellos. La intervención no trata de modificar los pensamientos, de hecho, lo que finalmente logra es producir un cambio en la relación del individuo respecto con sus pensamientos.

La meditación realizada de forma regular genera un impacto positivo tanto en la reducción de los niveles de estrés y de ansiedad como en la mejora de la capacidad para centrar nuestra atención, por lo que la calidad de vida de los individuos se ve gratamente beneficiada. Para lograr estos cambios es necesario ser constante y no abandonar el programa tras su finalización, es importante mantener una práctica regular para mantener los cambios a lo largo del tiempo.

Por todo ello, podemos afirmar que las terapias basadas en Mindfulness para el tratamiento del insomnio son eficaces, ya que, además, al ser tan variables, pueden emplearse en el tratamiento de la ansiedad, de la depresión, e incluso en problemas de salud física (Demarzo et al., 2015)

Por otra parte, es importante destacar que estas terapias pueden no resultar igual de eficaces para todos los individuos, cabe la posibilidad de que una personalidad impulsiva o neurótica pueda tener dificultades para adaptarse al tratamiento (De Vibe et al., 2015)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Achziger, A., Gollwitzer, P. y Sheeran, P. (2008). Implementation intentions and shielding goal striving from unwanted thoughts and feelings. *Personality and social psychology bulletin*, 34(3), 381-393
2. American Psychiatric Association (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. *American Psychiatric Association*
3. Benetó, A., Blasco, M., Cambra, M., Gómez, E., Ortiz, M., Rubio, P., Salas, A., Santa-Cruz, A. (2010). Información al paciente con insomnio, Sociedad de Neurofisiología Clínica de las Comunidades de Valencia y Murcia
4. Bertolín, J. (2015). Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): actualización. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 289-307.
5. Brown, K. y Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84, 822-848.
6. Cabañas, A., Romero, N., Sánchez, M. (2017). Efectividad de la practica de Mindfulness en la disminución de la ansiedad. *Metas enferm*, 20(2), 49-53.
7. Chacate, D., Elena, J., Sabrera, L., Aylin, Y., López, R., y Chávez, S. (2017). Beneficios en la Aplicación de la Técnica Mindfulness en un grupo de empresas privadas de la ciudad de Lima (Trabajo de fin de grado). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Perú.
8. Cubero, I. (2020). ¿Buscas salud integral?: usa tu cerebro [Webinar]. Escuela de organización industrial:
<https://us.bbcollab.com/collab/ui/session/playback/load/a2bfbe2b6c0d4b549ae9f78d564243ea>
9. Estacio, D. (2018). Talleres Mindfulness y su impacto significativo en la satisfacción laboral en la empresa renta 4 (Trabajo de fin de grado). Universidad de Lima, Perú.
10. Garzón, A., Escobar, F., Echeverry, J., Lorenzan, P. (2001). Tratamiento no farmacológico del insomnio 3ª parte. *Revista de la facultad de medicina*, 49(4), 199-206

11. Garzón, J., Caparrós, M., Fernández, J. (2018). Experiencia con intervención basada en Mindfulness (atención plena) en pacientes de un centro de salud urbano. *Medicina de Familia*, 44(7), 463-471.
12. Guillén, J. (2019). ¿Cómo pasar del deseo a la acción? Buenos hábitos en la educación y en la vida. Recuperado de <https://escuelaconcerebro.wordpress.com/tag/intenciones-de-implementacion/>
13. Guttman, I. [Institut Guttman]. (2019, junio 25). El director científico del BBHI Álvaro Pascual-Leone en el programa Terrícolas de betevé [Archivo de vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=1c-htFH8FVo&feature=youtu.be>
14. Harvey, A. (2005). A cognitive theory of and therapy for chronic insomnia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19(1), 41-60.
15. Jacobs, G., Benson, H., Friedman, R. (1993). Home-based central nervous system assessment of a multifactor behavioral intervention for chronic sleep-onset insomnia. *Behavior Therapy*, 24(1), 159-174
16. Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 67-77.
17. Kabat-Zinn, J. (2007). *La practica de la atencion plena*. Kairos.
18. Martín, A., Rodríguez, T., Pujol, E., Berenguera, A., Moix, J. (2013). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 521-528.
19. Merino, M., Álvarez, A., Madrid, J., et al. (2016). Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. *Revista de Neurología*, 63(2).
20. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria*. España: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Recuperado de:
21. Morin, C. (1994). Perspectivas psicológicas en el diagnóstico y tratamiento del insomnio. *Psicología conductual*, 2(3), 261-82.
22. Nyklíček, I., Kuijpers, K. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction

- intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism? *Ann Behav Med*, 35(3), 331-40
23. Ong, J. y Sholtes, D. (2010). A mindfulness-based approach to the treatment of insomnia. *Journal of clinical psychology*, 66(11), 1175–1184
24. Ong, J., Manber, R., Segal, Z., Xia, Y., Shapiro, S., Wyatt, J. (2014). A randomized controlled trial of Mindfulness Meditation for Chronic insomnia. *Sleep*, 37(9), 1553-1563
25. Pascual-Leone, Á., Ibáñez, Á. F., y Bartrés-Faz, D. (2019). *El cerebro que cura* (1.a ed.). Plataforma Editorial.
26. Portillo, D. R. (2006). Estrés y sueño. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 7(1), 15-20
27. Rodríguez, N. (2017). Mindfulness: Instrumentos de evaluación. Una revisión bibliográfica. *Psocial*, 3(2), 46-65.
28. Romero, O., Sagalés, T. y Jurado, M. (2005). *Insomnio: diagnóstico, manejo y tratamiento*.
29. Ruiz, C. (2007). Revisión de los diversos métodos de evaluación del trastorno de insomnio. *Anales de psicología*, 23(1), 109-117.
30. Sarraís, F., Castro, P. (2007). El insomnio. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 30(1), 121-134
31. Schiemann, J., Salgado, I. Capítulo 3: Trastornos del sueño. En: Rueda, M., Uribe, M., Editores. *Guía neurológica*
32. Soler, J., Tejedor, R., Feliu, A., Pascual, J., Cebolla, A., Soriano, J., Álvarez, E. y Pérez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Esp Psiquiatr*, 40(1), 18-25.
33. Spreng, R., Dimas, E., Mwilambwe-Tshilobo, L. et al. (2020) The default network of the human brain is associated with perceived social isolation. *Nat Commun*, 11(6393)
34. Tang, Y. (2015). Short-term meditation intervention improves self-regulation and academic performance. *Journal of child and adolescent behaviour*, 2(4)
35. Tang, Y., Hölzel, B., Posner, M. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213-225

36. Torrens, I., Rosmary, A., Lorente, P., Molero, C., Esteva, M, (2019). Prevalencia de insomnio y características de la población insomne de una zona básica de salud de Mallorca (España). *Atención Primaria*, 51(10)
37. Viciano, V., Fernández, A., Linares, M., Espejo, T., Puertas, P., Chacón, R. (2018). Los estudios universitarios y el mindfulness. Una revisión sistemática. *Revista Iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación*, 16(1), 119-135
38. Villar, M. (2011). Determining factors in health: Importance of prevention. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237-241
39. Zylowska, M., Kollins, S. (2015). Mindfulness meditation training for attention-deficit/hyperactivity disorder in adulthood: Current empirical support, treatment overview, and future directions. *Cogn Behav Pract*, 22(2), 172-191