

CHECK LIST HIGIENE DEL SUEÑO

Autoevalúa tu proceso de sueño con este Check List. Marca con una "X" la respuesta que consideras más te ha ocurrido en el ultimo mes.

Duermes la misma cantidad de horas todos los días. Si No

Tienes un horario para dormir (acostarse y despertarse a la misma hora). Si No

No ingieres cafeína, alcohol o comidas pesadas antes de dormir. Si No

Evitas hacer actividad física intensa antes de dormir. Si No

Limitas la exposición a pantallas al menos 1 hora antes de acostarte. Si No

Mantienes tu habitación fresca, oscura y silenciosa. Si No

Usas tu cama solo para dormir o descansar, no para trabajar o ver televisión. Si No

Practicas técnicas de relajación antes de dormir (respiración, meditación, lectura ligera). Si No

Tienes una señal que te ayuda a dividir el día productivo del momento de descansar. Si No

Aplicas estas actividades diariamente. Si No

Total

Cada respuesta de "No" es una oportunidad para conversarlo con tu terapeuta. Él podrá ayudarte a organizar mejor tu rutina utilizando la guía de la infografía como apoyo.