

**EFFECTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL
EN EL TRASTORNO DEL SUEÑO PSICOFISIOLÓGICO CRÓNICO Y SU
RELACIÓN CON EL DESEMPEÑO LABORAL**

ASTRID CECILIA GARCIA COBOS

**UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS, SOCIALES Y EMPRESARIALES
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA EMPRESARIAL
BOGOTÁ, D. C
2003**

**EFFECTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL
EN EL TRASTORNO DEL SUEÑO PSICOFISIOLÓGICO CRÓNICO Y SU
RELACIÓN CON EL DESEMPEÑO LABORAL**

ASTRID CECILIA GARCÍA COBOS
Código 9823320

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Psicólogo empresarial.**

Director: Dra. GERTRUDYS TORRES MARTÍNEZ
Psicóloga Clínica

**UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS, SOCIALES Y EMPRESARIALES
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA EMPRESARIAL
BOGOTÁ, D.C
2003**

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Bogotá D.C., Julio de 2003

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a:

Dra. GERTRUDYS TORRES MARTÍNEZ, Directora de tesis por su colaboración y apoyo durante la carrera.

Dr. MARCO VENEGAS, Médico Somnólogo Director Clínica de Sueño Hospital Central Policía Nacional, por su colaboración y apoyo incondicional en este proyecto.

Dr. ORLANDO URDANETA, Psicólogo Organizacional, por su colaboración y apoyo.

A LA UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA

A todos los docentes que me apoyaron en mi carrera.

A todas aquellas personas que de una u otra forma colaboraron en la culminación de este proyecto.

A mi madre por su valiosa colaboración, amor y apoyo durante todo el tiempo que lo he necesitado.

A Jaime por su colaboración, apoyo incondicional durante mi carrera.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.3 DELIMITACIÓN DE LAS VARIABLES	14
1.4 OBJETIVOS	15
1.4.1 Objetivo General	15
1.4.2 Objetivos Específicos	15
2. MARCO DE REFERENCIA	16
2.1 SUEÑO	16
2.1.1 Fisiología del sueño	16
2.1.2 Trastornos del sueño	17
2.1.3 Clasificación diagnóstica	17
2.1.4 Tipos de Insomnio	20
2.2 TÉCNICAS COGNITIVAS CONDUCTUALES	22
2.2.1 Terapia racional emotiva (TRE)	23
2.2.2 Técnicas de resolución de problemas	24
2.2.3 Detención del pensamiento	25
2.2.4 Teorías de la conducta y del aprendizaje	26
2.2.5 Terapia de control de estímulos	26
2.2.6 Técnica de desensibilización sistemática	27
2.2.7 Relajación muscular progresiva	28
2.3 DESEMPEÑO LABORAL	31
2.3.1 Procesos de desempeño laboral	31
2.3.2 Determinantes del desempeño	32
3. MARCO CONTEXTUAL	34
3.1 MARCO DEMOGRÁFICO	34
3.2 ESTADO DEL ARTE	34
4. MÉTODO	37
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	37
4.2 DISEÑO METODOLÓGICO	38
4.3 INSTRUMENTOS	38
4.3.1 Escala subjetiva del sueño Pittsburgh	38
4.3.2 Descripción	39
4.3.3 Interpretación	39
4.3.4 Limitaciones	39
4.4 MATERIAL Y MÉTODOS	39
4.4.1 Evaluación de desempeño laboral	40
4.5 POBLACIÓN	41

4.6	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	41
4.7	CONTROL DE VARIABLES	41
4.7.1	Del sujeto	41
4.7.2	Del procedimiento	41
4.8	ETAPAS DE DESARROLLO DEL PROCESO	42
5.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	75
5.1	ESCALA SUBJETIVA DEL SUEÑO PITTSBURGH	76
5.2	DESEMPEÑO LABORAL	89
6.	CONCLUSIONES	103
7.	RECOMENDACIONES	106
	BIBLIOGRAFÍA	108

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Frecuencias pre prueba y post prueba escala subjetiva del sueño	77
Tabla 2. Estadístico de contraste pre y post prueba	78
Tabla 3. Frecuencias de prueba y seguimiento 1	79
Tabla 4. Estadísticos de contraste pre prueba y seguimiento 1	80
Tabla 5. Frecuencias pre prueba y seguimiento 2	81
Tabla 6. Contraste pre prueba seguimiento 2	82
Tabla 7. Frecuencia Post prueba y seguimiento 1	83
Tabla 8. Contraste post prueba y seguimiento 1	84
Tabla 9. Frecuencia post prueba seguimiento 2	85
Tabla 10. Contraste post prueba seguimiento 2	86
Tabla 11. Frecuencia seguimiento 1 y 2	87
Tabla 12. Contraste seguimiento 1 y 2	88
Tabla 13. Frecuencia pre prueba y post prueba desempeño laboral	89
Tabla 14. Contraste pre prueba y post prueba desempeño laboral	89
Tabla 15. Frecuencia pre prueba seguimiento 1	92
Tabla 16. Contraste pre prueba seguimiento 2	93
Tabla 17. Frecuencia pre prueba seguimiento 2	95
Tabla 18. Contraste pre prueba seguimiento 2	95
Tabla 19. Frecuencia post prueba seguimiento 1	97
Tabla 20. Contraste post prueba seguimiento 1	98
Tabla 21. Frecuencia post prueba seguimiento 2	99
Tabla 22. Contraste post prueba seguimiento 2	100
Tabla 23. Frecuencia seguimiento 1 y 2	101
Tabla 24. Estadísticas de contraste seguimiento 1 y 2	102

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Pre prueba y post prueba	91
Gráfico 2. Pre prueba seguimiento 1	94
Gráfico 3. Pre prueba y seguimiento 2	96
Gráfico 4. Post prueba y seguimiento 1	98
Gráfico 5. Post prueba seguimiento 2	100
Gráfico 6. Seguimiento 1 y 2	102

LISTA DE ANEXOS

- Anexo A. Escala de calidad de sueño Pittsburgh
- Anexo B. Diario del sueño
- Anexo C. Sistema de evaluación para el desempeño

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es identificar la efectividad de la intervención psicoterapéutica cognitivo-conductual en el trastorno de sueño psicofisiológico y su relación con el desempeño laboral. El tipo de investigación es correlacional ya que el propósito es ver la relación de la primera medición de la escala subjetiva del sueño y desempeño laboral, con una segunda medición. El diseño metodológico aplicado fue pre experimento con pre prueba y post prueba en grupos intactos., con medidas repetitivas. Para el análisis de los resultados se utilizó, en la escala subjetiva de sueño Pittsburgh y desempeño laboral, pruebas no paramétricas específicamente la de signos con diferencia de medias con un nivel de significación .1 y un nivel de confiabilidad de un 95% arrojándonos datos significativos más notable en los 2 últimos factores de la prueba de desempeño laboral, que son los factores de capacidad de aprender y superarse y el otro factor relaciones humanas, en la escala subjetiva de sueño, arrojó datos significativos como en el factor de latencia, consumo de hipnóticos, calidad del sueño, trastorno del sueño, duración y eficiencia.

INTRODUCCIÓN

En el ser humano, el sueño es un estado presente en el organismo a nivel biológico y conductual, que tiene como característica esencial la presencia de una relativa tranquilidad, y aumento en el umbral de respuesta ante estímulos externos en relación con el estado de vigilia.

El estado de sueño hace parte de la vida del ser humano, donde éste pasa una tercera parte de su existencia durmiendo, tiempo durante el cual se realizan importantes funciones fisiológicas, endocrinas e inmunológicas que protegen el bienestar físico y mental de la persona.

La ausencia total del sueño es incompatible con la vida en las personas, su carencia permite que en el individuo se genere una serie de situaciones a nivel físico, biológico y psicológico, que subyacen alrededor de las esferas sociales, personales, laborales, familiares y emocionales, puesto que sus síntomas o manifestaciones generan un grado de respuesta en el momento de presentarse durante la noche y en sus consecuencias diurnas, que posteriormente ocasionan daño en la salud, conducente a una forma de trastorno en el sueño.

En este sentido las dificultades en la conciliación del sueño y sus trastornos derivados, han cobrado importancia en nuestro medio, donde el fenómeno del insomnio una de las quejas de sueño más común en la población general y en pacientes psiquiátricos, en especial el trastorno del sueño psicofisiológico.

Es así como: “El trastorno del sueño psicofisiológico es muy común en la población general y contribuye a un compromiso del rendimiento académico o laboral, a accidentes en el trabajo o de tránsito, alteraciones del afecto, alteración en el desempeño social y disminución en la satisfacción marital. Adicionalmente los trastornos del sueño pueden exacerbar problemas médicos, psicológicos o psiquiátricos serio”.¹

Por esta razón una alteración en el sueño, ocasiona dificultades en el desempeño laboral y en la vida cotidiana de las personas, dentro de la actividad laboral es importante tener en cuenta que las empresas desarrollan procesos de selección que les permiten escoger en el medio, las personas con las cualidades exigidas por los puestos de trabajo. Esto ocurre, porque las empresas quieren asegurarse de que las acciones laborales de cada persona, se realicen en los términos especificados por las normas técnicas y los procesos de trabajo. De no ocurrir esta

¹VANEGAS, Marco. Enfoque del paciente con trastornos del sueño, Asociación Colombiana de Medicina del Sueño. Bogotá: ACMES, 2002.. 1p.

acomodación de las acciones individuales a las demandas del trabajo, ninguna empresa podría ejecutar sus procesos productivos, ni obtener los resultados esperados y tampoco sobrevivir en el medio.

En este marco de exposición, la investigación tiene como objetivo principal identificar la efectividad de una intervención psicoterapéutica en el trastorno del sueño y su relación con el desempeño laboral en el Hospital Central de la Policía Nacional, desde un enfoque cognitivo conductual y nos detendremos en la intervención psicoterapéutica cognitivo conductual, trastorno del sueño psicofisiológico y desempeño laboral. Para cumplir con el objetivo de la investigación se utiliza un estudio correlacional bajo el empleo de un diseño pre y post prueba con grupos intactos.

Es así como a través de esta investigación se hace latente la posibilidad de abrir un espacio y un aporte para que se trabaje de manera interdisciplinaria con los profesionales de la salud, adelantando proyectos especializados en los que se logre una mejoría integral posterior a cualquier trastorno de sueño que pueda desestabilizar a estos individuos, y que interfieran significativamente en el desempeño óptimo en su labor, desde la disciplina psicológica enmarcada en la ética, lo cual se espera que sea el primer paso para que se realicen otros estudios que contribuyan a enriquecer en todos los ámbitos de esta población.

1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Diariamente se ve cómo las personas se quejan de una mala noche, del no poder dormir bien por problemas existentes en su vida diaria; somatizando así las tensiones diarias, que los conducen a no dormir bien y con el tiempo lo lleva a un proceso de aprendizaje aversivo; generando en el sujeto una preocupación excesiva por su falta de sueño, que a su vez se convierte en el estímulo que lo mantiene despierto estableciendo un círculo vicioso.

Esta situación lo precipita a un déficit muy grande en el compromiso del rendimiento académico o laboral; manteniendo una serie de exigencias, que hacen que el individuo se relacione consigo mismo y con los demás, ya que éste necesita desenvolverse y representar diferentes roles que lo hacen crecer en todos los aspectos de su vida diaria.

En el aspecto laboral, la carencia de sueño puede ocasionar accidentes en el trabajo, en la vida social, accidentes de tránsito, y en el aspecto psicológico, alteraciones del afecto, irritabilidad, estrés, ansiedad, miedo, frustración entre otros elementos, así como también alteración en el desempeño social y disminución en las relaciones de pareja e interpersonales con grupos cercanos además, los trastornos del sueño pueden exacerbar problemas psicológicos o psiquiátricos serios.

Una alteración en la salud; tiende a desestabilizar al organismo y por ende es necesario identificar cuáles son los factores más predominantes dentro del ambiente laboral, que pueden verse afectados a raíz de lo mencionado. A partir de esto, se hace latente la posibilidad de crear condiciones internas que mejoren o que fortalezcan la calidad de vida laboral, en la población en general, dentro de un conjunto de valores, principios y conceptos orientados hacia la efectividad de la organización, mejorando así su calidad de vida individual, concluyendo así qué relación tiene el trastorno de sueño psicofisiológico y el desempeño laboral.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué efectividad tiene la intervención psicoterapéutica cognitivo-conductual en el trastorno de sueño psicofisiológico y su relación con el desempeño laboral?

1.3 DELIMITACIÓN DE LAS VARIABLES

Se trabajarán las variables:

- **Intervención psicoterapéutica cognitivo conductual.** Es una herramienta

terapéutica que permite identificar las formas erróneas de razonamiento que tiene el individuo sobre el mundo que le rodea y busca las alternativas para corregirlas hacia el aprendizaje de nuevas formas de pensamiento, mediante una re-estructuración cognitiva de esquemas mal adaptados en la arquitectura del sueño, hacia la búsqueda de un efecto benéfico en su conducta.

- **Trastorno del sueño psicofisiológico.** Es un estado disfuncional en la estructura del sueño que describe los factores o perturbaciones que afectan el desbalance o insuficiencia en la capacidad de dormir desarrollado en las personas.
- **Desempeño laboral.** Es un conjunto de variables psicológicas y físicas que posee una persona para ejercer un cargo y que determinan las condiciones contextuales necesarias en el puesto de trabajo para el desarrollo y supervivencia de la organización, mediante la interacción de los conocimientos, habilidades y relaciones personales en su ambiente laboral.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivos generales. Identificar la efectividad de un programa psicoterapéutico cognitivo-conductual en el trastorno del sueño psicofisiológico y su relación con el desempeño laboral.

1.4.2 Objetivos específicos.

- Describir la efectividad de un programa psicoterapéutico con enfoque cognitivo conductual.
- Analizar los factores determinantes de la calidad del sueño.
- Identificar los factores del desempeño laboral
- Realizar evaluaciones de seguimiento cada mes, durante un periodo de seis meses, para determinar la eficiencia del programa psicoterapéutico en el trastorno de sueño psicofisiológico crónico y su relación con el desempeño laboral.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 SUEÑO

El sueño es un estado físico y biológico del ser humano que se correlaciona con el cerebro, siendo el órgano responsable de generar el sueño y el que más se beneficia con él.

En la naturaleza del sueño y el despertar, se ha identificando diversos trastornos del sueño, trastornos que afectan en gran medida al estilo de vida de la persona, pasando de un estado de salud buena a un estado de salud deficiente por dicha causa, creando en el individuo manifestaciones tanto físicas como mentales, en su diario vivir y con las personas con las cuales interactúa.

Cuando estos trastornos no se reconocen y por ende, no se tratan las consecuencias para la persona pueden ser preocupantes, ya que ocasionan dificultades en los niveles de cognición, pensamiento, memoria, atención, percepción y en su conducta frente a este hecho.

El trastorno del sueño genera desestabilizar las relaciones interpersonales, como lo pueden ser en los espacios laborales, estos manifestándose frente a una actitud poco alentadora o creativa ante la solución de problemas o ejecución de las tareas asignadas, y mantener un deficiente establecimiento en las relaciones de trabajo con sus compañeros de trabajo, como consecuencia de la falta de sueño como ejercicio mental y vital en salud de los individuos.

2.1.1 Fisiología del sueño. En el reino animal incluido el hombre, el sueño es un fenómeno universal, al estudiar su filogenia, se demuestra una evolución cuya complejidad es paralela al proceso evolutivo del cerebro. Aunque los pájaros presentan etapas de sueño paradójico con movimientos oculares repetidos, (MOR) sólo los mamíferos lo manifiestan de manera definida debido al desarrollo y complejidad de su tallo cerebral.

Los estudios ontógenicos del sueño demuestran en la aparición del ciclo, movimientos oculares rápidos (MOR), y sueño sin movimientos rápidos (NMOR) alrededor de las 20 semanas de gestación en el feto humano. A los dos años de edad, el sueño (MOR) ocupa un 20-25% del tiempo total del sueño, proporción que permanecerá estable por el resto de la vida.

El sueño se compone de dos fases: 1) sueño sincrónico o profundo (NMOR), y 2) sueño de sincronizado o ligero (MOR). Las fases NMOR y MOR alternan cada 90 a 120 minutos.

El primer ciclo MOR ocurre 90 minutos después de iniciado el sueño. En el estado NMOR la secuencia es la continuación progresiva del estadio 1 al 4 sólo se da al comienzo del sueño. Luego la secuencia es regresiva pasando del MOR al estadio 4 hasta el estadio 2, no dándose de nuevo el estado 1 a la fase MOR ocupando un 20% el sueño y la NMOR el 80 % restante. Cada fase del sueño se genera por grupos celulares, procesos localizados en la protuberancia, cerebro medio y diencéfalo. No existe evidencia para demostrar un integrador neural único responsable del sueño; sin embargo, se conoce que en el núcleo supraquiasmático del hipotálamo, es fundamental como regulador, con el ritmo circadiano y el núcleo pontomesencefálico reticular en el sueño MOR.

2.1.2 Trastornos del sueño. La compleja y delicada estructura del sueño está sujeta a perturbaciones que afectan la capacidad de estar despierto o de dormir. El sujeto excesivo, insuficiente o desbalanceado disminuye la calidad de vida y afecta el funcionamiento biopsicosocial de la persona.

La falta en la capacidad de dormir en las personas, crea estructuras mentales de inseguridad, miedo, ansiedad, estrés e irritabilidad, que posteriormente se ven reflejadas en sus rutinas diarias y en el contacto con las personas, lo cual genera un deterioro en la calidad de vida en los individuos y atentan con su sistema de salud y con sus sistemas sociales que le acompañan.

De esta manera el trastorno del sueño, interactúa tanto en su estructura física, biológica y neuropsicología, como también desde el campo psicológico ya que este trastorno afecta a la capacidad laboral o emocional de las personas que lo padecen y sus consecuencias se observan a nivel laboral o social mediante las interacciones que los individuos mantienen con su entorno social o familiar mediante estructuras de comunicación, pensamiento o relaciones.

2.1.3 Clasificación diagnóstica. Los trastornos del sueño se clasifican por su origen en primarios y secundarios.

Los trastornos primarios del sueño son aquellos en que no se encuentra una patología psiquiátrica, médica o tóxica que específicamente se produzca. Pueden ser idiopáticos o por causas variables, según el caso de factores genéticos, el desarrollo y a veces los estados emocionales.

Los trastornos son secundarios cuando existen trastornos psiquiátricos o médicos definidos, incluyendo las causas tóxicas.

En los estudios realizados mediante varios años de investigación, se obtuvo la Clasificación Internacional de desórdenes del sueño: Manual de Diagnóstico y Codificación (CIDS). Éste manual incluye 84 alteraciones del dormir. Ésta difiere al CIE –10 en que ésta se encuentra más actualizada que éste. El CIE –10 define el insomnio no orgánico en dificultad para conciliar o mantener el sueño, o bien de sueño poco reparador, presentándose por lo menos tres veces por semana

durante por lo menos un mes, está interfiriendo en las actividades sociales y laborales, la ausencia de una causa orgánica es marcada. Y la última pauta característica para el diagnóstico es preocupación excesiva, tanto durante el día como en la noche, sobre el hecho de no poder dormir y sus consecuencias.

Las principales categorías de la clasificación son las siguientes:

- Disomnias. Se denomina así a los desórdenes propios de la etapa sueño-vigilia. Producen en algunos casos insomnio y en otras excesivas somnolencias diurnas. Son alteraciones que se presentan al iniciar y/o mantener el sueño y en la vigilia. Se clasifican en:

- Insomnio primario Psicofisiológico
- Hipersomnia primaria
- Narcolepsia
- Trastorno del sueño relacionado con la respiración
- Trastorno del sueño y ritmo circadiano

- Parasomnias. Estas alteraciones no están relacionadas con anomalías del proceso responsable de los estados de sueño y vigilia, pero ocurren predominantemente durante el sueño. Las parasomnias se atribuyen a trastornos del despertar, del despertar parcial y de los estados de transición del sueño y en su mayoría son consideradas manifestaciones de activación del SN, se clasifican en:

- Sonambulismo
- Terrores nocturnos
- Pesadillas

- Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno psiquiátrico.

Desórdenes del Sueño médicos y psiquiátricos: un gran número de alteraciones médicas y psiquiátricas se asocian a trastornos del sueño y de la vigilia como la Hipersomnia

- Desórdenes del sueño no clasificados. Pacientes de sueño corto; Hiperhidrosis del sueño.

- Insomnio. Es la queja de sueño más común en la población general y en pacientes psiquiátricos. Para definir insomnio no interesa tanto el número de horas de sueño, sino su calidad reflejada en su efecto restaurador y la capacidad de estar alerta al día siguiente.

El ser humano necesita dormir un número de horas ya establecidas por el estilo de y horario de sueño por el individuo, con el objetivo de recuperara fuerza a nivel mental y física para emprender las actividades cotidianas que realiza, su falta se ve reflejada en la preocupación o estado de ánimo durante el día o durante su

espacio de ocupación laboral, donde su desempeño laboral se ve afectado en las tareas que le corresponde realizar en la organización a la que pertenece.

El insomnio de acuerdo al momento de presentación se divide en: de conciliación, cuando hay despertares frecuentes, o terminal, cuando se presenta en la última parte de la noche. Los trastornos de ansiedad y los problemas situacionales afectan más la fase de conciliación, mientras que la depresión produce comúnmente insomnio terminal.

La persona con insomnio se queja fundamentalmente de que su sueño nocturno es inadecuado. Puede describir dificultades para quedarse dormidos, despertares frecuentes o despertares temprano en la mañana, siendo incapaz de conciliar nuevamente el sueño.

El insomnio además se relaciona con factores internos y externos de la persona, por ejemplo, la relación del insomnio con el estrés, es de importancia, si la causa del estrés es clara, como la muerte reciente de un familiar, el diagnóstico podría ser un trastorno del sueño por trastorno de adaptación, o por el contrario los sucesos positivos en su vida, como un reciente ascenso en el trabajo o el haberse casado, son causas de estrés que no pueden ser reconocidos por el individuo.

Las personas con insomnio se pueden tornar más nerviosas al momento de dormir porque se llenan de temor por su insomnio y por su mal rendimiento al día siguiente. Algunos duermen bien en ambientes extraños, lo cual sugiere la presencia de frustración o ansiedad al intentar dormir en el lugar usual, compatible con el diagnóstico de insomnio psicofisiológico.

Horarios irregulares para ir a dormir, ejercicio en la noche, ver televisión en la cama o llegar del trabajo e ir directamente a la cama, puede interferir con el sueño y se adapta una mala higiene del sueño.

El insomnio es un síntoma frecuente de otros trastornos mentales tales como:

- Trastornos del humor (afectivos)
- Neuróticos
- Orgánicos
- Debido a sustancias psicotrópicas
- Trastornos esquizofrénicos
- De la conducta alimentaría

2.1.4 Tipos de insomnio.

- **Insomnio Situacional.** Para poder calificar como situacional al insomnio, el episodio debe representar un cambio significativo de lo habitual y estar relacionado con un estresor identificado; el paciente puede experimentarlo tanto como insomnio inicial, medio y /o terminal. La queja puede ser por el insomnio o por la somnolencia durante el día. El insomnio mejora al retirar el estresor.

- **Insomnio Psiquiátrico.** Todas las enfermedades psiquiátricas (salvo el trastorno antisocial de la personalidad) pueden ir acompañadas de insomnio; la severidad del mismo va acompañado con la del trastorno psiquiátrico primario, dos síndromes se destacan: la ansiedad, que generalmente se manifiesta con dificultad para conciliar el dormir, y la depresión, que se caracteriza por insomnio terminal.

- **Insomnio Psicofisiológico.** Éste se desarrolla al establecerse una asociación entre la cama, los rituales del dormir y la ansiedad que genera el no poder dormir. Los pacientes, después de haber pasado un día fatigados e irritados porque no durmieron bien la noche anterior, comienzan a preocuparse de si lograrán hacerlo en la noche; además intentan forzar el dormir ("tengo que dormir"), con lo que sólo logran frustrarse; la frustración genera enojo y angustia lo que, a su vez, los alerta más, cerrándose el círculo vicioso, despiertan durante la noche y ven el reloj; si es relativamente temprano, se preocupan por que han dormido poco y no lograrán volverlo a hacer.

El insomnio primario transitorio, aqueja más en poblaciones de pacientes médicas y psiquiátricas. Se produce por cualquier situación de estrés agudo o crisis personal o de familia.

El insomnio (primario), se debe a una combinación de factores cognoscitivos-conductuales y fisiológicos. Los primeros se caracterizan por un condicionamiento negativo al dormir y a su entorno; el paciente se torna ansioso cuando se acerca la hora de acostarse, tratándose de dormir, aumenta el nivel de ansiedad; le da temor levantarse y se frustra en forma creciente, estableciendo entonces asociaciones negativas entre la cama y el dormitorio por su incapacidad por dormir.

El insomnio psicofisiológico se enfoca desde los factores intrínsecos del sueño, que son las importantes en nuestro estudio y se clasifican de la siguiente manera:

- Percepción alterada del estadio del sueño
- Insomnio idiopático
- Narcolepsia

- Hipersomnia recurrente
- Hipersomnia idiopática
- Hipersomnia postraumática
- Síndrome de apnea obstructiva durante el sueño
- Síndrome de hiperventilación alveolar central
- Alteración por movimientos periódicos de las extremidades
- Síndrome de las piernas inquietas

- **Antecedentes en el trastorno del sueño psicofisiológico.** Dentro del trastorno del sueño, los antecedentes juegan un papel importante en su desarrollo, como son los patrones familiares o genéticos de la persona, de igual manera los hábitos que ella tiene en su vida laboral o social, al igual que las manifestaciones físicas producidas por enfermedades o patologías ya adquiridas durante el tiempo.

Familiares. Es muy importante averiguar el historial de la familia, si existe historia familiar positiva en relación a los trastornos de sueño que los familiares de la persona hayan padecido, a nivel psiquiátrico como psicológica, como es la presencia de narcolepsia, apnea obstructiva del sueño, síndrome de piernas inquietas, enuresis, terrores nocturnos, sonambulismo o insomnio. En este sentido existe un fuerte componente genético para el desarrollo del trastorno del sueño en sus diferentes manifestaciones, donde en algunos casos se observa gran influencia del componente familiar y genética.

Sociales. El conocimiento acerca de la actividad psicosocial, ocupacional y académico, así como la relación de pareja, son elementos que permiten observar el impacto del trastorno del sueño en la vida del paciente. Es muy importante que en las personas que padecen de este trastorno, dentro del desempeño laboral, averiguar los riesgos profesionales, los cuales se le debe prestar especial atención al aspecto ocupacional de los trabajadores.

De igual manera es importante conocer el estilo social de las personas que padecen este trastorno, como es el uso de alcohol, cafeína, nicotina y drogas ilícitas. El uso de alcohol puede intensificar el trastorno y contribuir al desarrollo del insomnio y puede producir cambios en la duración del patrón del sueño. La cafeína produce trastornos del sueño muy significativos en personas susceptibles y la dependencia a la nicotina puede generar despertares nocturnos. La cocaína, las anfetaminas, los barbitúricos y los opiáceos pueden estar asociados a una disfunción en la arquitectura del sueño.

- **Médicos y psiquiátricos.** Los antecedentes quirúrgicos, médicos o psiquiátricos son muy importantes. La epilepsia, el parkinsonismo, la demencia, el

asma, la migraña o la cefalea, las neuropatías compresivas, y otro estado se relacionan con trastornos del sueño. Una variedad de condiciones médicas como hipotiroidismo, acromegalia, rinitis alérgica pueden contribuir al desarrollo del síndrome de apnea obstructiva del sueño.

La ansiedad y otras alteraciones, incluyendo el trastorno de pánico y trastornos del afecto, son alteraciones psiquiátricas que se acompañan con frecuencia de insomnio e incluso algunos pacientes se quejan de hipersomnio diurno. La exacerbación de la esquizofrenia y de otros trastornos sicóticos, se asocian a menudo con alteración severas del sueño.

- **Uso de medicamentos.** El uso de medicamentos es una información importante debido a la gran variedad de medicamentos que alteran el sueño y el estado de vigilia, que tienen efectos tanto directos como indirectos. El uso crónico de sedantes e hipnóticos aumenta la posibilidad de un trastorno del sueño asociado a la dependencia de éstos.

2.2 TÉCNICAS COGNITIVAS CONDUCTUALES

Las teorías cognoscitivo-conductuales de Albert Ellis, Aarón Beck y Arnold Lazarus, enfatizan los procesos por los cuales el individuo se percata del mundo y hace juicios acerca de éste. “Las teorías cognoscitivas destacan que la conducta es determinada no sólo por el ambiente, sino además, y de manera primaria, por las actitudes, expectativas y creencias de un individuo.”²

Al percatarse del mundo que le rodea y realizar juicios sobre éste, el ser humano entra en el proceso de aprendizaje como un elemento integrador de la estructura cognoscitiva, donde las personas aprenden una conducta sencillamente observando a otros como la realizan, proceso denominado modelamiento.

Los psicólogos cognoscitivos señalan que las personas aprenden una conducta, al observar a otras personas, por el cual además de cambiar una conducta adquirida o aprendida las personas cambian su forma de pensar respecto a lo que inicialmente pensaban o sentían y que su nueva forma los lleva a una forma de conducta más adaptativa al futuro.

“En esta simple noción – que las ideas que tiene una persona sobre el mundo, pueden cambiar y que eso tendrá un efecto benéfico sobre su conducta subsiguiente – la que está en el centro de las terapias cognoscitivas”³.

Los terapeutas cognoscitivos consideran que sus clientes sufren concepciones erróneas de sí mismos y del mundo que los rodea y que tales concepciones

² Wolpe Jhosep, Practica de la Terapia de la conducta. México: trillas. 1989.

³ Ibid., 195p

equivocadas les provocan problemas psicológicos. La tarea que enfrentan los terapeutas cognoscitivos, es identificar esas formas erróneas de razonamiento y corregirlas. Este enfoque hacia el aprendizaje de nuevas formas de pensamiento, tiene muchas similitudes con la terapia conductual; de hecho, muchos profesionales se consideran como terapeutas cognoscitivo-conductuales, terapeutas que combinan las terapias cognoscitivas con las conductuales.

Existe evidencia clínica y experimental que demuestra que los insomnes, tienen tendencia al alertamiento cognitivo; esto es: son pacientes que no pueden dejar de pensar, planear o rumiar sobre sus problemas. Las técnicas cognitivas están dirigidas a modificar el pensamiento. Incluye la corrección con el uso de información o de distracción con imaginación (por ejemplo uso de imágenes mentales placidas), el bloqueo, para detener los pensamientos intrusos y el control cognitivo con planeación y auto-evaluación de los pensamientos. Según estudios clínicos realizados por Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke AR, Marsh GR, Quillian RE. en el año 2001; y revisado por, Francisco Buitrago Centro de Salud Universitario "La Paz" Miembro del Grupo de Salud Mental del PAPPS Unidad Docente de MF y C Badajoz. Su diseño de estudio se basó en que los pacientes se asignaron a uno de estos 3 grupos: terapia cognitivo conductual (TCC) (n = 25) (incluyendo control de estímulos, educación del sueño y restricción del tiempo en cama), tratamiento de relajación muscular (TR) (n = 25) y placebo (P) (n = 25). La duración del estudio fue de 6 semanas con una evaluación final a los 6 meses.

Concluyendo así que los pacientes asignados al grupo de TCC consiguieron mejores resultados que los asignados a TR y P en la mayoría de los indicadores. Por ejemplo los pacientes con TCC tuvieron una reducción promedio del 54% en sus despertares nocturnos frente al 16% del grupo TR y 12% del P. Los receptores de TCC también lograron una mayor normalización de los síntomas asociados al insomnio con una duración media del tiempo dormido superior a 6 horas, una duración media de los despertares de 26,6 minutos y una eficiencia del sueño del 85% frente a una eficiencia del 78,8% y duración media de los despertares de 43,3 minutos en el grupo TR. Los resultados de este estudio revelan que la terapia cognitivo conductual puede ser una ayuda útil en el manejo clínico de los pacientes que presentan insomnio por dificultades en el mantenimiento del sueño.

Dado que los insomnes frecuentemente intentan activamente dormirse e identificar el momento que lo hacen, cuando se están durmiendo se alertan para reconocer este instante, desviándose de su objetivo

La re-estructuración cognitiva busca alternativas para los esquemas y errores cognitivos mal adaptados que frecuentemente empeoran los síntomas, ya que la forma como se piense sobre una situación, alterará cómo nos sentimos ante ella.

2.2.1 Terapia Racional Emotiva (TRE). Pionera de las terapias de reestructuración cognitiva. "Se centra en el supuesto de que existe interacción

entre los procesos psicológicos humanos donde cogniciones, emociones y conductas se superponen. Así como percibimos los hechos de la realidad interactúa con nuestra evaluación cognitiva, emocional y conductual.”⁴

Sobre las interpretaciones equivocadas que el ser humano hace de la realidad, traen consigo emociones negativas, frustración, tristeza, falta de motivación, baja autoestima, que llevarían a las conductas y creencias irracionales y de autoderrota, llevándolos a experimentar una angustia psicológica excesiva.

En la terapia emotivo-racional, los terapeutas confrontan tales creencias disfuncionales de manera vigorosa, utilizando diversas técnicas, en las cuales se incluye la persuasión, reto, órdenes y argumentos teóricos. La esencia es examinar racionalmente los patrones de pensamiento negativo, logrando que la persona capte lo irracional y lo disfuncional.

En el círculo de la terapia racional emotiva, se detectan las creencias irracionales de las personas y las consecuencias emocionales y conductuales de éstas, así como en qué situaciones o acontecimientos activadores se dan.

2.2.2 Técnica de Resolución de problemas. “La cognición humana implica el uso activo del lenguaje, imágenes y conceptos (estos como componentes del pensamiento) para resolver problemas y tomar decisiones.”⁵

En la representación de los problemas, la primera meta a seguir es la definición e interpretación para conducirlo a su resolución, que conduce a clasificar o categorizar el problema determinado, que puede ser de un orden verbal, matemático o visual. Al llegar a la categorización a la que corresponde el problema nos proporciona una base de cómo resolverlo. Después de la interpretación de éste, sigue la selección de una estrategia adecuada para resolverlo.

Unas de las técnicas más utilizadas para la resolución de problemas son:

- **La recuperación de la información.** Es una estrategia que sólo requiere la recuperación de información de la memoria a largo plazo. Esta estrategia es útil cuando se tiene que encontrar rápidamente una solución verdadera.
- **Análisis de medios y fines.** Este combina escalamiento y submetas y su finalidad es reducir la discrepancia entre la situación vigente y la meta deseada en varios puntos intermedios.

⁴ Ibid., 69p

⁵ Morris Charles. Psicología. Mexico: Prentice Hall Hispanoamericana. 1997.

- **Trabajo retroactivo.** Implica Trabajar desde la meta deseada hasta las condiciones iniciales, este método es útil, cuando la meta ofrece más información que las condiciones iniciales.

La solución efectiva del problema está relacionada con muchos factores, incluyendo el nivel adecuado de motivación o de activación emocional, la disposición, que es la tendencia a percibir y abordar los problemas de cierta manera.

La táctica de eliminación es una estrategia de resolución de problemas en las que las posibles soluciones son evaluadas de acuerdo con criterio apropiado y se les descarta cuando no contribuyen a la solución, este enfoque es más útil cuando estamos seguros de lo que no queremos hacer, en la visualización se deducen, diagraman o esquematizan varios cursos posibles de acción, de tal manera que se pueda entender mejor.

Los problemas en si, rara vez conducen a estrategias directas. A menudo, se requiere creatividad. Los problemas que tienen más de una solución correcta requieren pensamientos divergentes, tipo de pensamientos originales, inventivos y flexibles al encontrarse, el pensamiento convergente es apropiado para problemas que tienen una sola solución correcta.

2.2.3 Detención del pensamiento. Es común que el terapeuta se encuentre con clientes que sufren de angustia considerable resultante sobre pensamientos sobre los que tienen dificultades de control. Cuando los desórdenes de esta naturaleza son lo suficientemente crónicos se caracterizan como obsesiones.

El llamado defecto que preocupa es un ejemplo de la persona obsesionada a quien la mayoría de la gente considera como más o menos normal; un ejemplo clínicamente interesante es el del individuo obsesionado con un pensamiento de que va a desquiciarse con una total audiencia de evidencia de apoyo. En ambos, casos la persona se siente ansiosa generando pensamiento meditativos con relación a acontecimientos.

Todos hemos encontrado a muchas personas que se hacen la vida pesada siempre que manejan o pasean en automóvil o viajan en avión, visitan al dentista, a causa de que vivan crónicamente preocupados con relación a eventos relacionados con dichas actividades tan negativos como improbables. Si bien es más significativo que tanto que la desensibilización como el entrenamiento asertivo, que son dos de los métodos más exitosos para enfrentarse a las conductas fóbicas, tiene el efecto de desalentar los pensamientos obsesivos.

En la desensibilización se pide al cliente que suprima los intrusos pensamientos de esta naturaleza y el entrenamiento asertivo, proporcionan al cliente respuestas que tienden a competir con las obsesiones auto derrotantes.

Se pide a la persona que se concentre en pensamientos que inducen a la ansiedad, y de manera repentina, después de un breve periodo, el terapeuta dice en forma enfática **¡ALTO!** Cuando este procedimiento se ha efectuado varias veces la ubicación del control pasa del terapeuta a la persona, particularmente, se espera que la persona emita la palabra **¡ALTO!**, esta técnica en el insomnio se utiliza llevando al paciente a esos pensamientos de temor al ir a la cama y no poder dormir.

2.2.4 Teorías de la Conducta y del Aprendizaje. El movimiento conductista hace énfasis en el aprendizaje y la experiencia; como las fuerzas primarias que moldean la conducta. Las teorías de la conducta y del aprendizaje se enfocan en aquellos factores en el ambiente que determina la conducta de la persona.

El modelamiento es una de las bases de este enfoque, donde la persona aprende nuevas situaciones mediante la conducta de otra persona, lo cual le permite cambiar su percepción y pensamiento de aquella idea inicial.

2.2.5 La terapia de Control de Estímulos. Según estudio clínicos como el propuesto por Javier Verdasco Cano. Psicólogo Colegiado del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (España) - Publicado en Aurasalud. com el 06-10-2001, para la mayoría de los individuos la cama y el dormitorio están asociados a un comienzo rápido de la somnolencia y, por tanto, sirven como indicadores para sentirse soñoliento y quedarse dormido. Sin embargo para muchos insomnes la cama y el dormitorio se han vuelto estímulos discriminativos que anuncian la llegada del insomnio y la vigilia. Se han encontrado que algunos insomnes utilizan el dormitorio para otras actividades de la vida: comer, hablar por teléfono, ver la televisión o estudiar. Quizás las conductas más incompatibles que se hacen en la cama son las preocupaciones, la solución de problemas y hacer planes cuando se está en la cama.

Como dato interesante esta relación muchas veces existe sólo con la propia cama y no con otros sitios para dormir como en una silla frente al televisor o en la habitación de un hotel.

El control de estímulos consiste en enseñar a la gente a reasociar la cama y el dormitorio con un comienzo rápido del sueño, mediante la reducción en el dormitorio de los comportamientos incompatibles con el sueño y que sirven como señales para permanecer despierto.

Con objeto de evitar la asociación entre la cama y la actitud de permanecer tumbado despierto se enseña a los pacientes a ir a la cama sólo cuando estén soñolientos, a salir de la cama cada vez que hayan pasado 10 minutos sin dormir y no volver a la cama hasta que estén otra vez soñolientos y esta secuencia se

repite a lo largo de la noche tantas veces como sea necesario. Es importante también suprimir las siestas e ir adoptando un ritmo regular de inicio y despertar. Busca resolver el que los pacientes insomnes frecuentemente han desarrollado un condicionamiento aversivo a su cama y dormitorio por la ansiedad experimentada en este lugar. No es raro que estos pacientes lleven a cabo muchas actividades relacionadas a la vigilia ahí, lo que no favorece un condicionamiento que refuerce la relación cama-somnolencia. Esta técnica consiste en unas cuantas instrucciones simples que deben llevarse a cabo y que, según se corrijan estos defectos, producirán los efectos deseados:

- Acuéstese sólo cuando tenga sueño
- Use la recámara sólo para dormir
- Si no puede dormir, levántese y haga algo relajante. Repita cuantas veces sea necesario
- Use despertador para despertar siempre a la misma hora.
- No tome siestas

Por otro lado, quien sufre de insomnio pasa mucho tiempo agonizando por su inhabilidad para conciliar el sueño y terminando por quedarse dormido aproximadamente a la misma hora. Incluso puede intentar compensar el tiempo acostándose más temprano. La terapia de Restricción de Tiempo en Cama, implica prescribir que el paciente se acueste a la hora en que habitualmente concilia el sueño. Esto provoca un aumento en la eficiencia de sueño, lo que facilita posteriormente el progresivo adelantar la hora de acostarse.

2.2.6 Técnica de la desensibilización sistemática. “La técnica de la desensibilización sistemática tiene sus raíces en el laboratorio experimental Wolpe considera la desensibilización como un caso de contracondicionamiento. En este contexto contracondicionamiento significa la sustitución de una respuesta emocional apropiada o que se adapta a una situación determinada por otra que es de desensibilización.”⁶

Es importante que el terapeuta estudie cuidadosamente los problemas planteados por el paciente antes de decidirse por alguna técnica en particular. Su primera tarea es a menudo la corrección de los errores de concepto, lo cual con respecto a ciertos miedos, puede que no se necesite más, luego, sí se requiere un cambio de conducta en situaciones sociales, sexuales u otras de la vida diaria, será esto lo que atacará en seguida, la mayor parte de las veces, por medio del entrenamiento asertivo.

⁶ WOLPE, op.cit, 203p

La técnica implica cuatro conjuntos de situaciones diferentes de adiestramiento en relajación muscular profunda:

El establecimiento del uso de una escala que mida la respuesta de ansiedad subjetiva en términos cuantitativos.

Construcción de jerarquías de los estímulos provocadores de respuestas de ansiedad.

Contraposición de la relajación y los estímulos provocadores de respuesta de ansiedad que constituyen las jerarquías.

Adiestramiento en relajamiento muscular profundo.

“La desensibilización sistemática se induce en el paciente a un estado fisiológico inhibitorio de ésta respuesta de ansiedad por medio de la relajación muscular, luego es expuesto a un débil estímulo excitador de la respuesta de ansiedad durante unos segundos, si las exposiciones se repiten varias veces, el estímulo pierde progresivamente su capacidad de provocar respuestas de ansiedad.” ⁷

- **Método de desensibilización sistemática.** “La desensibilización sistemática es un medio eficaz para superar las reacciones de ansiedad condicionadas a situaciones de eventos específicos.” ⁸

Cabe señalar que los problemas de individuos que buscan ayuda contra reacciones de ansiedad específica, se enfrentan a problemas relacionados con la ansiedad irracional, para los que la desensibilización por sí sola puede ser apropiada para la recuperación total. La ansiedad es irracional a condición de que haya pruebas de que él posee suficientes habilidades para hacerle frente a lo que teme.

La desensibilización exitosa podría acarrear fatales consecuencias y la mayoría de los terapeutas podrían incrementar la habilidad de manejo del paciente en lugar de ayudarlo. El terapeuta debe determinar si (los problemas) del paciente proviene de una falta de habilidad, mediante un interrogatorio; o si sus respuestas son vagas, pidiéndole que represente cómo manejaría ciertas situaciones.

2.2.7 Relajación Muscular Progresiva. La relajación muscular, es parte importante en la desensibilización sistemática, puede utilizarse por sí misma como una herramienta terapéutica poderosa. Es frecuente que los terapeutas la empleen por sí misma en el tratamiento de una extensa variedad de enfermedades (incluyendo la ansiedad realizada, insomnio, dolor de cabeza, cuello y espalda, dolor menstrual, calambre e incluso formas benignas de depresión agitada).

⁷ MASTERS, op.cit 245p

⁸ Ibid., 176p

Además no hay nada en la naturaleza de este procedimiento que prohíba su utilización dentro del contexto de psicoterapias más tradicionales, o durante el transcurso del asesoramiento a corto plazo.

La premisa fundamental es que la tensión muscular se relaciona de alguna forma con la ansiedad y que un individuo experimentará una confortable y marcada reducción de la ansiedad si puede lograr que los músculos tensos se aflojen y se pongan flácidos. Un método poderoso y eficaz para producir dicho estado de relajación muscular consiste en la tensión y relajación sucesivas de los músculos disponibles en una secuencia ordenada, hasta que todos los principales grupos musculares del cuerpo se relajen.

Los terapeutas de la conducta difieren un tanto respecto al orden en que deben relajarse los músculos, la duración de la reflexión y relajación, así como el grado en que las sugerencias de tipo hipnótico deben emplearse. Sin embargo, debe subrayar que estas diferencias tienden a ser menores.

Normas de higiene de sueño. Autores como son Buysse u. Reynolds 1990; Hauri u. Orr 1982. Hauri 1989, Mendelson 1987, Thoresen fueron los principales creadores de las normas de higiene de sueño, demostrado así en sus estudio realizados en estos años, con el paso del tiempo estas se han complementado para así darle una mejor orientación a éstas.

Durante décadas, empezando con Nathaniel Kleitman abriendo el camino de el capítulo en la higiene de sueño, el campo de medicina de desórdenes de sueño se ha preocupado por esas prácticas que interfieren con el sueño normal y contribuyen a la queja de insomnio.

El modelo alternativo es ver la queja de insomnio como proviene básicamente de una predisposición genética a una perturbación fisiológica, en iniciación o mantenimiento de sueño o ambos, que eso es complicado por varios factores. El segundo tipo de modelo podría estar llamado una "enfermedad" modelo, con la higiene de sueño. El primero es un "modelo completo"-orientado en que la higiene de sueño, mal adaptada, siendo un síndrome que está debajo de la queja del trastorno. Ambos modelos de sueño nocturno perturbado son multifactoriales.

Las normas de higiene de sueño tratan de cambiar las condiciones medio-ambientales, el componente psicológico, las costumbres y comportamientos que perpetúan el mal dormir.

El educar al paciente sobre lo que es normal puede evitar la angustia y el tratamiento a personas sanas que simplemente tienen expectativas irreales, dentro de las técnicas educativas se consideran las medidas de higiene del dormir:

- Mantener un ritmo sueño-vigilia regular.

- Evitar las siestas.
- Ejercicios regulares, diarios en horas de la mañana.
- No mirar el reloj durante la noche.
- Abstenerse de tomar bebidas estimulantes o alcohólicas después del medio día, así como de fumar.

- **Medio ambiente.** Dentro de la higiene de sueño, existen algunos elementos que juegan un papel importante para su desarrollo, como son los hábitos: la cama debe reservarse para dormir y otras actividades como leer, ver TV, comer o trabajar debe realizarse en otro lado. Las condiciones de luz en la habitación, debe estar oscura a la hora de dormir, al despertar bien iluminado. Los factores de ruido que impiden conciliar el sueño con facilidad, la temperatura es un estímulo que causa incomodidades en el calor o frío corporal.

- **Sustancias.** El uso de sustancias, crean algunos problemas de insomnio o trastornos del mismo, lo cual evitan la conciliación del sueño, como es el consumo de cafeína, el uso de nicotina que también puede favorecer el insomnio, los estimulantes de diversas sustancias, lícitas o no que pueden tener efectos que le alteren el dormir y los hipnóticos.

- **Métodos psicoterapéuticos para el insomnio.** Se han diseñado algunos métodos psicoterapéuticos específicamente para el insomnio. Estudio como el realizado por Javier Verdasco Cano. Psicólogo Colegiado del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (España) - Publicado en Aurasalud.com el 06-10-2001 en pacientes con insomnio Para la mayoría de los individuos, la cama y el dormitorio están asociados a un comienzo rápido de la somnolencia y, por tanto, sirven como indicadores para sentirse soñoliento y quedarse dormido. Sin embargo, para muchos insomnes la cama y el dormitorio se han vuelto estímulos discriminativos que anuncian la llegada del insomnio y la vigilia. Se han encontrado que algunos insomnes utilizan el dormitorio para otras actividades de la vida: comer, hablar por teléfono, ver la televisión o estudiar. Quizás las conductas mas incompatibles que se hacen en la cama son las preocupaciones, la solución de problemas y hacer planes cuando se está en la cama.

Como dato interesante, esta relación muchas veces existe solo con la propia cama y no con otros sitios para dormir como en una silla frente al televisor o en la habitación de un hotel.

La característica principal y su control de estímulos consisten en enseñar a la gente a reasociar la cama y el dormitorio con un comienzo rápido del sueño, mediante la reducción en el dormitorio de los comportamientos incompatibles con el sueño y que sirven como señales para permanecer despierto.

2.3 DESEMPEÑO LABORAL

Las personas pasan la mayor parte de su tiempo viviendo y trabajando en las organizaciones. Las satisfacciones en el trabajo es la actitud que los individuos mantienen con respecto a sus funciones laborales, por la cual su resultado depende de la percepción que el individuo, tenga sobre su trabajo, teniendo en cuenta factores como el ambiente en que se desarrolla el mismo; la dirección, las políticas, los procedimientos y la conformación de grupos de trabajo, son aspectos importantes en el desempeño laboral.

En este sentido cabe reconocer, que el esfuerzo de cada individuo en la institución o entidad donde desarrolla su trabajo a diario, entra a jugar un papel importante el estado de salud físico y mental para su exitoso o dispendioso desarrollo, ya que los síntomas o enfermedades que le aquejan tiene como consecuencia un mal funcionamiento en su desempeño, lo cual tiene desenlaces tanto para la persona como para la institución y por ende al beneficio social.

Cabe mencionar que el esfuerzo individual está dirigido por una parte por las capacidades y habilidades del individuo y por otra, por las percepciones que él tiene del papel que debe desempeñar, es así como la prevalencia de cualquier trastorno del sueño en las persona puede ocasionar situaciones nefastas en las esferas psicológicas, físicas, sociales, familiares, personales, laborales y culturales.

2.3.1 Proceso del desempeño laboral. En las organizaciones el factor más importante es el recurso humano, de este se deriva el mayor porcentaje de las acciones dentro de la institución, ya que gracias a su pensamiento, inteligencia y capacidad para decidir, permite que la empresa desarrolle sus objetivos y logren las metas propuestas.

La dinámica y la capacidad de acción empresarial se derivan de las personas. Si bien los recursos financieros, económicos, tecnológicos o el mismo tiempo son indispensables, ninguno de ellos proporciona a la empresa la capacidad de acción inteligente y planeada que deriva de las personas.

La eficiencia y la efectividad organizacional, son el producto de una utilización racional de diversos recursos. Pero sólo el ser humano es capaz de hacer uso racional de recursos y de discernir acerca de las calidades, cantidades y oportunidades en la aplicación de recursos.

Las organizaciones que logran altos niveles de calidad del desempeño en sus empleados, pueden esperar niveles adecuados de rendimiento y productividad, contando naturalmente con la presencia de los recursos indispensables.

De este modo la salud mental y física es un hecho relevante, en las personas de la organización, donde la presencia de alguna patología puede causar anomalías

dentro de su desempeño, como es el bajo rendimiento laboral por causa del trastorno del sueño psicofisiológico.

2.3.2 Determinantes del desempeño laboral. El desempeño laboral es una realidad psicológica compleja, donde existe un conjunto de variables que se denominan condiciones o pre requisitos contextuales del desempeño, por el cual lo anteceden y lo condicionan mediante su acción sobre los conocimientos, las habilidades y la motivación.

CONOCIMIENTOS

- **Los conocimientos o conceptos.** Son el conjunto de datos, hechos, planes, proyectos, programas, procesos, personas, objetos, equipos, relaciones y situaciones en general, que se presentan a la consistencia del empleado y que éste debe comprender, retener y utilizar en la realización de su trabajo.
- **Conocimiento de la tarea.** Se incluye en esta categoría todos los asuntos directamente relacionados con la tarea, es decir, con las operaciones y procesos a cargo de una persona en un puesto de trabajo.
- **Conocimiento de sí mismo y de los demás.** Esta categoría se introduce ya que el propio conocimiento y el conocimiento objetivo y equilibrado de los demás en el trabajo pueden ser una fuente de armonía y equilibrio para la persona y para la vida de relación en la empresa (que es ante todo un organismo social).
- **Las habilidades.** Son conjuntos de destrezas y procesos racionales que se requieren para la ejecución exitosa del trabajo, en cada uno de los cargos u oficios.
- **La motivación.** Las diferentes aproximaciones teóricas, buscan explicar la relación entre alguna variable intervinientes motivacionales, internas o externas, y algún tipo particular de desempeño. Estas han logrado desarrollar explicaciones con cierto grado de acierto y de alguna manera han obtenido evidencias para sustentar, al menos parcialmente sus postulados.

De igual forma el desempeño laboral está rodeado de otras condiciones o situaciones como son:

- * Las condiciones sociales, culturales y demográficas.
- * Los factores de personalidad.
- * Las condiciones del puesto de trabajo.

Para la investigación realizada cabe recalcar que se evaluarán aspectos como los son **Actitud frente al trabajo**.: El grado de identificación y compromiso con las metas, objetivos de la entidad y de su área. El cumplimiento de las normas, disposiciones y procedimientos establecidos para garantizar el buen

funcionamiento de la entidad. **Capacidad técnico profesional.** Identifica el grado de idoneidad y solvencia profesional tanto de conocimientos como de destrezas aplicadas a la solución de problemas y a la idealización de la innovación, mejoras y cambios de su área **Calidad en el trabajo.** Hace relación a la forma en que se realiza el trabajo, con precisión, oportunidad, puntualidad en su prestación lo cual permite utilizarlo con total confianza en beneficio del área y de los clientes externos o usuarios de sus servicios. **Capacidad de aprender y superarse.** La disposición que muestra para adquirir nuevos conocimientos y destrezas mediante programas de educación permanente y de actualización. La facilidad para asimilar y adaptarse a las nuevas tecnologías. **Relaciones humanas** ante los clientes internos y externos. La facilidad de relación e interacción y de solución de conflictos que se tiene al interior del área o al exterior del Banco. La capacidad de interactuar, crear, conformar grupos de alto rendimiento.

3. MARCO CONTEXTUAL

3.1 MARCO DEMOGRÁFICO

El Hospital Central de la Policía Nacional es una institución de prestación de servicios de salud de alta complejidad médica científica y técnica. Nació en 1943 contando así con un pequeño pabellón en el hospital San José Es el centro de recepción de pacientes que necesitan tratamiento y cirugías.

La visión es ser una entidad prestadora de servicios del más alto nivel de atención en salud, eficiente, competitivo y generadora del ejemplo como el talento humano integralmente formado, y comprometido, garantizando el liderazgo en programas de atención e investigación, buscando siempre la comunicación activa y la satisfacción de la familia policía, quien es la razón del ser.

En la actualidad atiende con el servicio de consulta externa un promedio semanal de 1.400 pacientes adultos, 650 niños.

A la consulta mensual de clínica de sueño llegan alrededor de 20 pacientes donde se presenta una cobertura de un 100% por 100%.

3.2 ESTADO DEL ARTE

Los trastornos del sueño es un tema que ha ganado espacios en la investigación de las ciencias médicas, en el área de la psiquiatría, neuropsicología y en las disciplinas conductuales, cognitivas y psicoanalíticas de la psicología, en las cuales cada uno presenta un enfoque para su explicación y su tratamiento.

En este sentido es importante mencionar que se tomaron como referencia estudios realizados sobre trastornos del sueño pero no exactamente relacionados con el tema en esencia, que de igual modo son estudios que contribuyeron y sirvieron como soporte a la presente investigación

Los estudios realizados por Harold Kaplan, psiquiatra de la Universidad de California, nos presenta las conductas siquiátricas clínicas, sobre los diferentes trastornos presentados en el ser humano, desde una perspectiva siquiátrica sobre las diferentes manifestaciones del trastorno del sueño y los tratamientos realizados.

En los estudios realizados con técnicas cognitivo conductuales, los estudios clínicos realizados por Edinger JD, Wohlgemuth WK, Radtke AR, Marsh GR, Quillian RE. en el año 2001; y revisado por, Francisco Buitrago Centro de Salud Universitario "La Paz" Miembro del Grupo de Salud Mental del PAPPS Unidad

Docente de MF y C Badajoz. Su diseño de estudio se basó en terapia cognitivo conductual (TCC), que incluye control de estímulos, educación del sueño y restricción del tiempo en cama, tratamiento de relajación muscular

Concluyendo así que los pacientes asignados al grupo de TCC consiguieron mejores resultados, tuvieron una reducción promedio del 54% en sus despertares nocturnos, también lograron una mayor normalización de los síntomas asociados al insomnio con una duración media del tiempo dormido superior a 6 horas, una duración media de los despertares de 26,6 minutos y una eficiencia del sueño del 85% frente a una eficiencia del 78,8%.

Los resultados de este estudio revelan que la terapia cognitivo conductual puede ser una ayuda útil en el manejo clínico de los pacientes que presentan insomnio por dificultades en el mantenimiento del sueño.

En lo relacionado con insomnio y desempeño laboral, cabe mencionar el estudio realizado por: David Dinges, Director de Psiquiatría Experimental en la Universidad de Escuela de Pennsylvania de Medicina.

Muestra que el sueño puede ser bien el tercer componente esencial de una vida larga y saludable, "Nuestra productividad, nuestra seguridad, nuestra salud está en el riesgo. El sueño inadecuado podría debilitar el sistema inmunológico, como consecuencia, resultan otras infecciones o enfermedades"

Por otro lado, "El estudio realizado en 1999 en la Fundación de Sueño de Nacional (NSF), encontró que la suspensión de sueño e insomnio aumentó el absentismo, los accidentes, hospitalización, los costos médicos, y disminuyó la productividad, en donde algunas de las causas mayores de problemas de sueño incluyen: La tensión mental o física relacionada con el trabajo.

Finalmente, encontramos a Fernando Toro, en su texto: Desempeño y productividad, contribuciones de la psicología ocupacional, sobre el desempeño laboral de los trabajadores en las organizaciones y sus diferentes contextos institucionales en el desarrollo personal y laboral dentro de ellas, desde un enfoque hacia la productividad, tomado éste como el alcance de metas y objetivos corporativos de la empresa.

En este sentido estos autores, investigaciones y libros, han aportado en sus estudios sobre los trastornos del sueño en relación al desempeño laboral.

De igual manera estas investigaciones han permitido lograr realizar programas, proyectos y espacios referentes a la salud y calidad del sueño, mediante intervenciones y tratamientos que promueven la calidad de vida de las personas que sufren este trastorno.

Por lo tanto la presente investigación presenta un tema novedoso y de continuidad para el mejoramiento en la calidad de vida de las personas que sufren este trastorno y que puede ocasionar no sólo consecuencias en su desempeño laboral, sino también que interfieren en sus esferas personales, emocionales y familiares; lo cual permite que este estudio arroje nuevos conocimientos y nuevos hallazgos dentro de nuestro contexto Colombiano para futuras investigaciones.

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación se lleva a cabo desde una perspectiva metodológica de tipo Correlacional, ya que el propósito es ver la relación entre las variables: trastorno de sueño psicofisiológico, programa psicoterapéutico y el desempeño laboral, realizando una primera medición de estas con una (PRE- prueba) y después del tratamiento (post- prueba) con grupos intactos y realizando medidas repetitivas. (2).

El interés de la investigación, es la efectividad de un programa psicoterapéutico cognitivo conductual en el trastorno del sueño psicofisiológico y desempeño laboral, donde el propósito de los estudios correlacionales, es saber cómo se puede comportar una variable o concepto conociendo el comportamiento de otras variables.

Las variables que orientan el proceso de investigación son:

- Programa psicoterapéutico cognitivo conductual .Programa basado en 8 sesiones tomando como base las técnicas cognitivas, conductuales de la conducta.
- Trastornos del sueño psicofisiológico: Programa psicoterapéutico cognitivo conductual
- Trastorno del sueño: Es una enfermedad o estado anormal, que amenaza con el buen desarrollo en la vida del sueño en las personas que padecen un exceso o disminución en su funcionalidad, sobre la capacidad de estar despierto o dormido, que afecta el estado psicológico y social del individuo. Dentro de estudio se tiene en cuenta los siguientes factores:
 - Latencia del sueño
 - Duración del sueño
 - Eficiencia del sueño
 - Calidad subjetiva del sueño.
 - Uso de medicamentos para dormir
 - Somnolencia diurna.
 - Trastorno del sueño

- Desempeño laboral Reúne un conjunto de características cognitivas y relacionales que las personas deben poseer para desempeñar un cargo o trabajo en los puestos de trabajo en cada una de las organizaciones para su desarrollo y crecimiento, para ello se tendrá en cuenta para el estudio los siguientes elementos:
 - Actitud frente al trabajo
 - Capacidad técnica profesional
 - Calidad en el trabajo
 - Capacidad para aprender y superarse.
 - Relaciones humanas

La recopilación de información se hace a través de la escala subjetiva del sueño de Pittsburgh y el sistema de evaluación para el desarrollo, elaborada por el Dr. Orlando Urdaneta requerido por Anebre (Sindicato Banco de la Republica).

4.2 DISEÑO METODOLÓGICO

El diseño es PRE experimento con PRE y post prueba, y con grupos intactos.

O1 x1 O2 O3 O4

4.3 INSTRUMENTOS

4.3.1 Escala subjetiva del sueño Pittsburgh. Numerosos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto la elevada prevalencia de los trastornos del sueño en diferentes culturas y grupos de pacientes, se estima que alrededor de un tercio de la población presentan algún tipo de disfunción del sueño a lo largo de su vida. Este hecho ha dado lugar al desarrollo de multitud de instrumentos psicométricos con la intención de facilitar el diagnóstico de este tipo de problemas. Sin embargo, muchos de estos instrumentos carecen de una validación adecuada y pocos miden la “calidad del sueño”.

Probablemente se debe a que la “calidad del sueño” es un fenómeno complejo, difícil, de definir y difícil de medir con objetividad, en el que se integran aspectos cualitativos y cuantitativos – duración del sueño, latencia del sueño, número de despertares- y subjetivos- profundidad, reparabilidad.

En 1988 Daniel J.Buysse et al. Diseñaron el cuestionario de calidad del sueño Pittsburg con la intención de disponer de un instrumento que analice la calidad del

sueño y que pudiera ser utilizado en ensayos clínicos; enseguida fue ampliamente utilizado y adoptado.

4.3.2 Descripción. El PSQI es un cuestionario auto administrado. Consta de 19 ítems auto evaluados por el paciente y 5 cuestiones evaluadas por el compañero /a de cama. Las cinco últimas cuestiones son utilizadas como información clínica, pero no contribuyen a la puntuación total del **PSQI**. Los ítems analizan los diferentes factores determinantes de la calidad del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna.

4.3.3 Interpretación. Cada componente se puntúa de 0 a 3. de la suma de los 7 componentes se obtiene la puntuación total del PSQI que oscila de 0 a 21 puntos (a mayor puntuación peor la calidad del sueño).

4.3.4 Limitaciones. Como instrumento auto administrado puede ser difícil de aplicar en pacientes con bajo nivel cultural. El PSQI ofrece una medida estandarizada y cuantitativa de la calidad del sueño que rápidamente identifica a “buenos” y “malos” dormidores, pero no proporciona un diagnóstico, aunque orienta al clínico en áreas del sueño mas deterioradas.

4.4 MATERIAL Y MÉTODOS

El PSQI fue diseñado por DJ Buysse y sus colaboradores del departamento de psiquiatría de la universidad de Pittsburg, para determinar la calidad del sueño en el mes previo a la aplicación del mismo. Este periodo es un tiempo intermedio entre el evaluado por los inventarios “del día siguiente”- los cuales evalúan únicamente una noche -, y los cuestionarios de tipo encuesta, las cuales suelen interrogar sobre las dificultades del sueño que han sido notadas durante el año anterior o periodos aún mayores.

Un inventario “del día siguiente” puede reflejar de forma más ajustada, las variaciones que se producen día a día en la calidad del sueño, pero no nos proporcionan información acerca de la frecuencia o duración de problemas específicos que pueden llevar al paciente a solicitar ayuda.

Por otro lado, los cuestionarios de tipo encuesta no nos proporcionan una información adecuada acerca de la intensidad de un problema dado. Además, un periodo de un mes es el que se usa como referencia para diferenciar el insomnio transitorio de los trastornos persistentes del ritmo sueño-vigilia, o a fin de determinar la presencia de una disomnia en las modernas nosotaxias como DSM-III-R, CIE-10, DSM-IV, o la más específica clasificación internacional de las alteraciones del sueño.

Por ello al comienzo del PSQI se instruye para que se valore cómo ha sido el sueño durante la mayoría de los días y noches del mes anterior, al momento de realización del cuestionario.

4.4.1 Evaluación De Desempeño Laboral. A partir de una experiencia a través de la cual se quería validar el formato inicial que haciendo referencia en el libro Psicología organizacional, aplicada a la gestión del talento humano y contrato realizado por Anebre (asociación nacional de empleados de el banco de la republica).

Se hizo una aplicación del formulario inicial cuyos análisis arrojados, persisten en los 2 grupos ocupacionales que ameritan el establecimiento de factores diferenciales para cargos que desempeñan funciones administrativas y para cargos que realicen prioritariamente cargos operativos.

Desde el punto de vista estadístico se optó por eliminar los últimos factores del cuestionario inicial en razón de que su peso y ponderación no eran significativos en la calificación total del instrumento, de tal manera que se dejaron 5 factores para el nivel directivo, administrativo y operativo.

Se muestra solo 5 factores cuya descripción se presente en el formulario. Mayo 31-2002.

Se aplicó un formulario de sistema para el desarrollo del talento humano en las organizaciones, elaborado por el Dr. Orlando Urdaneta Ballén (psicólogo organizacional). Para la elaboración del instrumento se realizó un taller diseñado por el autor en las que se les solicitaba a 20 jefes de seis grupos ocupacionales en donde listaron en orden de mayor a menor, los factores que de acuerdo con su criterio, conformaban los factores a tener en cuenta para evaluar al personal pertinente a un grupo de cargos específicos de la entidad (SENA).

Como resultado de la tabulación de los resultados arrojados en este taller, se obtuvo una lista de factores que fueron definidos explícitamente igual en cada grupo para que los directivos participantes compartieran una misma definición de cada uno de los factores, que conformarían el sistema de evaluación en construcción.

Luego de aproximaciones sucesivas de análisis y decantación se seleccionaron aquellos factores en los cuales había una mayor coincidencia entre los “expertos seleccionados, repartidos según los grupos ocupacionales.

Esta prueba consta de diez factores; en el lado izquierdo del formulario se define el factor a evaluar y en las casillas siguientes las cuatro actitudes o comportamientos que un empleado evaluado puede tener con relación al mismo.

Para el evaluador se presenta un cuadro donde se encuentra la asignación de puntajes que corresponde a cada uno de los factores resultantes mediante una guía o rejilla de calificación, se consigue rápidamente los puntajes que los diferentes evaluados obtienen en el proceso de evaluación para el desarrollo. Se presenta una escala de actitud tipo likkert, con un puntaje máximo de 100 puntos la cual es usada para la medición de actitudes u opiniones; en este caso para la medición de comportamientos de alguien frente a cada factor definido.

Para su realización, los evaluadores no necesitan por tanto conocer la historia personal de sus evaluados, ya que ello podría sesgar el propósito y la objetividad del proceso mismo de evaluación.

4.5 POBLACIÓN

Se tomó una población de usuarios de la Policía Nacional de ambos sexos que consultan la Clínica del Sueño, conformado por 21 pacientes de edades comprendidas entre un rango de 34 y 64 años. Son personas que tienen como ocupaciones cargos administrativos: Secretarias, Contadores y Financieros, Profesionales, Oficiales: Tenientes y Capitanes y personal beneficiario, tanto activos como personal retirado y pensionados.

4.6 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

H1 La intervención psicoterapéutica cognitivo conductual sometida a un grupo de pacientes con trastorno de sueño psicofisiológico tiene un efecto positivo en la calidad subjetiva del sueño, y su desempeño laboral.

Ho La intervención psicoterapéutica cognitivo conductual sometida a un grupo de pacientes con trastorno de sueño psicofisiológico no tiene un efecto positivo en la calidad subjetiva del sueño, y su desempeño laboral.

4.7 CONTROL DE VARIABLES

Las variables de control fueron de sujeto y procedimiento con el fin de homogenizar los resultados

4.7.1 Del sujeto

QUÉ?	COMÓ?	POR QUÉ?
Dx trastorno de sueño Psicofisiológico	A través de la historia clínica	Los sujetos de estudio presentan diferentes trastornos del sueño.
Procesos cognitivos superiores	Valoración, neuropsicológica, entrevista clínica	Se debe descartar alteraciones cognitivas ocasionadas por otras patologías.
No existencia de trastorno mental.	Entrevista clínica psiquiátrica y Psicológica aplicación del mini-multi	Existen patologías que se acompañan de trastornos del sueño pero implican cambios cognitivos que afectan una intervención.

4.7.2 Del Procedimiento

QUÉ?	COMÓ?	POR QUÉ?
Evaluación psicológica previa	A través de entrevista clínica individual	Se podía identificar otros problemas psicológicos que necesitaron otro tipo de intervención.
No. de sesiones	Ocho sesiones grupales para toda la muestra.	El programa requiere la misma metodología para ver sus efectos.
Aplicación de pruebas.	Todas las pruebas se aplicaron de forma grupal con las mismas instrucciones	La forma en que se dan las instrucciones pueden sesgar los resultados.

4.8 ETAPAS DEL DESARROLLO DEL PROYECTO

El programa de intervención psicoterapéutica fue diseñado desde un enfoque cognitivo conductual, consta de ocho sesiones programadas, una vez en semana.

En el diseño de investigación de pre y post prueba con grupos intactos, se realizaron las ocho sesiones con sus respectivas aplicaciones de la prueba de

Pittsburg y desempeño laboral, junto con el desarrollo de la intervención psicoterapéutica.

Finalmente se hicieron dos aplicaciones finales de la prueba de Pittsburg y de desempeño laboral con la finalidad de hacer un seguimiento al tratamiento, lo cual en esta parte no se aplicó la intervención, se realizaron el 15 de abril y 15 de mayo cada una con una intervención de hora y media, donde se realizó una retroalimentación individual, lo cual se mostró a los participantes qué elementos de su vida han mejorado después del tratamiento y cuáles elementos se pueden seguir mejorando en aquellos aspectos que arrojaron puntajes bajos.

En su primera fase se tiene como tarea principal una introducción y reconocimiento grupal. Las sesiones tuvieron como técnicas cognitivo conductuales: condicionamiento y contracondicionamiento, Terapia Racional Emotiva, relajación con imaginación, solución de problemas, Intención paradójica y control de estímulos.

Se utilizaron como recursos específicos el diario del sueño de carácter individual con su respectiva retroalimentación, música con sonidos de naturaleza. En cada una de las sesiones al finalizar se realizaba la respectiva retroalimentación de la sesión como forma de co- evaluación del grupo y la psicóloga.

SESIÓN: 1
BIENVENIDOS A LA CLÍNICA DE SUEÑO.

FECHA: febrero-6

DURACIÓN: 10 a. m - 12:30 p. m

TEMA: Introducción al programa

OBJETIVOS

- Conocimiento de la clínica de sueño, motivación para la asistencia a esta.
- Identificación Hábitos de Sueño
- Educar a los asistentes a realizar el diario de sueño.
- Reconocer en qué aspectos se está fallando en la calidad de sueño.
- Reconocer en qué aspectos se está fallando en su desempeño laboral y cómo lo ha perjudicado.
-

MARCO TEÓRICO

Se comienza la sesión del día de hoy con el reconocimiento del grupo con el que se va trabajar, el seminario taller se realizará en cuatro fases, que se realizaran de la siguiente manera:

1 FASE Reunión general, conferencia informativa.

2 FASE Identificación hábitos de sueño.

3 FASE Diario de sueño

4. FASE Aplicación de instrumentos y cierre.

METODOLOGÍA: Psicoterapia de grupo. Seminario-taller.

PROCEDIMIENTO: Las sesiones se realizarán de la siguiente manera.

1 FASE: Ubicación de los asistentes en el auditorio del Hospital Central de la Policía Nacional, cuando ya está completa la población, se toma lista de los asistentes, con número de carnet, edad, ocupación. Ya integrado el grupo se prosigue a la conferencia informativa acerca de el programa de clínica de sueño, ésta es realizada inicialmente por el neurólogo donde él le dará una pequeña información sobre el qué es la clínica de sueño, el por qué ellos están aquí como ya anteriormente se les había comunicado en la entrevista previa que se había realizado con el, sé les da una pequeña explicación del trastorno de sueño psicofisiológico, y del por qué cada uno lo presenta y sus manifestaciones más comunes. A raíz de esto se desprende la interacción con el grupo manifestándonos así los aportes de cada uno de los integrantes del grupo En esta interacción entra la presencia de la psicóloga donde ésta se encarga inmediatamente de retomar lo que dijo el neurólogo somnólogo y unirlo con estos

aportes que está dando los pacientes a su vida cotidiana ,a partir de esto, se desenlaza una comunicación más amplia con los paciente y empiezan a manifestar lo que sienten, como se manifiesta el trastorno de insomnio, cuáles son las causas que les ha acarreado este problema, cómo se sienten en su vida diaria, como se ha afectado su vida social, familiar ,laboral sé miran las diferentes posibilidades que han generado el insomnio, qué estrategias han utilizado para enfrentar el problema, si han logrado ser asertivos en estos procesos, el hace cuánto presentan el problema. Generando así una comunicación más abierta he informal entre los integrantes y la psicóloga, Esta toma el mando y la ruta de la psicoterapia dando breves aportes retomando lo que el grupo manifestó, llevándolo ya al marco del trastorno de sueño y de su vida cotidiana concretando así la finalidad del programa y de cada sesión que se trabajará.

2 FASE: Concluyendo con lo anterior se retoman algunos ejemplos dados por los pacientes y con ellos empezamos a identificar los hábitos de sueño que cada uno tiene y cuales son los errores más comunes que ellos presentan, aclarándoles cuales son los hábitos que deben empezar a adquirir para mejorar el trastorno. Por ejemplo el no realizar siestas a medio día ni en ningún momento del día, el acostarse solo cuando se tiene sueño, el acostarse a una misma hora, el realizar ejercicio solo en las mañanas, no tomar bebidas que contengan cafeína, salirse de la cama si no está dormido. Esto con la finalidad de eliminar durante el tratamiento los malos hábitos que manejan a diario los pacientes, mostrándoles así en que están fallando a diario y que es muy fácil cambiar estos pequeños errores que se están cometiendo y el daño que estos le producen en su trastorno de sueño psicofisiológico. Por ultimo se les da herramientas claves en un plegable informativo que nos muestran las normas correctas de higiene de sueño para eliminar estos hábitos.

3 FASE: Concluyendo ya el paso anterior con el cierre de los plegables informativos, se le informa al grupo que se va a realizar el trabajo individualmente para así enseñarles a llenar el diario de sueño que es el que se va a llenar cada 8 días para así realizar una retroalimentación cada sesión, con el objetivo de observar en lo que se está fallando, observando así la mejoría o desmejora del proceso de cada uno de los pacientes.

4-FASE: Para así realizar el cierre de la primera sesión ya explicándoles al grupo el diario de sueño y sin ninguna duda ,cerramos con la aplicación de las primeras pruebas que son nuestra primera base de cómo entran los pacientes al programa, se les da una explicación de estas pruebas diciéndoles que como así como los médicos necesitan a veces exámenes de laboratorio para observar qué es lo que está fallando, nosotros como psicólogos también tenemos pruebas de laboratorio, para ello manejamos en este caso dos pruebas; inicialmente llenarán la escala subjetiva de Pittsburgh que nos dará un primer informe de sus costumbres del dormir en las dos ultimas semanas ,observando aspecto como lo son duración del sueño, qué es, cuántas horas durmieron; eficiencia del sueño, como la misma

palabra lo dice qué tan eficaz es su sueño; trastorno del sueño, cuáles son las manifestaciones más comunes a diario de cada uno de ustedes; somnolencia diurna qué tan evidente en sus actividades diarias es el permanecer despierto y con las energías necesarias que estas requieren; latencia del sueño, es el tiempo que se transcurre entre que se apagan las luces y se queda dormido, dándoles esta pequeña explicación sobre el cuestionario se entra a llenar éste, se comienza con la primera pregunta explicándoles una a una cada pregunta de éste ya que algunas presentan confusión al contestar, al terminar de llenar se sigue con la aplicación del cuestionario de desempeño laboral, dándole una explicación a que uno de los factores de su vida diaria, se afectan es su desempeño laboral y se retoman uno de los aportes de lo pacientes ya que estos manifiestan pérdida de concentración, memoria durante la sesión, desinterés por las responsabilidades diarias, se les explica los factores que se manejarán en esta prueba como lo son actitud frente al trabajo, capacidad técnico profesional, calidad en el trabajo, capacidad de aprender y superarse y relaciones humanas, explicados estos factores y explicados con cada una de las diferentes respuestas que pueden surgir, esta prueba se explica de manera grupal y se contesta de manera individual; terminada la aplicación de las pruebas se realiza el cierre de la primera sesión; donde se realiza una retroalimentación por parte de los pacientes dando las observaciones que ellos crean convenientes a la sesión, se les realiza pequeñas preguntas para así tener una pequeña evaluación de la sesión generando así una interrelación grupal, con las inquietudes que surgen de lo realizado en la primera sesión al cierre se les hace la convocatoria para la puntualidad a las sesiones, explicándoles que este programa es una secuencia de una sesión a la otra y que si no asisten a alguna de las sesiones van a perder las secuencias del programa y que pueden presentar falencias en su proceso de mejoramiento, se les agradece por su asistencia y se les convoca para su asistencia y puntualidad para el próximo jueves.

RECURSOS:

- Salón adecuado para psicoterapia de grupo.
- Sillas.
- Plegables Informativos
- Diario de sueño.

ESTRATEGIAS

- Conformación del grupo. Confirmación de la asistencia de las 21 personas.
- Inducción general del programa
- Trabajo individual con cada uno de los asistentes.
- Aplicación grupal de la escala subjetiva de sueño y desempeño laboral.

- Retroalimentación

EVALUACIÓN

Determinar y evaluar la efectividad de la sección por medio de una retroalimentación grupal se realizan preguntas como:

- ¿Cómo se sintieron?
- ¿Qué aprendieron?
- ¿Qué dudas le surgen a partir de lo realizado en la primera sesión?
- ¿Cómo pueden evaluar en este momento su vida diaria con el trastorno de insomnio psicofisiológico?
- ¿Las herramientas dadas les aportarán a mejorar el trastorno?
- ¿Cómo las van a aplicar, para mejorar los errores cometidos en un pasado?

SESIÓN: 2

DESENSIBILIZACIÓN DEL GRUPO

FECHA: febrero-13

DURACIÓN: 10 a. m – 11-30 p. m

TEMA: Introducción al condicionamiento, contracondicionamiento. y desensibilización sistemática

OBJETIVOS

- Identificar los antecedentes, las contingencias que mantienen el trastorno de sueño y sus consecuencias.
- Educar a los asistentes a realizar el diario de sueño.
- Poder emplear las técnicas de condicionamiento y contracondicionamiento para que los pacientes se acerquen más a su nivel de temor que les genera esta ansiedad (temores a acostarse).
- Utilizar la desensibilización como técnica de mejoramiento acerca del temor y mejorando así el comportamiento.

MARCO TEÓRICO

Se comienza la sesión del día de hoy llamando lista de los asistentes al seminario taller, se realizará en 2 fases de la siguiente manera:

1 FASE Retroalimentación diario de sueño, identificación de contingencias que mantiene el trastorno del sueño.

2 FASE: Técnicas de condicionamiento y contracondicionamiento. Película que nos explica los factores de condicionamiento y contracondicionamiento. Desensibilización sistemática de Wolpe centrada en el contracondicionamiento o sustitución de una respuesta emocional apropiada a que se adapte a una situación determinada.

METODOLOGÍA: Psicoterapia de grupo. Seminario-taller.

PROCEDIMIENTO

1 FASE: Se reúne al grupo; con el grupo completo se inicia la sesión dándoles una bienvenida, luego se recogen los diarios de sueño y se comienza a realizar una retroalimentación por paciente mirando cada uno de los diarios, se leen los aspectos más relevantes que son cansancio, concentración, estado de ánimo, sueño en el día, bebidas ,relajación, calidad de sueño, a que hora apago las

lucen?, tiempo para quedarse dormido?, cuantas veces se despertó? y por qué? ,a qué hora se despertó definitivamente,, a qué hora se levantó?, cuánto durmió?, total del tiempo que paso en la cama, tomó algún medicamento?; realizando así un consenso diario haciéndolos concientizar de los errores que se están cometiendo de igual manera en los aspectos que han mejorado. Como es la primera semana que se llevo el diario pueden surgir algunos errores tanto el lo contestado como algunas falencias en el proceso. El paso a seguir es aclarar inicialmente las dudas a las respuestas mal dadas en el diario y la segundo paso es mirar las falencias de cada uno realizando una retroalimentación recordando la sesión pasada lo aprendido en cuanto a hábitos del sueño, logrando cambiarles un poco las costumbres que estos manejan a unas mejores, logrando así un cambio en el comportamiento de cada uno, ya que mediante a éstos, se le modifican sus conductas erróneas realizadas. Se realiza una pequeña conclusión dejándoles como tarea el realizar ciertas tareas para este cambio, cómo lo es no mirar el reloj, sacar el televisor del dormitorio, si no les da sueño salirse de la cama.

2 FASE: Se sigue con una pequeña charla, inducida hacia el propósito de la sección de el día, inmediatamente se les da una pequeña introducción a la película que durante 15 minutos vamos a observar sobre los condicionamiento que a diario se dan en nuestras vidas con algunos ejemplos muy sencillos que muestra la película y el proceso de desensibilización al temor como se maneja en la película. Ya terminada la película se les pregunta que fue lo que mas les impacto de ésta; retomando así un diálogo abierto entre los pacientes y la psicóloga, recalcando así los temores del personaje y esto que le generó, a raíz de ello retomamos temores de cada uno de los asistentes brindándonos su aporte, en el taller. Gracias a los datos que ellos nos brindan se empieza a buscar los factores de ansiedad que se generan en cada uno de ellos, ya teniendo esta base se retoman ejemplos de ellos mismos ,para así manejar durante el taller estos ejemplos, se les explica el origen de este temor ,sus consecuencias ,se les realiza una pregunta ¿como ha sido la mejor manera? cómo han afrontado esto?, ¿como lo han solucionado? y si se han beneficiado ,ya sacando las propias conclusiones se realiza el ejercicio por ejemplo a uno de los pacientes le daba mucho miedo subirse a un puente peatonal ,entonces se le deja como tarea que un día comience con mirar el puente durante varios minutos, luego que suba algunos escalones de éste, después subir todas las escales y volverlas a bajar, y por ultimo ya subir hasta la mitad del puente ,hasta que al final ya se de cuenta de que pasó el puente y no se dio cuenta de que lo pasó y se le borró el temor a éste, el enfrenar este temor y llevarnos a vivir poco a poco este miedo, nos genera un acto aversivo y benéfico en nuestro tratamiento.

Se les enseña a darse órdenes aversivas al temor a dormir ,cómo el realizar el ejercicio de ir a la cama sin pensar de qué se van a quedar dormidos; así se realiza inmediatamente un ejercicio en el auditorio, se les da la orden de que cada uno piense en un temor muy grande que tenga ,luego que cierre los ojos

piense en este temor, sienta este temor, y sienta todo lo que este temor le genera, que viva este momento de angustia ,de tensión, de inmediato se da la orden de que toda esta angustia le gusta ,realizando así un condicionamiento ante una situación desagradable y con la orden que se les da la respuesta contraria que es un contracondicionamiento. o sea que la situación de una respuesta emocional apropiada o que se adapta a una situación determinada por otra, que es de desensibilización como lo hemos nombrado en el capítulo de desensibilización sistemática, primero genera así angustia y temor y después se genera lo contrario. Ya para terminar se realiza el cierre concluyendo con la retroalimentación por parte de los pacientes y de la psicóloga aclarando los puntos de vista que sean necesarios, realizando así en conjunto la evaluación de la sesión.

RECURSOS

- Salón adecuado para psicoterapia de grupo.
- Sillas.
- Tablero
- Diario de sueño.
- Televisor
- V H S
- PELÍCULA

ESTRATEGIAS

- Conformación del grupo.
- Inducción general a la sección
- Retroalimentación del diario de sueño semanal reconociendo las fallas a la hora de dormir.
- Buscar los factores de ansiedad a nivel individual.
- Comentar en el grupo los factores de ansiedad observados en la película y las consecuencias que éste generó.
- Expresar los factores de ansiedad de cada uno de los participantes.
- A nivel del grupo seleccionar el factor del cual hablaremos.
- Dar órdenes aversivas al temor a ir a dormir
- Retroalimentación.

EVALUACIÓN

Determinar y evaluar la efectividad de la sección por medio de una retroalimentación grupal; se realizan preguntas como:

- ¿Cómo se sintieron?
- ¿Qué aprendieron?
- ¿Reconocieron sus errores a la hora de dormir?
- ¿Cómo lo van a mejorar?
- ¿En qué les aportó la película vista y con qué parte de ella se identificaron, Han tenido situaciones similares a éstas?
- ¿Reconocieron factores externos que condicionan su comportamiento?
- ¿Creen ustedes que existen factores externos que le están generando el temor a ir a la cama o temor al quedarse dormido?
- ¿Cómo van a utilizar la técnica aprendida en la sesión de hoy?

SESIÓN: 3
LA T. R. E Y RELAJACIÓN NOS AYUDARÁ

FECHA: febrero-20

DURACIÓN: 10 a. m – 11:30 p. m

TEMA: Introducción a la terapia racional emotiva Desensibilización sistemática técnica de la relajación

OBJETIVOS

- Identificación Hábitos de Sueño
- Educar a los asistentes a realizar el diario de sueño.
- Identificar modelo cognitivo.
- Conocer los esquemas mentales.
- Lograr una reestructuración cognitiva en cada uno de los participantes
- Identificar los pensamientos irracionales o disfuncionales y reemplazar dichos pensamientos por otros más racionales o efectivos.
- Identificar las creencias irracionales de las personas y las consecuencias en su pensamiento, sentimiento y comportamiento.
- Realizar una nueva técnica de desensibilización sistemática por medio de la relajación muscular.

MARCO TEÓRICO

Se comienza la sesión del día de hoy llamando lista de los asistentes al seminario taller; se realizará en 3 fases de la siguiente manera:

1 FASE Identificación de hábitos del sueño por medio del diario de sueño.

2 FASE Introducción a la Terapia racional emotiva de Ellis. Centrado en P S C.

3 FASE Técnica de relajación muscular.

METODOLOGÍA. Psicoterapia de grupo. Seminario-taller.

PROCEDIMIENTO

1 FASE: Se realiza la bienvenida a la tercera sesión, luego se toma lista de los asistentes y se comienza con la retroalimentación del diario de sueño de igual manera que las sesiones anteriores

2 FASE: Se comienza con una breve charla y discusión acerca de los hábitos de sueños erróneos y la reestructuración de los que han mejorado en la semana; a partir de ello se les explican estos cambios que han surgido en su comportamiento y de la mano en su cognición, si antes en su mente venían pensamientos como el que voy a dormir una siesta a medio día porque me dio sueño ahora ya no, entonces se nota un cambio tanto cognitivo como conductual, Se escribe en el tablero las siglas **P---**que significa pensamiento, **S---**sentimiento, **C---**comportamiento, se les pide que nombremos algunos de los pensamientos que nos generan temor y ansiedad que no nos hallan contado, de ahí se retoman los sentimientos que estos generan y los comportamientos a los que induce éste, dando explicación al pequeño bosquejo, dándoles la conclusión de que así como percibimos los hechos de la realidad, esto interactúa con nuestra evaluación cognitiva, emocional y conductual. Se les da una explicación que ante las interpretaciones equivocadas que nosotros los seres humanos hacemos acerca de la realidad traen consigo emociones negativas, frustración, tristeza, falta de motivación y muchas más emociones negativas que llevarán a las conductas y creencias irracionales, llevándolos a experimentar una angustia psicológica excesiva, a partir de las herramientas que nosotros les estamos dando en cada sesión; es cómo logramos confrontar tales creencias para así nosotros como psicólogos. Captemos lo irracional y lo disfuncional. Al terminar esta fase si alguno de los participantes tiene un ejemplo de algún suceso de la vida cotidiana, lo comentamos ante el auditorio, analizamos y concluimos con los aportes de los participantes.

3 FASE Se les pide a los pacientes que se coloquen cómodos que se quiten los zapatos y los elementos que les incomoda, recostándose en el piso acomodado para la relajación, se les enseña a realizar una respiración muy lenta tomando aire por la nariz, automáticamente inflando el estómago y votándolo lentamente por la nariz dejando el estómago plano, este ejercicio se repite lentamente 5 veces, luego se les da la orden de que tomen aire lentamente, pero no se vota solo hasta la voz de tres así sucesivamente se realiza el ejercicio cada vez más lento manteniendo mas la respiración, pero con lapsos cortos de tiempo de 3,6,9,10 segundos, se da la aclaración de que si alguien no pudo aguantar tanto la respiración realice este ejercicio con lapsos de tiempo mas cortos, ya terminados los ejercicios de respiración proseguimos a realizar los ejercicios de relajación, La psicóloga comienza usualmente dando una explicación razonada de la relajación muscular profunda, de acuerdo con los pacientes. Como medida de precaución se les pregunta si el paciente ha sufrido algún daño (por ejemplo, tortícolis o lesión en

la espalda) o tiene cualquier otro molestar físico, que pudiera dar como resultado dolor o mayores lesiones, en donde se tensionarán los grupos musculares asociados. Pocas veces la respuesta es afirmativa pero cuando lo es, el terapeuta o psicólogo debe tener especial cuidado al tratar con estos grupos de músculos, ya sea limitando la cantidad y prontitud del procedimiento de tensión o dejándolos fuera de la inducción a la relajación. Se les pide que escuchen los pasos que se les indicará concentrándose así sólo en las órdenes dadas, que no piensen en los sonidos externos y que mantengan la respiración lenta y calmada como la aprendieron.

Pasos

Manos. Se tensan los puños; se relajan. Se extienden los dedos; se relajan.

Bíceps y tríceps. Se tensan los bíceps; se relajan. Se tensan los tríceps; se relajan.

Hombros. Se jalan hacia atrás; se relajan. Se empujan hacia delante; se relajan.

Cuello (lateral). Con los hombros erguidos se gira la cabeza lentamente hacia la derecha, hasta una posición extrema; se relaja. Con los hombros erguidos se gira la cabeza a la izquierda; se relaja.

Cuello (adelante). Se lleva la cabeza hacia adelante hasta que la barbilla se apoye en el pecho; se relaja (no se recomienda echar la cabeza hacia atrás).

Boca. Se abre como sea posible; se relaja. Se fruncen los labios como haciendo un puchero exagerado; se relaja.

Lengua (se extiende y se retrae). Con la boca abierta, se extiende la lengua tanto como sea posible; se relaja ("deje que su lengua tome una posición cómoda en la boca). La lengua se "jala hacia atrás" al interior de la garganta tanto como sea posible; se relaja.

Lengua (paladar y parte inferior). La lengua se empuja hacia el paladar como sea posible; se relaja. Se presiona la lengua contra la parte inferior tanto como sea posible; se relaja.

Ojos. Se abren tanto como sea posible hasta que la frente se arrugue (lo cual usualmente requiere considerable esfuerzo recalcando la atención en los ojos y en la frente); se relajan (lograr que el paciente relaje los ojos, el sueño después de este ejercicio a menudo resulta difícil. Se recomienda la estimulación amable por parte del terapeuta "relaje los ojos y la frente un poco más", especialmente cuando el terapeuta advierta cierta tensión en ojos y frente) los ojos se mantienen cerrados tan fuerte como sea posible; se relajan (se pueden concluir la fase de

relajación con instrucciones de que se abran los ojos ligeramente, pero con una concentración tal que el paciente no “verá” nada.)

Respiración. El paciente hace una aspiración tan profunda como sea posible (la estimulación para que inhale “aún más profundamente” es conveniente puesto que esto es una respuesta que requiere notable esfuerzo); se relaja (“reanude la respiración normal, uniforme y cómoda”). El paciente exhala hasta que “los pulmones se vacían de toda partícula de aire”. (si se siguen las instrucciones el paciente se hallará en estado de considerable angustia). A muchos individuos les resulta difícil permanecer en este estado durante los diez segundos y se recomienda reducir la fase de tensión a 5-7 segundos); se relaja (“reanude la respiración normal, regular”).

Espalda. Descansando los hombros contra la silla, se impulsa el tronco hacia adelante a fin de arquear toda la espalda. Se debe aconsejar al paciente que lleve a cabo muy lentamente la fase de tensionamiento y se relaje inmediatamente si experimenta algún dolor.

Parte media. La parte media se eleva ligeramente tensando los músculos de los glúteos; se relaja. La parte media se baja ligeramente metiendo los glúteos en el asiento e la silla; se relaja.

Muslos. Se extienden las piernas y se levantan aproximadamente 15 cm. El piso (debe tenerse cuidado de que el tensionamiento simultáneo de los músculos del estómago sea mínimo); se relajan (“deje que las piernas caigan al piso”). Tensar el grupo opuesto de músculos implicaría retraer la parte interior de las piernas por debajo de los muslos y esto implicaría un acomodamiento complejo de la posición del cuerpo, que alteraría el ritmo y la continuidad, tal vez seria bueno omitir este ejercicio. Una razonable alternativa seria que el paciente “hundiera” sus talones en el piso.

Estómago. Se sume tan profundamente como sea posible, “como si fuera a tocar espinazo” (los ejercicios para el estómago, así como los de respiración requieren mucho esfuerzo, lo que hace útil el estímulo del terapeuta); se relaja “hasta que cada fibra muscular del estómago se haya relajado”. Se comprime el estómago, “como si se preparara para recibir un golpe en el abdomen”; se relaja, (“hasta que cada fibra muscular se haya relajado”). (En ambos ejercicios para el abdomen, si bien es posible respirar cuando se está en tensión, resulta difícil. Tratándose de los músculos del estómago, si se observa al paciente aguantar la respiración, quizá sea mejor para el terapeuta pasarlo por alto.)

Pantorrillas y pies. Con las piernas apoyadas, se doblan los pies hasta que los dedos apunten hacia la cabeza; se relajan. Con las piernas apoyadas, se doblan los pies en la dirección opuesta (es factible que durante el tensamente aparezca un calambre de los músculos de la pantorrilla, momento en que el terapeuta debe

pedir al paciente que se relaje sugiriéndole que “agite los músculos distendidos”); se relaja.

Dedos de los pies. Apoyadas las piernas y relajados los pies, se “presionan los dedos contra la suela de los zapatos”; se relajan. Con las piernas apoyadas y los pies relajados, se doblan los dedos en la dirección contraria votando la parte superior del interior del zapato; Ya terminada la relajación se les pide que se acomoden lentamente y se paren sus sillas respectivas, cerrando así como en las anteriores sesiones con la retroalimentación grupal y evaluación de la sesión por medio de preguntas y aportes del grupo.

RECURSOS

- Salón adecuado para psicoterapia de grupo.
- Sillas.
- Tablero
- Diario de sueño.

ESTRATEGIAS

- Retroalimentación del diario de sueño semanal reconociendo las fallas a la hora de dormir.
- Trabajo terapéutico a partir de lo cotidiano, integrantes del análisis **P-S-C**
- Buscar e identificar los pensamientos irracionales.
- Comentar en el grupo los pensamientos irracionales.
- Reconocimiento de la capacidad para modificar de una manera significativa estos pensamientos irracionales.
- Descubrir sus creencias irracionales y discriminar entre ellas sus alternativas racionales
- Retroalimentación
- Aplicación de una nueva técnica que es la relajación y el tensionamiento

EVALUACIÓN

Determinar y evaluar la efectividad de la sección por medio de una retroalimentación grupal ,se realizan preguntas como:
¿Cómo se sintieron?

¿Qué aprendieron?

¿Qué hábitos de sueño han mejorado y cuáles se han empeorado?

¿Por qué creen que todavía existen hábitos que no se han mejorado o se han empeorado?

¿Qué técnicas han aplicado de las enseñadas para mejorar estos hábitos?

¿En cuál de las técnicas se esta fallando y por que?

¿De qué manera les han aportado estas técnicas al trastorno de insomnio?

¿Es significativo para cada uno de los participantes el cambio de estos pensamientos irracionales?

¿Cómo pueden cambiar estos pensamientos irracionales o disfuncionales, por otros más racionales o efectivos?

¿Cómo se ve cambiada nuestra vida, nuestros comportamientos y sentimientos a raíz de estos pensamientos?

¿Para qué sirve este cambio en sus vidas cotidianas?

SESIÓN: 4
DETÉN TU PENSAMIENTO, Y RELÁJATE

FECHA: febrero-27

DURACIÓN: 10 a. m – 11:30 p. m

TEMA: Terapia Racional Emotiva, detección del pensamiento, técnicas de relajación con imaginería

METODOLOGÍA: Psicoterapia de grupo. Seminario-taller.

OBJETIVOS

- Identificación Hábitos de Sueño y sus errores realizando una modificación en estos errores.
- Educar a los asistentes a realizar el diario del sueño.
- Reforzar lo que en la sección anterior se aprendió con ejemplos de la vida cotidiana, implementación a la terapia racional emotiva.
- Lograr una detección automática de los pensamientos negativos al ir a dormir como lo es pensar en otra noche sin dormir, va a amanecer y no he pegado el ojo, voy a amanecer cansado, angustiado y triste.
- Identificar los hábitos para descubrir la negatividad en los pensamientos.
- Aprender a controlar nuestros pensamientos para así corregir las emociones resultantes.

MARCO TEÓRICO:

Se comienza la sesión del día de hoy llamando lista de los asistentes al seminario taller se realizará en 3 fases de la siguiente manera:

1 FASE Identificación de hábitos del sueño por medio del diario de sueño.

2 FASE Repaso sobre la Terapia racional emotiva de Ellis. Centrado en **P S C**, Técnica de detención del pensamiento

3 FASE Técnica de relajación muscular, con imaginería.

PROCEDIMIENTO:

1 FASE: Se realiza la bienvenida a la 4 sesión, luego se toma lista de los asistentes y se comienza con la retroalimentación del diario de sueño de igual manera que las sesiones anteriores

2 FASE: Se retoman algunas ideas a partir de los hábitos que no se han podido corregir y el por qué no se han podido modificar por ejemplo se toma el aporte de uno de los participantes para explicar la segunda fase de nuestra intervención en la sesión de hoy. El empieza su narración con la queja de que se despierta muy temprano “3 de la mañana” y no vuelve a conciliar el sueño, se le pregunta que ha realizado a partir de esta hora, no ha hecho nada me he quedado acostado en la cama, sintiendo cierta angustia que es inexplicable, pienso cuando cierro los ojos en que no me voy a levantar a tiempo al trabajo y que voy a levantarme muy cansado esto me ayuda a desesperarme más por no conciliar el sueño, empiezo a acelerarme y la cama me empieza a fastidiar, pero me da mucha pereza el levantarme porque me da mucho frío, y pesar con mi esposa de que la despierte, se realiza un diálogo entre el psicoterapeuta y los participantes aportándole a este nuevas soluciones, haciéndole caer en cuenta que no ha realizado las normas de higiene como le deben ser, que si no le coge el sueño se desplace a otro lugar, pero que no se quede en la cama porque le va a coger más fastidio a ésta, se le recomienda ubicarse en otro lugar de la casa y colocarse a realizar una de las técnicas mencionadas anteriormente, a partir de este ejemplo se les pide a los participantes que cierren los ojos y piensen en todos estos pensamientos intrusos que nos llegan a nuestras mentes cuando no podemos conciliar el sueño, durante un minuto, se da la orden de **¡ALTO!** Y que abran lentamente los ojos, se les pide que nos cuenten que pasó en ese momento, qué sintieron, cómo reaccionó cada uno de los participantes, en un breve consenso se concluye que la mente queda en blanco y que automáticamente se borraron los pensamientos intrusos, esta nueva técnica se les explica como se llama y que es de una gran utilidad para cuando se tiene dificultades de control, esta técnica en el insomnio es muy practica ya que al paciente al tener pensamientos de temor al ir a la cama como ustedes y al no poder dormir; inmediatamente nos damos la orden de que estos pensamientos tienen que parar. Se les deja como tarea esta nueva técnica y que la ensayen cada vez que tengan pensamientos intrusos, sobretodo cuando no podemos conciliar el sueño porque nuestra mente está ocupada en estos pensamientos.

3 FASE: Se les pide a los pacientes que se coloquen cómodos, que se quiten los zapatos y los elementos que les incomoda, recostándose en el piso acomodado para la relajación, donde este proceso lo realizaremos de la misma manera que en la sesión anterior ,igualmente que ,los ejercicios de respiración, lo único que se va a implementar es que se les va a colocar la música de fondo con los sonidos de la naturaleza y el paso a implementar en esta sesión es la imaginería después de la relajación, se les pide a los participantes que sigan con los ojos cerrados y que vamos a imaginar en la mente de cada uno, las órdenes que se les dará, comienza un día soleado, un día muy bello estamos en nuestro hogares, nos

levantamos muy temprano ya que en este día vamos a realizar una salida de campo, abrimos las ventanas de nuestras alcobas y podemos sentir el roce de este frío de madrugada que nos toca en nuestra cara ,miramos hacia el cielo y observamos un firmamento muy despejado con un sol radiante, nos bañamos ,desayunamos y ya estamos listos para este día de campo fabuloso que vamos a tener, nos despedimos de nuestros familiares y nos dirigimos hacia el carro, tomamos carretera hacia un pueblo cercano a Bogotá, de clima cálido, vamos cruzando entre las montañas y vamos apreciando este hermoso color de estas y de la vegetación que ya se esta observando, seguimos nuestro camino observando la belleza del panorama que nos muestra esta naturaleza, esta vegetación de tan bellos colores, sentimos el roce de el viento de clima calido empezamos a sentir un poco de calor ,hacemos un pare en nuestro camino, nos detenemos en medio de la carretera, nos bajamos del carro y respiramos este aire fresco, de naturaleza pura, observamos así el paisaje, nos damos cuenta que hay vegetación de colores blancos, rosados, fucsias, amarillos, pájaros volando a nuestro alrededor de colores pasteles y se escucha su bello cantar, luego seguimos nuestro camino vamos entrando a un parque natural muy hermoso y tranquilo observamos al fondo una cascada grandísima ,empezamos a oír el sonido de esta, observamos lo puro que es el agua de esta, nos bajamos del auto y nos dirigimos hasta ella, observamos el caer del agua, las piedras tan grandes que hay a su alrededor ,la vegetación, nuestro cuerpo ya siente un poco mas de calor nos remangamos nuestros pantalones, nos quitamos medias y zapatos y damos pasos lento hacia esta cascada, sentimos en nuestros pies este fresco del agua de la cascada, caminamos lentamente en el agua de ésta, respiramos nuevamente el aire fresco y puro que hay en este parque, luego ya salimos de esta cascada ,nos secamos nuestros pies ya más frescos y caminamos en el pasto sintiendo este con el roce de nuestras plantas de nuestros pies, sentimos como si estuviéramos caminando en una alfombra muy suave, nos damos un descanso para saborear una de las delicias frutas de la zona, la saboreamos y la comemos lentamente, luego nos recostamos sobre la alfombra verde que hay en este parque y observamos este bello firmamento de color azul claro y despejado, respiramos lentamente el aire que caracteriza esta zona, ya se observa que está cayendo el atardecer el sol se está ocultando abriéndole campo al anochecer, ya el calor de nuestro cuerpo a bajado y nos sentimos un poco mas frescos

RECURSOS

- Salón adecuado para psicoterapia de grupo.
- Sillas.
- Diario de sueño.
- Grabadora
- CD de sonidos de la naturaleza.

- Tablero

ESTRATEGIAS

- Conformación del grupo.
- Inducción general a la sección
- Retroalimentación individual del diario de sueño
- Retomar lo de la sección pasada recordando algún ejemplo expuesto.
- Realizar un pequeño registro de los últimos pensamientos disfuncionales que tuvimos.
- Cerrar los ojos y traer este pensamiento a nuestras mentes cuando estén en la parte más negativa.
- La psicóloga encargada da la orden a los participantes de alto paren esos pensamientos
- Retroalimentación del ejercicio
- Relación de este ejercicio con la sección pasada.
- Relajación, introduciéndole una imagen de algo agradable para cada uno.

EVALUACIÓN

Determinar y evaluar la efectividad de la sesión; por medio de una retroalimentación grupal se realizan preguntas como

- ¿Si lograron aplicar el ejercicio de detención del pensamiento?
- ¿Qué paso con estos pensamientos negativos?
- ¿Al traer a la mente una imagen agradable cómo se sintieron?
- ¿Lograron realizar el ejercicio de relajación con la imagen que se les dijo?

SESIÓN: 5

DETÉNGASE, Y SOLUCIONES SUS PROBLEMAS

FECHA: marzo 6-2003

DURACIÓN: 10:00 AM. —11:30 AM.

TEMA: Solución de problemas, detención del pensamiento, relajación con imaginería

OBJETIVOS

Identificación de los errores cometidos con las técnicas anteriores, así mejorando éstas.

- Desarrollar estrategias para enfrentar conflictos de una manera asertiva
- Reconocer desencadenantes del problema y sus consecuencias a nivel físico, emocional, comportamental y laboral.
- Identificar estrategias propias para el manejo de situaciones problemas.
Identificar fortalezas personales que faciliten la superación de los conflictos.

MARCO TEÓRICO

Se comienza la sesión del día de hoy llamando lista de los asistentes al seminario taller se realizará en 4 fases de la siguiente manera:

1 FASE Identificación de hábitos del sueño por medio del diario de sueño.

2 FASE Repaso sobre la técnica de detención del pensamiento,.

3 FASE Solución de problemas.

4 FASE Técnica de relajación muscular, con imaginería.

METODOLOGÍA: Psicoterapia de grupo. Seminario-taller.

PROCEDIMIENTO

1 FASE Se realiza la bienvenida a la 5 sesión, luego se toma lista de los asistentes y se comienza con la retroalimentación del diario de sueño, de igual manera que las sesiones anteriores.

2 FASE se les pregunta a los participantes qué fallas tuvieron al realizar el ejercicio si se pudieron concentrar, uno de los integrantes comenta el caso que el

no piensa cosas malas o negativas sino que cierra los ojos y se cree el súper héroe como superman y su mente empieza a maquinarse muchas cosas que se desenvuelven a raíz de ello, se le pregunta como ha utilizado las técnicas aprendidas realizando un pequeño énfasis en la detención del pensamiento, a raíz de ello los integrantes del grupo empiezan a aportar puntos de vista y soluciones al problema de éste

3 FASE: A partir del ejemplo dado por uno de los participantes y las posibles soluciones al problema que éste, presenta, tomamos el tema de solución de problemas realizando una pequeña introducción a este explicando que la cognición humana implica el uso activo del lenguaje, imágenes y conceptos como lo son por componentes del pensamiento para así resolver problemas y tomar decisiones. Realizamos un pequeño bosquejo en el tablero de los pasos a seguir para la solución de los problemas

Categorización del problema. Pueden ser de orden verbal, matemático o visual.
Base de cómo resolver el problema. Interpretación de éste.

A raíz de ello se les explica que se desprenden varios pasos a seguir para la resolución de problemas mas asertivamente que son:

Recuperación de la información de la memoria a largo plazo. Está siendo útil cuando se tiene que encontrar rápidamente una solución verdadera.

Análisis de medio y fines, esta significa la combinación de metas y sub metas, su finalidad es reducir la discrepancia entre lo actual y la meta deseada en varios puntos intermedios.

Trabajo retroactivo. Se trabaja desde la meta deseada hasta condiciones iniciales, ésta es mucho más útil cuando la meta ofrece más información que las condiciones iniciales.

Ya explicado estos temas les pide a los integrantes del grupo que conformen grupos de 5 personas, que nombren una persona que ejerza las funciones de coordinador de grupo, y de controlador de tiempo y el relator en la plenaria a realizar, se les piden que comenten a nivel grupal un problema individual de todos, y se escoge uno de ellos, se le busca el título al problema, la persona que tuvo el problema lo comenta a sus compañeros del grupo con sus consecuencias y manifestaciones de éste, cómo lo solucionó y si fue asertivo o no en su toma de decisiones. Los compañeros del grupo dan su aporte indicando cómo lo hubieran enfrentado si hubiesen sido ellos, dando así otras posibles soluciones que las personas no hubieran podido imaginar.

Ya concluyendo con el trabajo grupal se les pide el favor que nos reunamos y empecemos la plenaria; se comienza con el grupo asignado y el representante cuenta muy concretamente el problema, la solución dada en el momento, las

posibles soluciones que los integrantes del grupo dieron, así con todos los grupos concluimos que la solución efectiva de problemas está muy relacionada con muchos factores, incluyendo el nivel adecuado de motivación y activación emocional y disposición que es la tendencia a percibir y abordar los problemas, como se pudo observar en el ejercicio realizado y los diferentes puntos de vista planteados, buscando una herramienta de estrategia de resolución de problemas en las que las posibles soluciones son evaluadas de acuerdo con criterio apropiado descartando así las que no contribuyen a la solución, los problemas rara vez conducen a estrategias directas, casi siempre se requiere mucha creatividad. en este momento de la sesión, los participantes ya están en disposición de una solución de conflictos más adecuada a partir de lo vivencial, se les pide que entre todo el grupo que propongamos una frase para concluir la sesión y entre todo el grupo de concluyo con la siguiente frase **“UNO VE SÓLO LO QUE SUS OJOS QUIEREN VER”**

4 FASE: Se les pide a los pacientes que se coloquen cómodos que se quiten los zapatos y los elementos que les incomoda, recostándose en el piso acomodado para la relajación, donde realizaremos este proceso.

RECURSOS

- Salón adecuado para psicoterapia de grupo.
- CD música de relajación
- Tablero
- Sillas

ESTRATEGIAS

- Retroalimentación de la sección pasada.
- Lectura de los diarios de sueño-Recomendaciones
- Conformación de pequeños grupos.
- Nombrar una persona que ejerza las funciones de: coordinador del grupo,
- Controlador del tiempo, y relatora en el momento de la plenaria.
- Buscar el título del problema a nivel individual.
- Comentar en el grupo el título del problema.
- A nivel del grupo seleccionar el problema, del cual hablaremos.
- La persona que tiene o tuvo el problema lo comenta a sus compañeros indicando la manera como lo enfrentó.

- Los compañeros del grupo dan su aporte indicando como lo hubieran enfrentado si hubiese sido de ellos.
- Retroalimentación
- Relajación-imaginería

EVALUACIÓN

Determinar y evaluar la efectividad de la sección por medio de una Retroalimentación grupal; se realizan preguntas como:

- ¿Cómo se sintieron?
- ¿Qué aprendieron?
- ¿Es significativo la comunicación y los puntos de vista de otras personas?
- ¿En que les aporó los otros puntos de vista?
- ¿Ustedes creen que esta nueva técnica de solución de problemas, cómo lo pueden aplicar a la vida diaria?
- ¿El ser más asertivos en solucionar los problemas de la cotidianeidad nos llevará a ser personas más asertivas?
- ¿Cómo relacionarían esta técnica con su problema de insomnio?
- ¿Cómo solucionaría esta técnica con su angustia antes de ir a dormir?

FECHA: marzo 13-2003

DURACIÓN: 10:00 AM. —11:30 AM.

TEMA Intención paradójica, solución de problemas, relajación, tensionamiento, imagería

OBJETIVOS

- Identificación de los errores cometidos con las técnicas anteriores, así mejorando éstas.
- Desarrollar la estrategia de intención paradójica, logrando que los participantes vayan a dormir concentrándose solamente en la relajación, en la tensión y destensionamiento, imagería y en la música, sin la idea de irse a dormir, ocurriendo el efecto contrario ya que sin darse cuenta se quedan dormidos.
- Identificar estrategias propias para el manejo del insomnio como lo es la intención paradójica.
- Identificar fortalezas personales que faciliten la superación del temor antes de ir a dormir.

MARCO TEÓRICO

Se comienza la sesión del día de hoy llamando lista de los asistentes al seminario taller se realizara en 3 fases de la siguiente manera:

1 FASE Identificación de hábitos del sueño por medio del diario de sueño.

2 FASE Repaso sobre la técnica de resolución de conflictos.

3 FASE Intención paradójica, técnica de relajación muscular, con imagería.

METODOLOGÍA

- Psicoterapia de grupo
- Seminario-taller.

PROCEDIMIENTO

1 FASE Se realiza la bienvenida a la 6 sesión, luego se toma lista de los asistentes y se comienza con la retroalimentación del diario de sueño de igual manera que las sesiones anteriores

2 FASE: Se les pregunta cómo les ha ido con las herramientas aprendidas y que algunos de los participantes nos comente un problema ocurrido en la semana, le pedimos que nos cuente las posibles soluciones, qué pudo observar del problema y cuál fue la más correcta para solucionar éste, a raíz de esto se le pide a los integrantes que nos den su aporte dándole así una retroalimentación del proceso vivencial de la persona, en lo que se está fallando y cómo han evolucionado a nivel individual en la resolución de problemas, cómo ha mejorado su trastorno de insomnio con la técnica de resolución de conflictos, un aporte breve es que ya no solucionan en la noche los problemas sino en el día, en el momento apropiado, cuando ya se hayan limado las perezas, y cuando ya uno como persona tenga la mente más clara y tranquila.

3 FASE: Comenzamos una pequeña introducción sobre la intención paradójica, dándole la explicación que para muchos insomnes la cama y el dormitorio se han vuelto estímulos discriminativos que anuncian la llegada del insomnio y la vigilia. Y lo utilizan para otras cosas. A raíz de ello se realiza el ejercicio donde se les pide que cierren los ojos se realizan ejercicios de respiración, desensibilización, relajación e imaginación, cómo se ha realizado en las anteriores sesiones, pero con la intención de que no se van a quedar dormidos, nuestra mente solo va a estar concentrada en el ejercicio, y en la música de fondo que no nos vamos a preocupar en apagar la música, nuestra idea es realizar el ejercicio sin la idea inicial de dormir. Realizando así el cierre como las anteriores sesiones

RECURSOS

- Salón adecuado para psicoterapia de grupo.
- CD música de relajación
- Tablero
- Sillas

ESTRATEGIAS

- Retroalimentación de la sesión pasada.
- Lectura de los diarios de sueño-Recomendaciones
- Ejercicio individual de intención paradójica, cada integrante cierra los ojos se le realizan ejercicios de respiración, se desensibilizan y se les da la orden de que este ejercicio lo van a realizar antes de acostarse acompañado de la relajación,

se acostarán sin la idea de que se van a quedar dormidos su pensamiento solo va a estar pendiente de la relajación, tensión, imaginería y música si se queda dormido no importa, no se preocupe por quién va a apagar la grabadora o me quedé dormido y no me di cuenta.

- Retroalimentación
- Relajación-tensionamiento. imaginería

EVALUACIÓN

Determinar y evaluar la efectividad de la sesión por medio de una retroalimentación grupal se realizan preguntas como:

- ¿Cómo se sintieron?
- ¿Qué aprendieron?
- ¿Qué técnicas anteriores no han podido practicar y por que?
- ¿Al desarrollar las estrategias se les ha presentado alguna dificultad?
- ¿Al desarrollar estas técnicas en que han mejorado en su trastorno de sueño?
- ¿Han identificado fortalezas personales que faciliten la superación del temor antes de ir a dormir?
- ¿Cómo han mejorado en sus labores cotidianas y qué no han mejorado?
- ¿A que se debe de que todavía se presenten algunas fallas en el proceso?

CONTROLA TUS ESTÍMULOS

FECHA: marzo 20-2003

DURACIÓN: 10:00 AM. —11:30 AM.

TEMA Control de estímulos, relajación -tensionamiento

OBJETIVOS

- Identificación de los errores cometidos con las técnicas anteriores, así mejorando éstas.
- Resolver el que los participantes insomnes frecuentemente han desarrollado un condicionamiento aversivo a su cama y dormitorio por la ansiedad experimentada en este lugar.
- Evitar las actividades de vigilia dentro del dormitorio.
- Reconocer desencadenantes del problema y sus consecuencias a nivel físico, emocional, comportamental y laboral.

MARCO TEÓRICO

Se comienza la sesión del día de hoy llamando lista de los asistentes al seminario taller se realizará en 2 fases de la siguiente manera:

1 FASE Identificación de hábitos del sueño por medio del diario de sueño. Identificando estos indicadores mal adaptados ,dándoles así una herramienta mas para su proceso que es el control de estímulos que consiste en enseñar a la gente a reasociar la cama y el dormitorio con un comienzo rápido del sueño, mediante la reducción en el dormitorio de los comportamientos incompatibles con el sueño y que sirven como señales para permanecer despierto, con el objetivo de evitar la asociación entre la cama y la actitud de permanecer tumbado despierto, enseñando a los pacientes a ir a la cama solo cuando estén somnolientos, a salir cada vez que hayan pasado 10 minutos sin dormir y no volver a esta hasta cuando se esté otra vez somnoliento y esta secuencia se repite en las noches tantas veces sean necesario En esta sesión se les realiza un repaso de las normas de higiene de sueño de la primera sesión.

2 FASE Se realiza una pequeña retroalimentación basada en el ejercicio de Intención paradójica, por medio de preguntas y luego se concluye con técnica de relajación muscular, con imaginería. Realizando así el cierre como las anteriores sesiones

METODOLOGÍA: Psicoterapia de grupo. Seminario-taller.

PROCEDIMIENTO

RECURSOS

- Salón adecuado para psicoterapia de grupo.
- CD música de relajación
- Tablero
- Sillas

ESTRATEGIAS

- Retroalimentación de la sección pasada.
- Lectura de los diarios de sueño-Recomendaciones. Esta técnica consiste en unas cuantas instrucciones simples que deben llevarse a cabo y que, según se corrijan estos defectos, producirán los efectos deseados:
- Acuéstese sólo cuando tenga sueño
- Use la recámara sólo para dormir
- Si no puede dormir, levántese y haga algo relajante. Repita cuantas veces sea necesario
- Use despertador para despertar siempre a la misma hora.
- No tome siestas
- Retroalimentación
- Relajación-Tensionamiento.

EVALUACIÓN

Determinar y evaluar la efectividad de la sección por medio de una retroalimentación grupal se realizan preguntas como:

- ¿Cómo se sintieron?
- ¿Qué aprendieron?
- ¿Es significativo las técnicas que han aprendido?

- ¿Qué les aportó y cómo las han aplicado?
- ¿Hasta la sesión de hoy se han eliminado malos hábitos a la hora de dormir?
- ¿Se está consiente de que han desarrollado un condicionamiento aversivo a su cama y de qué manera han mejorado este condicionamiento?

CIERRE PROGRAMA

FECHA: marzo 27-2003

DURACIÓN: 10:00 AM. —12:30 AM.

TEMA Recopilación de las técnicas aprendidas. Aplicar la segunda medición de las intervenciones. Repaso de las técnicas, por medio de la relajación con tensionamiento, imaginería.

OBJETIVOS

- Determinar y evaluar la efectividad del programa.
- Realizar la retroalimentación grupal, concluyendo ventajas y desventajas del programa.
- Identificación de los errores cometidos con las técnicas anteriores, así mejorando estas.
- Desarrollar estrategias para enfrentar la vida de manera asertiva
- Identificar fortalezas personales que faciliten la superación del insomnio psicofisiológico a raíz de todo lo aprendido.

Se comienza la sesión del día de hoy con el reconocimiento del grupo con el que se va trabajar, el seminario taller se realizará en 3 fases de la siguiente manera:

1 FASE Reunión general, conferencia de retroalimentación.

2 FASE Identificación de los errores cometidos en las sesiones

3. FASE Aplicación de instrumentos y cierre, retroalimentación por parte del medico neurólogo y la psicóloga a los pacientes.

METODOLOGÍA: Psicoterapia de grupo. Seminario-taller.

PROCEDIMIENTO: Las sesiones se realizarán de la siguiente manera.

1 FASE: Ubicación de los asistentes en el auditorio, cuando ya está completa la población, se toma lista de los asistentes, con número de carnet, edad, ocupación. Ya integrado el grupo se prosigue a la conferencia de retroalimentación por parte de los participantes acerca de la efectividad de programa realizado concluyendo las ventajas y desventajas de éste, esta retroalimentación se realiza por medio de preguntas que se observarán en la evaluación de esta sesión.

2 FASE: Concluyendo con lo anterior se retoman algunos ejemplos dados por los pacientes conociendo así los errores cometidos en la práctica de las técnicas y en las sesiones, esto también se realiza por medio de las preguntas de evaluación.

3-FASE: Para así realizar el cierre de la última sesión ya agradeciéndole a los pacientes por su participación y cumplimiento, dándole información de que se les va a realizar un seguimiento mensual programando, así la próxima reunión para dentro de un mes. Se les realiza la aplicación de las pruebas; inicialmente llenaran la escala subjetiva de Pittsburgh que esta nos dará un 2 informe de sus costumbres del dormir en las dos ultimas semanas ,observando aspecto como lo son duración del sueño, ¿que es? ¿cuantas horas durmieron?; eficiencia del sueño, como la misma palabra lo dice que tan eficaz es su sueño; trastorno del sueño, ¿cuáles son las manifestaciones mas comunes a diario de cada uno de ustedes?; somnolencia diurna qué tan evidente en sus actividades diarias es el permanecer despierto y con las energías necesarias que estas requieren?; latencia del sueño, es el tiempo que se transcurre entre que se apagan las luces y se queda dormido, dándoles esta pequeña explicación sobre el cuestionario se entra a llenar este, se comienza con la primera pregunta explicándoles una a una cada pregunta de éste ya que algunas presentan confusión al contestar , al terminar de llenar se sigue con la aplicación del cuestionario, de desempeño laboral dándole una explicación a que uno de los factores de su vida diaria se afectan es su desempeño laboral y se retoman uno de los aportes de lo pacientes ya que estos manifiestan pérdida de concentración, memoria durante la sesión, desinterés por las responsabilidades diarias, se les explica los factores que se manejarán en esta prueba como lo son actitud frente al trabajo, capacidad técnico profesional, calidad en el trabajo, capacidad de aprender y superarse y relaciones humanas, explicados estos factores y explicados con cada una de las diferentes respuestas que pueden surgir; esta prueba se explica de manera grupal y se contesta de manera individual, donde esta nos ayudará a realizar una comparación de cómo entraron al programa de intervención y en qué aspectos mejoraron o no al terminar el programa.

RECURSOS

- Salón adecuado para psicoterapia de grupo.
- Tablero
- Sillas

ESTRATEGIAS

- Retroalimentación de la sección pasada.
- Lectura de los diarios de sueño-Recomendaciones
- Conversa torio

- Retroalimentación
- Pensamientos negativos (temor)-detención del pensamiento (alto)-Imaginería (imagen del paisaje)-intención paradójica (orden de no quedarse dormido)-Relajación-tensionamiento-imaginería.

EVALUACIÓN

Determinar y evaluar la efectividad de la sección por medio de una retroalimentación grupal se realizan preguntas como:

- ¿Qué beneficios les trajo el programa?
- ¿Qué les aportó en sus vidas diarias y en su proyecto de vida?
- ¿Cómo mejoraron su calidad de sueño?
- ¿Cómo mejoraron su nivel físico, emocional, comportamental y laboral.

5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

“Para los científicos de la conducta, las técnicas estadísticas no paramétricas han resultado ser las más adecuadas para evaluar hipótesis, lo cual les confiere un valor especial”

En las ciencias de la conducta se llevan a cabo investigaciones con el propósito de probar hipótesis que derivamos de teorías y en nuestro campo sobre salen las teorías de la conducta.

En mi caso y con dicha investigación, vale la pena recalcar el conducir a sostener, revisar o rechazar las hipótesis propuestas en el estudio el cual se originó.

Para lograr una decisión objetiva y confiable acerca de las hipótesis, es confirmada por un conjunto de datos donde se manejará un procedimiento objetivo para rechazar o bien aceptar una hipótesis.

Este procedimiento objetivo, se basa en los datos que poseemos de nuestra investigación y debemos estar consientes del riesgo que corremos es grande y que la hipótesis puede ser nula o incorrecta.

Para el análisis estadístico se hace necesario varios pasos que son:

- Establecimiento de hipótesis nula y alterna seleccionada así una prueba estadística para probar la hipótesis nula.
- Elegir el modelo de prueba que se aproxima a las condiciones de la investigación.
- Especificar un nivel de significación y un tamaño de muestra.
- Encontrar la distribución muestra de la prueba estadística bajo la suposición de que la hipótesis es verdadera.
- Definir los rechazos para la prueba estadística.
- Reunir datos obtenidos.

Para este estudio es necesario utilizar el modelo de pruebas no paramétricas, ya que ésta se basa en las condiciones que presentamos en este estudio

Las pruebas paramétricas hacen menos suposiciones acerca de los datos y pueden ser mas relevantes a situaciones particulares, en nuestro caso el programa de intervención psicoterapéutica en el trastorno del sueño psicofisiológico y desempeño laboral. Las hipótesis probadas por una prueba no paramétrica pueden ser más adecuados en la investigación. Se cuenta con esta prueba no paramétrica con un nivel de confianza del 90%.

Partimos de que la investigación, para hallar las correlaciones entre las variables evaluadoras, es necesario compara o parear los datos de la muestra. El nivel de significación en el análisis de los datos es de 0.01 con un nivel de confiabilidad del 90% para una muestra de 21 personas, realizando así análisis de diferencias de medias.

La prueba de signos esta basada en la dirección de las diferencias entre dos mediciones más que en medidas cuantitativas (datos de donde proceden las diferencias), y que es una prueba exacta donde se establece que dos condiciones son diferentes, afirmando así que las variables estudiadas tiene una distribución continua.

En la prueba de signos para muestras pequeñas como la que contamos en la investigación, puede ser unidireccional como bidireccional; en la prueba unidireccional, la hipótesis alterna (H_1) plantea de que un signo (+ O -) ocurrirá más frecuentemente, en la prueba bidireccional, la predicción es simplemente que las frecuencias de los signos diferirán significativamente como lo mostramos en nuestra interpretación de resultados.

Para tal efecto, se realiza en primer lugar la interpretación de calidad del sueño y se analizan los diferentes factores determinantes: latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño y uso de medicamentos para dormir.

Finalmente se lleva a cabo el análisis de los cinco factores del desempeño laboral: Actitud frente al trabajo, Capacidad técnica profesional, Calidad en el trabajo, Capacidad para aprender y superarse y Relaciones humanas

5.1 ESCALA SUBJETIVA DEL SUEÑO DE PITTSBURGH

Pruebas no paramétricas

- Prueba de los signos

Tabla 1. Pre Prueba-post prueba escala de calidad de Pittsburg

		N
Latencia de sueño después - Latencia de sueño antes	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i)	11
	Diferencias positivas(j,k,l,m,n,o,p,q,r)	3
	Empates(s,t,u,v,w,x,y,z,aa)	7
	Total	21
Duración del sueño después - Duración del sueño antes	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i)	0
	Diferencias positivas(j,k,l,m,n,o,p,q,r)	17
	Empates(s,t,u,v,w,x,y,z,aa)	3
	Total	20
Trastorno de sueño después - Trastorno de sueño antes	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i)	10
	Diferencias positivas(j,k,l,m,n,o,p,q,r)	10
	Empates(s,t,u,v,w,x,y,z,aa)	1
	Total	21
Consumo de hipnóticos después - Consumo de hipnóticos antes	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i)	17
	Diferencias positivas(j,k,l,m,n,o,p,q,r)	1
	Empates(s,t,u,v,w,x,y,z,aa)	3
	Total	21
Somnolencia diurna después - Somnolencia diurna antes	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i)	4
	Diferencias positivas(j,k,l,m,n,o,p,q,r)	2
	Empates(s,t,u,v,w,x,y,z,aa)	15
	Total	21
Eficiencia del sueño después - Eficiencia del sueño antes	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i)	6
	Diferencias positivas(j,k,l,m,n,o,p,q,r)	6
	Empates(s,t,u,v,w,x,y,z,aa)	9
	Total	21

Tabla 2. Estadísticos de contraste pre prueba y post prueba

	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Latencia de sueño después - Latencia minutos de sueño antes	,057(a)	,029	,022
Duración del sueño después – Duración del sueño antes	,000(a)	,000	,000
Trastorno de sueño después - Trastorno de sueño antes	1,000(a)	,588	,176
Consumo de hipnóticos después - Consumo de hipnóticos antes	,000(a)	,000	,000
Somnolencia diurna después - Somnolencia diurna antes	,687(a)	,344	,234
Eficiencia del sueño después - Eficiencia del sueño antes	1,000(a)	,613	,226

- Se ha usado la distribución binomial.
- Prueba de los signos

Los resultados más significativos son el de los factores latencia del sueño con un nivel de significación de .029, duración del sueño con .000, consumo de hipnóticos .000.

En los otros factores arrojaron puntajes que no nos arrojaron niveles de confiabilidad, por el cual podemos analizar en cuanto a los niveles de transición desde que los pacientes apagan la luz y hasta que se duermen (latencia de sueño) ha mejorado notablemente después del tratamiento haciendo más fácil la conciliación del sueño, su estado de sueño ha durado mucho más, durmió mal menos veces, consumiendo menos hipnóticos, con una resolución de problemas mas adecuada.

Pruebas no paramétricas

- Prueba de los signos

Tabla 3. Frecuencias pre prueba seguimiento 1.

		N
Latencia de sueño seg1 – Latencia de sueño antes	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i)	13
	Diferencias positivas(j,k,l,m,n,o,p,q,r)	3
	Empates(s,t,u,v,w,x,y,z,aa)	5
	Total	21
Eficiencia del sueño seg1 - Eficiencia del sueño antes	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i)	5
	Diferencias positivas(j,k,l,m,n,o,p,q,r)	11
	Empates(s,t,u,v,w,x,y,z,aa)	5
	Total	21
Duración del sueño seg1 - Duración del sueño antes	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i)	0
	Diferencias positivas(j,k,l,m,n,o,p,q,r)	20
	Empates(s,t,u,v,w,x,y,z,aa)	0
	Total	20
Consumo de hipnóticos seg1 – Consumo de hipnóticos antes	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i)	19
	Diferencias positivas(j,k,l,m,n,o,p,q,r)	1
	Empates(s,t,u,v,w,x,y,z,aa)	1
	Total	21
Somnolencia diurna seg1 – Somnolencia diurna antes	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i)	5
	Diferencias positivas(j,k,l,m,n,o,p,q,r)	4
	Empates(s,t,u,v,w,x,y,z,aa)	12
	Total	21
Trastorno de sueño seg1 - Trastorno de sueño antes	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i)	13
	Diferencias positivas(j,k,l,m,n,o,p,q,r)	1
	Empates(s,t,u,v,w,x,y,z,aa)	7
	Total	21

Tabla 4. Estadísticos de contraste pre prueba seguimiento 1.

	Sig. Exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Latencia de sueño seg1 Latencia de sueño antes	,021(a)	,011	,009
Eficiencia del sueño lseg1 - Eficiencia del sueño antes	,210(a)	,105	,067
Duración del sueño seg1 Duración del sueño antes	,000(a)	,000	,000
Consumo de hipnóticos seg1 - Consumo de hipnóticos antes	,000(a)	,000	,000
Somnolencia diurna seg1 - Somnolencia diurna antes	1,000(a)	,500	,246
Trastorno de sueño seg1 - Trastorno de sueño antes	,002(a)	,001	,001

- Se ha usado la distribución binomial.

- Prueba de los signos

Los resultados más significativos son el de los factores latencia en minutos del sueño con un nivel de significación de .011, duración del sueño con.000, consumo de hipnóticos .000, y trastorno del sueño .001.

En los otros factores arrojaron puntajes que no arrojaron niveles de confiabilidad, por el cual se analiza en que pese a que haya pasado un mes sin tratamiento, sigue mejorando los factores de calidad de sueño, sumándoles a estos su mejoría en el trastorno del sueño como tal.

Tabla 5. Frecuencias, pre prueba y seguimiento 2

		N
Latencia de sueño seg2 – Latencia de sueño antes	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	11
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	3
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	7
	Total	21
Eficiencia del sueño seg2 - Eficiencia del sueño antes	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	6
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	6
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	9
	Total	21
Duración del sueño seg2 – Duración del sueño antes	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	0
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	17
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	3
	Total	20
Calidad subjetiva seg2 del sueño - Calidad antes subjetiva del sueño	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	13
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	2
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	6
	Total	21
Consumo de hipnóticos seg2 - Consumo de hipnóticos antes	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	17
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	1
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	3
	Total	21
Somnolencia diurna seg2 – Somnolencia diurna antes	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	4
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	2
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	15
	Total	21
Trastorno de sueño seg2 - Trastorno de sueño antes	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	9
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	1
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	11
	Total	21

Tabla 6. Estadísticos de contraste, pre prueba seguimiento 2.

	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Latencia de sueño seg2 Latencia de sueño antes	,057(a)	,029	,022
Eficiencia del sueño seg2 Eficiencia del sueño antes	1,000(a)	,613	,226
Duración del sueño seg2 Duración del sueño antes	,000(a)	,000	,000
Calidad subjetiva seg2 del sueño - Calidad antes subjetiva del sueño	,007(a)	,004	,003
Consumo de hipnóticos seg2 - Consumo de hipnóticos antes	,000(a)	,000	,000
Somnolencia diurna seg2 - Somnolencia diurna antes	,687(a)	,344	,234
Trastorno de sueño seg2 - Trastorno de sueño antes	,021(a)	,011	,010

- Se ha usado la distribución binomial.

- Prueba de los signos

Los resultados más significativos son el de los factores latencia del sueño con un nivel de significación de .029, duración del sueño con .000, consumo de hipnóticos .000, mas el factor de calidad de sueño con un nivel de significación .004 y trastorno del sueño con .011

En los otros factores arrojaron puntajes que no nos arrojaron niveles de confiabilidad, por el cual podemos analizar que se sigue manteniendo unos valores significativos en nuestro estudio, pese a dos meses sin tratamiento y los niveles se mantienen estables, logrando así una estabilidad y mejoría en la salud y vida del paciente

Tabla 7. Frecuencias post prueba seguimiento 1.

		N
Latencia de sueño seg1 - Latencia de sueño después	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	6
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	1
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	14
	Total	21
Eficiencia del sueño seg1 - Eficiencia del sueño después	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	0
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	12
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	9
	Total	21
Duración del sueño seg1 - Duración del sueño después	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	0
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	13
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	8
	Total	21
Calidad subjetiva seg1 del sueño - Calidad subjetiva después del sueño	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	9
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	0
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	12
	Total	21
Consumo de hipnóticos seg1 - Consumo de hipnóticos después	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	8
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	0
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	13
	Total	21
Somnolencia diurna seg1 - Somnolencia diurna después	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	1
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	2
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	18
	Total	21
Trastorno de sueño seg1 - Trastorno de sueño después	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	14
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	6
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	1
	Total	21

Tabla 8. Estadísticos de contraste, post prueba seguimiento 1.

	Sig. Exacta (bilateral)	Sig. Exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Latencia de sueño seg1 Latencia de sueño después	,125(a)	,063	,055
Eficiencia del sueño seg1 Eficiencia del sueño después	,000(a)	,000	,000
Duración del sueño seg1 Duración del sueño después	,000(a)	,000	,000
Calidad subjetiva seg1 del sueño Calidad subjetiva después del sueño	,004(a)	,002	,002
Consumo de hipnóticos seg1 Consumo de hipnóticos después	,008(a)	,004	,004
Somnolencia diurna seg1 Somnolencia diurna después	1,000(a)	,500	,375
Trastorno de sueño seg1 Trastorno de sueño después	,115(a)	,058	,037

Los resultados más significativos son el de los factores en eficiencia de sueño con un nivel de significación de .063, eficiencia del sueño al con un nivel de significación de .000, duración del sueño con .000, consumo de hipnóticos .004 y calidad de sueño de .002 y trastorno de sueño .058.

En los otros factores arrojaron puntajes que no nos arrojaron niveles de confiabilidad, por el cual podemos analizar que se establece un claro equilibrio en las mediciones y los seguimientos ya que los resultados arrojados presentan un equilibrio que podemos observar, dándonos resultados significativos para nuestro programa de intervención.

Tabla 9. Frecuencias post prueba seguimiento 2.

		N
Latencia de sueño seg2 Latencia de sueño después	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	1
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	0
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	20
	Total	21
Eficiencia del sueño seg2 – Eficiencia del sueño después	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	0
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	0
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	21
	Total	21
Duración del sueño seg2 - Duración del sueño después	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	0
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	0
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	21
	Total	21
Calidad subjetiva seg2 del sueño – Calidad subjetiva después del sueño	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	0
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	0
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	21
	Total	21
Consumo de hipnóticos seg2 – Consumo de hipnóticos después	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	0
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	0
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	21
	Total	21
Somnolencia diurna seg2 - Somnolencia diurna después	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	0
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	0
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	21
	Total	21
Trastorno de sueño seg2 - Trastorno de sueño después	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	13
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	4
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	4
	Total	21

Tabla 10. Contraste Post prueba seguimiento 2

	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto	Sig. asintót. (bilateral)
Latencia de sueño seg2 Latencia de sueño después	1,000(a)	,500	,500	
Eficiencia del sueño seg2 - Eficiencia del sueño después	1,000	1,000	1,000	1,000
Duración del sueño seg2 - Duración del sueño después	1,000	1,000	1,000	1,000
Calidad subjetiva seg2 del sueño - Calidad subjetiva después del sueño	1,000	1,000	1,000	1,000
Consumo de hipnóticos seg2 - Consumo de hipnóticos después	1,000	1,000	1,000	1,000
Somnolencia diurna seg2 - Somnolencia diurna después	1,000	1,000	1,000	1,000
Trastorno de sueño seg2 - Trastorno de sueño después	,049(a)	,025	,018	

- Se ha usado la distribución binomial.
- Prueba de los signos

El resultado más significativo es el factor de el trastorno con un nivel de significación .025 los otros factores arrojaron puntajes que no nos muestran niveles de confiabilidad, por el cual podemos analizar que en este factor si notamos cambios inestables en nuestro seguimiento ya que muchos de los factores que veníamos observando se subieron, debemos tener muy en cuenta en esta etapa del estudio un refuerzo para los pacientes, aunque el trastorno del sueño sigue en su punto estable de mejoría

Tabla 11. Frecuencias seguimientos 1 y 2

		N
Latencia de sueño seg2 Latencia de sueño seg1	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	1
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	5
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	15
	Total	21
Eficiencia del sueño seg2 Eficiencia del sueño seg1	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	12
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	0
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	9
	Total	21
Duración del sueño seg2 Duración del sueño seg1	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	13
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	0
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	8
	Total	21
Calidad subjetiva seg2 del sueño Calidad subjetiva seg1 del sueño	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	0
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	9
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	12
	Total	21
Consumo de hipnóticos seg2 Consumo de hipnóticos seg1	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	0
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	8
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	13
	Total	21
Somnolencia diurna seg2 Somnolencia diurna seg1	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	2
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	1
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	18
	Total	21
Trastorno de sueño seg2 - Trastorno de sueño seg1	Diferencias negativas(a,b,c,d,e,f,g,h,i,j)	3
	Diferencias positivas(k,l,m,n,o,p,q,r,s,t)	5
	Empates(u,v,w,x,y,z,aa,bb,cc,dd)	13
	Total	21

Tabla 12. Contraste seguimiento 1 y 2.

	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Latencia de sueño seg2 Latencia de sueño seg1	,219(a)	,109	,094
Eficiencia del sueño seg2 Eficiencia del sueño seg1	,000(a)	,000	,000
Duración del sueño seg2 - Duración del sueño seg1	,000(a)	,000	,000
Calidad subjetiva seg2 del sueño - Calidad subjetiva seg1 del sueño	,004(a)	,002	,002
Consumo de hipnóticos seg2 - Consumo de hipnóticos seg1	,008(a)	,004	,004
Somnolencia diurna seg2 - Somnolencia diurna seg1	1,000(a)	,500	,375
Trastorno de sueño seg2 - Trastorno de sueño seg1	,727(a)	,363	,219

- Se ha usado la distribución binomial.
- Prueba de los signos

Los resultados más significativos que podemos mostrar en los dos seguimientos son el de los factores , duración del sueño con.000, consumo de hipnóticos .004, calidad de sueño .002, Eficiencia del sueño al .000.En los otros factores arrojaron puntajes que no nos arrojaron niveles de confiabilidad, por el cual podemos analizar que entre los seguimientos se mantuvieron estables los factores ,aunque a veces se presentaron recaídas, esto no fue impedimento para que se mantuviera estable la calidad de sueño.

5.2 DESEMPEÑO LABORAL

Pre prueba y post prueba con grupos intactos

Tabla 13. Frecuencias pre prueba y post prueba desempeño laboral

		N
FACTOR 1 D - FACTOR 1 A	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	6
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	
	Empates(k,l,m,n,o)	7
	Total	21
FACTOR 2 D - FACTOR 2 A	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	7
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	8
	Empates(k,l,m,n,o)	6
	Total	21
FACTOR 3 D - FACTOR 3 A	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	6
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	9
	Empates(k,l,m,n,o)	6
	Total	21
FACTOR 4 D - FACTOR 4 A	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	4
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	12
	Empates(k,l,m,n,o)	5
	Total	21
FACTOR 5 D - FACTOR 5 A	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	4
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	11
	Empates(k,l,m,n,o)	6
	Total	21

Tabla 14. Estadísticos de contraste de prueba y post prueba desempeño laboral

	FACTOR 1D -FACTOR 1A	FACTOR 2D- FACTOR 2A	FACTOR 3D- FACTOR 3 A	FACTOR 4D- FACTOR 4A	FACTOR 5D- FACTOR 5 A
Sig. exacta (bilateral)	,791(a,b)	1,000(a)	,607(a)	,077(a)	,118(a)
Sig. exacta (unilateral)	,395(b)	,500	,304	,038	,059
Probabilidad en el punto	,183(b)	,196	,153	,028	,042

- Se ha usado la distribución binomial.
- Prueba de los signos

En los resultados obtenidos en la pre y post prueba, se puede observar que el factor sobre la capacidad para aprender a superarse y las relaciones humanas son significativos, ya que arrojaron una medición de 0.38 y .059 respectivamente, ya que están por debajo de 0.1 y presentan diferencias significativas en un nivel de confianza del 90%.

En la capacidad de aprender a superarse a las personas les gusta estar en permanente actualización sobre los conocimientos técnicos profesionales y personales a través de programas de educación continuada y desarrolló integral que la empresa ofrece, así mismo la persona asimila y se adapta a la nueva tecnología del mundo cambiante.

En cuanto a las relaciones humanas las personas tienen facilidad para el desarrollo de las relaciones interpersonales tanto en el medio interno como externo de la organización, lo cual le permite sostener con facilidad el contacto humano a nivel de grupo.

Los niveles 1,2, 3 por el contrario están por encima de .1 donde la persona no realiza su trabajo de manera satisfactoria, no se motiva hacia el trabajo y por lo tanto no está interesado por cumplir con las metas y objetivos de la empresa.

En estos factores las personas no tienen un grado de compromiso con las metas y objetivos de la empresa y en área de trabajo, no realiza su trabajo de forma satisfactoria, no cumple con las normas y reglas de la entidad y no se interesa por conocer las políticas y planes de empresa.

Gráfico 1. Prueba y post prueba.

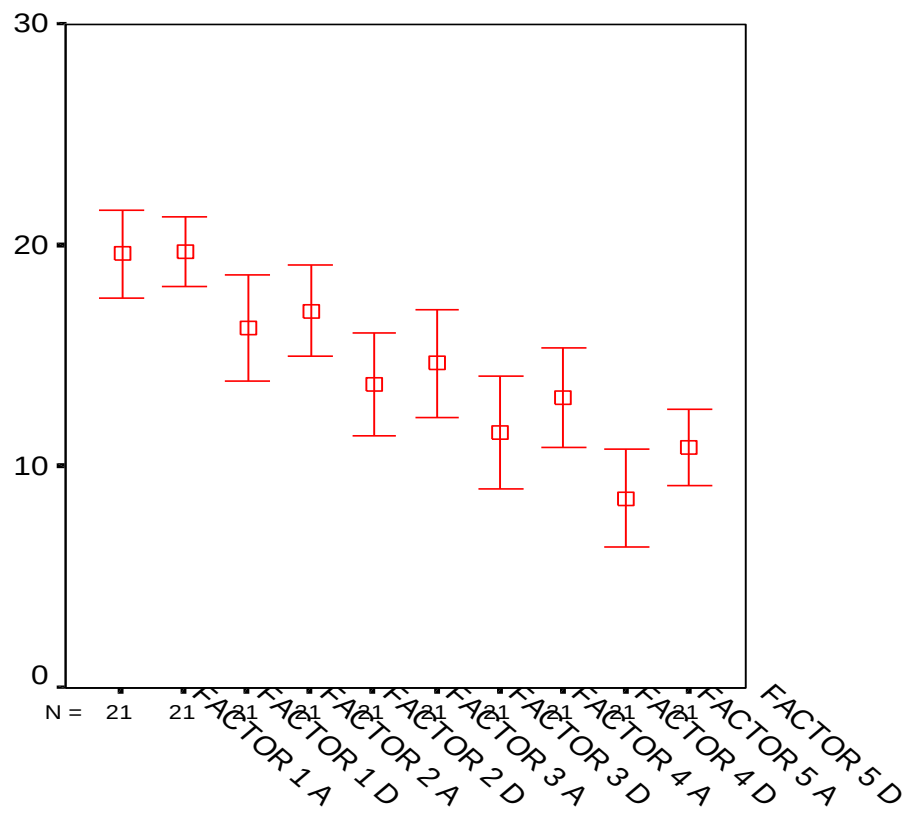


Tabla 15. Frecuencia pre prueba y seguimiento 1

		N
FACTOR 1 S1 - FACTOR 1 A	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	7
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	10
	Empates(k,l,m,n,o)	4
	Total	21
FACTOR 2 S1 - FACTOR 2 A	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	7
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	9
	Empates(k,l,m,n,o)	5
	Total	21
FACTOR 3 S1 - FACTOR 3 A	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	7
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	9
	Empates(k,l,m,n,o)	5
	Total	21
FACTOR 4 S1 - FACTOR 4 A	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	4
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	13
	Empates(k,l,m,n,o)	4
	Total	21
FACTOR 5 S1 - FACTOR 5 A	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	4
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	12
	Empates(k,l,m,n,o)	5
	Total	21

Tabla 16. Estadísticos de contraste pre prueba y seguimiento 1

	FACTOR 1 S1 - FACTOR 1 A	FACTOR 2S1 - FACTOR 2 A	FACTOR 3 S1 - FACTOR 3 A	FACTOR 4 S1 - FACTOR 4 A	FACTOR 5 S1 - FACTOR 5 A
Sig. exacta (bilateral)	,629(a)	,804(a)	,804(a)	,049(a)	,077(a)
Sig. exacta (unilateral)	,315	,402	,402	,025	,038
Probabilidad en el punto	,148	,175	,175	,018	,028

- Se ha usado la distribución binomial.

- Prueba de los signos

Los resultados más significativos son el 4 y 5 de la capacidad para aprender y las relaciones humanas que arrojaron .025 y .038 respectivamente.

En los niveles 1,2 y 3 arrojaron puntajes de, 315; ,402 y, 402, respectivamente, por el cual el empleado no aplica conocimientos profesionales para asesorar al equipo de trabajo frente a la resolución de problemas, tanto en su área de trabajo como en los demás departamentos.

La persona tiene poca ascendencia en los niveles de la empresa dada su poca solidez e interés por el conocimiento y la actualización en el mismo, lo cual les dificulta brindar apoyo a su equipo de trabajo, generando en ocasiones dificultades en el desempeño de su trabajo y retrasos en el trabajo.

Gráfico 2. Pre prueba y seguimiento 1

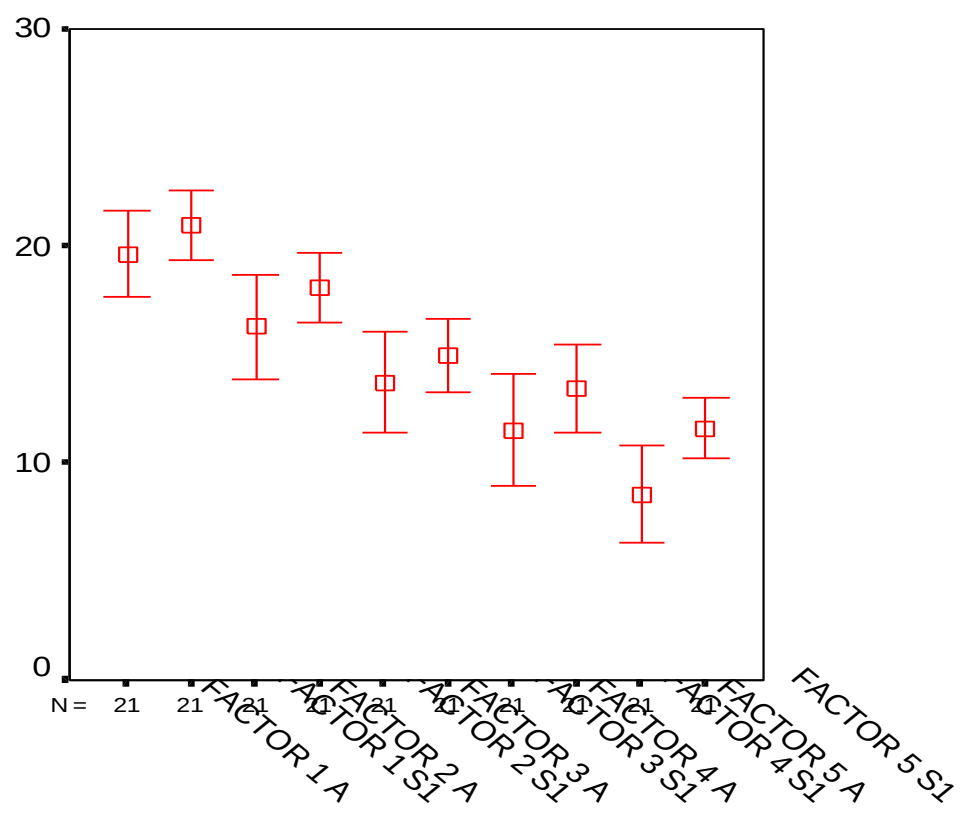


Tabla 17. Frecuencia pre prueba seguimiento 2.

		N
FACTOR 1 S2 - FACTOR 1 A	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	7
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	9
	Empates(k,l,m,n,o)	5
	Total	21
FACTOR 2 S2 - FACTOR 2 A	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	11
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	6
	Empates(k,l,m,n,o)	4
	Total	21
FACTOR 3 S2 - FACTOR 3 A	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	9
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	6
	Empates(k,l,m,n,o)	6
	Total	21
FACTOR 4 S2 - FACTOR 4 A	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	6
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	11
	Empates(k,l,m,n,o)	4
	Total	21
FACTOR 5 S2 - FACTOR 5 A	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	7
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	10
	Empates(k,l,m,n,o)	4
	Total	21

Tabla 18. Estadísticos de contraste pre prueba y seguimiento 2

	FACTOR 1 S2 - FACTOR 1 A	FACTOR 2 S2 - FACTOR 2 A	FACTOR 3 S2 - FACTOR 3 A	FACTOR 4 S2 - FACTOR 4 A	FACTOR 5 S2 - FACTOR 5 A
Sig. exacta (bilateral)	,804(a)	,332(a)	,607(a)	,332(a)	,629(a)
Sig. exacta (unilateral)	,402	,166	,304	,166	,315
Probabilidad en el punto	,175	,094	,153	,094	,148

- Se ha usado la distribución binomial.
- Prueba de los signos

En la distribución binominal, se puede apreciar que no se tiene datos significativos sobre los factores del desempeño laboral, el que tiene una significación aproximada es el factor 2 y 4 de capacidad técnico profesional y capacidad para aprender y superarse, pero sin mostrarnos datos significativos. Las personas en este factor no realizan su trabajo con precisión, oportunidad y puntualidad en la prestación del trabajo, no promueve la iniciativa en el trabajo en grupo; el desarrollo, y la capacitación no son de su interés y no lo desarrollan de manera permanente.

Gráfico 3. pre prueba y seguimiento 2

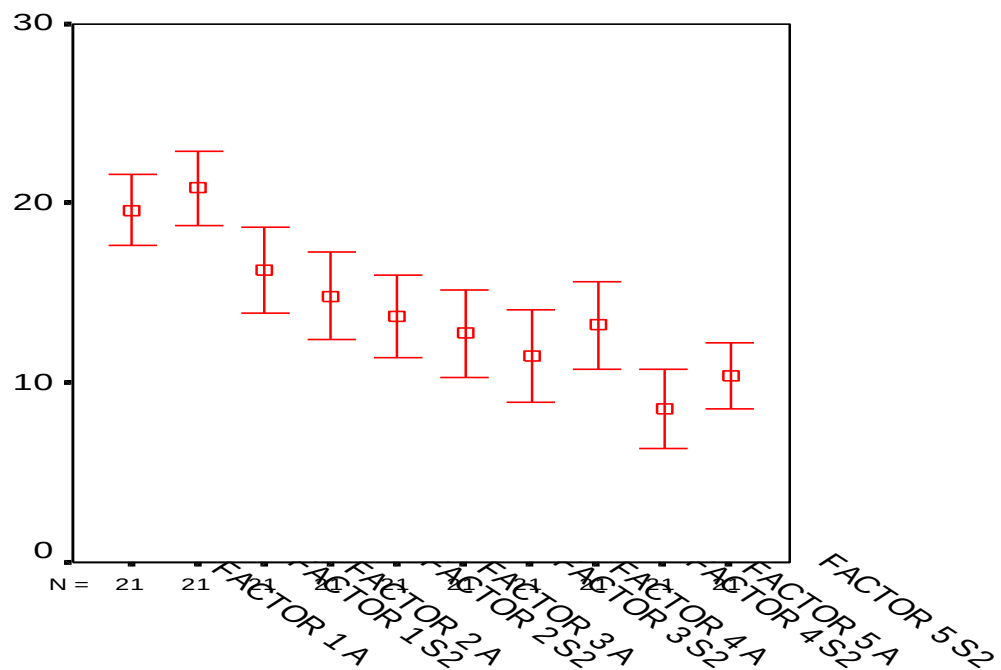


Tabla 19. Frecuencia post prueba y seguimiento 1

		N
FACTOR 1 S1 - FACTOR 1 D	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	3
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	9
	Empates(k,l,m,n,o)	9
	Total	21
FACTOR 2 S1 - FACTOR 2 D	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	0
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	2
	Empates(k,l,m,n,o)	19
	Total	21
FACTOR 3 S1 - FACTOR 3 D	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	3
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	3
	Empates(k,l,m,n,o)	15
	Total	21
FACTOR 4 S1 - FACTOR 4 D	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	1
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	2
	Empates(k,l,m,n,o)	18
	Total	21
FACTOR 5 S1 - FACTOR 5 D	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	0
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	3
	Empates(k,l,m,n,o)	18
	Total	21

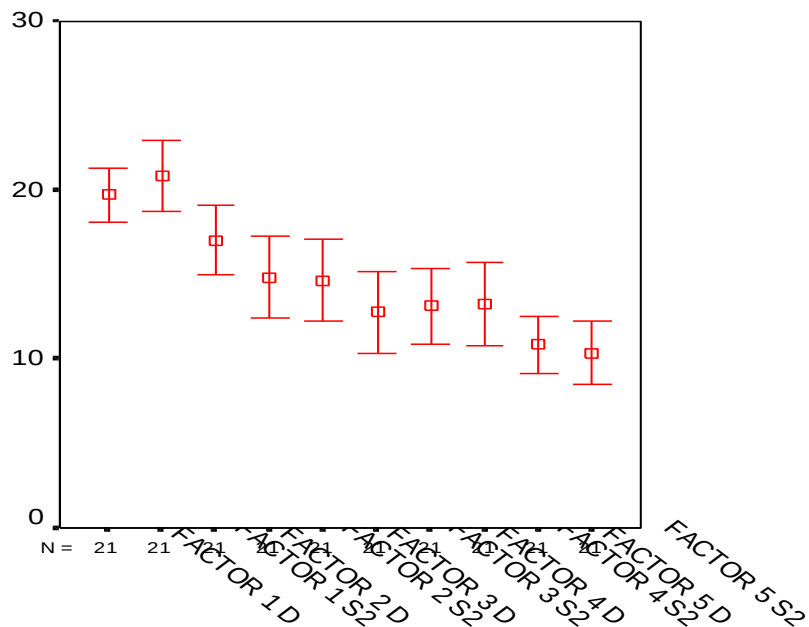
Tabla 20. Estadísticos de contraste, post prueba y seguimiento 1

	FACTOR 1 S1 - FACTOR 1 D	FACTOR 2 S1 - FACTOR 2 D	FACTOR 3 S1 - FACTOR 3 D	FACTOR 4 S1 - FACTOR 4 D	FACTOR 5 S1 - FACTOR 5 D
Sig. exacta (bilateral)	,146(a)	,500(a)	1,000(a)	1,000(a)	,250(a)
Sig. exacta (unilateral)	,073	,250	,656	,500	,125
Probabilidad en el punto	,054	,250	,313	,375	,125

- Se ha usado la distribución binomial.
- Prueba de los signos

En la post prueba y seguimiento 1, se puede observar, que se mantiene constante el factor de las relaciones personales y de igual manera se aproxima a una significación sobre el factor y de actitud frente al trabajo presentando un nivel de significación de .073, en donde la persona le gusta estar en permanente actualización sobre los conocimientos, le gusta participar en los grupos de trabajo y tomar decisiones hacia los objetivos corporativos de la empresa. Pero se observa que los factores mencionados no son de gran significación ya que están por encima de nivel de significación que lo es .001.

Gráfico 4. post prueba y seguimiento 2



Tabla

21.

Frecuencia post prueba y seguimiento 2.

					N
FACTOR 1	S2	-	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)		6
FACTOR 1 D			Diferencias positivas(f,g,h,i,j)		10
			Empates(k,l,m,n,o)		5
			Total		21
FACTOR 2	S2	-	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)		11
FACTOR 2 D			Diferencias positivas(f,g,h,i,j)		6
			Empates(k,l,m,n,o)		4
			Total		21
FACTOR 3	S2	-	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)		11
FACTOR 3 D			Diferencias positivas(f,g,h,i,j)		6
			Empates(k,l,m,n,o)		4
			Total		21
FACTOR 4	S2	-	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)		6
FACTOR 4 D			Diferencias positivas(f,g,h,i,j)		7
			Empates(k,l,m,n,o)		8
			Total		21
FACTOR 5	S2	-	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)		8
FACTOR 5 D			Diferencias positivas(f,g,h,i,j)		4
			Empates(k,l,m,n,o)		9
			Total		21

Tabla 22. Estadísticos de contraste post prueba y seguimiento 2.

	FACTOR 1 S2 - FACTOR 1 D	FACTOR 2 S2 - FACTOR 2 D	FACTOR 3 S2 - FACTOR 3 D	FACTOR 4 S2 - FACTOR 4 D	FACTOR 5 S2 - FACTOR 5 D
Sig. exacta (bilateral)	,454(a)	,332(a)	,332(a)	1,000(a)	,388(a)
Sig. exacta (unilateral)	,227	,166	,166	,500	,194
Probabilidad en el punto	,122	,094	,094	,209	,121

- Se ha usado la distribución binomial.

- Prueba de los signos

Ninguno de los factores nos puede dar un poco de significación significativo en este seguimiento, dándonos cuenta que esta parte se tiene una decaída que hemos venido presentando como se ha notados en los datos, Se a notado notablemente una decaída del desempeño laboral.

Gráfico 5. Post prueba y seguimiento 2

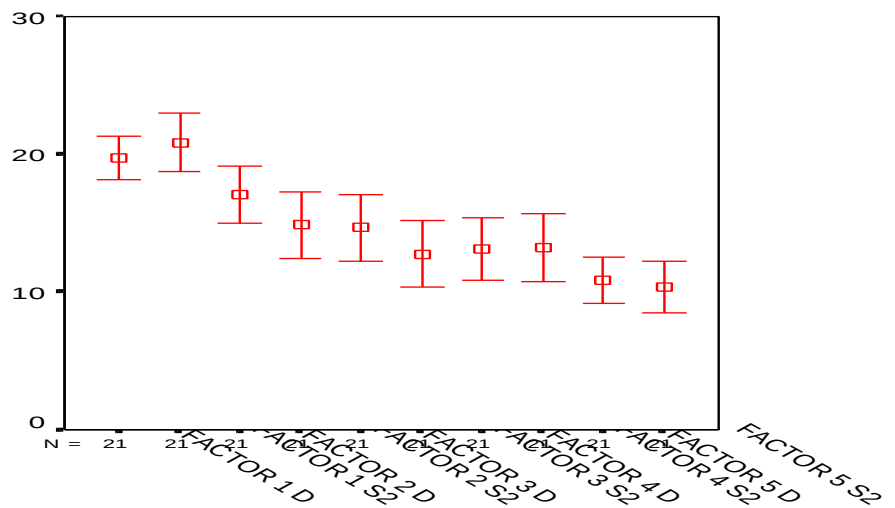


Tabla 23. Frecuencia seguimiento 1 y 2 desempeño laboral.

		N
FACTOR 1 S2 - FACTOR 1 S1	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	8
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	8
	Empates(k,l,m,n,o)	5
	Total	21
FACTOR 2 S2 - FACTOR 2 S1	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	11
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	5
	Empates(k,l,m,n,o)	5
	Total	21
FACTOR 3 S2 - FACTOR 3 S1	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	11
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	6
	Empates(k,l,m,n,o)	4
	Total	21
FACTOR 4 S2 - FACTOR 4 S1	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	6
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	7
	Empates(k,l,m,n,o)	8
	Total	21
FACTOR 5 S2 - FACTOR 5 S1	Diferencias negativas(a,b,c,d,e)	8
	Diferencias positivas(f,g,h,i,j)	4
	Empates(k,l,m,n,o)	9
	Total	21

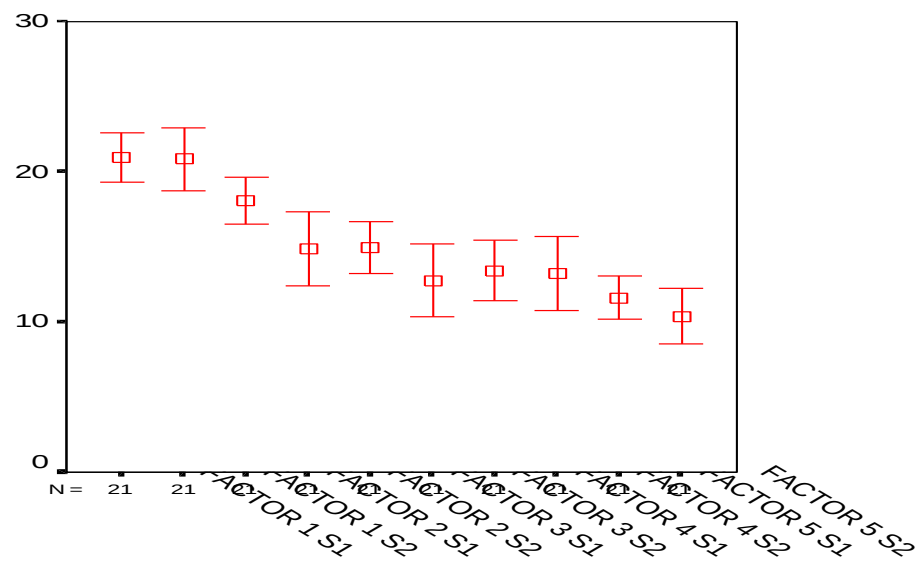
Tabla 24. Estadísticos de contraste seguimiento 1 y 2 desempeño laboral.

	FACTOR 1 S2 - FACTOR 1 S1	FACTOR 2 S2 - FACTOR 2 S1	FACTOR 3 S2 - FACTOR 3 S1	FACTOR 4 S2 - FACTOR 4 S1	FACTOR 5 S2 - FACTOR 5 S1
Sig. exacta (bilateral)	1,000(a)	,210(a)	,332(a)	1,000(a)	,388(a)
Sig. exacta (unilateral)	,598	,105	,166	,500	,194
Probabilidad en el punto	,196	,067	,094	,209	,121

- Se ha usado la distribución binomial.
- Prueba de los signos

Los factores no son significativos en los dos seguimientos se puede analizar que muy probablemente el desempeño laboral desmejoró en los factores utilizados en nuestro estudio ya que cambio de mantener un equilibrio como lo arrojo la escala de calidad de sueño este decayó notablemente, esto nos indica que el trastorno del sueño no influye notablemente en el desempeño laborar, toca indagar mas minuciosamente que pasa con este desequilibrio presentado en este estudio.

Gráfico 6. Seguimiento 1 seguimiento 2



6. CONCLUSIONES

El enfoque cognitivo conductual ofrece caminos para proporcionar un tratamiento eficaz a los pacientes con trastorno psicofisiológico del sueño. Este enfoque se centra por lo tanto en eliminar la ansiedad y el temor al ir a dormir y corrige progresivamente los errores o razonamientos irracionales a través de técnicas como la desensibilización sistemática o la resolución de problemas, con la finalidad de crear gradualmente las soluciones frente a los factores que impiden conciliar el sueño.

Las técnicas cognoscitivo-conductuales en el trastorno psicofisiológico del sueño nos permitieron mejorar la calidad subjetiva del sueño, mediante el bloqueo de los pensamientos que causan ansiedad o temor frente a la incapacidad de dormir, por medio del control cognitivo de la jerarquización y auto evaluación de los pensamientos irracionales que ocasionan esta conducta en los pacientes.

La relajación muscular nos permitió crear en los pacientes el desarrollo y aprendizaje del descanso fisiológico y mental de manera gradual, lo cual orientó a los sujetos a llegar al objetivo de conciliar el sueño, adaptándose progresivamente a intentar dormirse y aprender a identificar como lo hacen.

La imaginación fue una técnica que permitió crear una estructura mental en los individuos a través de imágenes placidas, junto con sonidos musicales, donde les permitió relajarse y cambiar su sistema de pensamiento a cerca del sueño y la asociación entre la hora de ir a dormir frente a su ansiedad de no poder dormir.

La terapia racional emotiva fue una herramienta que condujo las personas a una reestructuración en los sistemas cognitivos, emocionales y conductuales que les permitió la evaluación en la resolución de los problemas de manera adecuada mediante la interacción de éstos, llevándolos a experimentar un nuevo estado del sueño, mediante la confrontación de las creencias disfuncionales y la evaluación de los patrones de pensamiento negativo, logrando que la persona capte lo irracional y lo disfuncional en la salud del sueño.

La técnica de resolución de problemas, en los pacientes tuvo como principal meta acercarse al problema y buscar la respectiva solución mediante la clasificación o categorización de los problemas que afectan su deficiencia en la conciliación del sueño, lo cual nos proporcionó una base de cómo resolverlo, cuya finalidad es reducir la discrepancia de la insuficiencia del sueño.

Es particularmente evidente que el trastorno del sueño no tiene incidencia directa

sobre el desempeño laboral, pese a la mejoría en la calidad de sueño éste no mejoró el desempeño laboral, la relación se puede decir que en los factores medidos es muy leve y que el desempeño laboral se ve más influido por problemas de memoria y concentración que presenta la población insomne.

En el desempeño laboral, el factor en la capacidad de aprender a superarse es un elemento positivo para el desarrollo de la organización, en donde las personas les gusta estar en permanente actualización sobre los conocimientos técnicos, profesionales y personales a través de programas de educación continuada y desarrollo integral que la empresa ofrece, así mismo la persona asimila y se adapta a las nuevas tecnologías, fenómeno producido por el sentido de pertenencia en el trabajo, liderado por la auto motivación y desarrollo organizacional de la empresa.

En la actitud hacia el trabajo, en los seguimientos respectivos y en las dos pruebas, se tiene una aproximación significativa, por lo tanto estas personas generan un grado de compromiso con las metas y objetivos de la empresa y en el área de trabajo, donde juega un papel importante el interés que le despierta pertenecer a un grupo u organización, desarrollado por el grado de competencias que el empleado va generando a lo largo de su carrera mediante la visión y misión que la empresa propende y mediante el pensamiento futurista que el empleado proyecta sobre si mismo.

La capacidad técnico es un factor que requiere por parte del empleado la aplicación de conocimientos profesionales y lo conducen a asesorar al equipo de trabajo frente a la resolución de problemas tanto en su área de trabajo como en los demás departamentos en donde aplica su conocimiento en las diferentes situaciones lo cual genera mejora en los áreas y en la organización a nivel general, condiciones que son importantes en el campo cognitivo mediante una estructura mental de solución de problemas, que les permite disminuir su incidencia en la vida cotidiana y laboral, a través del discernimiento entre las diferencias.

En la calidad en el trabajo, los pacientes o las personas que laboran en la organización, no realizan su trabajo con precisión, oportunidad y puntualidad en la prestación del trabajo, no promueven la iniciativa en el trabajo en grupo; el desarrollo, y la capacitación no son de su interés y no lo desarrollan de manera permanente, que tiene como origen la falta de apropiación del área de trabajo y la motivación a la superación en su desempeño.

En el campo organizacional, los psicólogos mediante el desarrollo organizacional y el fomento de la cultura organizacional, generadas dentro de las instituciones, son elementos claves para que el desempeño laboral llegue a un grado de compromiso y competitividad entre los miembros, que tiene como resultado el desarrollo y formación de un recurso humano capacitado y educado hacia la

excelencia organizacional.

Trabajar con pacientes con trastorno del sueño, resulta un desafío, deseo que las ideas y pensamientos a lo largo de esta investigación mantengan activos otros estudios, que nazcan a partir de la construcción de los diferentes enfoques que enmarca el campo de la psicología, como el cognitivo, sistémico o constructivista entre otros, mediante la utilización de diferentes técnicas o mecanismos psicoterapéuticos, que estimulen la creatividad y suministren una buena dosis de renovado optimismo en el trabajo clínico, con personas que sufren de este trastorno en la arquitectura del sueño.

Los psicoterapeutas son llamados a educar y a investigar, y de igual forma a utilizar técnicas o enfoques que ayudan a los pacientes a diseñar y evaluar experimentos que les afecta su estado de salud, donde los pacientes terminan y realizan un cambio significativo resultado de su participación en la experimentación e intervención.

De igual manera el trabajo clínico involucra la intervención organizacional en las empresas y las posteriores investigaciones en el grupo humano laboral.

7. RECOMENDACIONES

Una vez realizado el proceso de investigación y bajo el logro de los objetivos propuestos, se da a conocer las siguientes recomendaciones que ameritan ser tenidas en cuenta para el éxito y avance de la intervención psicoterapéutica en el trastorno del sueño psicofisiológico y su relación con el desempeño laboral.

Los datos obtenidos en esta investigación sobre el trastorno del sueño y el desempeño laboral, muestra la necesidad de adoptar medidas de prevención y en este sentido, lo ideal seria crear un espacio o programa sobre la salud e higiene del sueño.

Es indispensable emprender acciones educativas, dirigidas a los pacientes quienes tienen la enfermedad, al personal que no presenta la enfermedad, a los familiares y a la comunidad en general.

Es importante crear en los pacientes enfermos y quienes no presentan la enfermedad, mecanismos sobre la higiene del sueño, y la importancia del cuidado de la salud del sueño para sus vidas, en los aspectos sociales, laborales y culturales, mediante la concientización del cuidado de si mismo que las personas deben tener sobre su estado de salud, lo cual cubre el principio del auto cuidado, deber que deben cumplir todas las personas para su propio bienestar mental y físico.

Con el entorno familiar realizar una labor de orientación, cuyo objetivo seria brindarles capacitación y asesoría sobre la enfermedad como tal, y crear en ellos un interés sobre el problema que sufren estos pacientes y cómo ellos pueden servir de apoyo, dentro de una intervención cognitivo conductual, mediante la técnica de resolución de problemas o la detención de pensamientos.

En la institución ofrecer programas psicoterapéuticos promovidos por el psicólogo en asocio con otras disciplinas como la psiquiatría, trabajo social, enfermería, utilizando el enfoque cognitivo conductual mediante el uso de la relajación muscular, que permite el aprendizaje progresivo en la conciliación del sueño y la imaginación que permite acercarse a la latencia del sueño.

Desarrollar en las empresas y organizaciones espacios de intervención psicoterapéutica, mediante el uso de la relajación con imaginación como ejercicio mental, que permite crear imágenes placenteras y agradables que conducen a un estado del sueño saludable o la utilización de la terapia racional emotiva, en aquellas personas que presenten trastorno del sueño, mediante la gestión y

elaboración de programas enfocados a la realización de talleres, seminarios y escuela del sueño promovidas en el área de salud ocupacional, realizadas por el departamento de talento humano, mediante el compromiso de la alta gerencia.

Crear mecanismos de entrenamiento y capacitación en el personal de la organización, en los factores de calidad en el trabajo y capacidad técnico profesional, mediante el desarrollo organizacional promovido por la empresa y la cultura organizacional que interactúa cotidianamente en las actividades laborales.

Promover espacios de salud del sueño dentro del área de bienestar social como elemento integrador de salud ocupacional en el área de Recurso Humano, en los espacios de recreación y deporte para el mejoramiento y mantenimiento de la calidad de vida y salud física y mental de los trabajadores actuales y/ o pensionados, y extendidos hacia la participación del núcleo familiar como sistema de apoyo.

Establecer contacto con otras instituciones que promuevan actividades de medicina preventiva en relación con la salud del sueño mediante la ínter institucional de la red pública de los hospitales y centros hospitalarios, lo cual permite crear una base de datos sobre la población que padece este trastorno, mediante la creación de centros especializados que ofrezcan a la comunidad que padezca esta enfermedad y quien no la padece, una atención directa relacionada con la salud del sueño.

Continuar y promover investigaciones relacionadas con el trastorno del sueño para desarrollar programas preventivos y de intervención psicológica en la salud del sueño desde un enfoque cognitivo conductual y desempeño laboral mediante un enfoque organizacional, para proteger la salud mental y física de los trabajadores.

Crear una línea de investigación continua y permanente en el estudio de trastorno del sueño en conjunto con varias disciplinas de la salud mental a fin de estimular enfoques y perspectivas transdisciplinarias, derivadas de estructuras metodológicas y epistemológicas de la ciencia.

Es imprescindible introducir en los ámbitos académicos y empresariales una reflexión sistemática sobre los trastornos del sueño y los efectos que pueden ocasionar en su vida cotidiana, social y cultural, y la importancia de desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas sobre el entendimiento de este fenómeno y las posibles soluciones terapéuticas, de acuerdo a los contextos en la cual se sumerja.

BIBLIOGRAFÍA

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA DEL SUEÑO (ACMES). Enfoque del paciente con trastornos del sueño. Bogotá: M. D .Edgar Osuna.113 p

BORREGO A Camilo. Fundamentos de medicina Neurología. Medellín: Editorial Oveja Negra,1996

BUCETA BUCETA, Ana María y BUCETA, Elvira. "Tratamiento Psicológico de Hábitos y Enfermedades. Madrid: Ediciones Pirámide, 1988.

BUYSE DJ, REYNOLDS III CHF, MONK TH, BERMAN SR, KFER DJ. The Pittsburg Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. New York, Editorial Latinoamericana, 1998

CHIAVENATO, Idalbeto. Administración de recursos humanos, Bogota: Mac Graw Hill, 2000. 540p

CHRUDEN Herbert J, SHERMAN Arthur W. Administración de personal, Cincinnati: Compañía Editorial Continental. 1970. 675p

DAVISON Gerald C, NEALE John M. Psicología de la conducta anormal, DSM-IV, México: Limusa S.A. 1589p

DIETER E. Zimmer. "Dormir y soñar". Barcelona: Biblioteca Científica Salvat, 1988

ESTIVAL, Eduard. Dormir sin descanso. Barcelona: Océano. 1999. 136p.

GUACASAL, Gualberto y SIERRA, Juan Carlos. Evaluación de trastornos del sueño". en "Manual de Evaluación de Psicología Clínica y Salud. Madrid: Ediciones Siglo XXI, 1996.

HARRISON. Principles of internal medicina. USA.: Mc Graw Hill. MCMXCVIII

KAPLAN Harold. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta siquiátrica clínica. Madrid: Panamericana. 1999. 1589p

KYGER, Roth, Dement, Principios médicos y practica de la medicina del sueño, New Cork: Ediciones Sounders, 2 Edición, 1994.

LACKS Patricia. Tratamiento del Comportamiento contra el insomnio persistente". Bilbao, Biblioteca DDB: Editorial Desclee de Bouwer, 1993

LAWLER Edward E. Como recompensar la excelencia. California: Jossey –Sass, 2000. 356 p.

MONTPLAISIR and GODBOUT R. Sleep and biological rhythms. Basic Mechanisms and applications to psychiatry. New York : Oxford University Press, 1990.

PASCUAL, Salin Rafael J. Bases bioquímicas y farmacológicas de la neuropsiquiatría. México: MC Graw –Hill interamericana. 1997. 213p.

R.M. Raich y M.D de la Calzada. El sueño y sus trastornos. Barcelona: Biblioteca Psicología, Psiquiatría y Salud 2000, Ediciones Martínez Roca, 1992

SAMPIERI, Roberto. Metodología de la investigación, México: MC Graw Hill. 2000.

SHERMAN Arthur, BOHLANDER George, SNELL Scout. Administración de recursos humanos. Sound Western Collage Publishing.

SCHIEMANN y SALGADO. Guía neurológica. Asociación Colombiana de neurología. Bogotá, 1998.

SIEGEL, Sydney y CASTELLAN, N. JOHN. Estadísticas no paramétricas aplicadas a las ciencias de la conducta. México: Editorial Trillas, 2001. 347p.

THORPY and YAGER J. The encyclopedia of sleep and sleep disorders, facts on file inc. New York: Editorial Mc Graw Hill, .1991

TORO ÁLVAREZ, Fernando, Desempeño y productividad contribuciones de la psicología ocupacional. Medellín: Cincel.

TORO G, Ricardo, YÉPEZ Luis Eduardo, Fundamentos de medicina –Manual de psiquiatría, Medellín: Corporación para investigaciones biológicas, 1997. 230 p

URDANETA, Orlando, psicólogo organizacional. Aplicada a la gestión del talento humano, Bogotá: 3R editores, 2001. 412 p

ASOCIACIÓN BIOLÓGICA DE MEDICINA DEL SUEÑO .Disponible en Internet [www.sleepnet](http://www.sleepnet.com) .com. Society Research on biological rhythms. Enlace asociación ibérica de patología del sueño, tratamiento cognitivo-conductual. O herrero Hernández, departamento de psicobiología facultad de psicología .universidad de complutense.(Madrid)

GEOCITES disponible en internet www.geocites.com.feescod226www