

Tratamiento de pesadillas mediante exposición

S. Alario Bataller

Resumen

En este trabajo se describe el tratamiento de pesadillas mediante exposición in vivo. La paciente, una mujer de 32 años, presentaba diversos problemas crónicos. Los resultados se mantenían después de un año de seguimiento.

Palabras clave: Pesadillas. Exposición. Fobia. Modelamiento.

Summary

In this paper, the treatment of nightmares with exposure in vivo is described. The patient, a 32 years old woman reported several and chronic problems. The treatment consisted, mainly, in exposure. At the end of 1 year following-up, the treatment led the improvement in this emotional problem.

Key words: Nightmare. Exposure. Phobia. Modelling.

INTRODUCCIÓN

Las pesadillas no son infrecuentes en los pacientes que sufren ansiedad o depresión, también en otras patologías, aunque las investigaciones controladas sobre su naturaleza, significado y tratamiento no son abundantes. Resultan una materia en la cual abundan todo tipo de anécdotas y conjeturas.

En líneas generales, desde Freud, se asegura que representan los temores individuales o constituyen la manifestación de deseos reprimidos (Freud, 1899). Hasta ahí lo popular y las psicodinamias... En lo relativo a la terapia conductual, pese a su presencia en la clínica, poco es lo que se ha escrito al respecto.

En cuanto a la terapéutica, existen algunos trabajos, pero se trata principalmente de estudios de caso. En las pesadillas, es frecuente que el paciente evite hablar o pensar sobre ellas, por lo cual existe una evitación clara de este problema que, como el insomnio, suele tener detrás determinados trastornos emocionales. Al contrario de lo que mostraremos en este estudio, habitualmente la intervención ha ido encaminada a la propia pesadilla, mediante técnicas de inundación (Alario, 1993; Cutting, 1979; Marks, 1978; Haynes y Mooney, 1975). Los resultados fueron positivos. Previamente a ello, el paciente debía describir sus pesadillas con detalle, cercenando con la evitación habitual y empezando así a eliminar el reforzamiento negativo. También se ha utilizado desensibilización sistemática (Celluci y Lawrence, 1979).

Se ha reseñado que la misma experiencia de la ansiedad, al contrario de lo que sucede en las fobias, puede ser un componente relevante para

Correspondencia: D. Salvador Alario Bataller
Clínica Psico-Médica
Avda. Blasco Ibáñez, 126-6º, 28ª
46022 VALENCIA

la mejoría terapéutica (en los casos tratados, frecuentemente hemos detectado una fuerte reacción emocional). Siempre en relación a lo acológico, otro componente que ha sido resaltado consiste en la consecución de un estado de control del sujeto sobre la pesadilla, el elemento de control (Celluci y Lawrence, 1978; Marks, 1978; Garfield, 1976). En este sentido, el paciente debe conseguir racionalizar la situación, “sólo es un sueño”, y buscar un desenlace adecuado. Por ejemplo, en un caso el paciente, cuyas pesadillas incluían la presencia del hijo fallecido en un accidente de tráfico, del cual se autoinculpaba vehementemente, aquél comunicaba al padre su falta de culpabilidad y la probabilidad de la catástrofe independientemente de su conducta, “no tienes la culpa, pasó porque tenía que pasar” (Alario, 1993). Esta técnica terapéutica fue denominada por Marks (1981, 1987), *rehearsal relief* en inglés, *escenificación*, la cual merece ser investigada en mayor profundidad y se caracteriza porque, además de subsumir la exposición, incluye también el referido elemento de control.

Además de los trabajos enumerados en líneas precedentes, el autor ha comunicado el tratamiento de pesadillas en algunos estudios de casos, en un trastorno por estrés posttraumático (Alario, 1993), en fobias específicas y pena mórbida (Alario, 1996) o en celos patológicos no psicóticos (Alario 2002).

En el estudio de caso que exponemos a continuación, la exposición se hizo en vivo y, durante las primeras sesiones, con el terapeuta como modelo, ante el objeto fundamental del miedo.

ESTUDIO DE CASO

Sujeto

B, era una mujer de 32 años, casada, madre de una niña de 9, ama de casa, que acudió a consulta por un trastorno de angustia con agorafobia. Se diagnosticaron además otros trastornos, de los cuales destacaba una fobia específica de vieja historia, desde que tenía 4 años y que ella columbraba como el origen de las pesadillas que, a diario, le causaban, según propias palabras, “noches horribles”. Será a este último problema al que prestaremos atención en lo sucesivo.

Niña solitaria e introvertida, recordó que a los cuatro años aproximadamente pasaba casi todo el tiempo jugando con una muñeca, tipo *Barbee*, la cual era su confidente, amiga y compañía constante. A esa edad, todavía en la etapa prelógica del desarrollo intelectual, su pensamiento mágico o primitivo atribuía vida propia a la muñeca, a la cual hacía confidencias, con la cual jugaba, a la cual amaba y por la cual sufría en su reducido mundo infantil.

Mujer muy sensible e inteligente contó así la primera experiencia traumática, que representaría el origen de la fobia a las muñecas y las ulteriores pesadillas: “Los duendecillos del infortunio hicieron que un día, jugando, la muñeca se me cayera de las manos y se estrellase contra el suelo, donde quedó rota y desmadejada. Para mí fue casi un asesinato, me acuerdo; quedé paralizada, presa de un llanto incontenible, como si yo hubiese sido la responsable de la muerte de mi mejor y única amiga”. A eso siguió un tiempo de tristeza y poco tardó en sufrir pesadillas. En ellas se veía jugar felizmente con la muñeca y cómo esta se rompía. Poco después experimentó que no podía ver ninguna otra muñeca, del tipo que fuese, especialmente aquellas antiguas, de gran tamaño y de porcelana. También notó que sentía miedo ante las figuras de los cuadros y las estatuas por lo que, hasta que vino a consulta, fue incapaz de ver una muñeca, un retrato o de entrar en una exposición o en un museo. Su madre había retirado cuantas muñecas tenía en casa y desde entonces las había evitado concienzudamente.

Evaluación y tratamiento

Ya se ha comentado que B sufría otros trastornos de ansiedad que motivaron que pidiera consulta, pero poco a poco se hizo patente la importancia de las pesadillas y de la fobia antecedente. Por otra parte, la solución de este problema fue un buen acicate para la solución de toda su problemática, dado que solemos utilizar alguna fobia específica (que no significa clínicamente irrelevante evidentemente) para que el paciente tome conciencia de que la exposición funciona y así se implique con mayor motivación en el tratamiento.

La evaluación se llevó a cabo mediante entre-

vistas y medidas de autoinforme, pero, en lo relativo, a la fobia y las pesadillas subsiguientes, mediante las entrevistas comprobamos que la fuente evocadora de ansiedad eran las muñecas, principalmente las que se parecían a la original o las antiguas de porcelana. Después, debido a la generalización de la respuesta de ansiedad, B evitaba cualquier tipo de muñeca o figura artificial que semejase el cuerpo humano, retratos, estatuas o los lugares típicos en que éstas solían exponerse. B, evitaba todos estos estímulos de manera activa y sistemática, por lo cual el miedo, así como las pesadillas, como hemos de ver, pervivían en virtud de un proceso de reforzamiento negativo.

Explicamos a la paciente la naturaleza del problema, su mantenimiento y el tipo de terapia a seguir. Se determinó la línea base, con una semana de duración y después aplicamos exposición in vivo más prevención de respuesta, primero actuando el terapeuta como modelo en la propia consulta y después la misma paciente en el hogar. Con este fin, se elaboró una jerarquía de situaciones evocadoras de ansiedad; cada ítem era primero superado en consulta (evidentemente los que se prestaban a ello) y solamente cuando no existía ninguna ansiedad, después realizaba la misma tarea la paciente en su casa o en situaciones reales. La referida jerarquía de respuesta de ansiedad fue la siguiente, indicándose en números, a la izquierda, la ansiedad anticipada por la paciente para cada elemento:

- (10) Ver una foto de muñecas
- (15) Ver propaganda en la TV sobre muñecas.
- (20) Ver una muñeca "Barbee" a cierta distancia.
- (30) Verla de cerca.
- (40) Cogerla.
- (50) Dejarla caer sobre el escritorio.
- (50) Ver el óleo (un retrato del autor) de la consulta.
- (55) Ver cualquier otro retrato.
- (60) Entrar en un museo y ver cuadros de personas o que representen figuras humanas.
- (65) Ver bustos.
- (70) Ver estatuas.
- (80) Ver y coger muñecas de porcelana íntegras.
- (85) Ver y coger muñecas de porcelana con la cara rota.
- (90) Ver a la Barbee tirada en el suelo desmadejada.

- (100) Romperla o desmembrarla.
- (100) Jugar con los pedazos o piezas.
- (100) Jugar con una muñeca de porcelana a la cual le falte un trozo de cara.

El tratamiento de la fobia a las muñecas y, tal como se pronosticó, la posterior desaparición de las pesadillas (criterio de cambio terapéutico), tuvo una duración de dos meses, si bien la solución del caso, con toda la problemática por la que acudió a terapia, duró unos meses más.

RESULTADOS

El resultado, para el caso en general, y para la fobia y las pesadillas asociadas fue muy exitoso y se obtuvieron, como se dijo *supra*, en lo referente al tema que tratamos en este artículo, a lo largo de dos meses de intervención. Superadas con trabajo duro las primeras situaciones, que fueron bastante aversivas, el resto de la jerarquía se superó raudamente. La frecuencia de las prácticas en el hogar tuvieron una importancia capital en la feliz solución del problema.

En la figura 1 se ilustra la disminución de la ansiedad ante las muñecas informada por la paciente y el consecuente decremento y eliminación de las pesadillas (que previamente al tratamiento sufría a diario y alguna noche en más de una ocasión).

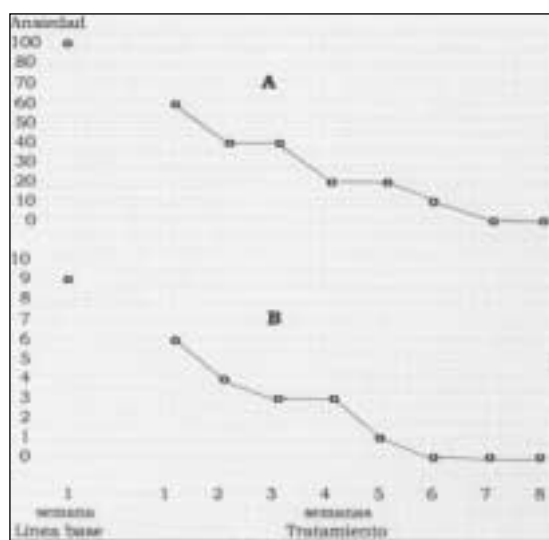


Figura 1

Eliminación de la ansiedad fóbica en situaciones naturales (A) y de las pesadillas asociadas (B).

Se alcanzaron también cuantos criterios terapéuticos se fijaron de antemano para este problema, como eliminación de la ansiedad específica, de la conducta de escape/evitación y de las pesadillas.

DISCUSIÓN

En el caso clínico que acabamos de elucidar sí existió en la historia personal de nuestra paciente un acontecimiento traumático, por lo cual cabe hablar de un proceso de condicionamiento clásico, de experiencia traumática única y posterior mantenimiento mediante escape y evitación en virtud de un proceso de reforzamiento negativo. Entendiendo la respuesta de ansiedad como un hábito de conducta aprendida (Eysenck, 1959), el caso comentado en estas páginas respondería bien a dicho proceso simple traumático, representativo de la génesis de una conducta desadaptativa en condiciones hiper-reforzantes; en este sentido, el fenómeno ha sido estudiado desde hace tiempo y hay abundante respaldo experimental (V., Hudson, 1950). En otros casos, suele darse un proceso de condicionamiento múltiple, a lo largo del tiempo, un condicionamiento más lento (v., Solomon y Winne, 1954); podría decirse que se trataría de una especie de sumatorio de pequeñas o relativamente inanes experiencias aversivas que desembocan, en un momento dado, en la génesis de la fobia, "la gota que colma el vaso". A lo anterior debe añadirse que existen trastornos de ansiedad donde, más que experiencias traumáticas, suelen detectarse estados de vulnerabilidad y estrés que abocan en la aparición de una patología particular, por lo cual en estos casos los procesos de condicionamiento (clásico e instrumental) no son tan evidentes (Marks, 1987).

Por otra parte, está sobradamente demostrado que la exposición en situaciones naturales es una técnica de gran poder para la reversión, entre otros trastornos de ansiedad, de las fobias especí-

ficas, con lo cual se elimina la conducta de evitación, la ansiedad asociada a las situaciones y objetos inherentes a las mismas, modificándose paralelamente las expectativas negativas características de estos cuadros psicopatológicos (cfr., Marks, 1987). Eliminada la ansiedad, la fobia referida, desaparecen a su vez sus consecuencias, entre ellas las pesadillas en el caso clínico que hemos comentado.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Alario Bataller S.:** Estudio de casos en terapia del comportamiento. Valencia, Promolibro, 1993.
2. ———.: Muerte y neurosis. Valencia, Promolibro, 1996.
3. ———.: Tratamiento conductual de un trastorno de celos patológicos (en prensa), 2002.
4. **Celluci AJ, Lawrence PS.:** The efficacy of systematic desensitization in reducing nightmares. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1979; 9: 109-114.
5. **Cutting D.:** Relief of nightmares. *British Journal of Psychiatry*, 1979; 134: 647.
6. **Eysenck HJ.:** Learning Theory of Behaviour Therapy. *Journal of Mental Science*, 1959; 101: 61.
7. **Freud S.:** La interpretación de los sueños. En *Obras Completas*, Vol. II. Madrid, Biblioteca Nueva, 1899.
8. **Garfield P.:** Creative dreaming. London, Futura Paerbacks, 1976.
9. **Haynes S, Mooney D.:** Nightmare: Ethiological, theoretical and behavioural considerations. *Psychological Record*, 1975; 25: 225-236.
10. **Hudson BB.:** Genetic Psychology Monograph, 1950; 41: 99.
11. **Marks IM.:** Living with fear. New York, MacGraw-Hill, 1978.
12. ———.: Cure and Care of Neurosis. New York, John Wiley & Sons, 1881.
13. ———.: Fears, phobias and rituals. New York, Oxford University Press, 1987.
14. **Solomon RL y Winne LC.:** Traumatic avoidance learning: The principles of anxiety conversation and partial irreversibility. *Psychological Review*, 1954; 61: 353-385.