

Quando las pesadillas son un problema. Un estudio de caso.

When nightmares are a problem. A case study.

Fecha de recepción: 29-03-2020

Fecha de aceptación: 18-06-2020

María Nieves Lago Romaguera
Grado en Psicología Universidad de Valencia*Miguel Perelló del Rio*

Psicólogo clínico Centro de Aplicaciones Psicológicas de Valencia.

Ángel Pozo López

Especialista en Psicología Clínica del Centro de Psicología DaliaPozo

resumen/abstract:

El siguiente trabajo expone la aplicación de la Terapia de Exposición, Relajación y Reescritura de la pesadilla (ERRT) en un caso de una joven de 25 años con un diagnóstico previo de Trastorno Límite de la Personalidad. Tras la evaluación se llegó al diagnóstico de un trastorno por pesadillas subagudo moderado y un trastorno de ritmo circadiano de sueño-vigilia secundario, de fases retrasadas episódico y caracterizado por dos tipos de pesadillas recurrentes. La intervención se dividió en cuatro sesiones semanales y cinco sesiones de seguimiento. Los resultados de este caso muestran que aplicar los componentes de la ERRT desarrollada por Davis (2009) sobre pesadillas idiopáticas es eficaz. La cliente únicamente experimentó en una ocasión la pesadilla tras la intervención y, además, estos exitosos resultados se generalizaron de una pesadilla a otra. Por tanto, los resultados sugieren que reescribir la pesadilla basándose en los temas de vulnerabilidad es eficaz tanto en pesadillas idiopáticas como traumáticas.

The following work exposes the application of Nightmare Exposure, Relaxation and Rewriting Therapy (ERRT) in a case of a 25-year-old girl with a previous diagnosis of Borderline Personality Disorder. After the evaluation, a diagnosis was made of a moderate subacute nightmare disorder and a circadian rhythm disorder of secondary sleep-wakefulness, of episodic delayed phases, characterized by two types of recurrent nightmares. The intervention was divided into four weekly sessions and five follow-up sessions. The results of this case show that applying the components of the ERRT developed by Davis (2009) on idiopathic nightmares is effective. The client only once experienced the nightmare after the intervention and, in addition, these successful results were generalized from one nightmare to another. Therefore, the results suggest that rewriting the nightmare based on vulnerability issues is effective in both idiopathic and traumatic nightmares.

palabras clave/keywords:

Pesadilla Idiopática, Terapia ERRT, Terapia de Exposición, Relajación, Reescritura.

Idiopathic Nightmare, ERRT, Exposure Therapy, Relaxation, Rewriting

Introducción

El interés sobre las pesadillas y los sueños es tan antiguo como la propia existencia de la humanidad. Desde principios del siglo XX, el psicoanálisis dedicó un especial interés a las pesadillas. Su concepción de los sueños partía de que éstos eran una forma de canalizar los deseos inaceptables convenientemente ocultos de la conciencia por mecanismos de defensa como la represión, entre otros. Desde el freudiano más irredento al admirador de las cajas de Skinner estarían de acuerdo en el papel “funcional” que ejercen los sueños y, desde luego, los mecanismos por los cuales éstos devienen en sus formas patológicas o problemáticas.

Aunque se han dado otras aproximaciones de carácter más empírico o científico, desde enfoques psicofisiológicos y cognitivos, continua sin haber el suficiente conocimiento científico ni consenso sobre las pesadillas, existiendo una gran controversia no resuelta acerca de su etiología y su abordaje clínico (Miró-Morales y Martínez-Narváez, 2004). Concretamente, no existe un acuerdo sobre la definición de lo que es una pesadilla, ni unos criterios claros de tipo clínico a la hora de evaluar las pesadillas, el malestar que ocasionan y cómo ubicar el mismo en un marco diagnóstico.

El DSM-5 define las pesadillas como sueños extremadamente disfóricos, prolongados y que se recuerdan bien, los cuales se producen de forma repetida. Generalmente, implican esfuerzos para evitar amenazas contra la vida, la seguridad o la integridad física que suelen producirse en la segunda mitad del periodo principal de sueño. Al despertar de estos sueños, la persona se orienta rápidamente y se encuentra en alerta (APA, 2014).

Según Davis (2009) se pueden diferenciar cuatro tipos de sucesos perturbadores del sueño que no deben ser confundidos entre ellos: malos sueños, terrores nocturnos, pesadillas idiopáticas y pesadillas traumáticas. Sin embargo, la confusión que rodea al carácter por algunas de estas alteraciones ha complicado el estudio de las pesadillas.

Los malos sueños, sueños ansiosos o inquietos son experiencias relativamente comunes que conllevan un afecto negativo, pero que no despiertan al individuo que los experimenta. En general, se asume que, si el suceso, contenido o carácter del sueño fuese de la suficiente intensidad, el sujeto se despertaría (Davis, 2009). Así, el despertar se entiende como una variable de intensidad y es el principal factor distintivo entre sueños agitados y pesadillas.

Los terrores nocturnos son definidos por el DSM-IV- R como un abrupto despertar del sueño que se inicia habitualmente con un grito de pánico o llanto, y va acompañado de activación autonómica y manifestaciones conductuales de intenso temor. Al sujeto le resulta difícil despertarse, y cuando lo hace se encuentra desorientado y confuso, presentando una falta completa o parcial del recuerdo del sueño o de la ocurrencia del terror nocturno. Suelen ser más frecuentes tras sucesos estresantes significativos y estar asociados a ciertos problemas médicos y al uso de algunos fármacos. Generalmente se producen con mayor frecuencia en la infancia y su ocurrencia tiende a disminuir a medida que se va entrando en la adolescencia y la edad adulta (APA, 2000; Davis, 2009).

Las pesadillas idiopáticas ocurren principalmente durante el sueño REM y en momentos tardíos del ciclo del sueño en torno a las 5 y 7 a.m. Raramente van acompañadas de mo-

vimientos corporales debido, en parte, a la atonía propia del sueño REM. Las personas se despiertan tras una pesadilla idiopática completamente orientadas manteniendo un recuerdo vívido de la misma. Normalmente no hay un disparador identificable de las pesadillas, aunque pueden estar implicados varios factores precipitantes (fármacos, problemas médicos y estresores) (Davis 2009).

Finalmente, las pesadillas postraumáticas tienen un suceso precipitante determinado identificable normalmente. Tienden a ocurrir al inicio del ciclo del sueño, en torno a la 1 y 3 a.m., pudiendo ocurrir tanto en la fase REM como en la no REM (más frecuentemente en la etapa 2). Los individuos se despiertan de estas pesadillas completamente orientados y normalmente aterrorizados, pero pueden sufrir respuestas de pánico y resultarles difícil (incluso llegando a evitar, en ocasiones) el volverse a dormir. El recuerdo del contenido de este tipo de pesadillas suele ser vívido. Generalmente se manifiestan como réplicas de un suceso real, lo que las distingue de las pesadillas idiopáticas. También suelen ir acompañadas por gruesos movimientos corporales que incluso algunos pacientes perciben como auténticos ataques físicos (Davis, 2009) o experiencias aversivas de tipo sexual e incluso de carácter y atribución de origen sobrenaturales en función de la cultura y creencias de la persona.

En cuanto a la prevalencia de esta problemática, no existe un acuerdo, pero diversos autores han afirmado que las pesadillas son relativamente comunes, ya que hasta el 83% de los adultos afirman experimentar una o más pesadillas al año (Hublin, Kaprio, Partinen y Koskenvuo, 1999; Levin, 1994; Schredl, 2010) y del 2% al 5% refieren haber tenido una o más pesadillas por semana (Kunze, Lancee, Morina, Kindt y Arntz, 2019). No obstante, esta parasomnia es más frecuente en niños y adolescentes sometidos a estrés psicosocial (Sandoval, Krakow y Schrader, 1997). En relación con el género, las mujeres son más proclives a informar de sueños con emociones negativas y a experimentar problemas con las pesadillas (Davis, 2009), concretamente Hublin et al. (1999) hallaron que las mujeres mostraban una tasa del 10% mayor de pesadillas en la infancia y un 25% más alta en la vida adulta, así como una tasa de estabilidad ligeramente más elevada en las pesadillas de las mujeres desde la infancia hasta la edad adulta.

Las pesadillas pueden ocurrir de forma aislada o con un trastorno psicológico concurrente, como depresión, ansiedad, psicosis, trastorno límite de la personalidad y, en particular, el trastorno de estrés postraumático (Hartmann, 1984; Thünker y Pietrowsky, 2012). Además, se suelen asociar con ciertos perfiles de personalidad y las experimentan en mayor medida los individuos que presentan algún otro problema psicológico (Davis, 2009). Concretamente, el trastorno esquizotípico de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad están asociados con las pesadillas (DeShong y Tucker, 2019; Hafizi, 2013; Semiz, Basoglu, Ebrin y Cetin, 2008; Hartmann, Russ, van der Kolk, Falke y Oldfield, 1981), aunque la relación sigue sin esclarecerse (Davis, 2009). Asimismo, se han relacionado las pesadillas con el concepto denominado “ocupaciones y estilo de vida inusuales”, los cuales se asocian con los ámbitos artísticos (Davis, 2009; Hartmann et al., 1981).

Los modelos cognitivos de las pesadillas recurrentes consideran que la supresión del pensamiento o la evitación cognitiva de cualquier información relacionada con la pesadilla en estado de vigilia es un factor muy importante en el desarrollo y mantenimiento de las pesadillas recurrentes (Spoormaker, 2008; Kunze, Lancee, Morina, Kindt y Arntz, 2019).

El tratamiento de elección para las pesadillas ha sido la terapia de ensayo en imaginación (Imagery Rehearsal Therapy, IRT), la cual consiste en escribir la pesadilla seguida de la terapia de relajación, reescritura en imaginación y ensayo (Relaxation, Imagery Rescripting and Rehearsal, IRR). Esta terapia implica alterar deliberadamente el contenido de las imágenes de la pesadilla hasta que ésta se vuelva menos perturbadora, siguiendo la simple instrucción de “cambia el sueño como quieras”, para luego ensayar en imaginación esa versión (Hansen, Höfling, Kröner-Borowik, Stangier y Stell, 2013). Esta terapia ha demostrado ser un tratamiento eficaz en la intervención de las pesadillas crónicas (Marks, 1978; Halliday, 1982; Bishay, 1985; Bradshaw, 1991; Kellner, Singh e Irogoyen-Rascon, 1991; Kellner, Neidhardt, Krakow y Pathak, 1992; Krakow, Kellnes, Pathak y Lambert, 1995; Miró-Morales y Martínez-Narváez, 2004).

Por otro lado, Davis y Wright (2006) desarrollaron la terapia de exposición, relajación y reescritura de la pesadilla (exposure, relaxation and rescripting therapy, ERRT), la cual incluye muchos de los elementos de la IRT. Esta terapia está dirigida, especialmente, a casos de pesadillas relacionadas con el trauma. Los componentes que presenta son: psicoeducación sobre el trauma, alteración de los hábitos del sueño, relajación, descripción de la pesadilla, identificación de los temas de vulnerabilidad de la pesadilla, la reescritura de la pesadilla basada en esos temas y en la exposición en imaginación. Los temas que proponen como principales puntos de bloqueo y vulnerabilidad que se deben trabajar en la reescritura son: poder/control, seguridad, intimidad, confianza y estima (Davis, 2009). Estos ámbitos de vulnerabilidad personal que se reflejan en el contenido de las pesadillas, presentan una interesante equivalencia con los denominados “Self-Themes” de vulnerabilidad que encontramos en la base explicativa de los Modelos de Inferencia aplicados al Trastorno Obsesivo Compulsivo (Clark y O’Connor, 2005). Quizá no sea una simple casualidad el hecho de que el “bajo insight” que presentan algunos cuadros obsesivos (para los que la Terapia Basada en la Inferencia sería en tratamiento de elección) y que impide a la persona su acceso al significado, resulte a veces tan enigmático como el simbolismo y significado de las pesadillas para algunos pacientes a quienes unen los mismos esquemas de vulnerabilidad de fondo. La efectividad de la ERRT en la reducción de las pesadillas crónicas relacionadas con el trauma se ha confirmado en diversos estudios (Davis y Wright, 2007; Swanson et al., 2009; Hansen et al., 2013). El objetivo de este texto es ofrecer un ejemplo de aplicación de la ERRT en un caso de pesadillas idiopáticas.

Descripción del caso

El caso que se expone es el de una mujer de 25 años con un trastorno límite de la personalidad diagnosticado previamente, el cual le interfiere considerablemente en su vida diaria, concretamente con su gestión de emociones y sus relaciones interpersonales. Es estudiante

de un grado universitario a distancia en filosofía y convive con su pareja estable desde hace dos años.

Motivo de consulta

Los motivos de consulta se centran en el malestar emocional (tristeza) y físico (falta de energía y de concentración) debido a un sueño no reparador durante la noche. Concretamente, presenta un ritmo de sueño-vigilia alterado y dos pesadillas recurrentes que experimenta desde hace dos meses.

Evaluación y análisis funcional

La evaluación se dirigió a conocer más detalladamente sus hábitos relacionados con el sueño y sus pesadillas recurrentes. Para ello, se utilizaron entrevistas individuales y registros.

De esta forma, la cliente registró durante dos semanas sus hábitos de sueño, de forma que se obtuvieron los siguientes datos:

- Hora de acostarse: 1:00 o 2:00 horas.
- Tiempo en conciliar el sueño: 3 o 4 horas.
- Número de despertares: uno o ninguno.
- Hora de despertarse: 10:30 u 11:00 horas.
- Hora de levantarse: 10:30 u 11:00 horas.
- Tiempo total de sueño: 6 horas aproximadamente.
- Horario de la siesta: todos los días de 15 horas a 17 horas.

Mediante la entrevista, la cliente detalló que el número de despertares durante el sueño estaban relacionados con las pesadillas. Además, aclaró que dormía un periodo de siesta tras la comida cada día debido al cansancio y a la falta de energía que sentía a lo largo del día, lo cual le conllevaba un problema de concentración a la hora de realizar diferentes tareas.

Asimismo, la cliente registró durante dos semanas las pesadillas recurrentes que tuvo cada noche, de forma que se mostró que experimentaba pesadillas casi todos los días, de una intensidad tan potencial como para hacerla despertar. En este momento experimentaba dos tipos de pesadillas recurrentes, aunque una de ellas en mayor medida que la otra. Al despertar dijo poder recordarla detalladamente, sintiéndose agitada, pero en alerta y bien orientada espacio-temporalmente. Además, afirmó tener problemas para poder volver a conciliar el sueño tras una pesadilla. Estas pesadillas le hacían sentirse con falta de energía y rumiando sobre el contenido de las mismas a lo largo del día. Su contenido no se relaciona con ningún suceso real ni con ningún suceso traumático. En el análisis funcional de las pesadillas que se muestra en la Tabla 1, se presentan los diferentes aspectos del organismo como es el diagnóstico de TLP, los problemas con algunas amistades, la falta de concentración para poder estudiar y el hecho de encontrarse en una situación de desempleo le creaban la base para tener estos problemas para experimentar un sueño reparador y las pesadillas recurrentes. Concretamente, se confirma la relación que podría existir entre el diagnóstico de TLP, las pesadillas y el hecho de presentar un estilo de vida poco habitual, ya que la cliente era

modelo de sesiones fotográficas artísticas donde debía disfrazarse de, por ejemplo, criaturas mitológicas, además de su afición por el género cinematográfico denominado gore, donde abundan las escenas sangrientas. Cabe destacar que en las dos pesadillas que presentaba en ese momento estaban relacionadas con estos aspectos, es decir, una estaba relacionada con sus amistades y la otra con matar de forma sangrienta a su perro.

Tabla 1.- Análisis funcional de las pesadillas.

Organismo	Estímulos		Respuestas			Consecuencias (internas)	Contingencias	Orden de encendido
	Externos	Internos	Cognitiva	Fisiológica	Motora			
Diagnóstico de TLP	Acercarse la hora de acostarse	Sentir somnolencia	“voy a volver a tener la pesadilla”	Tensión muscular	Retrasar la hora de acostarse	Refuerzo negativo: alivio del malestar	Patrón de refuerzo continuo	Cognitivo ↓ Fisiológico
Problemas con una relación de amistad			“no quiero dormirme”	Malestar en el estómago	Distraerse antes de dormirse (ver series o leer)			↓ Motor
Problemas con los estudios								
Sin trabajo								

En cuanto a los estímulos disparadores del malestar eran el hecho de acercarse la hora de acostarse y sentir somnolencia, puesto que desencadenaban dos tipos de pensamientos: “voy a volver a tener la pesadilla” y “no quiero dormirme”. Ante estos pensamientos la cliente se tensaba, sentía malestar en el estómago y se sentía nerviosa, por lo que decidía retrasar la hora de acostarse y se distraía antes de dormirse viendo series o leyendo para mantenerse ocupada y no pensar acerca de la posibilidad de experimentar la pesadilla. Estas conductas le servían como un refuerzo negativo, ya que le aliviaba el malestar y, además, este patrón se producía todas las noches. Por tanto, el orden de encendido de las diferentes respuestas es en primer lugar las cognitivas, seguidas de las fisiológicas para acabar con las motoras.

Todo ello, afectaba a las diversas áreas de su vida como la personal, ya que presentaba problemas para realizar diferentes actividades diarias o placenteras; académica, debido a que no podía concentrarse en el estudio; y, social, ya que le afecta negativamente en su relación de pareja.

Por tanto, la cliente presentaba un trastorno por pesadillas subagudo moderado y un trastorno de ritmo circadiano de sueño-vigilia secundario de tipo de fases retrasadas episódico siguiendo los criterios del DSM-5.

Toma de decisiones terapéuticas

Se decide comenzar el tratamiento por una higiene del sueño debido a que no tiene definido un adecuado ritmo de sueño-vigilia, lo cual empeora su funcionamiento diario. Una vez existe un horario de sueño definido, se pasa a intervenir en la pesadilla que la cliente elija, de forma que, tal y como afirma Davis (2009), los exitosos resultados se generalizarán al resto de pesadillas recurrentes. Se le deja elegir la pesadilla sobre la que intervenir, ya que habitualmente los clientes eligen la más perturbadora (Davis, 2009).

Intervención

La intervención se dividió en cuatro sesiones, una a la semana, a lo largo de cuatro semanas y cinco sesiones de seguimiento, concretamente a la semana, un mes, tres meses y seis meses de finalizar la intervención. A continuación, se expone detalladamente la agenda de cada sesión de la intervención.

Sesión 1.

Esta primera sesión de intervención se centró en la psicoeducación de su problemática, explicándole qué son las pesadillas recurrentes, cómo le afectan negativamente en su vida diaria y el tratamiento que se iba a llevar a cabo. Se destacó la importancia del componente de exposición que se iba a llevar a cabo de la pesadilla para que la cliente pudiera tomar la decisión completamente informada de si quería continuar con la intervención y su compromiso con ella. También se le ofreció información sobre cómo afectan negativamente sus hábitos de sueño en las pesadillas. Tras esta explicación, se le informó que debía llevar a cabo una serie de pautas de higiene del sueño de forma que se adelantó dos horas la hora de acostarse y una hora la de levantarse, es decir, se acostaba a las 00:00 horas y se levantaba a las 9:00 horas, además de eliminar las siestas. Finalmente, se llevó a cabo el entrenamiento en respiración abdominal, de forma que tenía como tarea para la próxima sesión practicarla cinco minutos dos veces al día.

Sesión 2.

Tras evaluar que se había llevado a cabo la higiene del sueño de forma satisfactoria y que cumplió la tarea de practicar la respiración abdominal, se procedió a la elección de la pesadilla sobre la que quería intervenir en primer lugar. La cliente eligió la que más malestar le estaba causando y que experimentaba más frecuentemente.

Se procedió a la escritura de la pesadilla creando unas condiciones favorables, y para ello, se bajó la intensidad de la luz y se le pidió que cerrara los ojos. Se le pidió que fuera visualizando y narrando la pesadilla de una forma muy detallada, incluyendo todo tipo de información sensorial que pudiera recordar (visual, olfativa, auditiva, táctil y gustativa), y mientras, el terapeuta lo iba escribiendo. A lo largo de la narración se le iban haciendo preguntas muy concretas como: ¿qué estabas pensando?, ¿cómo te sentías?, ¿qué veías a tu alrededor?, ¿qué oías a tu alrededor?, ¿había algún olor característico?, ¿qué sabor tenía?, ¿qué tacto tenía? Al terminar de escribir el relato se le pidió a la cliente que lo leyera por si quería añadir algo más. Finalmente, se le explicaron los puntos de vulnerabilidad que propone Davis (2009) de las pesadillas: poder/control, seguridad, intimidad, confianza y estima; pudiendo

ser un único tema aislado o la combinación de dos o más temas. Por tanto, la clienta, junto al terapeuta pusieron en común los temas que aparecen en la pesadilla, llegando a la conclusión que su pesadilla giraba en torno a dos temas: control (sobre el vehículo que conducía) y seguridad (de los pasajeros).

La escritura de la pesadilla fue la siguiente: *“Es un día nublado. Veo agua tanto a mi derecha como a mi izquierda, y pienso que es un paisaje muy bonito. Estoy conduciendo despacio por un puente rojo y largo junto con otros coches. Conduzco mi coche, el cual es bastante alto, por lo que puedo ver a los demás coches por encima. En el espejo retrovisor hay enganchado un colgante de un juego que conozco. Huelo el ambientador de fresa y me gusta porque es el que siempre llevo. Sé que hay tres personas más conmigo en el coche porque oigo sus risas. Mi copiloto es mi amiga L. porque reconozco su mano y su voz, ya que se está riendo. No sé quiénes son las dos personas que van en los asientos de detrás, pero estoy a gusto por lo que imagino que es gente conocida. Yo mientras estoy centrada en conducir, pero me siento alegre. Suena Fran Sinatra en la radio, y me gusta porque en ese momento suena la canción “Brasil”. No sé hacia dónde vamos. De repente, se produce un choque y no sé si me ha dado un coche a mí o yo le he dado a otro coche. No obstante, debido al impacto, mi coche y varios más vuelcan al agua, aunque no veo al resto caer. Me siento asustada y las personas que van conmigo gritan. Caemos muy deprisa. Escucho un golpe seco y siento un dolor en el pecho como consecuencia del impacto. Pienso en que voy a morir y me preocupa. En ese momento solo me centro en mí misma y no sé que hacen el resto de personas que van en mi coche. El coche se hunde en el agua muy despacio. De repente, no sé cómo me encuentro fuera del coche y veo que mi ventanilla está abierta. Veo mi coche hundiéndose, y a alguien intentando salir. Creo que se trata de L. quien intenta salir por mi ventanilla porque veo su mano. Cuando miro a la derecha veo que hay más coches hundiéndose y que están en la misma situación que yo. Siento pánico y miedo porque pienso que mis amigos van a morir. En el agua veo de forma nítida, pero hay mucha corriente. Me cuesta moverme porque me muevo de forma lenta, pero consigo nadar bien. En este momento no me preocupa que el aire de mis pulmones se esté acabando. Intento ir hacia el coche para sacar por mi ventanilla a L. Veo que su mano sigue en mi ventanilla, pero no puede salir. Solo pienso en salvarla. Parece que voy muy despacio hacia ella y cada vez me duele más el pecho porque me estoy ahogando. No consigo llegar hasta el coche y mientras éste se sigue hundiendo cada vez más deprisa. Pienso que o salgo a la superficie a coger aire o moriré ahogada. Decido salir a por aire. Lo último que veo es la matrícula de mi coche (nombra la matrícula real de su coche). Ya no veo a mis amigos en el interior del coche. Nado hacia la superficie de una forma torpe y siento que me arden los pulmones porque ya no me queda aire. Al salir cojo una gran bocanada de aire y oigo de forma lejana un jaleo de chillidos y personas llorando. A mi alrededor veo trozos de coche como el chasis de un coche que no conozco. Me fijo en una madre y en su hijo y me alegro. También veo el puente que está destrozado y hay una parte en que está descolgado. Tengo la sensación de que me voy a morir igualmente porque me duele el pecho y estoy cansada de nadar por lo que ya no puedo mantenerme. No me sale pedirle ayuda a nadie. Pienso que mis amigos están muertos y me hace sentir mal, pero sé que no ha sido culpa mía. Creo que podría haber hecho algo más como reaccionar antes”.*

Sesión 3.

Se llevó a cabo la reescritura de la pesadilla centrándose en los temas de vulnerabilidad que se acordaron, de forma que debía llegar a una historia en la cual no perdiera el control del coche, salvando de esa forma la vida de sus ocupantes. Para ello, se volvió a disminuir la intensidad de la luz de la sala y se le pidió que cerrara los ojos. Se le pidió que visualizara y relatará de forma detallada, incluyendo información sensorial, la nueva versión de esa pesadilla cambiando algunos aspectos de la historia que estaban relacionados con esos temas de vulnerabilidad de forma que finalizaba con un cierre victorioso y feliz para la cliente. Mientras lo iba relatando el terapeuta iba escribiéndolo y haciendo las mismas preguntas de la sesión anterior para ayudarla a que fuera lo más detallada posible. Finalmente, se leyó esta nueva versión para mostrar su conformidad con el resultado.

A continuación, se muestra la reescritura de la pesadilla en base a los temas de bloqueo: *“Es un día nublado. Veo agua tanto a mi derecha como a mi izquierda, y pienso que es un paisaje muy bonito. Estoy conduciendo despacio por un puente muy largo y verde que me parece muy chulo, junto con otros coches. Conduzco mi bonito, viejo y sucio Jeep, con el cual me siento muy segura porque es muy fuerte y resistente. El coche por dentro es muy alto y puedo ver a los demás coches por encima. En el espejo retrovisor hay enganchado un colgante de un juego que conozco. Huelo el ambientador de limón y me gusta porque es mi árbol body. Sé que hay tres personas más conmigo en el coche porque oigo sus risas. Mi copiloto es mi amiga L. porque reconozco su mano y su voz, ya que se está riendo. Las otras dos personas son conocidos míos con quienes me siento cómoda. Yo mientras estoy centrada en conducir, pero me siento alegre. Suena Fran Sinatra en la radio, y me gusta porque en ese momento suena la canción “Brasil”. Nos vamos de viaje a Noruega a ver a nuestro amigo J. que está allí de Erasmus. De repente, veo que viene un coche rojo de cara a mí y nos vamos a chocar. Por ello, pego un volantazo a lo “Fast and Furious”. El Jeep casi se pone a dos ruedas y evito el impacto, de forma que seguimos por nuestro carril tan tranquilamente. Me siento la “puta ama” porque pienso que es algo muy difícil de hacer y siento un subidón de adrenalina. El coche rojo para y continua por su carril más tranquilo sin ocasionar ningún incidente. Veo que L. está eufórica porque le ha pillado por sorpresa, pero está tranquila, ya que se siente a salvo gracias a mí. Las otras dos personas me felicitan y me dicen: ¡OLÉ! Me siento feliz y eufórica. Continuamos nuestro camino y salimos del puente. Me siento muy bien porque ya veo la nieve. Pienso que lo que ha pasado es una experiencia para contarle a mis nietos, ya que veo que ha sido una situación extrema que he podido resolver”.*

Como tarea para casa se le pidió que 15 minutos antes de dormirse, ya acostada en la cama, leyera esta nueva versión y que la visualizara muy detalladamente mientras utilizaba la respiración abdominal cada noche.

Sesiones 4, 5, 6 y 7.

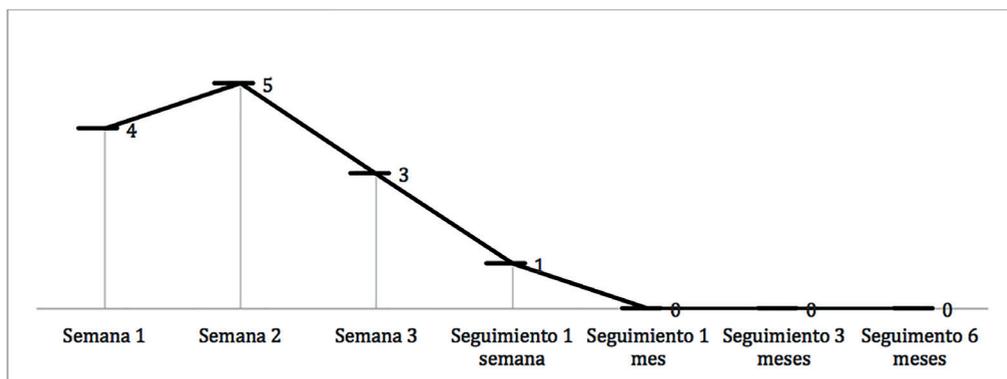
En estas sesiones de seguimiento, a través de una entrevista y de los registros que seguía manteniendo la clienta sobre la aparición de la pesadilla y de su horario de sueño, se encontró que tras una semana había cumplido con la tarea de seguir con su nuevo horario de sueño

y de haberse expuesto a esta nueva versión de su pesadilla. De esta forma afirmó haber experimentado únicamente en una ocasión la pesadilla sobre la que se había intervenido.

Al mes, siguiendo la misma metodología en el resto de sesiones de seguimiento, la cliente informó de no haber vuelto a experimentar la pesadilla sobre la que se intervino ni la otra que también solía presentar de forma recurrente, por lo que dejó de exponerse a esa reescritura cada noche antes de dormir. Además, explicó que seguía cumpliendo las pautas de higiene del sueño.

A los tres y seis meses, volvió a afirmar no haber experimentado la pesadilla recurrente sobre la que se había intervenido ni ninguna otra, así como de seguir con las pautas de higiene del sueño, aunque reconociendo que en alguna ocasión no las había cumplido. En la última sesión a los seis meses, se la felicitó por su gran esfuerzo y buen trabajo realizado a lo largo de la terapia. También se la animó a continuar cumpliendo con las pautas de higiene del sueño. En la Figura 1 se muestra la frecuencia de la pesadilla seleccionada a lo largo del tratamiento y seguimiento.

Figura 1.- Evolución de la frecuencia de la pesadilla a lo largo del tratamiento y seguimiento.



Discusión

Los resultados de este caso muestran que aplicar los componentes de la ERRT desarrollada por Davis (2009) en pesadillas idiopáticas también es eficaz. La cliente únicamente experimentó en una ocasión la pesadilla tras la intervención y, además, estos exitosos resultados se generalizaron a la otra pesadilla recurrente que presentaba.

El motivo de reescribir la pesadilla basándose en los temas de vulnerabilidad es debido a que el contenido de esos temas no se circunscribe únicamente a las pesadillas relacionadas con un trauma, sino que son temas genéricos de cualquier pesadilla. Por ello, creemos que reescribirla basándose en ellos es más efectivo, ya que se trabaja directamente sobre los aspectos centrales de la pesadilla.

Cabe destacar que hubo una serie de limitaciones a la hora de llevar a cabo la intervención, ya que según la propia Davis (2009) los clientes deberían de realizar las tareas de escritura y reescritura como tarea para casa, para después trabajarla en mayor profundidad en sesión. Esto es debido a que en su casa puede crear un ambiente más adecuado para recordar de forma detalladamente la pesadilla. No obstante, al proponérselo a la clienta, ésta se negó, puesto que verbalizó preferir hacerlo en sesión con ayuda del terapeuta. Asimismo, otra dificultad que se encontró en este caso fue la de cumplir a largo plazo las pautas de higiene del sueño, puesto que el hecho de no tener obligaciones a determinadas horas del día como ir a trabajar o a estudiar a la universidad le daban total libertad para levantarse y acostarse a la hora que prefiriera. Por otro lado, aunque la cliente comentaba su mejora en la calidad del sueño, a lo largo de la intervención no se realizaron medidas pre y post tratamiento de la calidad del sueño.

Un aspecto a tener en cuenta en este caso es la prescripción de psicofármacos por parte del psiquiatra por el trastorno límite de la personalidad, puesto que no se tuvo en cuenta hasta qué punto pudieron intervenir en la problemática presentada relacionada con las pesadillas y el trastorno de ritmo circadiano de sueño-vigilia.

En relación a los efectos no específicos del tratamiento cabe mencionar el estudio de Hollon (1984), en el cual se hallaron los siguientes efectos no específicos del tratamiento: antecedentes psiquiátricos, profesionalidad del terapeuta, informar sobre los síntomas, transmitir experiencia, calidez, transmitir expectativas de éxito, empatía, animar, escucha activa, mostrar interés, establecer una buena relación con el cliente, ser genuino y entender el significado personal que da el cliente a sus problemas. Por ello, la mayor parte de estos efectos hacen referencia a las habilidades sociales del terapeuta y las mejorías atribuidas a estos factores son del orden del 40%. Por tanto, la relación entre el terapeuta y el cliente puede explicar en muchos casos la mejoría de los individuos a los que se aplica un tratamiento (Perelló, Martínez y Llorens, 2001).

No obstante, hay que destacar que hace falta más investigación con una rigurosa metodología para conocer si existen mejores resultados con la ERRT frente a otras terapias en las pesadillas idiopáticas. Son necesarios estudios comparativos entre los diferentes componentes que se han utilizado en este estudio de caso (relajación, exposición y reescritura de las pesadillas) para lograr tratamientos eficientes. En el caso estudiado es difícil discernir el peso de las diferentes estrategias utilizadas, es más, ¿hasta qué punto la propia reescritura de la pesadilla funciona porque se ocupa del tema ansiógeno de la cliente, por la propia reestructuración cognitiva implícita, por el reprocesamiento emocional o por el simple componente de exposición que conlleva la reescritura?

Otra cuestión de especial interés es si las pesadillas son un síntoma o son diagnóstico primario, es decir, si las pesadillas requieren una atención clínica independiente o hay que tratar el problema de base. Aunque Krakow y cols. (1995) han abogado por una perspectiva más amplia del insomnio y las pesadillas y afirman que estos problemas del sueño requieren normalmente una atención clínica independiente. Consideramos que es necesaria más investigación a este respecto.

Finalmente, cabe mencionar que las pesadillas son una problemática relativamente poco estudiada, la cual debería de recibir más atención para esclarecer su definición, etiología y prevalencia. Además, en población general, existe poca conciencia acerca de que experimentar pesadillas recurrentes puede constituir un trastorno mental el cual pueda tratarse en pocas sesiones. Por tanto, desarrollar dicha conciencia del problema tanto en la sociedad como en el sistema de salud podría ayudar a los sujetos que las experimentan de forma recurrente a buscar tratamiento en una etapa lo más temprana posible, evitando de esta forma que tanto las pesadillas como los problemas emocionales o de sueño asociados se cronifiquen (Hansen, Kröner-Borowik, Stangier y Stell, 2013). Esta concienciación por parte de la sociedad y el sistema de sanidad sería muy útil para aproximar a las personas que sufren un trastorno del sueño a los tratamientos psicológicos y apartarse de las prescripciones farmacológicas tan manidas y socorridas en este tipo de trastornos con los riesgos del abuso de las benzodiacepinas.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-R) 4ª Ed. Rev. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5®), 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bishay, N. (1985). Therapeutic manipulation of nightmare and the management of neuroses. *British Journal of Psychiatry*, 147, 67-70.
- Bradshaw, S. J. (1991). Successful cognitive manipulation of a stereotypic nightmare in a 40 year old male with Down's syndrome. *Behavioral Psychotherapy*, 19, 281-283.
- Clark, D. A y O'Connor, K (2005). Thinking is Believing: Ego-Dystonic Intrusive Thoughts in Obsessive-Compulsive Disorder. En: Clark, D. A (Ed.) *Intrusive Thoughts in Clinical Disorders. Theory, Research and Treatment*. Guilford Press.
- Davis, J. L. (2009). *Treating post-trauma nightmares: a cognitive behavioral approach*. New York: Springer Publishing Company.
- Davis, J. L. y Wright, D. C. (2006). Exposure, relaxation, and rescripting treatment for trauma-related nightmares. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7, 5-18.
- Davis, J. L. y Wright, D. C. (2007). Randomized clinical trial of chronic nightmares in trauma-exposed adults. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 123-133.
- DeShong, H. L. Y Tucker, R. P. (2019). Borderline personality disorder traits and suicide risk: The mediating role of insomnia and nightmares. *Journal of Affective Disorders*, 244, 85-91. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.097>
- Hafizi, S. (2013). Sleep and borderline personality disorder: A review. *Asian J. Psychiatr* 6(6) 452-9. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.06.016>
- Halliday, G. (1982). Direct alteration of a traumatic nightmare. *Perceptual and Motor Skills*, 54, 413-414.
- Hansen, K., Höfling, V., Kröner-Borowik, T., Stangier, U. y Steil, R. (2013). Efficacy of psychological interventions aiming to reduce chronic nightmares: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 33, 146-155.
- Hartmann, E. (1984). *The nightmare. The psychology and biology of terrifying dreams*. New York: Basic Books.
- Hartmann, E., Russ, D., van der Kolk, B., Falke, R., y Oldfield, M. (1981). A preliminary study of the personality of the nightmare sufferer: Relationship to schizophrenia and creativity? *American Journal of Psychiatry*, 138, 794-797.
- Hollon, S. D. (1984). *System for rating psychotherapy audotapes*. Rockville, MD: U.S Department of Commerce, National Technical Information Service.

- Hublin, C., Kaprio, J., Partinen, M., y Koskenvuo, M. (1999). Nightmares: Familial aggregation and association with psychiatric disorders in a nationwide twin cohort. *American Journal of Medical Genetics*, *88*, 329–336.
- Kellner, R., Neidhardt, J., Krakow, B. y Pathak, D. (1992). Changes in chronic nightmares after one session of desensitization or rehearsal instructions. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 659-663.
- Kellner, R., Singh, G. e Irogoyen-Rascon, F. (1991). Rehearsal in the treatment of recurring nightmares in posttraumatic stress disorders and panic disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, *3*, 67-71.
- Krakow, B., Kellnes, R., Pathak, D. y Lambert, L. (1995). Imagery rehearsal treatment for chronic nightmares. *Behavioral Research and Therapy*, *33*, 837-843.
- Kunze, A. E., Lancee, J., Morina, N., Kindt, M. Y Arntz, A. (2019). Mediators of Change in Imagery Rescripting and Imaginal Exposure for Nightmares: Evidence From a Randomized Wait-List Controlled Trial. *Behavior Therapy*, *50*(5), 978-993.
- Levin, R. (1994). Sleep and dreaming characteristics of frequent nightmare subjects in a university population. *Dreaming*, *4*(2), 127–137. <https://doi.org/10.1037/h0094407>
- Marks, I. (1978). Rehearsal relief of a nightmare. *The British Journal of Psychiatry*, *133*, 461–465.
- Miró-Morales, E. y Martínez-Narváez, P. (2004). Tratamientos psicológicos de las pesadillas: una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *4*(1), 11-36.
- Perelló, M. J., Martínez, C. y Llorens, N. (2001). Eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos para la depresión. *Informació psicológica*, 43-49.
- Sandoval, D., Krakow, B. y Schrader, R. (1997). Adult nightmares sufferers: can they be identified and treated in childhood? *Sleep Research*, *26*, 256.
- Schredl, M. (2010). Nightmare frequency in a representative German sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *260*(8), 565–570. <https://doi.org/10.2466/pms.106.3.699-702>
- Semiz, U. B., Basoglu, C., Ebrinc, S. y Cetin, M. (2008). Nightmare disorder, dream anxiety, and subjective sleep quality in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Clin. Neurosci.* *62*, 48–55. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01789.x>
- Spoormaker, V. I. (2008). A cognitive model of recurrent nightmares. *International Journal of Dream Research*, *1*(1), 15–22. <https://doi.org/10.11588/heidok.00008436>
- Swanson, L. M., Favorite, T. K., Horin, E. y Arnedt, J. T. (2009). A combined group treatment for nightmares and insomnia in combat veterans: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, *22*, 639-642.
- Thinker, J. y Pietrowsky, R. (2012). Effectiveness of a manualized imagery rehearsal therapy for patients suffering from nightmare disorders with and without a comorbidity of depression or PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, *50*, 558-564. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.006>