



Un caso de insomnio por cambio de turno de trabajo

Ihab Zubeidat (*Asociación Española de Psicología Conductual, España*)
y Antonio Garzón¹ (*Instituto Superior de Psicología Clínica
y de la Salud, España*)

(Recibido 10 abril 2002 / Received April 10, 2002)

(Aceptado 12 septiembre 2002 / Accepted September 12, 2002)

RESUMEN. Un hombre de profesión militar acude a consulta con el fin de recibir ayuda a su problema para iniciar y mantener el sueño, después de seguir un tratamiento farmacológico con zolpidem y clorazepato. Los datos de la evaluación indican que los turnos de trabajo eran la causa principal de su problema. Los diarios de sueño muestran una latencia de sueño media de 70 minutos, presentando varios despertares durante la noche, mostrando un sueño inquieto de un tiempo comprendido entre las dos y tres horas y media diarias. También presenta pensamientos ansiosos relativos a su propio sueño y a su trabajo. Por todo ello, el paciente fue diagnosticado de insomnio por alteración del ritmo circadiano, del tipo de turnos de trabajo. Las recomendaciones terapéuticas fueron poner en marcha un programa de intervención cognitivo-conductual con el objetivo de cambiar los pensamientos desagradables y favorecer los estados de relajación del paciente. Los resultados indican una mejoría en la calidad del sueño como consecuencia del aumento de las horas totales de sueño (4:00– 4:30 horas), la reducción de la latencia del sueño a un tiempo aproximado de 30 minutos y el número de despertares a uno ó ninguno.

PALABRAS CLAVE. Insomnio. Turnos de trabajo. Experimento de caso único. Técnicas cognitivas. Técnicas conductuales.

¹ Correspondencia: Instituto Superior de Psicología Clínica y de la Salud. Avda. de Madrid, s/n. Edif. Eurobécquer, Bajo. 18012 Granada (España). E-Mail: aepc2@hotmail.com

ABSTRACT. A police officer who complains of a sleep disorder in which he cannot fall asleep nor maintain the sleep seeks help after a pharmacological treatment with zolpidem and clorazepate. The evaluation data indicates that the patient's work shifts are the main cause of the problem. The sleep recordings showed that the patient had a sleep latency of 70 minutes, presenting several awakenings during the night, and a restless sleep which lasted between two and three and one-half hours each night. The patient also presented anxious thoughts when considering his own sleep and work. As a result, the patient was diagnosed with insomnia due to an alteration in the circadian rhythm due to work shifts. The therapeutic recommendations were to start an intervention program combined with cognitive-behavioral techniques, that's pretended change the unpleasant thoughts and favored the patient's relaxation states. The results indicate an improvement in the patient's sleep quality as a result of the increase in the total number of sleep hours (4:00 - 4:30 H), a decrease in the sleep latency to a time period lasting approximately 30 minutes, and a decrease in the number of awakenings to one or none.

KEYWORDS. Insomnia. Turns of Work. Experiment of only case. Cognitive Techniques. Behavioral Techniques.

RESUMO. Um militar veio a uma consulta com o objectivo de receber ajuda para um problema de sono, depois de seguir um tratamento farmacológico com zolpidem e clorazepato. Os dados da avaliação indicam que os turnos de trabalho eram a causa principal do seu problema. Os diários de sono mostram uma latência de sono média de 70 minutos, apresentando várias interrupções de sono durante a noite, mostrando um sono irrequieto de um tempo compreendido entre as duas e as três horas e meia diárias. Também apresenta pensamentos ansiosos relativos ao seu próprio sono e ao seu trabalho. Com base nesta avaliação o paciente foi diagnosticado com insónia por alteração do ritmo circadiano, devido ao tipo de turnos de trabalho. As recomendações terapêuticas consistiram em seguir um programa de intervenção cognitivo-comportamental com o objectivo de mudar os pensamentos desagradáveis e favorecer os estados de relaxamento do paciente. Os resultados indicam uma melhoria na qualidade do sono como consequência do aumento de horas totais de sono (4:00 – 4:30 horas), a redução da latência do sono a um tempo aproximado de 30 minutos e o número de interrupções do sono a uma ou nenhuma.

PALAVRAS CHAVE. Insónia. Turnos de trabalho. Estudo de caso único. Técnicas cognitivas. Técnicas comportamentais.

Introducción

Las alteraciones del ritmo circadiano afectan a un gran número de personas. Los investigadores del sueño estiman que en torno a una cuarta o quinta parte de los trabajadores del mundo industrializado trabajan a turnos. La mayoría de ellos trabaja en servicios de protección, alimentación y sanitarios. Sólo recientemente se ha comenzado a tomar conciencia de que el hecho de que los horarios por turnos no tengan en cuenta

las realidades de la fisiología humana tiene muchos costos ocultos, como insatisfacción laboral, problemas de salud, absentismo, exceso de horas extraordinarias, estados de ánimo bajos y conflictos familiares y conyugales. Tradicionalmente, el tratamiento farmacológico se consideró el mejor tratamiento para este tipo de problemática, con resultados, en general, poco alentadores, desencadenando una elevada dependencia, junto a un aumento de las dosis, debido a la tolerancia a la medicación. Dos de los rasgos más perjudiciales del trabajo a turnos son la rotación semanal y los avances de fase, es decir, rotación de turnos en sentido contrario a las agujas del reloj (mañanas, noches y tardes). La rotación de turnos según un patrón semanal es extremadamente perniciosa, puesto que el sistema circadiano de sueño/vigilia tarda un mínimo de varios días en ajustarse a un cambio de horario de ocho horas y apenas tiene tiempo para recuperarse antes de que se fuerce otro cambio en él. Normalmente, los trabajadores sólo disponen de dos o tres días libres entre cada cambio de turno, tiempo durante el cual suelen regresar al ciclo normal de sueño/vigilia, lo que distorsiona aún más el sistema circadiano. Más del 60% de las personas que trabajan a turnos sufre alteraciones del sueño, en comparación con el aproximadamente 20% de los que tienen una jornada normal. Son comunes problemas de insomnio, fatiga crónica y somnolencia en el trabajo, sobre todo los que trabajan en turnos de noche. Además, en la actualidad es bien conocida la relación entre duración del sueño y la salud (Miró, Iáñez y Cano-Lozano, 2002).

En el presente trabajo se expone la aplicación de técnicas comportamentales y cognitivas en un paciente que su único tratamiento era el farmacológico, siendo los resultados psicológicos mejores que los farmacológicos y evitando así el aumento de la tolerancia a la medicación que estaba experimentando el paciente cuando llegó a la consulta. Este estudio que se catalogaría como experimento de caso único según la clasificación de las metodologías de investigación propuesta por Montero y León (2002), ha sido redactado siguiendo las normas para la redacción de casos clínicos de Buela-Casal y Sierra (2002), y en la medida de lo posible se han seguido además las pautas propuestas por Bobenrieth (2002).

Identificación del paciente

El paciente es un hombre de 36 años, casado sin hijos, de profesión militar, con estudios medios y de buen nivel socioeconómico. En la actualidad vive con su mujer con la que mantiene una buena relación.

Análisis del motivo de consulta

El paciente acude a consulta aquejado de un problema para iniciar y mantener el sueño, acompañado de frecuentes despertares durante la noche. Cree que éstos están causados por los cambios en los turnos de su trabajo como militar; su problema va acompañado de otra serie de síntomas, como frecuentes dolores de cabeza, cansancio, agotamiento, dolores en los cervicales, en la espalda y en el estómago, aceleración,

falta de concentración, movimientos torpes y excesivos, especialmente en las manos y las piernas, problemas de ansiedad y presencia de pensamientos negativos y preocupantes. Como antecedentes relevantes al problema se menciona la ansiedad del paciente que sufre desde muy pequeño, la impaciencia y la propensión a los estados de tristeza y mal humor. Por nuestra parte, hemos interpretado que el paciente acude a consulta por un problema de insomnio que está mantenido por los cambios en los turnos de trabajo, repercutiendo negativamente en sus ritmos biológicos normales. Hay que señalar que el paciente es consciente de su problema y de la importancia de recibir un tratamiento psicológico después de haber fracasado en el farmacológico, por eso está motivado para solucionarlo.

Historia del problema

El problema del paciente se origina con los turnos del trabajo como militar desde hace once años en diferentes lugares (Madrid, Andalucía y País Vasco). El problema se agudizó desde hace un año aproximadamente, coincidiendo con un cambio de responsabilidad en su puesto de trabajo. Al principio, el paciente no consideraba el problema como desadaptativo porque muchas veces cuando tenía el turno por la noche y volvía sobre las 6:00 horas a su casa sin poder dormir seguía en la calle con sus amigos o se entretenía en leer el periódico hasta poder dormir como consecuencia del agotamiento. Con el paso del tiempo empezó a considerar su problema como grave por no poder conciliar el sueño, estando cansado después de haber trabajado un turno de 6-8 horas. Por otro lado, el hecho de que el paciente habitualmente se mostrase nervioso complica la evolución del problema por la puesta en marcha de estilos de afrontamiento inadecuados (cognitivos y conductuales) para la solución del mismo. Por todo ello, el problema del paciente iba aumentando en frecuencia, intensidad y duración con el transcurso de los años, repercutiendo en muchos ámbitos de su vida (personal, laboral, social, de pareja, etc.).

Análisis y descripción de las conductas problema

La principal conducta problema del paciente es la imposibilidad de dormir (insomnio); ésta a su vez se divide en varios componentes:

- Cognitivo. Pensamientos disfuncionales relativos al problema que mantiene el paciente y que le generan una mayor ansiedad; éstos se disparan cuando el sujeto va a la cama para dormir, repercutiendo en su sueño normal. Como ejemplo, el paciente cita los siguientes: “Nunca voy a conseguir un sueño como antes”, “Mi mujer duerme mucho y yo no duermo nada”, “Mañana tengo que hacer muchas cosas y es imposible que duerma”, etc.
- Fisiológico. Variables del organismo que dependen de la fisiología del mismo y que están relacionados directamente con los pensamientos anteriores. Como ejemplo, se mencionan los excesivos dolores de cabeza, alta tasa cardíaca y presión sanguínea, aceleración, palpitación, agitación y respiración acelerada, lo

cual está asociado a otras variables como el estrés, la ansiedad y la presencia de los turnos de trabajo.

- Emocional. Emociones y estados de ánimo que experimenta el paciente como consecuencia de las cogniciones negativas y de la ansiedad fisiológica desagradable; las más frecuentes son tristeza, desesperanza, mal humor, depresión, culpa, ira y enfado; éstas repercuten negativamente en el bienestar psicológico del mismo, en el desarrollo de una vida normal a nivel personal, laboral, interpersonal y en la relación de pareja. Existe una relación directa entre éstas y otras como los dolores de cabeza, de cervicales, cansancio, agotamiento y la falta de concentración.
- Motor. Comportamientos observables relacionados con el problema que manifiesta el paciente, siendo éstos excesivos, repetitivos y a veces torpes. Un ejemplo son los movimientos excesivos de las piernas, frotamiento de las manos y cambio de postura. La mayor ansiedad y estrés que sufre el mismo hace que se resalten más este tipo de comportamientos.

En el momento en que el paciente tiene la sensación de sueño se dirige a la cama, se acuesta entre la 1:30 y las 2:30, tarda de 30 a 100 minutos en dormir, se levanta alguna vez por la noche para contestar llamadas telefónicas de servicio, presenta 2 ó 3 despertares por noche, se despierta a las 6:30-7:00 por la mañana y se levanta de la cama entre las 7:15 y 8:00; después de levantarse tarda mucho tiempo en despejarse, toma 2 cafés, uno por la mañana y otro al mediodía; también, se queja porque no está alerta, no conduce bien y tarda mucho tiempo en reaccionar. Hay que indicar que en el problema del paciente no están implicadas variables de tipo biológico según indican las pruebas neurofisiológicas y endocrinológicas realizadas por profesionales especializados. Existen variables ambientales de tipo físico que pueden estar afectando al problema del sujeto como el ruido y las radiaciones derivadas de los cables de alta tensión colocados encima de la casa del paciente.

Se trata de eliminar algunas de las conductas que hemos mencionado, como por ejemplo los dolores de cabeza, el cansancio, la aceleración, la falta de concentración, los movimientos excesivos de las manos y piernas, y otras. Así, las conductas que se pretenden disminuir son los pensamientos negativos y los estados emocionales asociados a éstos, como son los estados de tristeza, mal humor, depresión, culpa e ira, mientras que las conductas que queremos implantar son la relajación, los pensamientos funcionales y adaptativos, calma, tranquilidad, bienestar físico y psicológico, concentración y una adecuada reacción a los estímulos ambientales, así como también se hace indispensable la adquisición de unas adecuadas pautas de higiene.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Las metas clínicas que se han establecido y que se negociaron con el paciente para conseguir un comportamiento adaptativo son las siguientes:

- Eliminar los turnos de trabajo que impiden el sueño normal, reestructurando los ciclos biológicos de mañana, tarde y noche que son aleatorios; este objetivo se consigue por medio de la preparación de un informe psicológico, ofreciendo

- información al psicólogo militar sobre los resultados de la evaluación, las conclusiones y las recomendaciones terapéuticas.
- Eliminar la medicación a medida que avanzan las sesiones de tratamiento, eliminando la dependencia a la misma.
 - Mejorar la calidad del sueño del paciente, aumentando las horas totales del sueño y reduciendo la latencia del mismo y el número de despertares; también, se pretende que pase el menor tiempo posible en la cama cuando no puede dormir.
 - Instaurar hábitos de estilo de vida saludables que favorezcan la conciliación y el mantenimiento del sueño; se trata de hábitos como la alimentación, la práctica deportiva y la reducción del consumo de estimulantes (Sierra y Buela-Casal, 1997).
 - Aportar una mejora a las relaciones de tipo personal, profesional y social del paciente, sobre todo las que se refieren a los contactos con los amigos, los compañeros del trabajo y la relación con su mujer, reduciendo las discusiones y las riñas que suelen estar presentes.
 - Ayudarle a aprender a desconectarse de los problemas del trabajo en los contextos diferentes a éste, como por ejemplo, cuando está en su cama preparándose para acostarse y cuando está con los amigos.
 - Aumentar el número de actividades reforzantes y fomentar las aficiones que antes resultaban gratificantes para el propio paciente.

Estudio de los objetivos terapéuticos

Los objetivos terapéuticos hacen referencia a las conductas objeto de intervención y que, muchas veces, aluden a los logros que el paciente necesita, desea o puede; éstos son los siguientes:

- Bajar los niveles de ansiedad y estrés del paciente para que consiga más tranquilidad.
- Cambiar, en la medida de lo posible, el patrón de pensamiento ansioso por otro más adaptativo y funcional.
- Mejorar el estado de ánimo, instaurando estados emocionales opuestos al decaimiento, malhumor, nerviosismo, inquietud y la apatía.
- Reestablecer la concentración y la paciencia del sujeto en las tareas diarias, como las profesionales, domésticas y hasta en las más simples como las conversaciones con los demás.
- Disminuir su tiempo de reacción para una mejor conducción y una mejor ejecución de las tareas.
- Reducir al máximo las molestias físicas como los dolores de cabeza, el agotamiento, los dolores de espalda y de estómago, los picores, los hormigueos y el entumecimiento de algunos miembros corporales.
- Eliminar las conductas incompatibles con el sueño e instaurar pautas conductuales que inducen o facilitan el sueño.

Selección del tratamiento más adecuado

El tratamiento más adecuado para este caso es el cognitivo-conductual; el mismo se ha seleccionado en función del análisis funcional de la conducta problema, que se ha dividido en cuatro tipos de componentes: cognitivo, fisiológico, motor y afectivo-emocional. El cognitivo se refiere a los pensamientos negativos y preocupantes que giran entorno al problema del sueño y que generan al paciente una mayor ansiedad; el fisiológico alude a los niveles altos de determinadas variables del organismo como la tasa cardíaca, el pulso sanguíneo, la respiración, los dolores de cabeza y otras; por su parte, la conducta motora hace referencia a los movimientos torpes y excesivos de algunos miembros del cuerpo como las manos, las piernas, la cabeza y el cambio de postura del cuerpo; por último, la conducta afectiva-emocional recoge todo el espectro de emociones negativas como la ansiedad, la tristeza, el malhumor y la apatía que suele experimentar el paciente. Por otro lado, existe una serie de variables sociales y ambientales que tienen relación y que están manteniendo el problema del paciente; éstas son las reuniones continuas con el personal del trabajo, las fiestas con los amigos, el ruido y las radiaciones. Las variables antecedentes del problema son el nerviosismo y la impaciencia del paciente, mientras que las consecuentes son los frecuentes estados emocionales desagradables. Por todo ello, las técnicas de tratamientos que hemos escogido son las siguientes:

- Técnicas cognitivas. Dentro de éstas se incluye la reestructuración cognitiva de los pensamientos negativos o disfuncionales, la parada o detención del pensamiento y la intención paradójica.
- Técnicas conductuales. Técnicas de relajación, como la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, la respiración abdominal y la relajación por imaginación; aquí también se incluye el biofeedback.
- Arreglo del estilo de vida por medio de la técnica de higiene del sueño y la de control de estímulo.

Las técnicas cognitivas han servido para modificar los pensamientos disfuncionales del paciente que le provocan estados emocionales desagradables, cambiándolos por otros más adaptativos con el fin de evocar sentimientos placenteros en el mismo. Las técnicas conductuales tienen como objetivo eliminar conductas que interfieren en conciliar y mantener el sueño e instaurar otras relajantes que compitan con la ansiedad, favoreciendo el sueño del paciente y mejorando su estilo de vida. Dichas técnicas han demostrado ser eficaces en el caso del insomnio por su capacidad en incidir sobre las distintas cogniciones y conductas objeto de cambio. Por un lado, la reestructuración cognitiva de los pensamientos y la parada del pensamiento han sido fundamentales para combatir dichos pensamientos y, por otro, las técnicas de relajación como la muscular progresiva de Jacobson, el biofeedback, la higiene del sueño y el control de estímulo han llevado al paciente a reducir respuestas incompatibles con el sueño como la ansiedad y a facilitar el aprendizaje de otras compatibles con el mismo como las conductas relajantes y las que tienen que ver con la realización de actividades reforzantes. Señalamos que las técnicas anteriores han tenido un menor coste económico, pero no de tiempo por la larga duración del problema (11 años); de hecho, el paciente tardó bastante tiempo en aprender a aplicar de forma correcta las mismas.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase

Las técnicas de evaluación se han seleccionado en función de las características del paciente, del problema y del tipo de selección del tratamiento (Buela-Casal y Sánchez, 2002; Buela-Casal y Sierra, 2001); el método de trabajo aplicado para la evaluación psicológica ha sido el siguiente:

- Entrevista inicial con el paciente; éste nos comunica que presenta un problema de sueño que consiste en tardar mucho tiempo en quedarse dormido por la noche todos los días, aproximadamente un tiempo superior a los treinta minutos, despertando frecuentemente y muy temprano por la mañana sin posibilidad de volver a conciliar el sueño y, como consecuencia, consigue dormir un total de dos a tres horas y media; él mismo considera que su problema es bastante grave e intenso, por eso está muy motivado para solucionarlo después de haber fracasado con el tratamiento farmacológico. Entre las posibles causas de su problema señala el estar alerta a posibles llamadas del cuartel, afirmando que han sido muchas veces las que ha tenido que levantarse de la cama para acudir a una emergencia, rompiendo su estructura de sueño; a esta situación hay que unir los turnos de trabajo que tiene y que le suponen entrar a las nueve de la mañana y salir a las tres de la tarde, y entrar a las diez de la noche hasta las seis de la mañana. Desde el principio el paciente dejó claro que su problema es preocupante porque le provoca mucho sufrimiento, afectando negativamente a todos los ámbitos de su vida, lo que le hace sentir decaído y malhumorado frecuentemente; casi siempre está inquieto, desconcentrado, cansado y le duele la cabeza. Además, informa que su vida social está afectada al estar siempre nervioso y triste, sin disfrutar de los contactos con la gente, incluso le preocupa mucho el no conseguir estar concentrado en las conversaciones que mantiene con los demás.
- Entrevista con la mujer; ésta cuenta que su marido está muy afectado y triste, sobre todo cuando no ha dormido. Afirma que no se da cuenta del problema de su marido hasta que él se lo comenta al día siguiente, pudiendo observar que se encuentra decaído. La relación de pareja va bien, aunque a veces se sorprende de las reacciones de mal humor de su marido, pero sospecha que la causa es su problema de sueño. La misma ha notado que desde hace un año y medio su marido se encuentra más tenso como consecuencia de estar constantemente en alerta por posibles llamadas del trabajo, resaltando que su principal problema es “no saber desconectar del trabajo”; también, informa que cada vez conduce peor, ya que no está completamente alerta e incluso, todos sus amigos lo ven más viejo, decaído y falto de apetito y, casi siempre está cansado y triste, quejándose mucho de dolores de cabeza.

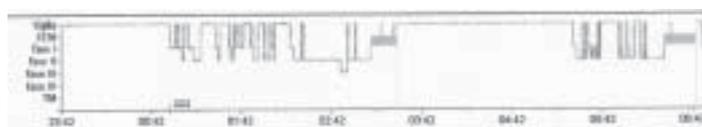
Las entrevistas iniciales nos proporcionaron información acerca de la problemática de los turnos de trabajo que no siguen un orden adecuado con los ciclos biológicos (mañana, tarde y noche), sino que son aleatorios. Esta situación le está provocando al paciente sufrimiento emocional representado en un estado de ansiedad, nerviosismo, inquietud, tristeza, mal humor, impaciencia, etc.; estos primeros datos nos sirvieron para formular las primeras hipótesis sobre el caso.

- Autorregistro de diario de sueño (Morin, 1998); todos los días el paciente tiene que registrar determinadas variables, incluyendo cuestiones como: ¿a qué hora se acostó?, ¿a qué hora se despertó?, ¿cuántas veces se despertó por la noche?, ¿cuántas horas ha dormido esta noche pasada?, etc. En dicho autorregistro aparece la evolución del problema a lo largo de las sesiones, confirmando lo que el paciente nos comunica en la consulta sobre su latencia de sueño que tiene una duración de 30-100 minutos, la presencia de varios despertares durante la noche y la existencia de un sueño inquieto, teniendo un número total de horas de sueño de dos a tres y media.
- Escala de Somnolencia de Stanford (ESS) (Hoddes, Dement y Zarcone, 1972) para evaluar el estado de activación-somnolencia autoinformada del sujeto en tres momentos del día a lo largo de la semana; esta escala está adaptada a la población española por Buela-Casal y Sierra (1994, 1996). El paciente contesta en una escala del uno al siete, es decir, desde sentirse muy activo, vital, alerta y completamente despierto hasta estar casi en sueño e incapaz de permanecer despierto. Los resultados indican que generalmente el paciente se encuentra en un estado somnoliento, luchando contra el sueño, aturdido y apagado, teniendo un tiempo de reacción largo, un dato que se ha comprobado con la tarea del tiempo de reacción.
- Índice de calidad del sueño de Pittsburg (PSQI) (Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer, 1989); contiene 19 ítem que proporcionan una puntuación sobre la calidad del sueño en el último mes; dicha puntuación se obtiene a partir de la suma de las puntuaciones de siete componentes: calidad subjetiva del sueño (2), latencia de sueño (1), duración del sueño (3), eficiencia de sueño habitual (3), perturbaciones del sueño (1), uso de medicación hipnótica (0) y disfunción diurna (3), siendo la puntuación global de 13, que indica la existencia de dificultades moderadas en todas las áreas examinadas.
- Cuestionario de autoverbalizaciones ansiosas (*Anxious Self-Statements Questionnaire*) (ASSQ) de Hollon y Kendall (1980); el paciente tiene que indicar a la izquierda de cada ítem la ocurrencia de estos pensamientos ansiosos durante los últimos 15 minutos de acuerdo con la siguiente escala: 1= En absoluto y 5= Mucho. Dicho cuestionario nos proporcionó información relativa a la mayor cantidad de pensamientos negativos, puntuando altamente en la escala de 1 a 5 en algunos de los mismos, como por ejemplo, una puntuación de 4 en los siguientes pensamientos: ¿Qué voy a hacer con mi vida?, ¡No voy a lograrlo!, ¿Qué voy a hacer?, ¿Podré hacerlo?; una puntuación de 3 en los siguientes: ¿Qué pensará la gente de mí?, ¿Podré resolver mis dudas?, ¿Cómo me las arreglaré?, ¿Lo lograré?, ¡Quisiera contraatacar, pero tengo miedo de hacerlo!, ¿Voy a lograrlo?, ¿Qué me sucederá? También, existen algunos pensamientos que se puntúan menos (con 2 ó 1) que son menos molestos que los anteriores. Se concluye que los pensamientos que puntúan alto en la escala son desagradables, provocándole al paciente un gran malestar psicológico y emocional que le lleva a los estados de ansiedad y depresión.

- Inventario de ansiedad de Beck (*Beck Anxiety Inventory, BAI*) de Beck, Brown, Epstein y Steer (1988); se señala a la izquierda de cada ítem según esta escala: 1. En absoluto, 2. Levemente, no me molesta mucho, 3. Moderadamente, fue muy desagradable, pero pude soportarlo y, 4. Severamente, casi no pude soportarlo. En este inventario se reflejan las sensaciones fisiológicas desagradables, de las cuales ninguna sensación se puntuó con 3, es decir, ninguna es severa. No obstante, algunas se puntuaron con 2, considerándolas muy desagradables; éstas son las siguientes: hormigueo o entumecimiento, incapacidad de relajarse, mareo o aturdimiento y nerviosismo.
- Cuestionario de Autoevaluación de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970); en la primera parte, el sujeto tiene que indicar cómo se siente ahora mismo, mientras que en la segunda tiene que indicar cómo se siente en general. Las frases descritas constan de una escala de 0 a 3, donde: 0= Nada, 1= Algo, 2= Bastante y 3= Mucho. El sujeto obtuvo un centil de 28 en ansiedad estado y 27 en ansiedad rasgo, concluyendo que el mismo reacciona siempre con la misma ansiedad.
- A partir de la segunda semana el paciente comenzó a registrar los pensamientos negativos que le provocan una mayor ansiedad y malestar; en el autorregistro, el sujeto tiene que apuntar la situación en la que se encuentra, ¿qué pasó?, ¿qué pensó?, ¿cómo se sintió?, etc. La mayoría de los pensamientos preocupantes que ha ido apuntando el paciente se refiere a su sueño en comparación con el sueño de los demás; además, se han registrado otros pensamientos preocupantes que giran en torno a su trabajo y a si mismo.
- Evaluación del tiempo de reacción del paciente mediante la realización de una tarea que consiste en que éste tiene que pulsar una tecla cada vez que aparezca un dígito en la pantalla del ordenador. En dicha prueba, el paciente tuvo los siguientes resultados: un tiempo de reacción medio de 587 milisegundos (desviación típica de 362). El tiempo de reacción en sujetos normales suele oscilar entre 200 y 250 milisegundos, por lo que se deduce que la media del paciente es muy alta, al igual que la desviación típica (el sujeto contesta con una gran variabilidad al mismo estímulo, unas veces con un tiempo de reacción largo y otras corto); este patrón es característico de individuos somnolientos por la fatiga y la falta de concentración. Por último, los resultados encontrados en esta tarea concuerdan con los de la Escala de Somnolencia de Stanford.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Kovacs y Weissman, 1979); consta de 21 preguntas sobre el estado de ánimo del sujeto; cada pregunta tiene 4 alternativas y el sujeto tiene que elegir la que mejor describe su estado habitual. El resultado obtenido en dicho inventario fue de 29, siendo una puntuación que indica una depresión severa, confirmando la información aportada por el propio sujeto y su mujer sobre los diferentes estados de tristeza y depresión que suele experimentar.
- Registro polisomnográfico; éste se realizó en el laboratorio de sueño con la finalidad de cuantificar y caracterizar el sueño del paciente en función de la amplitud y frecuencia de la actividad electroencefalográfica espontánea. A partir

de este procedimiento se registra en papel continuo distintas variables psicofisiológicas: actividad electroencefalográfica (EEG), tono muscular (EMG), frecuencia cardíaca (EKG), movimientos oculares (MO) y respiración. Los resultados del hipnograma del paciente indican la existencia de un insomnio de inicio y mantenimiento, una alta latencia del sueño, frecuentes despertares, dos ciclos de sueño completos y dos fases de sueño de movimientos oculares rápidos (MOR); también, como se ve en la Figura 1, el paciente nunca entra en la fase IV de sueño y muy pocas veces en la fase III.

FIGURA 1. Hipnograma del paciente.



Aplicación de los tratamientos

En las primeras sesiones de tratamiento se le enseñó al paciente la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson para reducir la alta activación fisiológica. También se pretendió que aprendiera estilos de vida saludables como la práctica deportiva, la alimentación equilibrada, realización de actividades gratificantes, disfrute del tiempo libre y del ocio con el fin de combatir los estados de estrés y ansiedad, favoreciendo la tranquilidad y la relajación. A partir de la quinta sesión se comenzó el trabajo con los pensamientos negativos y ansiosos. Así, lo primero que se hizo fue explicar los siguientes puntos:

- El esquema de la relación entre situación, pensamiento y sentimiento.
- Diferencia entre pensamientos funcionales y disfuncionales, aclarando su relación con los estados emocionales positivos y negativos.
- Tipos de pensamientos negativos o disfuncionales.
- Alternativas al estilo de pensamiento disfuncional.
- Registro de los pensamientos objeto de modificación.

El objetivo fundamental de la combinación de las técnicas de relajación y la reestructuración cognitiva era eliminar toda la activación somática, emocional y ansiosa. La sexta sesión trató de consolidar el control en la detección de los pensamientos disfuncionales y de las técnicas de relajación por parte del sujeto, aportando una amplia lista de ejemplos de pensamientos que suele experimentar antes de dormir que dependen de su sueño y del trabajo con el fin de reflexionar sobre ellos, buscando alternativas a éstos. Desde la séptima sesión hasta la sesión número 15 se trató de que el paciente aprendiese a detectar la mayoría de los pensamientos ansiosos que se disparan en el momento en el que se prepara para dormir, y aplicar la técnica de detención de dichos pensamientos para posteriormente sustituirlos por pensamientos alternativos que indujeran a un descenso de los niveles de tensión y ansiedad, mejorando la calidad del sueño del mismo. Paralelamente, el paciente continuó entrenando las técnicas de respiración

abdominal y la relajación muscular progresiva de Jacobson a todos los grupos musculares, además de intentar generalizar a otras situaciones. Junto a la relajación se entrenó en imaginación con el fin de contracondicionar los estímulos que generaban sensaciones desagradables en contextos en los que se desenvuelve el paciente, especialmente el referente a la cama de su dormitorio. Junto a este entrenamiento se le resaltó la importancia de trabajar en casa las técnicas que aprendía en consulta, y en su caso se le aconsejó que lo realizara por la mañana o al mediodía para evitar las secuelas diurnas como son los dolores de cabeza, el cansancio y el agotamiento, los cuales suele experimentar por la tarde. Dentro de estas sesiones se trataron algunos temas que preocupaban al paciente como, por ejemplo las relaciones sociales, la falta de interés por las actividades diarias, la relación de pareja, los proyectos actuales y futuros, etc.

En las sesiones posteriores (16-18) se evaluaron variables psicofisiológicas como la tasa cardíaca, el pulso sanguíneo, la respiración y la temperatura mediante un aparato que detecta las mínimas diferencias en dichas variables, con el fin de que el paciente se dé cuenta de las fluctuaciones que se producen en las mismas de un momento a otro. El control de su nivel de activación fisiológica sirve al paciente para relajarse física y mentalmente; también, se registró la tensión acumulada en la zona frontal de la cabeza mediante un electromiograma, lo que confirma la alta tensión que suele sufrir el paciente en la cabeza. Por todo ello, se hizo más énfasis en la combinación de las distintas técnicas de relajación y biofeedback con el fin de bajar los niveles de activación fisiológica; además, se le recomendó realizar actividades relajantes como pasear, participar en actividades colectivas, realizar talleres, viajar, desarrollar aficiones, etc. Las últimas sesiones del tratamiento (19-22) pretendieron mejorar el estado de ánimo del paciente, interviniendo sobre la tríada de pensamientos negativos que mantiene con respecto a sí mismo, a los demás y al futuro, que le provocaban malestar psicológico y emocional, llevándole a los frecuentes estados de tristeza y depresión. Junto al constante trabajo cognitivo se trató el control de estímulo y las reglas de higiene de sueño (pautas fundamentales para un adecuado comportamiento de sueño).

El número de sesiones total fue de veintidós, de una hora de duración; la cantidad de sesiones aplicadas de las distintas técnicas era suficiente para que las mismas alcancen su umbral de eficacia; no obstante, se señala que algunas técnicas no se aplicaron correctamente por parte del paciente como la técnica del control del estímulo (muchas veces, estaba pendiente del despertador de su habitación, de la posición de su cama), la relajación, etc. Por último, el modo de aplicación de las distintas técnicas no fue secuencial sino de forma combinada; por ejemplo, habitualmente, el paciente hizo uso de las técnicas de relajación y de control de los pensamientos ansiosos paralelamente, lo que fomentaba un mayor aprendizaje y eficacia de las mismas.

Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos

En la actualidad, el nivel de eficacia y/o efectividad de los tratamientos psicológicos es un tema muy discutido, véase por ejemplo Bados, García y Fusté (2002), Echeburúa y Corral (2001); Hamilton y Dobson (2001). En el presente caso, en general, se puede afirmar que el tratamiento fue eficaz, de manera que algunas metas planteadas se han conseguido:

- En estos momentos, el paciente se encuentra en baja laboral; este objetivo se ha conseguido mediante la realización de un informe psicológico sobre el estado del paciente.
- Progresivamente, se ha conseguido eliminar la medicación, instaurando otros recursos cognitivo-conductuales de afrontamiento al problema.
- Aumento de las horas de sueño desde dos horas y media hasta cuatro horas y media diarias.
- Reducción significativa de la latencia del sueño y del número de despertares.
- Adquisición de algunos hábitos saludables que favorecen el sueño del paciente como cenar temprano, practicar una secuencia de comportamientos determinada antes de dormir, realizar actividades diferentes durante el día, etc.
- Mejora notable en la vida social, personal y de pareja (mejor comprensión por parte de su mujer del problema, más comunicación y respeto).
- Mejora en el estado de ánimo (reducción de los estados de ansiedad y depresión y ganancia en los niveles de tranquilidad y relajación).
- Reducción significativa de los dolores de cabeza, estómago y cervicales, así como los cansancios y el agotamiento.

Las metas que no se han logrado son las siguientes:

- El paciente sigue sin conseguir un sueño reparador en la segunda mitad de la noche (a partir de la madrugada).
- Sigue sin poder desconectarse del trabajo y de los problemas personales.

Existe la posibilidad de un mal uso por parte del paciente de algunas técnicas como la técnica de control de estímulo para presionar el sueño y las técnicas cognitivas para desconectarse del trabajo. Se recomienda una mayor práctica de dichas técnicas por parte del mismo y una mejor supervisión por nuestra parte. Además, puede haber un marcado efecto de las radiaciones emitidas por los cables de alta tensión, colocados por encima de la habitación del paciente, por lo que hay que seguir efectuando otro tipo de evaluación que proporcione información al respecto.

Las Figuras 2, 3, 4 y 5 muestran la mejoría de la calidad sueño del paciente a través de distintos parámetros del mismo, reflejando la evolución del tratamiento a lo largo del transcurso de las semanas.

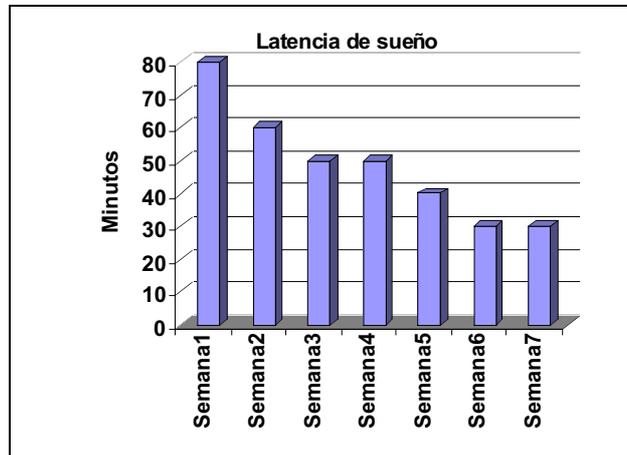
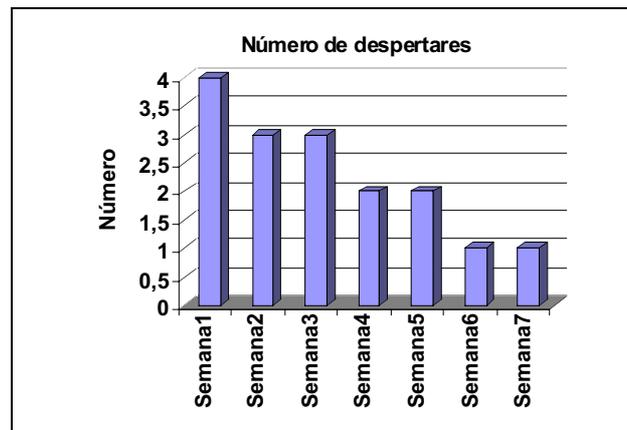
FIGURA 2. Latencia de inicio del sueño.**FIGURA 3.** Número de despertares nocturnos.

FIGURA 4. Tiempo total de sueño.

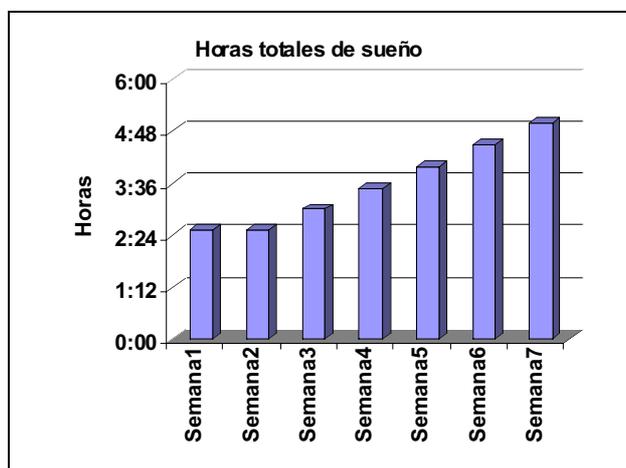
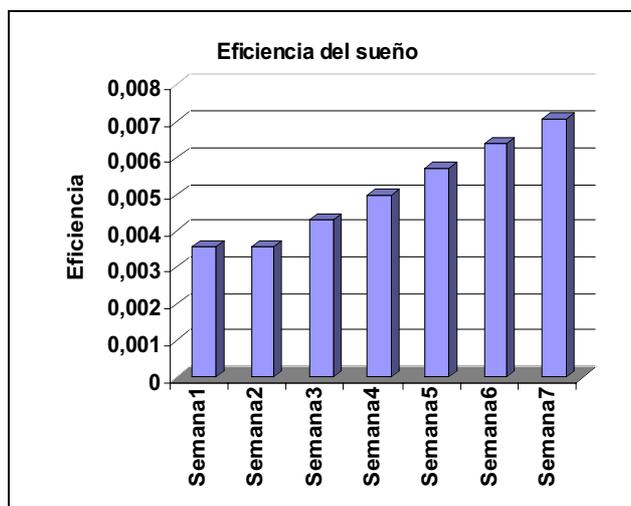


FIGURA 5. Eficiencia del sueño (tiempo total de sueño/tiempo pasado en cama X 100).



Seguimiento

Una vez que se ha dado por finalizado el proceso de intervención se ha comunicado al paciente continuar acudiendo a consulta cada cuatro semanas con el objetivo de revisar las tareas que realiza y, de la aplicación de las técnicas de tratamiento, especialmente, las que pretenden mejorar la calidad del sueño (técnicas de reestructuración

cognitiva, parada del pensamiento y control de estímulo). Otro objetivo que plantean las sesiones de seguimiento es estar alerta a cualquier complicación, sugerencia o novedad para tomar decisiones y soluciones continuas.

Observaciones

A pesar de la de la mejora del problema de sueño por medio de las técnicas cognitivas-conductuales mencionadas anteriormente, el problema del paciente no ha mejorado completamente. Por eso, sospechamos de la poca constancia por parte del paciente en el seguimiento de las pautas del programa de tratamiento; por otro lado, existen otras posibles variables sobre las que no se ha intervenido y que pueden tener un papel importante en el mantenimiento del problema de insomnio, como por ejemplo la radiación provocada por los cables de alta tensión colocados encima de la casa del paciente y la influencia de ciertas variables biológicas (endocrinológicas o neurológicas) que no se han detectado en el proceso de evaluación por parte de los profesionales correspondientes. Aquí, conviene destacar que una vez seleccionado un paquete de tratamiento formado por técnicas cognitivas-conductuales, se ha negociado con el paciente, explicándole los efectos, ventajas e inconvenientes que tiene la aplicación del mismo. El trastorno ha evolucionado de forma diferente a lo que plantea la literatura porque cuando el paciente logró presionar su sueño en la primera mitad de la noche con éxito, el problema se trasladó a la segunda mitad de la noche sin ningún control por parte del mismo. Sin duda, es un caso excepcional y complicado, por lo que hay que seguir investigando para conseguir nueva información relevante de cara al tratamiento.

Referencias

- Bados, A., García, E. y Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 477-502.
- Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Kovacs, M. y Weissman, A. (1979). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 461-571.
- Bobenrieth, M. (2002). Normas para la revisión de artículos originales en Ciencias de la Salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 509-523.
- Buela-Casal, G. y Sánchez, A (2002). *Trastornos del sueño*. Madrid: Síntesis.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (1994). Escalas para evaluar la activación-somnolencia. *Vigilia-Sueño*, 6, 13-19.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (1996). Evaluación de los trastornos del sueño. En G. Buela-Casal, V. E. Caballo y J. C. Sierra (eds.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 307-336). Madrid: Siglo XXI.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (2001). Evaluación y tratamiento de los trastornos del sueño. En G. Buela-Casal y J.C. Sierra (eds.), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (pp. 393-485). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Buela-Casal, G. y J. C. Sierra (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 525-532.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. y Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 181-204.
- Hamilton, K. y Dobson, K. (2001). Empirically supported treatments in Psychology: Implications for international promotion and dissemination. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 35-51.
- Hoddes, E., Dement, W. y Zarcone, V. (1972). The development and use of the Stanford Sleeping Scale (SSS). *Psychophysiology*, 9, 150.
- Hollon, S.D. y Kendall, P.C. (1980). Cognitive self-statement in depression: Development of automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-396.
- Miró, E., Iáñez, M. A. y Cano-Lozano, M. C. (2002). Patrones de sueño y salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 301-326.
- Montero, I. y León, O. G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Morin, C. M. (1998). *Insomnio. Asistencia y tratamiento psicológico*. Barcelona: Ariel.
- Sierra, J.C. y Buela-Casal, G. (1997). Prevención de los trastornos del sueño. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Rios y T.J. Carrasco Giménez (eds.), *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (pp. 275-285). Madrid: Pirámide.
- Spielgerger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press (versión española, TEA, 1982).