

Tratamiento psicoterapéutico de las pesadillas en el trastorno por estrés postraumático

Harold Muñoz Cortés¹
Lyda Marcela Lozano Cortés²

Resumen

Introducción: Las pesadillas son un síntoma frecuente y característico del trastorno por estrés postraumático. Su presencia se relaciona directamente con la gravedad del trastorno; suelen tener un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes y, como frecuentemente se convierten en un síntoma residual y refractario, requieren especial atención y tratamiento específico. *Objetivo:* Revisar y actualizar los conocimientos acerca del tratamiento psicoterapéutico de las pesadillas en el trastorno por estrés postraumático. *Método:* Revisión de la literatura. *Desarrollo:* Se revisan los tratamientos psicoterapéuticos propuestos hasta la fecha.

Palabras clave: pesadillas, trastorno por estrés postraumático, psicoterapia.

Title: Psychotherapeutic Treatment for Posttraumatic Stress Disorder Nightmares

Abstract

Introduction: Nightmares are a frequent and hallmark symptom of posttraumatic stress disorder. They are directly related with the severity of the disorder, usually have a negative impact on patients' quality of life and because they often become a refractory and residual symptom, they require special attention and specific treatment. *Objective:* To review and update the knowledge on psychotherapeutic treatment of posttraumatic stress disorder nightmares. *Method:* Literature review. *Development:* Current psychotherapeutic treatments are reviewed.

Key words: Nightmares, posttraumatic stress disorder, psychotherapy.

¹ Médico psiquiatra, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia. Profesor asociado, Facultad de Medicina, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.

² Médica cirujana, Universidad del Quindío, Armenia, Colombia. Residente de Psiquiatría, tercer año, Hospital Militar Central-Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.

Introducción

Diversas intervenciones psicoterapéuticas han mostrado ser eficaces para el manejo de las pesadillas en el TEPT. La mayoría de los reportes han sido informes de caso y tan sólo se han publicado unos pocos ensayos controlados. Además, en su mayoría, los estudios que se han llevado a cabo con muestras extensas y protocolos de investigación formales se han realizado con terapias cognitivas y conductuales, pues han sido las de mejores resultados.

A continuación se presenta la revisión y actualización de los conocimientos acerca del tratamiento de las pesadillas en el trastorno de estrés postraumático (TEPT), que pretenden ampliar las herramientas farmacológicas y psicoterapéuticas con las que pueden contar los clínicos para su manejo. El presente artículo revisa la información disponible hasta el momento respecto a los tipos de psicoterapias más utilizadas y los estudios que sobre ellas se han publicado.

Terapia cognitivo-conductual para las pesadillas

Uno de los puntos de partida para este tipo de psicoterapias es la teoría clásica del aprendizaje que, asociada con los estudios neurobiológicos realizados en las dos últimas décadas, han dado un sólido sustento a sus bases conceptuales. Un aspecto

olvidado, pero no menos importante, y de donde en gran medida surgieron los fundamentos para este tipo de intervenciones es el de las observaciones antropológicas llevadas a cabo por el etnólogo y psicólogo británico Kilton Stewart (1902-1965) a los integrantes de la tribu senoi, en Malasia, tras convivir con ellos durante quince años.

En sus escritos, Stewart resalta el valor que en esta tribu se les da a los sueños, hasta el punto que se les erige como una de las más importantes instituciones sociales alrededor de los cuales giran las relaciones interpersonales. El autor describe la madurez psicológica excepcional y la gran capacidad de adaptación de sus habitantes (están exentos de enfermedades mentales), así como el tipo de convivencia totalmente pacífica y armoniosa que mantienen, características que atribuye a la forma como se aprovechan e interpretan los sueños en la comunidad.

Todas las mañanas, la familia se reúne alrededor del desayuno a escuchar los sueños de los más pequeños. Se analizan, se busca su significado y luego se exponen en un consejo comunitario para extraer las lecciones que de ellos se desprendan: sueños no placenteros o que produzcan temor son interpretados de forma tal que se busca siempre hacer de ellos algo positivo. Si, por ejemplo, un niño sueña que es atacado por un amigo,

al despertar su padre le aconseja que informe al amigo del hecho; el padre del amigo le dice que es posible que él haya ofendido al soñante involuntariamente, por lo que debe darle un regalo, ser nuevamente amistoso con él y prevenir así que vuelva a ocurrir lo mismo en un futuro. Al niño se le enseña que todo personaje onírico es real e importante y, en esencia, permanente, que puede y debe ser domesticado y que siempre tendrá que enfrentarlo. El objetivo es traer los personajes oníricos a la vida cotidiana y no asustarse con ellos.

El senoi cree que cualquier ser humano, con la ayuda de sus compañeros o familiares, puede desafiar, dominar y hasta utilizar todos los entes y fuerzas del universo onírico. Los personajes de los sueños sólo son malos mientras la persona les tema, retroceda ante ellos y se niegue a unirse estrechamente con ellos (1). La relación entre las prácticas de los senoi, la psicoterapia conductual que propone la exposición a las pesadillas y la psicoterapia cognitiva, que busca alterar su contenido, queda entonces en evidencia.

La psicoterapia cognitivo-conductual, como se expone a continuación, ha demostrado ser eficaz, superior a la psicoterapia de apoyo y a grupos control y es, en la actualidad, el tratamiento psicoterapéutico de elección para las pesadillas en el TEPT.

Terapia conductual

El enfoque conductual sugiere que los síntomas del TEPT surgen tanto del aprendizaje del miedo durante el trauma, a través del condicionamiento clásico, como del subsiguiente mantenimiento del aprendizaje de evitación de las situaciones-estímulo, condicionadas a través del condicionamiento instrumental (2).

En condiciones normales, las situaciones vividas en la vigilia son interpretadas de acuerdo con los esquemas cognitivos de cada persona, pero cuando el individuo se enfrenta a una situación desconocida y traumática, como un evento amenazante para la vida o el bienestar de sí mismo o de otra persona (lo que sucede en el TEPT), no se logra integrar la experiencia de una forma adecuada, ya que no existen esquemas cognitivos para dicho suceso.

Los procesos de exposición consisten en enfrentar al paciente con información asociada al trauma, con el fin de activar así la memoria traumática y exponer al paciente a sus recuerdos durante un período suficiente para que se habitúe y maneje la ansiedad, pero también para que pueda integrar nueva información correctiva (por ejemplo, que el reexperimentar la pesadilla no significa que el evento vaya volver a ocurrir o que esté ocurriendo en ese momento y que, por lo tanto, deje de percibirlo como una amenaza).

En un comienzo, la presentación de la pesadilla produce un rápido incremento de la ansiedad, para luego estabilizarse y luego de algunos minutos comenzar a descender gradualmente. La ansiedad inicial disminuye con el paso de las sesiones de exposición. Se considera que este tipo de psicoterapia es efectiva, porque:

- La exposición rompe la asociación entre el estímulo y la respuesta emocional condicionada, lo que promueve la extinción de la respuesta por habituación.
- El proceso de confrontar deliberadamente lo temido bloquea el refuerzo negativo conectado al miedo, con anulación cognoscitiva de los pensamientos y sentimientos asociados al trauma.
- El revivir la pesadilla en sesiones terapéuticas da seguridad al paciente, pues la información enviada esta vez será que el sueño displacentero no es peligroso (información correctiva).
- Va relegando el sentido de incompetencia personal y brinda al paciente la sensación de dominio y valor.

Las técnicas de exposición que se han utilizado en el tratamiento de las pesadillas en el TEPT y que han mostrado mejores resultados son: (i) exposición prolongada /inundación (implosión), (ii) desensibilización sistemática y (iii) desensibilización

con movimientos oculares rápidos (3). Difieren básicamente en la intensidad de la exposición: la primera utiliza la exposición masiva con afrontamiento en la imaginación de la totalidad de las escenas de las pesadillas, y las dos últimas, la exposición gradual, que pasa de las escenas que producen menor ansiedad a las de mayor intensidad.

Exposición prolongada

La terapia de exposición prolongada es una técnica psicoterapéutica basada en la evidencia y avalada por la comunidad científica por su eficacia en el tratamiento del TEPT (4). En 1998, Jaycox y Foa sugerían que la exposición prolongada a los recuerdos traumáticos conduce a una reducción de los síntomas, porque el individuo aprende que los estímulos que le recuerdan el trauma no le causan daño, que recordar el trauma no implica revivir la amenaza, que se puede habituar a la ansiedad mientras permanece próximo a los recuerdos temidos, pues esta no será permanente y que la experiencia de ansiedad no concluye en la pérdida de control que tanto se teme (5).

De esta manera, la exposición da lugar a la mejoría, a causa de dos procesos distintos: por la habituación de la ansiedad y por el aprendizaje de que la exposición no conduce al sujeto a la amenaza. Numerosos reportes han mostrado que con la

terapia de exposición prolongada disminuyen los síntomas del TEPT (6, 7).

Así, un estudio con seguimiento a seis meses, realizado en 49 pacientes con diagnóstico de TEPT y pesadillas frecuentes, en el que se empleó la terapia de exposición prolongada y relajación, mostró que tuvieron una mejoría significativa en la frecuencia de presentación de las pesadillas y una reducción en la intensidad de la angustia generada por estas (8).

Aunque no se realizó en pacientes exclusivamente con diagnóstico de TEPT, es de mencionar un estudio efectuado en 170 pacientes con pesadillas crónicas, que compara la terapia de exposición, la terapia de relajación y el grupo control (pacientes en espera de tratamiento), pues evidenció una mejoría significativa en la frecuencia de las pesadillas y del malestar asociado en los pacientes del primer grupo en comparación con los dos restantes (9).

Cuando la exposición se realiza sobre la pesadilla más temida y se potencia la aparición inicial de sentimientos de ansiedad muy fuertes, se está empleando la modalidad de exposición, que se conoce como implosión o inundación. Utiliza el afrontamiento masivo de las escenas, hasta que la ansiedad se reduce de manera natural por el proceso de habituación.

En 1989, Cooper y Clum asignaron al azar a ocho veteranos de la guerra de Vietnam con TEPT a un grupo de tratamiento estándar (psicofarmacológico) y a igual número de veteranos a un grupo de tratamiento estándar más inundación en la imaginación. Los sujetos tenían similares condiciones sociodemográficas, comorbilidad y medicación psicotrópica. Los resultados mostraron que el componente terapéutico adicional mejoraba considerablemente los síntomas del TEPT, entre estos las pesadillas.

Keane, Farbank, Caddell y Zimering asignaron al azar a once veteranos de la guerra de Vietnam a un grupo experimental (inundación en la imaginación) y otros trece a un grupo control. Los pacientes cumplían criterios para TEPT, y tenían características sociodemográficas similares. Luego de un seguimiento a seis meses los autores observaron en los veteranos del primer grupo una mejoría significativa en los síntomas de reexperimentación e hiperactivación (5).

La terapia de exposición puede usarse en personas de todas las edades que hayan experimentado eventos traumáticos diversos, como asalto, robo, violación, combates, etc. Se debe realizar en un ambiente psicoterapéutico seguro. La persona debe estar en capacidad de recordar los detalles de los sueños traumáticos y ser capaz de tolerar la ansiedad creciente, que inicialmente produce

el recuerdo de las pesadillas (10). El tratamiento estándar se realiza entre nueve y doce sesiones, una o dos veces por semana.

Sesiones 1 y 2. Se recolecta la información pertinente acerca del trauma, específicamente de las pesadillas; se presentan a la persona los fundamentos de la psicoterapia; se le explican las medidas de higiene del sueño (modificación de hábitos), y se realiza el entrenamiento en técnicas de relajación muscular. Por último, se listan las pesadillas en orden ascendente en relación con la ansiedad que producen.

Sesiones 3 a 8. Se revisan las tareas realizadas en casa y se inicia la exposición en el consultorio. Se le solicita al paciente que imagine la pesadilla mientras la describe con el mayor detalle posible. A medida que la va recordando, se le alienta a recordar detalles más específicos, sensaciones, sentimientos, pensamientos, etc. hasta alcanzar la emoción más intensa que pueda experimentar. Se le indica que no debe utilizar ninguna estrategia de evitación, pues la ansiedad paulatinamente disminuirá sola. El objetivo es que se exponga, se habitúe y se extinga la ansiedad sin utilizar la relajación.

La exposición se realiza entre 40 y 60 minutos y se debe reservar siempre un período posterior suficiente para que el paciente pueda procesar la experiencia y, ahora sí,

relajarse. Nunca se debe terminar la sesión antes de que esto suceda ni en el momento de máxima ansiedad, pues aumentaría esta última y reforzaría la evitación. Como se comentó, el paciente debe sentirse en un ambiente seguro y protegido, donde pueda experimentar lo que tanto teme.

Una vez superada la primera pesadilla, se continúa con la siguiente en la escala realizada al comienzo de la terapia. Una técnica útil para utilizar en casa como tarea es pedirle al paciente que inmediatamente ocurra la pesadilla la escriba y la repase, al menos, una hora al día, durante varias semanas (9).

Sesiones finales. Se revisan los progresos y las habilidades aprendidas, así como la discusión con el paciente de los planes para mantener los logros obtenidos. El curso del tratamiento puede ser acortado o alargado, dependiendo de las necesidades de la persona y del progreso del tratamiento.

Desensibilización sistemática

Inicialmente denominada *inhibición recíproca*, esta técnica, ideada a finales de los años cincuenta por el psiquiatra sudafricano Joseph Wolpe, está basada en el hecho de que al presentar al paciente un estímulo ansiogénico de forma gradual —en nuestro caso la pesadilla— y asociarlo a otro estímulo incompatible,

como es la relajación, la respuesta condicionada (ansiedad) se inhibe paulatinamente.

Las escenas de los sueños son jerarquizadas desde las que producen menor a mayor malestar, y se trabaja gradualmente con cada una de ellas, alternándolas con relajación. Dos estudios controlados (11) en pacientes con pesadillas crónicas, aunque no asociados al TEPT, y utilizando como grupo control a pacientes en lista de espera, y con un total de 61 personas, mostraron que la desensibilización sistemática fue significativamente superior al grupo control en reducir la frecuencia de las pesadillas (12). En lo que respecta al procedimiento:

1. Se le enseña al paciente la técnica de relajación muscular profunda.
2. Se establece una escala que mide el grado de ansiedad ante cada una de las escenas de las pesadillas y se entrena al paciente en el uso de las unidades subjetivas de ansiedad (USA), que van de 0 a 100 para cuantificarla.
3. Se le solicita al paciente recordar una de sus pesadillas repetitivas y escribir en una tarjeta, con el mayor detalle posible, cada una de las escenas en la secuencia que se presentan.
4. Se construye con el paciente una jerarquía de las escenas provocadoras de respuestas de

ansiedad, así: el puntaje superior, es decir, el que corresponde a la escena que produce la mayor ansiedad, se ubica alrededor de 100 USA, y el inferior, entre 5 y 15 USA. El punto intermedio entre los dos anteriores se puede ubicar alrededor de 50 USA, y a partir de ahí se van generando calificaciones sin que existan saltos de más de 15 USA entre ítems consecutivos.

5. Una vez jerarquizadas las escenas, se le pide al paciente que imagine la menos temida y que cuando llegue al momento de mayor ansiedad, a diferencia de lo que ocurre en la terapia de exposición prolongada, se relaje por completo, al igual que lo hizo al inicio de la sesión.
6. Se le instruye para que vuelva a imaginarla y a relajarse nuevamente en el punto de máxima ansiedad y a repetir así el procedimiento, varias veces.
7. Una vez relajado, y tras haber imaginado la escena sin llegar a sentir ansiedad, se le cita para una próxima sesión, la cual se inicia con esta misma escena, para continuar con la que sigue en la jerarquía, hasta eliminarlas todas y cada una de ellas (13).

Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares: estimulación sensorial bilateral

La técnica descrita inicialmente por la doctora Francine Shapiro, en

1987, surge de observar que cuando se realizan movimientos oculares sacádicos, por ejemplo, al leer un libro, se puede reducir la ansiedad provocada por pensamientos negativos o por preocupaciones (13). Alrededor de este hecho se inició una serie de investigaciones, la primera de ellas con veteranos de la guerra de Vietnam y denominada *Estudio de Mendocino*, por el sitio donde fue llevada a cabo, y que dio como resultado el desarrollo de la técnica denominada *desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares* (DRMO) o *Eye Movement Desensitization Reprocessing* (EMDR), y que se ha convertido en uno de los tratamientos eficaces para el TEPT, aprobado por la American Psychiatric Association, y que ha mostrado ser efectiva en reducir síntomas como las pesadillas (14, 15).

El método combina elementos teóricos, derivados de la teoría del apego, del afecto, de los aspectos neurofisiológicos del procesamiento de la información, e integra elementos de varias escuelas psicoterapéuticas, como son la cognitiva, la conductual, la sistémica, la psicodinámica, la *gestalt*, la programación neurolingüística, entre otras.

En términos generales, la DRMO busca que la información congelada que queda en el cerebro después de un trauma y que se revive de diferentes formas, una y otra vez en el TEPT, sea desensibilizada, procesa-

da e integrada adaptativamente en el presente de una forma consciente.

Cuando una persona se expone a un evento traumático, la información que el cerebro recibe no se procesa de igual forma a como se hace con los eventos cotidianos. Debido a la sobrecarga de información y a lo inesperado del suceso, este queda almacenado tal como se experimentó, sin contexto de tiempo y espacio (en la mente del paciente ocurre de forma vívida y exacta una y otra vez).

En circunstancias normales, las experiencias del día se procesan en la noche durante el sueño REM, en un mecanismo complejo que involucra diferentes neurotransmisores, especialmente acetilcolina y flujo de información entre distintas zonas cerebrales, como amígdala, hipocampo y corteza cerebral, lo que permite la integración de los recuerdos a nuestro archivo general de información.

En los pacientes con TEPT se han observado, por medio de la electroencefalografía y de la tomografía por emisión de positrones, alteraciones neurofisiológicas que parecen ser las responsables del inadecuado procesamiento de la información: inhibición de la corteza cerebral izquierda, sobreactivación del hemisferio cerebral derecho e inhibición de las neuronas colinérgicas pedúnculo-pontinas del tegmento (responsables de generar el sueño REM) (16).

El aumento de la norepinefrina circulante, como consecuencia del evento estresante, hace que la concentración de acetilcolina disminuya drásticamente y que se inhiba así el proceso de integración de la información a la vida cotidiana de los sujetos, de forma tal que el recuerdo de los hechos, las emociones y los pensamientos relacionados con el suceso traumático se almacenen tal como sucedieron, sin ninguna modificación.

La DRMO funciona al estimular bilateralmente el cerebro mediante movimientos oculares sacádicos sincrónicos, ya que normaliza las ondas cerebrales en ambas cortezas y resincroniza la actividad de ambos hemisferios. Si la estimulación se realiza en presencia del recuerdo consciente del evento traumático, es posible el reprocesamiento de la información de este último (16).

La estimulación bilateral puede realizarse sea con el movimiento de los ojos, escuchando sonidos por ambos oídos o por el golpeteo bilateral de los dedos de la mano (*tapping*), lo que facilita la activación del cerebro mediante la liberación de acetilcolina y el flujo de nueva información al hipocampo y al cerebro anterior, lo que da como resultado el procesamiento adecuado del recuerdo.

El efecto clínico es la desensibilización de las cargas emocionales, la resolución de las sensaciones cor-

porales, el cambio en las cogniciones disfuncionales y las imágenes asociadas al trauma, la instalación de nuevos esquemas cognitivos y la adquisición de habilidades para el manejo de las situaciones vitales.

Shapiro, en una muestra de 72 pacientes con diagnóstico de TEPT y divididos en grupo experimental y placebo, observó un alivio significativo de las pesadillas en el grupo de tratamiento con DRMO. Los resultados obtenidos se mantuvieron a los tres meses de seguimiento, con mejoría además de la autovaloración y de las relaciones interpersonales (14).

Vaughan K. Wiese, de forma similar, con 10 sujetos con TEPT y con un promedio de tres sesiones de DRMO de una duración aproximada de 45 a 60 minutos, observó la mejoría de los síntomas, especialmente de las pesadillas (17). Entre tanto, Forbes, Creamer y Rycrott, en una muestra de ocho pacientes con TEPT y quienes recibieron cuatro sesiones semanales de 90 minutos de DRMO, observaron una notable mejoría de los síntomas (18).

Scheck, Shaeffer y Gillete, en un estudio con 60 mujeres con antecedente de trauma, divididas en grupo experimental y grupo control ("escucha activa" de sus síntomas) reportaron que hubo una mejoría en ambos grupos, pero significativamente mayor en el grupo experimental (19).

Marcus y cols. (20), en un estudio con 67 pacientes diagnosticados con TEPT, y repartidos aleatoriamente uno a uno en dos grupos, compararon la psicoterapia psicodinámica, la cognitiva o conductual con la DRMO. Los autores encontraron una mejoría significativa en todos los pacientes, pero especialmente en aquellos que recibieron manejo con terapia de movimientos oculares.

De forma similar, Carlson y cols. (21), en una muestra con 35 veteranos de guerra con TEPT y divididos en tres grupos de tratamiento: DRMO, relajación biorretroalimentada y cuidado clínico rutinario (grupo control), demostraron la superioridad de la DRMO sobre las otras intervenciones, con una mejoría sostenida a los tres meses de seguimiento.

Vale la pena mencionar que en la mayoría de los estudios mencionados se evidenció una mejoría no sólo de las pesadillas, sino también de los síntomas depresivos, de evitación y de todas las formas de reexperimentación del trauma. Aunque parezca una técnica sencilla de llevar a cabo, no lo es, y se requiere una formación como clínico y un entrenamiento previo (22). Se han descrito las siguientes fases (18):

1. Toma de historia clínica y plan de tratamiento: en esta fase se evalúa el caso particular del paciente, su habilidad para manejar las emociones y se fijan los objetivos específicos del tratamiento.
2. Fase de preparación: se realiza el encuadre terapéutico y la alianza con el paciente. Se le enseñan técnicas de relajación y autocontrol para que pueda manejar la información perturbadora que pueda aparecer durante las sesiones o entre estas. Se evalúa también aquí la posible presencia de ganancia secundaria, pues en caso de que exista, deberá resolverse previo al inicio de la terapia.
3. Fase de evaluación: en esta el paciente identifica la pesadilla que más le provoca malestar, la cognición y el afecto acompañante. Cada uno de estos elementos se cuantifica a través de unidades subjetivas de perturbación (USP, de 0 a 10, de menor a mayor perturbación) y de la Escala de Validez de Cognición (VC, de 1 a 7, también de menor a mayor).
4. Desensibilización: se solicita al paciente que centre su atención y visualice la imagen de la pesadilla, así como que repita interiormente las verbalizaciones o cogniciones negativas que lo acompañan, y que se concentre en la sensación física de ansiedad. Esto se hace mientras sigue con sus ojos el dedo índice del terapeuta, que es movido rápidamente de lado a lado, de 10 a 20 veces, a 30

o 35 centímetros de la cara del sujeto (16). Cada grupo de 10 a 20 movimientos sacádicos es considerado un set. Después de cada set, se le pide al paciente que borre la imagen y que haga una respiración profunda. Seguidamente, que vuelva a traer la imagen y la cognición negativa. Por lo tanto, mientras se centra en el grado de ansiedad generado y valora esta ansiedad en la escala USP, al mismo tiempo se le pregunta “si ha cambiado la imagen”, “si otra imagen le viene a la mente”, utilizando las respuestas del sujeto como indicadores de cambio (16).

5. Instalación: en esta fase se instala una cognición positiva que desplace a la negativa, que fue desensibilizada. Se repite la acción de la fase 4, pero en torno a la cognición que se desea establecer.
6. Escáner corporal: se identifica y procesa el material disfuncional residual, que usualmente se manifiesta como sensaciones corporales desagradables.
7. Fase de cierre: se reinstruye al paciente con técnicas de relajación y autocontrol y se lleva a su estado de equilibrio.
8. Reevaluación: esta fase se realiza al comenzar cada sesión. Se le solicita al paciente acceder a las memorias previamente reprocesadas para observar sus respuestas y verificar que la mejoría se haya mantenido.

En caso de que exista material perturbador, deberá trabajarse nuevamente con DRMO (18).

Como puede observarse, el tratamiento reconstituye la elaboración de los recuerdos traumáticos y toma el papel de agencia reguladora de los sueños.

Terapia cognitiva: tratamiento con ensayo de imágenes

Esta modalidad de intervención psicoterapéutica tiene sus raíces en el trabajo de Isaac Marks, quien hacia la década de los setenta postuló como tratamiento para las pesadillas la alteración consciente de su contenido, a través del ensayo de un final diferente, bajo la premisa de que la exposición, la abreacción y el dominio sobre estas lograba su desaparición (23).

Años más tarde, Barry Krakow y colegas retomaron este trabajo y postularon que las personas pueden transformar el contenido de las pesadillas repetitivas si cambian y ensayan en su imaginación las escenas displacenteras por unas más agradables. Así iniciaron una serie de estudios con lo que llamaron *tratamiento por ensayo de imágenes* (en inglés *imagery rehearsal therapy*), con hasta ahora prometedores resultados.

Las investigaciones sobre este tipo de terapia parten de reconocer que

las pesadillas no son eventos incontrolables para el ser humano. Se plantean, en cambio, como “hábitos” o conductas aprendidas, y se reconoce que lo que las mantiene es el “hábito” de tener malos sueños. De este modo, tales estudios han desafiado algunas teorías acerca de que los sueños están fuera del comando e influencia consciente de la persona (24).

Se considera que por ser las pesadillas una representación en imágenes de un evento traumático, el trabajar mientras se esté despierto en configurar nuevas imágenes logra cambiar el contenido del sueño en la noche. Ensayar las nuevas imágenes positivas (el nuevo sueño) no sólo reduce o elimina las pesadillas, sino que brinda dominio sobre estas, pues la persona cambia paulatinamente la sensación de amenaza por una de satisfacción, a medida que el sueño va transformándose progresivamente (25).

A los pacientes se les indica escribir minuciosamente los detalles de la pesadilla; se les invita a cambiar el sueño de cualquier forma, según su deseo, y a escribir su versión alterada, para repararla cada vez que vayan a acostarse. Se piensa que la mejoría ocurre porque el paciente, al tener que recordar la pesadilla, se expone repetidamente a ella; porque el cambiar el final y ensayarlo le da dominio sobre esta, y porque el observar que puede influir sobre su

contenido tiene un efecto de reestructuración cognitiva, en cuanto a que las pesadillas son incontrolables e inmodificables por quien las padece.

Hasta el momento, Krakow y cols. han publicado cuatro estudios que evalúan la eficacia de la terapia por ensayo de imágenes en pacientes con TEPT (24). El primero de ellos fue realizado en 169 mujeres adultas jóvenes, víctimas de delitos sexuales, con diagnóstico de TEPT y pesadillas, por lo menos, una vez a la semana durante seis meses, como mínimo. Las participantes fueron asignadas al grupo de tratamiento (n=87) o al grupo control (lista de espera para tratamiento) (n=82), y se les realizó un seguimiento a tres y seis meses. Los resultados indicaron que el tratamiento fue efectivo en reducir la frecuencia y la gravedad de las pesadillas; el malestar asociado a estas, con mejoría de la calidad del sueño, y la cronicidad del TEPT (26).

El segundo estudio fue realizado en 19 mujeres adolescentes con síntomas de TEPT y pesadillas de cinco años de evolución y con seguimiento a tres meses. Los resultados mostraron que el 71% de las pacientes reportó una disminución de la frecuencia de las pesadillas y del malestar asociado.

El tercer estudio fue realizado con 62 pacientes con TEPT, pesadillas e insomnio, y mostró que la terapia por ensayo de imágenes fue efectiva

en disminuir la frecuencia de las pesadillas asociadas y no asociadas al trauma después de 10 horas de tratamiento. No hubo grupo control (27).

El cuarto estudio se efectuó en 66 pacientes, quienes recibieron seis sesiones grupales de dos horas cada una, que incluían educación, higiene del sueño, control de los estímulos, terapia cognitiva para el insomnio y terapia con ensayo de imágenes, con un seguimiento a tres meses. La frecuencia de las pesadillas, el insomnio, la ansiedad, la depresión y la gravedad del TEPT disminuyeron con el tratamiento (28,29).

Un estudio realizado en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pittsburg en siete adultos víctima de crímenes violentos, con un diagnóstico de TEPT, y a quienes se les administró terapia de ensayo con imágenes para reducir las pesadillas postraumáticas y el insomnio, mostró una disminución clínicamente significativa en la frecuencia de las pesadillas, así como mejoría en los autorreportes de la calidad de sueño (30).

Forbes y cols. (31), en un estudio con doce veteranos de la guerra de Vietnam, con diagnóstico de TEPT y pesadillas crónicas hasta de 20 años de duración, luego de administrar seis sesiones grupales de terapia de ensayo de imágenes, encontraron a los seis y doce meses de seguimien-

to, una mejoría considerable de la sintomatología (31).

Neidhardt y cols. (24), en un estudio con 20 pacientes con diagnóstico de TEPT, con un promedio de edad de 17 años y seguimiento a tres meses, utilizando como grupo control a pacientes en espera de tratamiento (n=10), encontraron entre el 72% de quienes recibieron terapia con ensayo de imágenes (n=10) una disminución en la frecuencia de las pesadillas; mientras en el grupo control la mejoría fue de tan sólo el 47% (24).

El tratamiento puede hacerse de forma individual o grupal. Se recomiendan tres sesiones de tres horas cada una. Las dos primeras espaciadas una semana, y la última, a los 20 días de iniciado el tratamiento:

Sesión 1. Su contenido es primordialmente educativo. Se discuten algunos aspectos importantes de las pesadillas, como su relación con el insomnio, la interferencia que producen en el funcionamiento global de cada persona y los errores cognitivos (p. ej., su incontrolabilidad e inmodificabilidad). Luego de ello, se enseña que las pesadillas pueden ser entendidas como hábitos aprendidos, que modificar unas puede contribuir a cambiar otras y que trabajar con ellas estando despierto puede modificar su contenido, pues los sueños son una extensión de la vigilia.

Así se entrena al paciente en ejercicios de visualización e imaginación, que se dejan como tarea para la casa, y se le enseña la utilización de técnicas de relajación y de parada del pensamiento, para poder controlar las imágenes desagradables que pueden aparecer en la imaginación. Se explican, además, las reacciones que se pueden presentar a lo largo del tratamiento.

Sesión 2. El paciente debe escoger una de sus pesadillas y escribirla con el mayor detalle posible. Lo puede hacer como tarea para la casa o en el consultorio, con ayuda del terapeuta, si hacerlo le ha resultado muy angustiante. Una vez la ha escrito, se instruye a la persona para “cambiar su pesadilla según lo desee”, pero se le indica que el final debe ser placentero, pues la idea es apaciguar la emoción que produce el recuerdo y no crear finales matizados por sentimientos de rabia y de venganza.

Se le indica escribir el nuevo sueño. En el caso de sesiones grupales, se invita a los participantes a discutirlo entre ellos, a olvidar la primera versión y a enfocarse primordialmente en la nueva.

Los pacientes serán instruidos para ensayar el nuevo sueño, por lo menos, 5 a 20 minutos diarios, pero se les recuerda que no se deben trabajar más de dos distintos nuevos sueños en una semana. De aquí en adelante no deben escribir más,

sino realizar el proceso mentalmente. La recomendación es ensayar el nuevo sueño inmediatamente antes de acostarse y, ojalá, sin realizar ninguna actividad. Algunos autores sugieren repasar el nuevo sueño también durante el día. Al ensayo del sueño puede seguir un ejercicio de relajación muscular progresiva.

Sesión 3. Se discute con el paciente los progresos, los cambios en la experiencia del sueño y las dificultades que hayan podido surgir. Se le indica que utilice la técnica cada vez que sea necesario (27).

Conclusiones

Sin lugar a dudas, la psicoterapia es una intervención indispensable, necesaria y útil en el manejo de las pesadillas en el TEPT. La psicoterapia cognitivo-conductual, con sus diversas técnicas, es definitivamente la modalidad que ha mostrado los mejores resultados.

Pese a las dificultades en la objetivación de los datos y en la utilización de grupos control, se puede afirmar que sus distintas técnicas son eficaces en reducir la frecuencia de las pesadillas y que la mejoría se mantiene a largo plazo. Las que hasta el momento han mostrado mejores resultados son: terapia de exposición prolongada, terapia de DRMO y terapia de ensayo de imágenes. Se requieren más estudios controlados para evaluar la efectivi-

dad de las distintas intervenciones psicoterapéuticas.

Independientemente de la modalidad que se utilice, los objetivos buscados con estas terapias son que el paciente modifique la cognición que acompaña la pesadilla y se fortalezca frente a ella, haciéndose dueño de la situación, de manera que logre redirigir su sueño, manejar la pesadilla y hacerse vencedor frente a ella.

Referencias

1. Menegazzo CM. La teoría de los sueños en Malasia [citado: 20 de mayo de 2008]. URL disponible en: <http://www.fvinculo.org.ar/articulos/malasia.php>.
2. Rothbaum BO, Mellman TA. Dreams and exposure therapy in PTSD. *J Trauma Stress*. 2001;14(3):481-90.
3. Báguena-Puigcerver MJ. Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*. 2001;13(3):479-92.
4. Foa EB, Riggs DS, Massie ED, Yarczower M. The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder: mechanisms, populations, and treatment innovations in anxiety disorders. *Behav Ther*. 1995;26(3):487-99.
5. Keane TM. Psychological and behavioral treatments of post-traumatic stress disorder. In: Nathan PE, Gorman JM. *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press; 1998. p. 398-407.
6. Falsetti SA, Resnick HS, Davis J, Gallagher NG. Treatment of posttraumatic stress disorder with comorbid panic attacks: combining cognitive processing therapy with panic control treatment techniques. *Group Dyn*. 2001;5(4):252-60.
7. Schlenger C, Caddell JM, Ebert L, Jordan BK, Rourke KM, Wilson D, et al. Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *JAMA*. 2002;288(5):581-8.
8. Sheikh JI, Woodward SH, Leskin GA. Sleep in post-traumatic stress disorder and panic: convergence and divergence. *Depress Anxiety*. 2003;18(4):187-97.
9. Burgess M, Gill M, Marks I. Postal self-exposure treatment of recurrent nightmares: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 1998;172:257-62.
10. Foa EB, Davidson JRT, Frances A. Expert Consensus Guideline Series: treatment of traumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(Suppl 16).
11. Cellucci AJ, Lawrence PS. The efficacy of systematic desensitization in reducing nightmares. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1978;9(2):109-14.
12. Davis JL, Wright DC. Randomized clinical trial for treatment of chronic nightmares in trauma-exposed adults. *J Trauma Stress*. 2007;20(2):123-33.
13. Universidad Complutense de Madrid. Proyecto de Innovación Educativa 2005. Guión para la presentación de técnica de exposición [citado: 25 de mayo de 2008]. URL disponible en: www.ucm.es/info/psclinic/intervencion/exposicion/guion_exposicion.doc.
14. Shapiro F. Eye movement desensitization: a new treatment for posttraumatic stress disorder. *J. Behav Ther Exp Psychiatry*. 1989;20(3):211-7.
15. Tirapu J, Alcaiza C, Arrondo A, Górriz F, Hernández R, Lapeña P, et al. Tratamiento del trastorno por estrés postraumático mediante la desensibilización por movimientos oculares. *Psiquis*. 2001;22(2):80-8.
16. Shepherd J, Stein K, Milne R. Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post-traumatic stress disorder: a review of an emerging therapy. *Psychol Med*. 2000;30(4):863-71.
17. Nicosia G. A mechanism for dissociation suggested by the quantitative analysis of electroencephalography. Paper presented at the International EMDR Annual Conference, Sunnyvale; 1994.
18. Trejos-Parra JJ, Betancur-Sánchez AV, Montoya-Alzate LS. Desensibilización

- y reprocesamiento mediante movimientos oculares: terapia efectiva para el trastorno por estrés postraumático [citado: 22 de mayo de 2008]. URL disponible en: www.amauta-international.com/ArtRevMDRis.htm.
19. Scheck MM, Shaeffer JA, Gillette C. Brief psychological intervention with traumatized young women: the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *J Trauma Stress*. 1998;11(1):25-44.
 20. Marcus SV, Marquis P, Sakai C. Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy*. 1997;34(3):307-15.
 21. Carlson JG, Chemtob CM, Rusnak K, Hedlund NL, Muraoka MY. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 1998;11(1):3-24.
 22. EMDRIA Latinoamérica, Asociación Civil [citado: 18 de mayo de 2008]. URL disponible en: www.emdr.org.ar.
 23. Marks I. Rehearsal relief of a nightmare. *Br J Psychiatry*. 1978;133:461-5.
 24. Neidhardt EJ, Krakow B, Kellner R, Pathak D. The beneficial effects of one treatment session and recording of nightmares on chronic nightmare sufferers. *Sleep*. 1992;15(5):470-3.
 25. Krakow B, Zadra A. Clinical management of chronic nightmares: imagery rehearsal therapy. *Behav Sleep Med*. 2006;4(1):45-70.
 26. Krakow B, Hollifield M, Schrader R, Koss M, Tandberg D, Lauriello J, et al. A controlled study of imagery rehearsal for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD: a preliminary report. *J Trauma Stress*. 2000;13(4):589-609.
 27. Miró-Morales E, Martínez-Narváez P. Tratamientos psicológicos de las pesadillas: Una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2004;4(1):11-36.
 28. Krakow B, Kellner R, Pathak D, Lambert L. Imagery rehearsal treatment for chronic nightmares. *Behav Res Ther*. 1995;33(7):837-43.
 29. Krakow B, Krakow J. Turning nightmares into dreams. Albuquerque, NM: The New Sleepy Times; 2002.
 30. Germain A, Shear MK, Hall M, Buysse DJ. Effects of a brief behavioral treatment for PTSD-related sleep disturbances: a pilot study. *Behav Res Ther*. 2007;45(3):627-32.
 31. Forbes D, Phelps A, McHugh T. Treatment of combat-related nightmares using imagery rehearsal: a pilot study. *J Trauma Stress*. 2001;14(2):433-42.

Recibido para evaluación: 23 de junio de 2008
Aceptado para publicación: 31 de julio de 2008

Correspondencia
Harold Muñoz Cortés
Servicio de Psiquiatría
Hospital Militar Central
Transversal 3 N° 49-00
Bogotá, Colombia
hmcbgc@hotmail.com