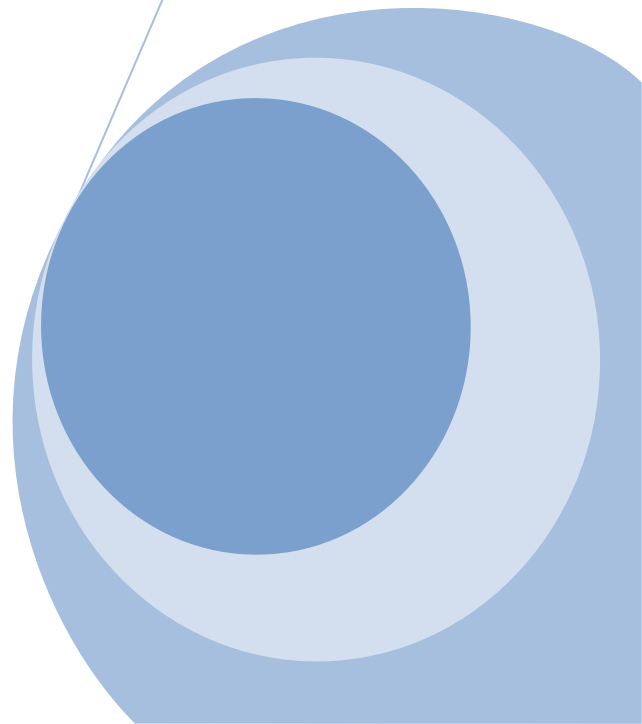
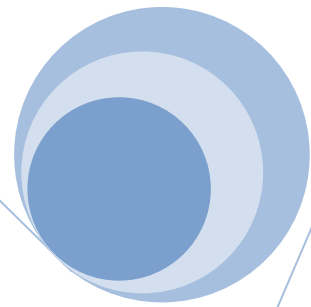


**CASO CLÍNICO:
INSOMNIO
PRIMARIO**



INDICE

- CASO CLINICO
- SINTOMATOLOGÍA
- OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO
- DIAGNÓSTICO
- DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN.
 - Fase pedagógica
 - Técnicas empleadas.
 - Finalización de la terapia
- BIBLIOGRAFIA

CASO CLINICO: INSOMNIO PRIMARIO

Mujer de 22 años de edad, estudiante de ciencias políticas. Nivel intelectual medio-alto. Vive con sus padres y una hermana menor. Tiene pareja desde hace dos años.

A los 18 años comenzó a tener dificultades para conciliar el sueño, mantener su ritmo con normalidad y padecer despertares nocturnos. Acude a la consulta del médico de familia acusando síntomas de insomnio y malestar físico. Este le receta hipnóticos que tomó durante 3 meses, sin presentar mejoría por lo que acude a la consulta.

En la evaluación del caso, se detectan síntomas de malestar físico, cansancio, apatía, irritabilidad, inseguridad, sentimientos de inutilidad, dificultades para concentrarse y para dormir. Este malestar empezó cuando estaba cursando bachillerato.

La paciente informa sobre la preocupación constante ante los estudios. Le provoca gran nerviosismo y a veces siente presión en el pecho. Afirma que a veces, cree que estas preocupaciones no la dejan dormir, por lo que al día siguiente se siente cansada para continuar estudiando.

Manifiesta un alto nivel de exigencia y superación en sus estudios y una falta de confianza en si misma.

En el área social se desenvuelve sin problemas. Su círculo social es amplio, cuenta con distintos grupos para salir y tiene dos amigas especialmente íntimas con las que tiene confianza para hablar de cosas más personales.

La convivencia familiar es buena. El problema más central son las discusiones que mantiene con los padres, debido a que no la dejan dormir cuando está cansada y esto provoca en la paciente cierta frustración e incompreensión por parte de la familia.

SINTOMATOLOGÍA

- Dificultades para conciliar el sueño
- Dificultades para mantener el sueño
- Despertar temprano adelantado
- Malestar físico: cansancio diurno
- Malestar psíquico: irritabilidad- apatía.
- Angustia provocada por la incapacidad de mantener un ritmo de sueño normal.
- Pensamientos negativos constantes sobre los estudios.
- Alto nivel de exigencia
- Baja autoestima y autoconfianza.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Reducir el nivel de alerta previo al sueño y la ansiedad anticipatoria
- Reemplazar hábitos de sueño desadaptativos.
- Corregir las ideas irracionales y los pensamientos recurrentes que perturban el sueño.
- Reforzar la habilidad del paciente para quedarse y permanecer dormido

OTRAS posibles áreas de intervención.

Ansiedad asociada a los estudios (afrontamiento de situaciones estresantes).

DIAGNÓSTICO:

Según los criterios del DSM IV, la paciente sufre una disomnía. Se trata de un trastorno del inicio o el mantenimiento del sueño, que se caracteriza por una alteración en la cantidad, la calidad y el horario del sueño. En concreto, esta paciente manifiesta insomnio primario caracterizado por la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o la sensación de no haber tenido un sueño reparador durante al

menos un mes (en este caso la paciente lleva 4 años con esta sintomatología). Esta alteración le provoca malestar clínicamente significativo y deterioro en el rendimiento de sus estudios, que junto con las preocupaciones constantes preexistentes sobre su capacidad para afrontar situaciones estresantes (periodo de exámenes), agravan dicho rendimiento.

DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN.

- a) Fase pedagógica: Toda intervención ha de comenzar dando al paciente información adecuada y precisa sobre su problemática, sobre la visión del tratamiento y el pacto de los objetivos a alcanzar.
- b) Técnicas:
 1. Entrenamiento en respiración profunda y técnicas de relajación: para disminuir la respuesta de activación típica de este trastorno.
 2. Control de estímulos: para reforzar la asociación del dormitorio (cama) con el dormir.
 3. Intención paradójica: para eliminar la ansiedad anticipatoria, que es lo que dificulta el dormir.
 4. Detención del pensamiento: Para reducir los pensamientos recurrentes que elevan la ansiedad sin que se consiga ninguna respuesta eficaz en la solución del problema.
 5. Reestructuración cognitiva: para corregir las falsas creencias acerca del sueño.
 6. Autoestima: trabajar expectativas y autocrítica (reconocer y recordar los aspectos positivos y describir con precisión los defectos, teniendo en cuenta lo que se pueda cambiar y lo que no, se asume).
- c) Finalización del tratamiento: Prevención de recaídas.

a) Fase pedagógica.

En primer lugar se deberá informar a la paciente acerca del sueño normal y de las dificultades de sueño.

Acerca del Sueño Normal:

- Fisiología básica del sueño
- Variabilidad de la necesidad de sueño: cantidad y calidad
- Género, edad y cambios en el ciclo vital

Acerca del Insomnio y Dificultades del Sueño:

- Factores físicos, externos y sustancias que afectan al sueño
- Estrés y factores psicológicos que afectan al sueño
- Insomnio como trastorno vs. dificultades agudas del sueño
- Factores de predisposición, precipitantes y perpetuantes

b) Técnicas empleadas.

1. Entrenamiento en respiración profunda.

Cuando se perciban los primeros signos de angustia o presión en el pecho, la paciente deberá seguir las pautas siguientes:

A. Interrumpir lo que uno está haciendo y sentarse o, al menos, concentrarse en los siguientes pasos.

B. Retener la respiración, sin hacer inhalaciones profundas, y contar hasta 10.

C. Al llegar a 10, espirar y decirse a sí misma de una forma suave la palabra “tranquilo”.

D. Inspirar y espirar en ciclos de seis segundos (tres para la inspiración y tres para la espiración), diciéndose a sí misma la palabra tranquilo, cada vez que espira. Habrá, por tanto, 10 ciclos de respiración por minuto.

E. Al final de cada minuto (después de 10 ciclos de respiración), retener de nuevo la respiración de nuevo durante 10 segundos. A continuación, reanudar los ciclos de respiración de seis segundos.

F. Continuar respirando de este modo hasta que hayan desaparecido todos los síntomas de la hiperventilación involuntario.

2. Técnicas de relajación.

A. *Relajación progresiva de Jacobson*

Este método se compone de una serie de elementos cognitivos (auto-instrucciones y focalización de la atención) y otros elementos motores (ejercicios de tensión-distensión), que permiten obtener información acerca del mayor o menor grado de tensión que experimente la paciente. Esta deberá abandonarse sin temor, dejando que surjan las sensaciones particulares que, son señales positivas que reflejan que se está produciendo la relajación.

Las condiciones externas favorables para emplear esta técnica deben ser:

- Limitación de ruidos
- Iluminación tenue
- Temperatura agradable
- Estar tumbado,
- etc.

Deberá elegir una hora determinada al día o realizarla cuando sienta que comienza angustiarse.

Se trabaja con cuatro grupos musculares:

- Músculos de la mano, antebrazo y bíceps
- Músculos de la cabeza, cara, cuello y hombros
- Músculos torácicos, de la región del estómago y de la región lumbar.
- Músculos de los muslos, de las nalgas, de las pantorrillas y de los pies

Algunas personas pueden llegar a relajarse físicamente, pero no mentalmente, porque están pendientes de sus inquietudes y preocupaciones. Del mismo modo que la imaginación y los pensamientos negativos pueden inducir estrés, los pensamientos positivos y la visión mental de escenas agradables y placenteras pueden suscitar sosiego y tranquilidad. Por ello además de esta técnica de relajación, se debe aconsejar a la paciente una técnica de relajación mental:

B. Relajación mental (Butler, 1991, modificado).

1. Escriba una lista de lugares o situaciones que le resulten relajantes. Por ejemplo: tomar un baño en la playa, escuchar una música grata, pasear por el campo, tomar algo en una terraza acompañado de un grupo de amigos, etc.
2. Al relajarse muscularmente después de hacer los ejercicios, imagine de la forma más realista posible que está en una de esas situaciones apacibles.
3. No se preocupe si no puede concentrarse durante mucho tiempo en una imagen. Si tiene varias, puede imaginarlas una detrás de otra. Se trata de apartar de la mente los pensamientos preocupantes durante periodos cada vez más largos.
4. Si no puede pensar en una imagen relajante, concéntrese en algo interesante o divertido.

C. Control de estímulos.

1. No utilizar la cama ni el dormitorio para otra actividad que no sea dormir o el sexo. No es aconsejable leer, ver la televisión, hablar por teléfono, discutir con su pareja, o comer en la cama.

2. Establecer una rutina regular previa al sueño que establezca el momento de acostarse.
3. Cuando se haya metido en la cama, se deben apagar las luces con la intención de dormirse inmediatamente. Si no puede dormirse en un rato (alrededor de 10 minutos), levántese y váyase a otra habitación. Dedíquese a alguna actividad tranquila hasta que empiece a sentirse adormecido y, en ese momento, vuelva a dormitorio para dormir.
4. Si no se duerme en un periodo de tiempo breve, debe repetirse la secuencia anterior. Hágalo tantas veces como sea necesario durante la noche. Utilice este mismo procedimiento en el caso de despertarse a mitad de la noche si no consigue quedarse de nuevo dormido aproximadamente a los 10 minutos. En el momento que se dé cuenta de que está despierto o molesto levántese y repita el punto 3.
5. Mantenga regular la hora de levantarse por las mañanas, los días laborales y los festivos independientemente de la hora en que se haya acostado.
6. No duerma ninguna siesta durante el día. Pero si la somnolencia diurna es demasiado agobiante se puede permitir una pequeña siesta de media hora después de comer.
7. Permítase al menos una hora antes de acostarse para relajarse. Reserve otro momento del día para intentar solucionar sus problemas.

D. Intención paradójica.

Instrucciones:

“Acuéstese en posición cómoda y apague la luz. El ambiente de la habitación debe ser tranquilo.

Mantenga los ojos abiertos conscientemente. Note la agradable sensación de estar tumbado en la cama por la noche sin hacer otra cosa.

Si tiene pensamientos preocupantes del tipo: “no voy a poder dormir si sigo con los ojos abiertos...” Recuerde que es eso precisamente lo que pretende. Otro día es posible que quiera dormir, pero esta noche no tiene interés en ello. No pasa nada por pasar una noche en vela o por dormir poco. Eso se recupera

fácilmente. Disfrute de las sensaciones que se producen en una situación nueva para usted.

Su actitud debe ser natural. De la misma manera que intenta no dormirse intencionadamente, tampoco debe mantenerse despierto de forma antinatural. Si se duerme no se preocupe, son gajes del oficio. Otra noche será”

E. Parada de pensamiento

El objetivo es que la paciente observe y se dé cuenta de la secuencia de sucesos y de sus reacciones; identifique sus pensamientos automáticos y sea capaz de interrumpirlos. Para ello, tiene que seleccionar un estímulo que corte el bucle. Que sea intenso y capaz de atraer inmediatamente la atención: un ruido fuerte como una palmada, las palabras ¡Basta! ¡Stop!, etc. Inmediatamente después se cambia de actividad (recordar un suceso agradable) para alejar esos pensamientos desagradables.

F. Reestructuración cognitiva

Las 5 principales Creencias Disfuncionales relacionadas con el Sueño son:

- Falsas ideas acerca de las causas del insomnio.
- Atribuciones erróneas y sobre-dimensionadas acerca de las consecuencias del insomnio.
- Expectativas no realistas acerca de la necesidad de sueño.
- Impresión subjetiva de no tener control sobre el sueño.
- Creencias erróneas acerca de los hábitos y conductas inductoras del sueño.

Por este motivo se facilitarán unas pautas para cambiar estas creencias y actitudes acerca de la Falta de Sueño (miedo a no dormir):

- Mantén expectativas realistas
- Revisa tus atribuciones acerca de las causas del insomnio
- No eches la culpa de todas las dificultades diurnas únicamente a la falta de sueño
- No agonices tras una noche de mal sueño
- No pongas tanto énfasis en el Sueño

G. Autoestima.

Ajustar expectativas y nivel de exigencias.

Programa de autorefuero. Llevar un diario de logros en los estudio

c) Finalización de la terapia:

Para finalizar el tratamiento se dedicarán las últimas sesiones a la prevención de recaídas:

- Generalización de las habilidades aprendidas.
- Identificación de situaciones de riesgo.
- Revisar las estrategias para prevenir posibles dificultades.
- Consolidación de los beneficios de la terapia.

BIBLIOGRAFIA

- DSM IV
- Morin CM. *Insomnio: asistencia y tratamiento psicológico*. Barcelona: Ariel Psicología, 1998.
- Vázquez C. *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. Madrid: Síntesis Guías Técnicas, 2003.
- Miró et al. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces en los trastornos del sueño*. En Pérez-Álvarez et al. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II*. Madrid: Pirámides, 2003.