

Tratamientos psicológicos de las pesadillas: Una revisión

Elena Miró Morales¹ y Pilar Martínez Narváez

Universidad de Granada. España

RESUMEN

Las pesadillas pueden constituir un fenómeno psicopatológico cuyo estudio científico empieza a adquirir gran relevancia, no solo por su significación como entidad clínica independiente, sino también por su estrecha relación con el trastorno por estrés posttraumático. Como consecuencia de ello, en los últimos años, el interés por el abordaje terapéutico de las pesadillas se ha incrementado de forma notable. En el presente trabajo se exponen algunas de las principales cuestiones relativas a la conceptualización actual de las pesadillas y se lleva a cabo una revisión exhaustiva de los estudios empíricos sobre tratamiento psicológico de las mismas incluidos en las bases de datos *PsycINFO* y *Medline* (1966-febrero 2003). Las diversas técnicas de tratamiento propuestas para este trastorno se agrupan en técnicas conductuales (desensibilización sistemática y exposición), técnicas cognitivas (estrategias de modificación del contenido del sueño y de afrontamiento de la pesadilla), y técnicas de desactivación. Se describen cada uno de estos procedimientos y los principales hallazgos sobre su eficacia terapéutica. Finalmente, se señalan algunas cuestiones críticas que pueden afectar a la valoración de la eficacia de las terapias y que deben ser tenidas en cuenta por la investigación futura.

Palabras clave: Pesadillas, tratamiento psicológico, técnicas conductuales, técnicas cognitivas, técnicas de desactivación, eficacia terapéutica.

ABSTRACT

Psychological treatments of nightmares: A review. The nightmares could be a psychopathological phenomenon whose scientific study starts to have a great importance, not only by its significance as an independent clinical entity but also by its narrow relation with the posttraumatic stress disorder. As a result of that, in the last few years there has been a notable increasing interest in the therapeutic approach of the nightmares. The present work sets out some of the main questions relating to current conceptualisation of nightmares and make a comprehensive review of the empirical studies about psychological treatment of nightmares contain in *PsyINFO* and *Medline* data bases (1966-february 2003). The different types of treatment techniques proposed for this disorder are grouped in behavioural techniques (systematic desensibilization and exposition), cognitive techniques (strategies of dream content modification and coping of nightmare while it is going) and deactivation techniques. Each one of these procedures and the main findings concern its therapeutical efficacy are described. Finally, some critical suggestions that can affect the assessment of therapies efficacy and that must be considered by future research are discussed.

Key words: Nightmares, psychological treatment, behavioural techniques, cognitive techniques, deactivation techniques, therapeutical efficacy.

¹ Petición de separatas a la primera autora: Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Campus Universitario de la Cartuja s/n., CP. 18071, Granada, España. Email: emiro@platon.ugr.es

El interés clínico por las pesadillas se remonta a principios del siglo pasado con la teoría psicoanalítica y su concepción de los sueños como medios para canalizar deseos inaceptables. Tras esta primera formulación, se han ido proponiendo otras desde enfoques psicofisiológicos y cognitivos que han conferido un marcado carácter empírico al estudio de las ensoñaciones. No obstante, el conocimiento científico del que disponemos sobre esta temática es escaso y aún existen muchas controversias no resueltas en torno a su etiología y su abordaje clínico.

Las pesadillas son un tipo de parasomnia que implica la aparición repetida de sueños terroríficos que despiertan al sujeto llevándolo a un estado de plena vigilia en el que puede recordar con detalle la ensoñación (DSM-IV-R; APA, 2000). El contenido del sueño genera miedo intenso y suele relacionarse con amenazas a la supervivencia (ej. un ataque físico) o a la autoestima (ej. un fracaso personal), pudiendo ser tal contenido reflejo de una experiencia real, una fantasía total, o una combinación de eventos reales y fantaseados. Dado que las pesadillas aparecen principalmente durante el sueño REM (*Rapid Eye Movement*) (que se inicia cada 90-110 minutos desde que la persona se duerme) pueden acontecer en cualquier momento de la noche, aunque tienen mayor probabilidad de hacerlo en la segunda mitad de la noche, cuando REM es más prominente. Este trastorno genera más malestar subjetivo que objetivable en forma de deterioro en diversos ámbitos de vida de la persona. A veces las pesadillas pueden provocar elevados niveles de ansiedad, sentimientos de indefensión, miedo secundario a dormirse o a la oscuridad, empeoramiento del sueño, conductas antagónicas al sueño (ej. dejar las luces de la habitación encendidas o tener horarios de sueño muy irregulares) y síntomas similares al insomnio psicofisiológico (Haynes y Mooney, 1975; Abramovitch, 1995; Zadra y Donderi, 2000; Buela-Casal y Miró, 2001). Además, algunos sujetos pueden mostrar deterioro de su funcionamiento diurno debido a la angustia asociada al recuerdo de la ensoñación, a la incrementada fatiga por la interrupción sistemática del descanso nocturno, y a las preocupaciones acerca de la propia salud mental debido a la extrañeza y fuerte afecto negativo vinculado a las pesadillas (Belicki, 1990; Abramovitch, 1995). A este respecto, cabe precisar que según algunos informes la presencia de perturbación psicológica se relaciona más con el malestar que ocasionan las pesadillas que con la frecuencia *per se* de éstas (Wood y Bootzin, 1990; Belicki, 1992; Levin y Fireman, 2002a).

Se dispone de escasa información acerca de la prevalencia real de las pesadillas. Diversos estudios estiman que entre el 4% y el 8% de la población adulta tiene un problema de este tipo (Belicki y Belicki, 1982; Zadra y Donderi, 2000). Otras estimaciones son más conservadoras, tales como la que ofrece la ICSD (*International Classification of Sleep Disorders*, ASDA, 1991) que sitúa en un 1% la prevalencia de las pesadillas (frecuencia de una o más a la semana). Esta parasomnia es bastante más frecuente en niños e incluso adolescentes si están sometidos a estrés psicosocial (Sandoval y cols., 1997). Según el meta-análisis de Sandoval y cols. (1997) la prevalencia de pesadillas en niños y adolescentes va desde una tasa máxima del 42,2% a la edad de 2,5 años seguido de un descenso hacia la adolescencia hasta una prevalencia final de 7,3% a los 16 años. En niños y adolescentes jóvenes esta parasomnia forma parte del proceso de maduración y suele desaparecer por sí sola. Aún así, cabe tener presente que

en este período evolutivo los problemas de sueño pueden estar ligados a otras alteraciones psicológicas, de hecho, el 17,9% de los niños de entre 6 y 8 años con problemas de conducta sufren pesadillas (Smedje, Broman y Hetta, 2001). Por ello, como señalan Maurer y Schaefer (1998), la presencia de pesadillas recurrentes, de elevada intensidad y acompañadas de otros síntomas clínicos pueden hacer aconsejable la intervención. En cuanto a la incidencia por sexos, parece existir una mayor presencia de esta parasomnia entre las mujeres. Según el estudio de Coren (1994) el 4,5% de las mujeres presenta pesadillas frecuentes, frente al 1,7% de los varones. No obstante, a pesar de los datos presentados, no conocemos con exactitud la presencia real de las pesadillas. Tengamos en cuenta que una gran parte de los estudios epidemiológicos han empleado una metodología de evaluación retrospectiva de las pesadillas que infraestima su frecuencia de aparición. Diversos informes señalan que la evaluación prospectiva de las pesadillas a través de autorregistros identifica una tasa 2,5 veces superior a la basada en la evaluación retrospectiva de las mismas mediante cuestionarios (Wood y Bootzin, 1990; Zadra y Donderi, 2000; Levin y Fireman, 2002b).

Aunque las pesadillas se incluyen en el DSM-IV-R como una entidad clínica independiente, pueden coexistir con otras alteraciones psicológicas como el trastorno por estrés postraumático, la depresión, o las patologías del espectro de la esquizofrenia. La condición clínica que se asocia con mayor asiduidad a este tipo de parasomnia es la primera de las mencionadas, constatándose que el 75% o más de las personas con trastorno por estrés postraumático (TEP) sufren pesadillas (Foa, Keane y Friedman, 2000). Se ha planteado que las pesadillas contribuyen al insomnio que con frecuencia presentan los pacientes con TEP (Krakow y cols., 2002), pudiendo actuar como catalizadores repetitivos que minan la continuidad del sueño y que incrementan el proceso de activación psicofisiológica (ASDA, 1991). Si bien es cierto que algunos sujetos con diagnóstico de pesadillas presentan historias traumáticas que no han sido bien identificadas y que pueden estar contribuyendo a su problema de sueño, en una gran parte de los casos el problema no tiene un origen traumático sino que se relaciona con eventos estresantes cotidianos como por ejemplo un embarazo, la ruptura de una relación afectiva, la pérdida de trabajo, el inicio de la actividad académica, o un cambio de domicilio.

Diversos informes han señalado la existencia de una relación entre las pesadillas y los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. A título ilustrativo cabe citar el estudio de Agargun y cols. (1998), quienes observaron que los pacientes diagnosticados con depresión mayor que presentan pesadillas frecuentes (especialmente las mujeres) era más probable que tuvieran riesgo de suicidio. La vinculación entre las pesadillas y los trastornos psicóticos también ha sido documentada. Así, por ejemplo, se ha encontrado una asociación entre frecuencia de pesadillas y trastornos esquizotípico y límite de la personalidad (Hartmann, Russ, Van der Kolk, Falke y Oldfield, 1981), y se ha observado que el mejor predictor de malestar generado por las pesadillas es la obtención de puntuaciones elevadas en diversas escalas de personalidad esquizotípica (Claridge, Clark y Davis, 1997). Algunos autores han considerado incluso que los sueños y las patologías de carácter esquizofrénico comparten mecanismos etiológicos comunes, llegando a sugerir que las pesadillas representan una transición entre la normalidad y la

psicosis, y que el diagnóstico y tratamiento de las pesadillas puede servir para la prevención precoz de los episodios psicóticos (Bearden, 1994).

Una parte de los estudios existentes sobre pesadillas se ha centrado en el análisis de los factores biológicos y psicológicos involucrados en el desarrollo de este trastorno. Respecto a los factores biológicos cabe mencionar, a modo de ejemplo, el reciente estudio de Pagel y Helfter (2003), en el que se revisa el papel de determinados compuestos farmacológicos en la producción de pesadillas encontrando que los agentes con acción adrenérgica, aminérgica y dopaminérgica se asocian al informe de pesadillas. Respecto a los factores psicológicos cabe hacer alusión al modelo de Hartmann (1984; 1991) de “límites finos” (“*thin boundaries*”) que plantea que las pesadillas reflejarían una hipersensibilidad a la estimulación negativa debido a un bajo umbral de tolerancia a la activación emocional. Las personas que sufren con frecuencia pesadillas se caracterizarían por mostrar una dificultad para regular de manera efectiva sus emociones. La dimensión de personalidad propuesta por este autor de “límites finos” (*thin*) frente a gruesos (*thick*) se refiere a los límites entre dos entidades o procesos mentales cualquiera (ej. pensamientos, sentimientos, percepciones, etc), *thin* implica conexión o confusión entre diversos procesos, mientras en el extremo opuesto *thick* alude al grado en que estos procesos están rígidamente separados o demarcados. Varios estudios han examinado la relación entre los sueños y esta dimensión de personalidad. Por ejemplo, Schredl, Kleinferchner y Gell (1996) observaron que los sujetos con “límites finos” eran más creativos e informaban de una mayor frecuencia de recuerdo de los sueños, intensidad de los mismos y pesadillas que aquellos con “límites gruesos”. En consonancia con esta propuesta explicativa, Levin y Fireman (2002b) han señalado que el informe de pesadillas está más ligado a la valoración que hace la persona de sus sueños en general que a la cualidad fenomenológica de las pesadillas. A su vez el modo en que la persona percibe sus sueños está influido por ciertos estilos cognitivos como la propensión a la fantasía y el incremento de la involucración en imágenes disfóricas, todo lo cual produciría un procesamiento selectivo de los estímulos emocionales negativos y un posterior incremento del recuerdo de las memorias relacionadas con la amenaza, dando lugar a una tendencia a experimentar tales eventos con gran claridad (Levin y Fireman, 2002b).

De forma alternativa a la consideración de las pesadillas como un fenómeno psicopatológico, se ha sugerido la posibilidad de conceptualizarlas como un mecanismo de afrontamiento del estrés (Kramer y Kinney, 1988; Cartwright, Young, Mercer y Bears, 1998). El hecho, por ejemplo, de que los sujetos con patrón de personalidad tipo A tengan más pesadillas que los de tipo B (Tan y Hicks, 1995) y que la ansiedad esté asociada a las pesadillas recurrentes (Cellucci y Lawrence, 1978) podría apoyar esta idea. Picchioni y cols. (2002) encuentran que las pesadillas se relacionaban positivamente con el número de estresores diarios, de estresores vitales acontecidos en los últimos 12 meses y con la disponibilidad de estrategias de afrontamiento, y negativamente con el apoyo social. Según estos autores los estresores pueden incorporarse al sueño para facilitar su adecuado afrontamiento. Las pesadillas podrían tener una función adaptativa al actuar (Picchioni y cols., 2002): 1) Reduciendo el impacto del estresor mediante un proceso de exposición repetida al mismo a través de la ensoñación; 2)

Proporcionando un entorno realista pero inofensivo en el que explorar diversas soluciones para manejar situaciones estresantes; y 3) Ofreciendo la oportunidad de ensayar tales soluciones y permitiendo a la persona adaptarse a la situación estresante más fácilmente cuando se encuentre ante ella en vigilia. Esto implicaría la existencia de una continuidad durante el sueño de los mecanismos de afrontamiento empleados para el afrontamiento del estrés durante la vigilia.

Hasta aquí hemos expuesto los principales aspectos relacionados con la conceptualización actual de las pesadillas. Pasamos, a continuación, a revisar las distintas técnicas de tratamiento propuestas para el abordaje de este tipo de problemas.

TRATAMIENTO DE LAS PESADILLAS

El tratamiento de las pesadillas ha recibido escasa atención en la literatura médica, psiquiátrica o psicológica. La mayoría de la investigación acerca del tratamiento de este trastorno está constituida por informes de caso único. Existen pocos estudios controlados de tratamiento de las pesadillas y menos aún estudios con seguimientos adecuados a largo plazo. Como señala Belicki (1992) a pesar de la relativamente alta frecuencia de pesadillas, la demanda de ayuda terapéutica es baja porque: 1) Pocos profesionales de la salud mental saben cómo abordar las pesadillas y no están informados de que existen tratamientos eficaces y 2) Muchos sujetos con pesadillas no tienen problemas de funcionamiento en vigilia y temen ser etiquetados como emocionalmente alterados si cuentan sus pesadillas.

En su revisión sobre terapias para las pesadillas, Halliday (1987) identifica cuatro factores provocadores de ansiedad que son comunes en las pesadillas: la incontrolabilidad de la ensoñación, su percibido sentido de realidad, la línea de argumentación generadora de miedo y el sentido de importancia atribuido a la ensoñación. Señala que cualquier intervención debe dirigirse a la modificación de estos factores. Divide en cuatro grupos a las técnicas de tratamiento de las pesadillas: 1) Técnicas analíticas y catárticas, 2) Procedimientos de alteración de la línea de la historia, 3) Estrategias de afrontamiento de la pesadilla, y 4) Desensibilización y técnicas conductuales. La visión tradicional sobre las pesadillas implicaba la necesidad de psicoterapia para la resolución del conflicto subyacente a través de la interpretación simbólica de los símbolos del sueño. En la presente revisión nos centraremos en las técnicas de tratamiento que han sido sometidas a investigación empírica. Se recogen todos los estudios de este tipo contenidos en las bases de datos *Medline* y *PsyINFO* desde el año 1966-hasta febrero 2003. Agruparemos las distintas técnicas de tratamiento de las pesadillas en: 1) Técnicas conductuales, donde se incluyen la desensibilización sistemática y algunas de sus variantes, y la exposición; 2) Técnicas cognitivas, donde se recogen las categorías 2) y 3) de la propuesta de Halliday (1987); y 3) Técnicas de desactivación, donde se recogen la relajación y la hipnosis. Pasamos, a continuación, a describir cada uno de estos procedimientos.

TÉCNICAS CONDUCTUALES

Desensibilización sistemática

Diversas investigaciones iniciales con diseño de caso único informaban de tratamientos exitosos de las pesadillas mediante desensibilización sistemática (DS) (Geer y Silverman, 1967; Silverman y Geer, 1968; Shorkey y Himle, 1974; Cavior y Deutsch, 1975; Roberts y Gordon, 1979). El procedimiento aplicado en estos casos es análogo al descrito por Wolpe en 1958 e incluye, generalmente, un entrenamiento en relajación muscular progresiva, la construcción de una jerarquía basada en la pesadilla, evaluación y práctica en imaginación y la aplicación de la DS propiamente dicha. En estos estudios las pesadillas desaparecen sin manipulación del contenido del sueño en un total de 11-13 sesiones de terapia lo que se mantenía, en los casos que incluían seguimientos, hasta seis meses (Geer y Silverman, 1967) o dos años (Shorkey y Himle, 1974).

Dos estudios controlados son los de Celluci y Lawrence (1978) y Miller y Dipilato (1983). En ambas investigaciones 5-6 sesiones de desensibilización sistemática reducen en torno al 75% la frecuencia e intensidad de las pesadillas. Celluci y Lawrence (1978) comparan en 29 estudiantes la eficacia de la DS con un grupo de discusión relacionada con la pesadilla y con otro grupo que efectúa un autorregistro diario de las mismas. La frecuencia e intensidad de las pesadillas, el miedo informado y la ansiedad estado se reducen significativamente en el grupo de tratamiento frente a los otros dos. Miller y Dipilato (1983) comparan la DS con el entrenamiento en relajación sola y un control de lista de espera. La muestra está constituida por 32 adultos jóvenes (edad media 36 años) con un promedio de 9 pesadillas al mes y una duración media del problema de 12 años. Los dos grupos de tratamiento frente al control presentan una reducción similar en frecuencia de las pesadillas hasta la novena semana. En la semana 25 sólo los del grupo de DS experimentan una disminución en la intensidad de las pesadillas. En este momento 20 sujetos muestran una reducción en la frecuencia de sus pesadillas del 80%, y en 12 de éstos casos se ha producido una total eliminación de las mismas. La obtención de resultados desfavorables se asociaba con la presencia de perfiles de trastornos de personalidad en diversas escalas.

Posteriormente, también se han aplicado con buenos resultados algunas variantes de la DS, como la DS de autocontrol (Schindler, 1980; Palace y Johnston, 1989) y la DS mediante movimientos oculares (Pellicer, 1993). Por ejemplo, Palace y Johnston (1989) utilizan la DS de autocontrol, en la que la persona se imagina a sí misma relajándose ante la escena temida y afrontándola de un modo triunfante, para abordar las pesadillas recurrentes de un niño de 10 años. Las pesadillas se eliminaban, así como la conducta de irse a la cama de los padres. Pellicer (1993) emplea la DS mediante movimientos oculares en una niña de 10 años que sufría pesadillas casi a diario. Se efectuó una única sesión con dos grupos de veinte movimientos oculares sacádicos cada uno. Durante los mismos se le pedía que visualizara la escena de la pesadilla. La ansiedad subjetiva percibida durante la visualización de la escena era de 10 en la línea base (escala de 0-11), se redujo a dos tras el primer grupo de movimientos oculares, y a cero después del segundo. Esa misma noche desaparecieron las pesadillas.

Tabla 1. Resumen de los principales hallazgos de las investigaciones empíricas sobre tratamiento de las pesadillas encontradas en una revisión efectuada en las bases de datos PsyCLIT y Medline (1966-febrero 2003). Los asteriscos junto a cada una de las modalidades de intervención empleadas indican si dicha terapia constituiría un tipo de tratamiento bien establecido (***), probablemente eficaz (**) o en fase experimental (*) según los actuales criterios de valoración de tratamientos de la APA (American Psychological Association) elaborados por Chambless y cols. (1998).

Terapia empleada	Estudio	Muestra	Procedimiento	Resultados
DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA (DS) ***	Geer y Silverman (1967)	1 caso de pesadillas recurrentes (3-5 por semana) desde hace más de 15 años.	13 sesiones de DS para reducir la ansiedad generada por el sueño.	Las pesadillas desaparecen. Los logros se mantienen a las 3 semanas y 6 meses de seguimiento.
	Silverman y Geer (1968)	Chica 19 años con pesadillas recurrentes relacionadas con una fobia real.	DS en imaginación a la fobia existente en vigilia (a los puentes).	La superación de la fobia mediante DS eliminó también por completo la pesadilla.
	Shorkey y Himle (1974)	Varón 38 años con pesadillas, insomnio y esquiz. paranoide.	11 sesiones de DS (como agente relajante emplean un fármaco en vez de relajación).	Las pesadillas y el insomnio cesan. Los logros se mantienen en seguimientos a las 4 semanas, 6 meses y 2 años.
	Cavior y Deutsch (1975)	Chico de 16 años con pesadillas recurrentes.	Varias sesiones de DS.	La pesadilla cesa por completo.
	Celluci y Lawrence (1978)	29 estudiantes con pesadillas (al menos 2 por semana).	5 sesiones de DS /vs/ grupo de discusión relacionada con la pesadilla /vs/ autorregistro diario de las mismas 1 mes.	La frecuencia e intensidad de las pesadillas, el miedo informado y la ansiedad estado disminuyen significativamente en grupo de tratamiento frente a los otros dos.
	Roberts y Gordon (1979)	Niña 5 años con pesadillas y terrores tras incendio (15-20 veces/noche).	DS para reducir la ansiedad generada por las escenas de la pesadilla.	Las pesadillas y los terrores desaparecen por completo tras el tratamiento.
	Miller y Dipilato (1983)	32 adultos jóvenes (9 pesadillas/mes) desde hace 12 años.	6 sesiones DS /vs/ entrenamiento en relajación /vs/ control de lista de espera.	9 semanas tras el tratamiento los dos grupos de terapia reducen de forma similar la frecuencia de sus pesadillas. 16 semanas después sólo el grupo de DS muestra disminución en intensidad de las pesadillas. El control no cambia.
VARIANTES DE LA DS*	Schindler (1980)	Veterano del Vietnam de 29 años.	6 sesiones de DS de autocontrol.	Las pesadillas cesan y la ansiedad en torno al dormir disminuye, lo que se mantiene en seguimiento a los 7 meses.
	Palace y Johnston (1989)	Niño de 10 años con pesadillas recurrentes.	DS de autocontrol con el ensayo de un final triunfante.	Las pesadillas cesan, así como la conducta de irse a la cama de los padres.
	Pellicer (1993)	Niña 10 años con pesadillas casi a diario.	1 sesión de DS mediante movimientos oculares.	Las pesadillas desaparecen tras una única sesión de terapia.

Tabla 1 (continuación).

EXPOSICIÓN***	Handler (1972)	Niño 11 años con pesadillas recurrentes.	Terapia de inundación*.	Las pesadillas se eliminan por completo.
	Haynes y Mooney (1975)	4 mujeres con pesadillas frecuentes.	Terapia de inundación*.	Reducción en frecuencia e intensidad de las pesadillas que se mantiene a los 3 meses de seguimiento.
	Burgess, Marks y Gill (1994)	Varón 44 años (hasta 5 pesadillas/semana) desde hace 10 años.	Autoexposición administrada por correo mediante instrucciones escritas (escribir la pesadilla inmediatamente después de despertarse durante 4 semanas).	La frecuencia de pesadillas disminuye (1 a la semana) lo que se mantiene en seguimiento al mes y 6 meses.
	Burgess, Gill y Marks (1998)	170 adultos con pesadillas crónicas.	4 semanas de tratamiento con autoexposición (n=69) /vs/ autorrelajación (n=55) administradas por correo /vs/ grupo control (n=46).	La frecuencia de pesadillas y diversas medidas de malestar asociado disminuyen en el grupo de exposición frente a los otros dos grupos. No hay cambios en intensidad pesadillas.
IMAGERY REHEARSAL THERAPY (IRT)***	Marks (1978)	Mujer con pesadillas desde hace 14 años. Depresión asociada.	Se imagina un final triunfante de la pesadilla y la repasa en imaginación.	Las pesadillas desaparecen tras ese ensayo.
	Halliday (1982)	Varón con pesadillas desde hace varios años.	Se le instruye a que altere algún detalle del sueño pequeño y no significativo emocionalmente.	Se produce un cese de las pesadillas.
	Bishay (1985)	7 sujetos ambos sexos.	Alteración del final del sueño y repaso en imaginación.	La introducción de un final triunfante es más eficaz que el repaso. Los 4 sujetos que eliminan sus pesadillas no emplearon repaso. Los logros se mantienen al año de seguimiento.
	Bradshaw (1991)	Varón 40 años Síndrome de Down con pesadillas.	Modifica el final del sueño haciéndolo feliz y efectúa un repaso asistido y no asistido por el terapeuta.	Se produce un cese inmediato de la pesadilla, así como del miedo y malestar asociado.
	Kellner, Sing e Irogoyen (1991)	4 adultos jóvenes pesadillas crónicas. 3 tienen TEP, 1 pánico.	Imaginan un final diferente de la pesadilla y repasan la nueva versión del sueño en imaginación.	Las pesadillas desaparecen en 3 sujetos sin recurrencias en seguimiento 3 meses. Ninguno imaginó un final favorable y el que no mejora sí que lo hizo.
	Kellner, Neidhardt, Krakow y Pathak (1992)	28 adultos de ambos sexos con pesadillas (2-3 semanales) desde hace más de 20 años.	1 sesión grupal (2-5 sujetos por grupo) e instrucciones de cómo practicar en casa de IRT (n=14) o de DS (n=14). No hay grupo control.	Reducción significativa en la frecuencia de pesadillas y en el malestar asociado (ej. ansiedad y depresión). Los logros se mantienen en seguimientos a los 4 y 7 meses. No hay diferencias entre los dos tipos de tratamiento.
	Neidhardt, Krakow, Kellner y Pathak (1992)	20 adultos ambos sexos con pesadillas (9 noches al mes) desde más 17 años.	1 sesión grupal de IRT (n=10) o autorregistro de las pesadillas (n=10) durante un mes (ambos grupos las registran).	En ambos grupos se reduce la frecuencia de pesadillas tras la intervención (IRT= 72% y registro= 47%) y a los 3 meses de seguimiento. Sólo el grupo de IRT mejora el malestar asociado a las pesadillas.

Tabla 1 (cont.).

IMAGERY REHEARSAL THERAPY (IRT)***	Krakow, Kellner, Neidhardt, Pathak y Lambert (1993)	Sujetos del estudio anterior.	A los 3 meses entrenan en IRT al grupo de autorregistro. El resto sigue empleando la técnica cuando la necesita.	A los 30 meses el 68% de ambos grupos mantiene reducciones en frecuencia de pesadillas, sin decrementos adicionales a los vistos a los 3 meses. El antiguo grupo IRT mantiene mejora en malestar, el resto no logra mejorar el malestar.
	Krakow, Kellner, Pathak y Lambert (1995)	58 adultos ambos sexos con ts. por pesadillas (DSM-IV) y depresión asociada.	1 sesión grupal (8-12 sujetos) de IRT de 2,5 horas (n=39) /vs/ control de lista de espera (n=19).	Tras la intervención y a los 3 meses de seguimiento disminuye la frecuencia de pesadillas (noches/semana y pesadillas/semana), mejora la calidad de sueño y el malestar asociado.
	Krakow, Kellner, Pathak, Lambert (1996)	Sujetos del estudio anterior (n= 53).	A los 3 meses de seguimiento se entrena en IRT al grupo control.	A los 18 meses de seguimiento con 41 sujetos se mantienen los logros del tratamiento, se observan decrementos adicionales en frecuencia y malestar (ej. ansiedad).
	Krakow y cols. (2000)	169 mujeres víctimas de abuso sexual con TEP, insomnio y pesadillas.	3 sesiones de IRT (n=87) /vs/ control de lista de espera (n=82).	En postratamiento y a los 3 meses de seguimiento sólo el grupo IRT mejora la frecuencia de pesadillas (un 62%), el malestar asociado, la calidad de sueño y la propia severidad del TEP.
	Krakow y cols. (2001a)	168 mujeres con TEP, insomnio y pesadillas.	3 sesiones de IRT (n=88) /vs/ control de lista de espera (n=80).	Tras tratamiento y en seguimiento a los 3 y 6 meses disminuye la frecuencia de pesadillas, el malestar asociado, mejora calidad sueño, y severidad del TEP (síntomas de intrusión, evitación y arousal pasan de moderados-severos a leves-moderados).
	Krakow y cols. (2001b)	19 adolescentes con pesadillas (4-5 años), insomnio y síntomas TEP reclusas por delitos en correccional	1 <i>workshop</i> de 6 horas de IRT (n=9) /vs/ control (n=10). No hay aleatorización.	Postratamiento y 3 meses de seguimiento disminuye frecuencia pesadillas (71%) y malestar asociado. No mejora el sueño o los síntomas de TEP. Los cuestionarios empleados pueden no haber sido adecuados al no estar validados en ese rango de edad.
	Krakow y cols. (2001c)	62 adultos ambos sexos con TEP, insomnio y pesadillas.	10 horas de IRT y estrategias control insomnio (higiene de sueño, control de estímulos, restricción del sueño, terapia cognitiva). Distinguen entre sujetos con pesadillas asociadas trauma (n= 38) /vs/ variadas (n=24). No hay grupo control.	Postratamiento y 3 meses de seguimiento mejora frecuencia de pesadillas, la calidad de sueño y el TEP pasa de severo a moderado en 79% de casos. No hay diferencias entre los que tienen pesadillas "traumáticas" o diversas.
	Krakow y cols. (2002)	66 adultos ambos sexos TEP, insomnio y pesadillas 10 meses tras su evacuación incendio New Mex.	6 sesiones grupales de 2 horas (educación, higiene sueño, control estímulos, restricción sueño y terapia cognitiva para insomnio y IRT para pesadillas). No hay grupo control.	En postratamiento y a los 3 meses de seguimiento disminuye la frecuencia de pesadillas, el insomnio, la ansiedad, depresión y severidad del TEP. El abordaje de los problemas de sueño es un objetivo prioritario de la intervención en crisis.
	Forbes, Phelps y McHugh (2001)	12 veteranos del Vietnam con TEP y pesadillas semanales hace 15-20 años.	6 sesiones grupales (n= 4) de IRT. 8 sujetos trabajan con pesadillas traumáticas (<i>replay</i> de la guerra) y el resto variadas. No hay grupo control.	Postratamiento y a los 3 meses de seguimiento disminuye en la frecuencia e intensidad de la pesadilla objetivo. De las restantes pesadillas solo se reduce la intensidad. No hay diferencias entre pesadillas traumáticas o variadas. Mejoran los síntomas de TEP.
	Germain (2002)	6 jóvenes pesadillas y TEP (PTEP) y 6 con pesadillas sin TEP (PNTEP).	1 sesión grupal (n=2-5 sujetos) de 3 horas de IRT. Antes del tratamiento y a las 8,5 semanas de finalizarlo se incluye una evaluación polisomnográfica (PSG).	Grupo PNTEP reduce frecuencia de pesadillas y malestar, PSG evidencia descenso en actividad motora. Grupo PTEP disminuye más su malestar y menos su frecuencia, PSG muestra aumento del índice de microarousals y de la densidad REM.

Tabla 1 (cont.).

ART THERAPY* O SANDPLAY*	Golub (1985)	1 veterano Vietnam pesadillas crónicas.	<i>Art therapy</i>	Se produce un cese inmediato de las pesadillas.
	Morgan y Jonhson (1995)	2 veteranos Vietnam pesadillas crónicas.	Dibujan o escriben en detalle la pesadilla inmediatamente después de despertarse durante 12 semanas, alternando la tarea cada semana.	Tras el tratamiento se produce un descenso significativo en la frecuencia e intensidad de las pesadillas, en el grado de miedo al despertarse y en la dificultad para volver a conciliar el sueño en ambas condiciones, pero mayor en la de dibujo.
	Daniels y McGuire (1998)	20 veteranos de Guerra pesadillas recurrentes.	<i>Sandplay</i> y discusión con el grupo y el terapeuta. No hay grupo control.	En el 67% disminuye la frecuencia de las pesadillas o se produce un cese completo según feedback escrito de los sujetos al año se seguimiento.
SOÑAR LÚCIDO	Brylowski (1990)	Mujer adulta con pesadillas recurrentes.	Entrenamiento en soñar lúcido.	Disminuye la frecuencia de las pesadillas, su intensidad, el malestar asociado y aumenta el sentido de autoeficacia.
	Abramovitch (1995)	Chica en crisis (3 noches sin dormir por pesadilla de inicio brusco).	Entrenamiento en soñar lúcido y discusión de alternativas de modificación del sueño acordando una.	Esa misma noche genera con éxito la lucidez y modifica hábilmente su sueño.
HIPNOSIS*	Moss (1973)	Sujeto con pesadillas asociadas a TEP.	Sesión de hipnosis.	Se eliminan las pesadillas recurrentes y esto se generaliza a otros problemas del sujeto (ej. un hábito de ingesta de droga).
	Cooperman y Schafer (1983)	Mujer 56 años con pesadillas recurrentes asociadas a accidente hace 20 años, otros ts. psicológicos y físicos.	1 sesión de hipnosis cara a cara y otra por teléfono debido a que sus problemas de salud le impiden el desplazamiento.	Desaparecen las pesadillas y esto se mantiene en un seguimiento a los 6 meses.
	Kingsbury (1993)	Infirma de varias historias de caso.	Hipnosis cambiando durante la misma el contenido del sueño.	Se produce un cese inmediato de las pesadillas en los distintos casos tratados a lo largo de varios años.
	Ford (1995)	Niño 11 años con pesadillas, miedo a dormir y a oscuridad.	1 sesión de hipnosis con terapeuta y la práctica de autohipnosis antes de dormirse durante 3 semanas.	A las 3 semanas la conducta de irse a la cama de la hermana desaparece y se despierta 2 veces/semana en lugar de las 5-6 previas, sin pesadillas ni miedo. Logros se mantienen en seguimiento 8 meses.
	Howsan (1999)	Niño 11 años pesadillas, miedo a dormir, a oscuridad y problemas escolares.	1 sesión de hipnosis con relajación muscular y concentración en respiración.	A las 2 semanas sólo ha tenido una pesadilla. A los 3 meses han desaparecido y ha mejorado su rendimiento en la escuela.

Técnicas de exposición

La exposición masiva o inundación (Handler, 1972; Haynes y Mooney, 1975), así como la autoexposición administrada por correo (Burgess, Marks y Gill, 1994; Burgess, Gill y Marks, 1998) se han mostrado eficaces en el tratamiento de las pesadillas crónicas. Las pesadillas se asemejan a las fobias en que constituyen estímulos no placenteros acerca de los que el sujeto evita pensar o hablar en detalle. De modo que la exposición, útil en fobias, puede también ser aplicada a las pesadillas. Por ejemplo, Haynes y Mooney (1975) utilizan terapia de inundación en imaginación en cuatro mujeres estudiantes con historia de pesadillas frecuentes. Se consigue una reducción clínicamente significativa en la tasa e intensidad de las pesadillas que se mantiene a los tres meses de seguimiento. Más recientemente, Burgess y cols. (1994) analizan la eficacia de la exposición administrada por correo en un varón de 44 años con pesadillas recurrentes desde hace 10 años (en promedio dos a la semana). El paciente se autoaplica la técnica a través de instrucciones escritas. Se le pide que escriba su pesadilla en detalle inmediatamente después de que haya ocurrido y la repase en imaginación al menos una hora al día durante 4 semanas. Observan una reducción en la frecuencia de pesadillas de 5,5 por semana en la línea base a 1 por semana, lo que se mantiene al mes y 6 meses de seguimiento. Burgess y cols. (1998) comparan la eficacia de la exposición frente a la relajación administradas por correo. 170 adultos con diagnóstico de trastorno por pesadillas son aleatoriamente asignados a una de tres condiciones durante 4 semanas: autoexposición (n=69), autorrelajación (n=55) o control de lista de espera (n=46). Todos los grupos autorregistran en un diario la frecuencia e intensidad de sus pesadillas (de 0-8). Además, los sujetos del grupo de exposición siguen el procedimiento descrito en el estudio de Burgess y cols. (1994), y los sujetos del grupo de relajación practican relajación muscular progresiva de media a una hora diaria. Al mes de tratamiento y a los 6 meses de seguimiento (con 99 sujetos) la frecuencia de las pesadillas desciende en el grupo de exposición frente al de relajación o al control (ej. al mes la frecuencia desciende 43%, 9% y 7%, respectivamente). Igualmente, en el grupo de exposición se produce una mayor mejoría en diversas medidas de ansiedad y malestar asociado a los sueños. No se logran reducciones similares en intensidad de las pesadillas. Quizá sea necesario que la terapia se prolongue más de 4 semanas para conseguir cambios en ese parámetro. Los autores concluyen que las pesadillas recurrentes mejoran más con manuales de autoexposición que de autorrelajación y asumen que la mejora se debe a la aplicación del principio de exposición ya que no se persuade al sujeto para que adopte un final triunfante.

TÉCNICAS COGNITIVAS

Técnicas de modificación del contenido del sueño

Las técnicas de story line alteration o dream reorganization alteran conscientemente las pesadillas a través del ensayo de un final diferente, la modificación de algún detalle o la confrontación con aspectos adversos del sueño. De entre estas técnicas, la

denominada *imagery rehearsal therapy* (IRT) o terapia de ensayo en imaginación ha sido el procedimiento más investigado para el tratamiento de las pesadillas. La estrategia fue empleada por primera vez en 1934 cuando Wile aborda las pesadillas de 25 niños y adolescentes con la simple instrucción de que pensarán en qué les gustaría soñar esa noche y repasarán mentalmente las imágenes placenteras escogidas antes de acostarse (Halliday, 1987). Las pesadillas mejoraban rápidamente y los logros se mantenían en seguimientos desde pocos meses hasta 5 años (media 1 año). Posteriormente, diversos informes de caso único (Marks, 1978; Halliday, 1982; Bishay, 1985; Bradshaw, 1991; Kellner, Singh e Irogoyen-Rascon, 1991) y múltiples estudios controlados (Kellner, Neidhardt, Krakow y Pathak, 1992; Neidhardt, Krakow, Kellner y Pathak, 1992; Krakow, Kellner, Pathak y Lambert, 1995; 1996) han demostrado que esta técnica es eficaz en el tratamiento de las pesadillas crónicas. Un resumen de los principales hallazgos de los estudios con IRT puede verse en la tabla 1. En la tabla 2 se describe el procedimiento estándar de aplicación de la IRT utilizado en estas investigaciones. Por ejemplo, Krakow y cols. (1995) asignan a 58 sujetos (45 mujeres y 13 varones), con trastorno por pesadillas según el DSM-IV, a un grupo de IRT ($n=39$) o a un control de lista de espera ($n=19$). Evalúan la frecuencia de pesadillas (con el *Nightmare Frequency Questionnaire*, NFQ, desarrollado por los propios autores), el malestar asociado (mediante el Symptom Questionnaire de Kellner de 1987, que mide ansiedad, depresión, somatización y hostilidad) y la calidad de sueño (con una sencilla escala analógico visual de 10 cm.). Aproximadamente la mitad de los sujetos informaba de sueños recurrentes y el resto de pesadillas variadas. La cronicidad del problema de pesadillas era de 21,5 años con una media de 3,6 noches/semana con pesadillas y 6,3 pesadillas/semana. La calidad media de sueño autoevaluada fue de 4 cm. y los valores pretratamiento de malestar eran equivalentes a los de población clínica. Tras la finalización del tratamiento y a los 3 meses de seguimiento se observa un decremento en las dos medidas de frecuencia empleadas (número de noches con pesadillas/semana y número de pesadillas/semana), una mejora de la calidad de sueño y del malestar asociado, aunque éste último no alcanza la significación estadística. No se encontraron diferencias en función del padecimiento de pesadillas recurrentes o variadas, del género, ni en función del estilo de cambio de la pesadilla con la instrucción de tratamiento “cambia el final de la pesadilla” o “cambia la pesadilla del modo que desees”. Los sujetos creían que la técnica era útil para reducir sus pesadillas, tenían poca dificultad al utilizarla y comentaban que la volverían a emplear si tuvieran alguna pesadilla. A los 3 meses se entrena en IRT a los sujetos del grupo control y los sujetos del original grupo de tratamiento reciben la instrucción de seguir utilizando la técnica cada vez que la necesiten. En un seguimiento efectuado a los 18 meses todos los logros del tratamiento se mantienen, e incluso se observan descensos adicionales en la medida de frecuencia de noches con pesadillas al mes y en las medidas de malestar que ahora sí alcanzan la significación estadística (ej. ansiedad). Más de la mitad de los sujetos que participan en este seguimiento ($n=41$) no cumplían ya los criterios diagnósticos de trastorno por pesadillas, 12 presentaban una frecuencia de una noche con pesadillas o menos al mes, y en cuatro se produce un cese completo de las mismas. Los autores concluyen que las reducciones en frecuencia de pesadillas con IRT se mantienen a largo plazo (Krakow y cols., 1996). En otra de sus

investigaciones se incluye un seguimiento de hasta 30 meses en el que se observa que el 68% de los sujetos mantenían sus decrementos en frecuencia de pesadillas, aunque en este caso sin mejoras adicionales sobre las ya encontradas a los 3 meses de seguimiento (Krakow, Kellner, Neidhardt, Pathak y Lambert, 1993). De hecho, en algunos casos se ha observado que las mejoras más destacadas en frecuencia de pesadillas se producen entre las 2 semanas y los 2 meses que siguen al tratamiento (Kellner y cols., 1992; Neidhardt y cols., 1992).

La eficacia diferencial de la IRT frente a otras técnicas de tratamiento de las pesadillas no se encuentra todavía suficientemente investigada. En el único estudio que compara la eficacia de la IRT (n=14) frente a la DS (n=14) no se observaron diferencias entre los dos tipos de terapia (Kellner y cols., 1992). En ambos casos se producía una reducción significativa en la frecuencia de pesadillas y en el malestar asociado a las mismas que se mantenía en el seguimiento a los 4 y 7 meses. En otra investigación no se encontraron diferencias significativas a la finalización del tratamiento y a los 3 meses de seguimiento entre la IRT (n=10) y el simple autorregistro de las pesadillas durante un mes (n=10). Aunque la frecuencia de pesadillas tendía a reducirse más en el grupo de IRT (72%) que en el de registro (47%) y sólo el grupo de tratamiento mostraba mejoras significativas en diversas medidas de malestar asociado a las pesadillas (ej. ansiedad, depresión, somatización, etc) (Neidhardt y cols., 1992).

En otra serie de estudios Krakow y su grupo analizan si los beneficios de la IRT pueden extenderse a pacientes con trastorno de estrés postraumático (TEP). En éstos las pesadillas frecuentes son un componente importante de la reexperimentación intrusiva del trauma. Sin embargo, rara vez se oferta tratamiento para las pesadillas incluso en los supervivientes de agresiones sexuales donde la frecuencia de las mismas es altísima (Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock y Walsh, 1992; Foa y cols., 2000). Diversas investigaciones demuestran que la IRT es eficaz en víctimas de abusos sexuales (Krakow y cols., 2000; 2001a; 2001b; 2001c) y en veteranos del Vietnam (Forbes, Phelps y McHugh, 2001). Por ejemplo, Krakow y cols. (2000) asignan aleatoriamente a 169 mujeres víctimas de abuso sexual, con insomnio, pesadillas crónicas y TEP según el DSM-IV, a un grupo de tratamiento con IRT (n=87) o a un control de lista de espera (n=82). En el postratamiento y a los 3 meses de seguimiento se observa una reducción sustancial de la frecuencia de pesadillas (el número de noches a la semana con pesadillas desciende un 52%, de 3,85 a 1,44, y el de pesadillas a la semana un 62%, de 6,54 a 2,23), mejora el malestar asociado a las mismas (en el *Nightmare Distress Questionnaire, NDQ*, de Belicki de 1985), la calidad de sueño y la propia severidad del TEP (ej. los síntomas de intrusión, evitación y arousal en la *PTSD Symptom Scale, PSS*, de Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum de 1993, pasan de severos a moderados o leves). El grupo control muestra cambios mínimos en estos parámetros. El único efecto adverso potencial de la IRT es la provocación de imaginación negativa por lo que debe considerarse con cuidado en algunos sujetos y es necesaria una evaluación caso por caso. En otra investigación parecida que incluye un seguimiento de hasta 6 meses se mantenían igualmente las mejoras asociadas al tratamiento (Krakow y cols., 2001a). La tasa de sujetos que no completan el tratamiento o los seguimientos es elevada (ej. cerca del 46% en Krakow y cols., 2000) aunque no difiere de las informadas en otros estudios con víctimas de

delito sexual. Por otra parte, la distinción entre sujetos con pesadillas predominantemente relacionadas con el trauma o de “replay” del mismo (n=38) y aquellos con pesadillas más simbólicas o alejadas del trauma (n=24) no parece ser una consideración crítica puesto que, en una investigación que analiza este aspecto, se producen mejorías similares en ambos grupos (Krakow y cols., 2001c).

Tabla 2. Procedimiento de aplicación de la *Imagery Rehearsal Therapy* (IRT) (Neidhardt y cols. 1992; Krakow y cols., 1995; 2000a)

La IRT generalmente consiste en dos sesiones de tratamiento de unas 3 horas espaciadas una semana y otra sesión de una hora tres semanas después. La técnica se fundamenta en manuales de tratamiento y su formato de aplicación es grupal (usualmente de 4 a 8 sujetos). El contenido de las sesiones es el siguiente:

1ª sesión: Hechos y aspectos comunes acerca de las pesadillas.

Los participantes efectúan discusiones de grupo acerca de cómo afecta a su sueño en particular (ej. el insomnio es la complicación más común) y a su vida en general el padecimiento de pesadillas. Se proporciona información sobre el sueño y las pesadillas y se anima a los sujetos a contemplar estas últimas de un modo distinto a como lo han venido haciendo hasta ahora (ver asunciones de la tabla 3). A continuación, se efectúan una serie de ejercicios de visualización para evaluar la capacidad de generar imágenes agradables de los sujetos y se enseñan diversas técnicas para controlar las imágenes desagradables intrusivas que puedan surgir durante el transcurso de la imaginación placentera (ej. parada de pensamiento, respiración abdominal, etc). Como tarea para casa los sujetos deben practicar imaginación agradable.

2ª sesión: Aplicación de la IRT propiamente dicha.

Se discuten los resultados de la práctica con imaginación y las posibles dificultades encontradas. El resto de la sesión se dedica al aprendizaje de la IRT. La técnica engloba tres pasos: 1) Seleccionar una pesadilla determinada y escribirla, 2) Cambiarla al gusto de uno (“cambiala de la manera en que lo deseas”) describiendo por escrito en detalle la nueva versión. Esta nueva versión se discute en el grupo, en cambio a la pesadilla original se le dedica muy poca atención, y 3) Repasar mentalmente la nueva secuencia de imágenes o “new dream” durante el estado de vigilia normal de 5 a 20 min. cada día. Se instruye a los sujetos a no escribir más sino a establecer el proceso de forma mental. En algunos estudios el repaso se realiza en un cierto estado de relajación (Kellner y cols., 1992; Forbes y cols., 2001) en el resto no se dan sugerencias de relajación. Se trabaja un máximo de dos o tres pesadillas a la vez.

3ª sesión: Evaluación del progreso.

Esta sesión se dedica a evaluar los logros y aclarar cualquier dificultad que haya podido surgir. Se revisan los autorregistros de pesadillas efectuados por los sujetos entre las sesiones 2ª y 3ª. Se anima al sujeto a seguir utilizando la técnica en el futuro cuando le haga falta y se planifican sesiones de seguimiento. Más información sobre la aplicación de la IRT puede encontrarse en la página web <http://www.nightmaretreatment.com> perteneciente al grupo del Dr. Krakow.

Tabla 3. Asunciones acerca del tratamiento de las pesadillas con *Imagery Rehearsal Therapy* (Krakow y cols., 2000a; 2001a)

- 1) Las pesadillas no son incontrolables y pueden no ser función de un proceso inconsciente.
- 2) Las pesadillas son hábitos o conductas aprendidas más que “asuntos inacabados”.
- 3) Las pesadillas pueden estar inicialmente causadas por eventos traumáticos pero a menudo se mantienen por el “hábito” de tener malos sueños.
- 4) Las pesadillas pueden ser beneficiosas al principio (ej. al proporcionar cierto procesamiento emocional después de un trauma agudo).
- 5) Las pesadillas que persisten mucho tiempo probablemente no sirven para nada.
- 6) Una vez que las pesadillas se cronifican es útil considerarlas como un trastorno del sueño independiente, más que como el síntoma de algún otro tipo de problema subyacente.
- 7) Las pesadillas podrían representar una forma de imaginación negativa (re-experimentación) que sucede mientras dormimos.
- 8) Trabajar con la imaginación en vigilia puede tener un impacto en las pesadillas porque existe una cierta continuidad en los procesos de fantasía dentro de los mismos individuos y a lo largo de diferentes estados de conciencia.
- 9) Estando despiertos las imágenes de nuestras pesadillas previas pueden modificarse y convertirse en otras más positivas o aceptables para el sujeto.
- 10) El ensayo o repaso del nuevo sueño en vigilia reduce o elimina las pesadillas y esto, generalmente, sin tener que trabajar con todas y cada una de las pesadillas que se tengan.

Generalmente, en todos estos estudios que incluyen muestras con TEP se constatan cambios notables no sólo en el problema de pesadillas sino también en otros aspectos psicopatológicos. Krakow y cols. (2000; 2001a; 2001c) sugieren que la reducción en la frecuencia de pesadillas mejora la consolidación del propio sueño nocturno y esto a su vez posibilita una mejoría de los síntomas diurnos (ej. al tener el sujeto menor fatiga y somnolencia). De hecho, se ha informado de elevadas tasas de trastornos de sueño (ej. insomnio, apnea, movimientos periódicos de las extremidades, etc.) en sujetos con TEP (Chambers y Belicki, 1998) y su mejora parece que alivia los síntomas de TEP (Krakow y cols., 2002). Forbes y cols. (2001), que aplican con éxito IRT a las pesadillas de veteranos de guerra, hipotetizan que la alteración del contenido de las pesadillas y su superación podría asociarse a modificaciones en ciertos aspectos de los estímulos, las respuestas y el significado del trauma en el *network* de la memoria traumática. Desde un punto de vista práctico parece, además, que centrarse en las pesadillas o en el insomnio genera inicialmente más interés entre los sujetos y menos resistencia que “revivir el trauma y trabajar en él” (Krakow y cols., 2002). Recientemente, Germain (2002) compara los registros polisomnográficos (PSG) de sujetos con pesadillas crónicas con y sin diagnóstico de TEP frente a los de un grupo control antes y después de la aplicación de la IRT. En el pretratamiento ambos grupos exhiben más actividad motora (ej. movimientos periódicos de las piernas) durante el sueño que los controles sin pesadillas, pero sólo los sujetos con pesadillas y TEP muestran más despertares nocturnos lo que podría relacionarse con el estado de hiperarousal propio del TEP. La aplicación de la IRT en los sujetos con pesadillas sin TEP producía una notable disminución en la frecuencia de pesadillas, una ligera mejora en malestar aso-

ciado y a nivel PSG una reducción de la actividad motora. En cambio, en aquellos con pesadillas y TEP se producían reducciones más destacadas en el malestar asociado a las pesadillas que en su frecuencia, un incremento del índice de microarousals y de la densidad de REM, lo que sugiere que el tratamiento podría facilitar cierto procesamiento emocional durante el sueño.

De forma relacionada, una importante cuestión pendiente de ser resuelta es: ¿Cuál es el mecanismo terapéutico de actuación de la IRT? Marks (1978) sugería que el principal mecanismo responsable de la eficacia de la IRT era la exposición, aunque también podían jugar un cierto papel otros procesos como, por ejemplo, la maestría. El repaso en imaginación de la nueva versión de la pesadilla y el trabajo previo con la pesadilla original constituyen una forma de exposición. Por otra parte, la IRT demuestra al paciente que puede controlar sus pesadillas lo que sugiere que la maestría es un componente destacado. En el estudio de Bishay (1985) la introducción de un final triunfante era más efectivo que el propio ensayo en imaginación. Aunque, en otra investigación ocurría lo contrario y era el propio ensayo más que la adopción de un final triunfante lo que se asociaba a la mejoría terapéutica (Kellner y cols. 1991). En tercer lugar, se ha señalado que el éxito del tratamiento podría suceder a través de un proceso de reestructuración cognitiva (Forbes y cols., 2001). La IRT pide a los sujetos que reestructuren sus pesadillas (“*cambia la pesadilla del modo en que deseaes*”). La intervención desafía ideas previas de las pesadillas como incontrolables (ej. que las pesadillas son una forma fija y de alguna manera necesaria de recordar un aspecto conflictivo) y empíricamente refuta el supuesto “propósito” de la pesadilla. Las pesadillas podrían conceptualizarse como respuestas catastrofistas aprendidas a estímulos no amenazantes que persisten debido a un anormal procesamiento cognitivo y a distorsiones cognitivas (Krakow y cols., 2000; 2001a). Por último, el grupo de Krakow considera que el *proceso* de cambiar el sueño es el aspecto clave, siendo necesario precisar si el grado o tipo de cambio introducido afecta al resultado. Usualmente los cambios son positivos pero el tipo de cambio que introducen los sujetos es variable. Descartan la idea de que la exposición al contenido ansiógeno de las pesadillas sea esencial. Señalan que su procedimiento minimiza el componente de exposición enfatizando la instrucción de imaginar la nueva versión y no la vieja pesadilla, y evitando discusiones en el grupo sobre aspectos traumáticos (Krakow y cols., 2000). En opinión de estos autores el éxito parece implicar que el sujeto asuma tres elementos claves del protocolo: 1) Las pesadillas no están inextricablemente asociadas al trauma, 2) Pueden tratarse como conductas aprendidas, y 3) Pueden controlarse trabajando sobre ellas en vigilia (Krakow y cols., 2001a). No obstante, aun así la exposición puede estar presente (ej. al escribir la pesadilla original y presentarla brevemente al grupo). Es necesario efectuar investigaciones con diseños que permitan elucidar cuál/es es/son el/los mecanismo/s de acción de la IRT.

OTROS PROCEDIMIENTOS DE MODIFICACIÓN DEL CONTENIDO DEL SUEÑO

Además de la IRT existen otras estrategias de modificación del contenido de las pesadillas como la *art therapy* (Golub, 1985; Morgan y Johnson, 1995) o el *sandplay*

(Daniels y McGuire, 1998). Se trata de formas de terapia en las que el sujeto expresa mediante el dibujo, la escritura o una escenificación ayudada de figuras en miniatura el contenido de las pesadillas y modifica, si así lo desea, algún detalle del sueño. La escasa investigación desarrollada al respecto consiste exclusivamente en series de casos únicos. Estas estrategias necesitan incluirse en investigaciones bien controladas antes de poder efectuar una valoración acerca de su eficacia.

Por ejemplo, Morgan y Johnson (1995) piden a dos veteranos del Vietnam (de 42 y 44 años) con TEP que dibujen o escriban en detalle su pesadilla recurrente de guerra inmediatamente después de despertarse. Las pesadillas tenían una frecuencia de 4 o más en el mes previo. La intervención dura 12 semanas en las que las tareas de dibujo y escritura se alternan semanalmente. Cada semana los sujetos evalúan la frecuencia e intensidad de las pesadillas y el grado de miedo tras despertarse en escalas likert de 0-4. La presencia de dificultades o no para volver a dormirse tras la pesadilla se indica como respuestas si/no. Observan una reducción significativa en la frecuencia e intensidad de las pesadillas que es mayor en la condición de dibujo que en la de escritura. Igualmente, el grado de miedo tras despertarse de la pesadilla y las dificultades para volver a conciliar el sueño eran menores en la condición de dibujo. Sugieren que quizá el isomorfismo entre la imaginación visual y los sueños proporcione una forma efectiva de integrar el material traumático en esquemas cognitivos normales.

El *sandplay* o *world technique* fue desarrollado por Margaret Lowenfeld, una pediatra británica, que tuvo la idea tras leer el libro de H.G. Wells de 1911 (*"Floor Games"*). No surge en el ámbito del tratamiento de las pesadillas sino que inicialmente se aplica a problemas infantiles de diverso tipo. Daniels y McGuire (1998) aplican esta técnica a las pesadillas de supervivientes de guerra como parte de un programa más amplio de tratamiento del TEP de los mismos. El sujeto crea escenas tridimensionales de su pesadilla en una especie de bandeja plana y rectangular amplia (la mitad de ella llena de barro) mediante una selección de entre 200-300 figuras en miniatura que representan diferentes facetas de la vida: personas, vehículos, construcciones, monstruos, etc. El grupo y el terapeuta efectúan cuestiones sobre cada figura o aspecto escenificado de la pesadilla (ej. ¿Qué sientes acerca de esta persona? ¿Qué te dices a ti mismo en este punto de la pesadilla?, etc.). La escena se modifica hasta que representa una historia aceptable para el sujeto. Los autores informan de haber aplicado esta estrategia en 20 veteranos de guerra cuyo feedback escrito al año de seguimiento indicaba que el 67% había disminuido su frecuencia de pesadillas o las había eliminado por completo.

Coalson (1995) sugiere que, en combinación con estas u otras estrategias de alteración del contenido de la pesadilla, la reetiquetación del sueño (*story-title conversation*) puede ser de utilidad. El empleo de títulos negativos para aludir a las pesadillas crónicas es muy frecuente entre los que las sufren (ej. *"Mi sueño de muerte"*, *"La pesadilla de la tortura"*, etc.) y actúan reforzando el malestar y la ansiedad producidos por el sueño. Por ello, de forma paralela a la modificación de la pesadilla se le puede asignar un título que constituya una referencia de autoeficacia.

Técnicas de afrontamiento de la pesadilla mientras ocurre

Las técnicas de afrontamiento de la pesadilla (*face and conquer*) permiten confrontar personajes, objetos, etc. del sueño mientras se experimenta. Implican un entrenamiento en soñar lúcido (*lucid dreaming*), estado alterado de conciencia en el que uno está simultáneamente soñando y siendo consciente de estar soñando (Gackenbach y LaBerge, 1988). La ocurrencia de sueños lúcidos puede suceder espontáneamente (ej. tras intensa activación emocional) o ser inducida mediante estrategias que implican diferentes grados de sugestión (Abramovitch, 1995). Por ejemplo, la técnica de reflexión implica que la persona se plantee al menos 5-10 veces diarias la pregunta *¿estoy soñando o no?*, en especial, tan cerca como sea posible del momento de inicio del sueño. De este modo, adquiere el hábito de efectuarse esta pregunta también mientras sueña lo que le permite alcanzar la lucidez. Otras técnicas de inducción hacen uso del electroencefalograma (EEG) u algún otro aspecto del equipo del laboratorio de sueño que a modo de biofeedback alerta al sujeto durante REM de que está soñando (Zadra, Donderi y Pihl, 1992).

Los pioneros del entrenamiento en sueños lúcidos (Gackenbach y LaBerge, 1988) señalan que la estrategia puede ser útil en personas que sufren de pesadillas crónicas. En dos estudios de caso único que emplean esta técnica se informa de una reducción o eliminación de las pesadillas, así como de un notable incremento del sentido de autoeficacia personal (Brylowski, 1990; Abramovitch, 1995). Por ejemplo, Abramovitch (1995) describe el caso de una chica de 19 años que llevaba tres noches sin dormir debido a la recurrencia de una pesadilla de inicio brusco relacionada con el fuerte impacto emocional de ciertos sucesos en poco tiempo (ej. extraña enfermedad de la madre, incendio de su casa y asesinato de una amiga). Se la entrena en soñar lúcido sugestionándola para que cuando esté soñando mire su reloj de pulsera (la visión del reloj será una clave para desencadenar la lucidez). Se discuten alternativas de modificación del sueño y se acuerda una. Esa misma noche se queda dormida, tiene la pesadilla, genera con éxito lucidez y modifica hábilmente el sueño. No obstante, el estudio no incluye un seguimiento del caso y, además, la chica ya había tenido con anterioridad sueños lúcidos por lo que pudo ser una candidata excepcional. Es necesario efectuar más investigaciones y mejor controladas sobre este procedimiento.

Técnicas de desactivación

Al igual que sucede con otras parasomnias (ej. los terrores nocturnos, el sonambulismo, la *jactatio capitis* nocturna, etc.) las estrategias de relajación y la hipnosis pueden ser útiles. Diversos estudios de caso único han destacado la eficacia de la hipnosis en el caso de las pesadillas (Moss, 1973; Cooperman y Schafer, 1983; Kingsbury, 1993; Ford, 1995; Howsam, 1999). Estas investigaciones informan de la eliminación de las pesadillas en niños o adultos usualmente tras una sola sesión de hipnosis con el terapeuta y la práctica de autohipnosis durante varias semanas antes de acostarse. Los logros se mantienen en seguimientos de 3-8 meses. Si existe una pesadilla recurrente generalmente se modifica el contenido del sueño bajo hipnosis, mientras que si las

pesadillas son variadas se trabaja más con sugerencias de eliminación de la ansiedad y las propias pesadillas que con el contenido en sí (Miró y Buela-Casal, 2001). Por ejemplo, Ford (1995) aplica la hipnosis a un niño de once años con pesadillas casi a diario que experimenta un intenso miedo a dormir y a la oscuridad, y que cada vez que se despierta de una pesadilla se va a dormir a la habitación de su hermana. Los temas que aparecen en sus sueños guardan estrecha relación con películas o historias de miedo oídas de sus amigos (ej. Freddie Kruger, etc.). Durante tres semanas el sujeto cumplimenta un diario de pesadillas y del número de veces que va a la cama de su hermana. En la sesión de hipnosis el terapeuta explica al niño que van a aprender a utilizar la imaginación de una manera especial que va a ayudarlo mucho, lo que se sigue de sugerencias de relajación muscular y somnolencia. Bajo hipnosis se recrea una escena en la que se sugiere al niño que va a ir volando por el cielo hasta su lugar favorito (un día cálido y soleado en una playa con mucha gente nadando). Por ejemplo, se le pide que se siente y descanse en la playa acompañado de su gatito preferido, que está somnoliento, asustado y necesita ser reconfortado. Se empleaban sugerencias posthipnóticas como: “...*Ahora quiero que recuerdes que cuando estés dormido puedes ir a tu lugar favorito en el que te sientes bien y seguro y donde no pueden aparecer malos sueños*” (pág. 204) ...*cuanto más practiques, ni siquiera notarás que te despiertas ya que vas a tu lugar favorito antes de asustarte del todo...y allí aprenderás a dormir bien toda la noche*” (pág. 205). (Ford, 1995). Se instruye al niño para que practique autohipnosis en casa antes de acostarse. A las tres semanas se despierta un promedio de dos veces a la semana en lugar de las 5-6 anteriores, pero no se siente asustado ni ha tenido pesadillas. Los logros se mantienen en un seguimiento telefónico a los ocho meses.

CONCLUSIONES

El interés en la investigación empírica sobre técnicas de tratamiento de las pesadillas parece haberse rehabilitado en los últimos años. El propio resurgimiento del estudio de los sueños desde modelos científicos psicofisiológicos y cognitivos (Hobson, 1992; Foulkes, 1996; Corsi y cols., 2003) asociado al auge de la investigación sobre la conciencia puede haber contribuido a esto. Igualmente, la estrecha vinculación de las pesadillas al trastorno de estrés postraumático y la potenciación de los estudios sobre este problema en la actualidad constituye un importante impulso al desarrollo de terapias para las mismas. Los dos procedimientos más investigados de tratamiento de las pesadillas son la desensibilización sistemática (DS), especialmente en la década de los años 60 y 70 (Celluci y Lawrence, 1978; Miller y DiPilato, 1983) y, más recientemente, la *imagery rehearsal therapy* (IRT) (Kellner y cols., 1992; Krakow y cols., 1995; 1996; 2000). Atendiendo al actual énfasis en evaluar la eficacia de las terapias (ej. Ávila y cols., 2002), podríamos decir que ambas estrategias merecen la consideración de tratamientos empíricamente validados si atendemos a los actuales criterios de evaluación de terapias de la APA (*American Psychology Association*) establecidos por Chambless y cols. (1998). Las investigaciones controladas con DS demuestran que la técnica es eficaz con unas 5-6 sesiones terapéuticas produciendo reducciones del 75% en la fre-

cuencia e intensidad de las pesadillas, lo que se mantiene en seguimientos de hasta 6 meses (Celluci y Lawrence, 1978; Miller y Dipilato, 1983). En un estudio la DS y la relajación muscular progresiva eran igual de eficaces en reducir la frecuencia de las pesadillas pero la intensidad de las mismas sólo mejoraba en el grupo que recibía DS (Miller y Dipilato, 1983). Por lo que se refiere a la IRT, se ha demostrado que dicho procedimiento es eficaz aproximadamente en el 68% de casos con 1-3 sesiones de terapia en seguimientos de hasta 30 meses (ej. Krakow y cols. 1993). La técnica consigue disminuir la frecuencia e intensidad de las pesadillas, el malestar asociado (ej. ansiedad, depresión, etc), mejora la calidad de sueño (ej. Forbes y cols. 2001) y la propia severidad del TEP cuando se aplica en pacientes de este tipo (ej. Krakow y cols. 2001a). La única investigación que compara la DS con la IRT no encuentra diferencias en los efectos producidos por ambos tratamientos (Kellner y cols., 1992). No obstante, desde una perspectiva de coste-beneficio hay que destacar que la IRT parece ser un tipo de terapia más eficiente que la DS si consideramos que su formato de aplicación es habitualmente grupal y que se trata de una técnica sencilla que se puede aprender en una sólo sesión y emplearse en cualquier momento (ej. tras despertarse de una pesadilla). Además, dado que la IRT no implica exposición directa al material “traumático” (ej. se evita la discusión de grupo sobre este tipo de aspectos) (Krakow y cols., 1995) puede representar un tipo de intervención inicial más aceptable para los pacientes con TEP que típicamente se muestran muy reacios a pensar o hablar sobre los contenidos asociados al trauma.

Respecto a otras estrategias terapéuticas destaca el tratamiento con autoexposición que parece un tipo de intervención probablemente eficaz según los criterios de Chambless y cols. (1998) aunque debe investigarse más. Burgess y cols. (1998) demuestran que una hora de autoexposición diaria durante cuatro semanas produce una reducción en la frecuencia de las pesadillas del 43% así como del malestar asociado a las mismas que se mantienen en un seguimiento de 6 meses, aunque no se logran decrementos similares en la intensidad de las pesadillas. Algunos estudios de caso único han abordado con éxito las pesadillas mediante ciertas variantes de la DS como la DS de autocontrol (Palace y Johnston, 1989) o la DS mediante movimientos oculares (Pellicer, 1993). Sin embargo, la escasa investigación existente al respecto obliga, por el momento, a considerar que dichas terapias se encuentran aún en fase experimental (según los criterios de Chambless y cols., 1998). Lo mismo sucede con procedimientos como la *art therapy*, el *sandplay*, el entrenamiento en sueños lúcidos o la hipnosis, aunque los resultados de los estudios existentes, especialmente con esta última, parecen prometedores.

Un aspecto importante a destacar es que existen algunas objeciones que pueden efectuarse a la mayoría de la investigación revisada. En primer lugar, los problemas inherentes a la evaluación de las pesadillas son una limitación de cualquier estudio de este tipo. Para evaluar el recuerdo de las pesadillas se pueden emplear cuestionarios, diarios o recoger directamente el informe verbal del sujeto en un laboratorio de sueño. Debido fundamentalmente a razones de coste las dos primeras opciones han sido las más empleadas. En concreto, a excepción de unos pocos estudios que utilizan autorregistros (ej. Neidhardt y cols., 1992; Burgess y cols. 1998; Germain, 2002) la mayoría de la investigación presentada ha basado la evaluación de los efectos del tratamiento en el

empleo de cuestionarios. Los cuestionarios son fáciles de administrar pero pueden introducir sesgos de memoria y, además, se dispone de muy poca información psicométrica sobre los utilizados en los estudios expuestos. Los autorregistros minimizan el recuerdo incorrecto pero parecen afectar al recuerdo de la pesadilla. Se ha demostrado que el empleo de diarios suele dar una frecuencia 2,5 veces mayor que la basada en informes retrospectivos (Wood y Bootzin, 1990; Levin y Fireman, 2002b). Además, los diarios pueden tener efectos variables, incluyendo incrementos, decrementos o ningún cambio, junto a una inadecuada realización de los mismos en un 30% de los sujetos (Neidhardt y cols., 1992) por lo que no deben considerarse una intervención neutral y pueden confundir en los estudios sobre efectos de tratamientos. Por ejemplo, de 11 sujetos que efectúan diarios de sus pesadillas durante 9 semanas se producen decrementos en la frecuencia de las mismas en 5, incrementos en otros 5 y sólo uno no cambia (Miller y DiPilato, 1983). Será necesario investigar más las características de los distintos instrumentos de evaluación de las pesadillas y controlar en los estudios las variables que pueden afectar a los resultados de la evaluación con los mismos. Por ejemplo, recientemente Schredl (2002) ha demostrado que las correlaciones entre la información proporcionada por los cuestionarios y los diarios de este tipo están mediadas por variables como la frecuencia habitual de recuerdo de sueños del sujeto, el tipo de aspecto de contenido del sueño que se investigue o el género. Igualmente, sería interesante que los estudios futuros documentaran objetivamente (ej. con polisomnografía o actigrafía), como hace Germain (2002), el cambio subjetivo informado.

Otra cuestión relevante a considerar es que existen múltiples aspectos relativos a la propia conceptualización de las pesadillas que no están suficientemente claros. Por ejemplo, las actuales nosologías, el DSM-IV-R (APA, 2000) y la ICSID (ASDA, 1991), exigen que para considerarla como tal la pesadilla debe despertar al sujeto. Sin embargo, no existe evidencia definitiva de que los que sufren pesadillas se despierten invariablemente de estas. Kellner y cols. (1992) encontraron que menos de un cuarto de los sujetos informaban de despertarse siempre que tenían pesadillas y, además, estos despertares no correlacionaban con la intensidad de las pesadillas ni con el malestar producido por las mismas. La ausencia de consenso ha llevado a que en algunos estudios no se considere el despertar como un criterio esencial (ej. Krakow y cols., 1995), mientras en otros se distingue entre pesadillas (el sujeto se despierta) y sueños de ansiedad (el sueño se recuerda a la mañana siguiente) (ej. Kellner y cols., 1992). Desafortunadamente, en bastantes estudios ni siquiera se especifica el modo en que se han entendido las pesadillas. Un problema cercano a este es que en algunas investigaciones el sufrimiento ocasionado por las pesadillas se ha venido definiendo operacionalmente como el número de pesadillas experimentadas, mientras en otros se ha atendido tanto a la frecuencia como a la intensidad y al malestar asociado a las mismas. Este último enfoque parece más deseable si tenemos en cuenta que el malestar que ocasionan las pesadillas es mejor predictor de la presencia de perturbación psicológica debida a las mismas que la frecuencia *per se* de pesadillas (Wood y Bootzin, 1990; Levin y Fireman, 2002a).

Sin duda la disponibilidad de un modelo teórico sobre qué son las pesadillas

sería de gran ayuda al intentar clarificar algunos de estos aspectos. No obstante, la investigación científica sobre las mismas y sobre el soñar casi acaba de inaugurarse. Por ejemplo, tampoco existe acuerdo sobre si la distinción entre “pesadillas traumáticas” o de *replay* y “pesadillas ordinarias” que en algunos estudios se efectúa y en otros no tiene razón de ser. Según algunos autores las primeras no son verdaderas pesadillas y deben ser consideradas como reexperimentación intrusiva ya que poseen una fenomenología diferente (ej. cualidad repetitiva) y no se relacionan con la arquitectura de REM sino, por ejemplo, con un mayor número de despertares nocturnos (Kramer y Kinney, 1988; Woodward, Arsenault, Murria y Bliwise, 2000). Otros dudan que realmente existan pesadillas de *replay*, señalando que quizá el término se escoja por referirse al significado subjetivo que la persona atribuye al sueño, pero difícilmente implique que exista una reproducción de la escena en términos de procesos de memoria (Schreuder, Egmond, Kleijn y Visser, 1998). En definitiva, la investigación futura deberá solventar estas cuestiones así como aclarar qué tratamientos reúnen las mejores características de eficacia, efectividad y eficiencia para las pesadillas.

REFERENCIAS

- Abramovitch, H. (1995). The nightmare of returning home: A case of acute onset nightmare disorder treated by lucid dreaming. *Israelite Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 32, 140-145.
- Agargun, M.Y., Cilli, A.S., Kara, H., Tarhan, N., Kincir, F. y Oz, K. (1998). Repetitive frightening dreams and suicidal behavior in patients with major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 198-202.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4^a ed. rev.)*. Washington, DC: APA (Barcelona, Masson, 2002).
- American Sleep Disorders Association (ASDA) (1991). *The International Classification of Sleep Disorders (ICSD). Diagnostic and Coding Manual*. Minnesota: Rochester.
- Ávila, A., Caro, I., Orlinsky, D., Rodríguez, S., Coscollá, A. y Alonso, M. (2002). Percepción del desarrollo profesional del psicoterapeuta en España. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2, 199-218.
- Bearden, C. (1994). The nightmare: Biological and psychological origins. *Dreaming*, 4, 139-152.
- Belicki, K. (1992). Nightmare frequency versus nightmare distress: relations to psychopathology and cognitive style. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 592-597.
- Belicki, D. y Belicki, K. (1982). Nightmares in a university population. *Sleep Research*, 11: 116.
- Bishay, N. (1985). Therapeutic manipulation of nightmares and the management of neuroses. *British Journal of Psychiatry*, 147, 67-70.
- Bradshaw, S. J. (1991). Successful cognitive manipulation of a stereotypic nightmare in a 40 year old male with Down's syndrome. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 281-283.
- Brylowski, A. (1990). Nightmares in crisis: clinical applications of lucid dreaming techniques. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 15, 79-84.
- Buela Casal, G. y Miró, E. (2001). *Qué es el sueño. Para qué dormimos y para qué soñamos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Burgess, M., Marks, I.M. y Gill, M. (1994). Postal self-exposure treatment of recurrent nightmares.

British Journal of Psychiatry, 165, 388-391.

- Burgess, M., Gill, M. y Marks, I. (1998). Postal self-exposure treatment of recurrent nightmares. *British Journal of Psychiatry*, 172, 257-262.
- Cartwright, R., Young, M.A., Mercer, P. y Bears, M. (1998). Role of REM sleep and dream variables in prediction of remission from depression. *Psychiatry Research*, 80, 249-255.
- Cavior, N. y Deutsch, A. (1975). Systematic desensitization to reduce dream anxiety. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 161, 433-435.
- Celluci, A.J. y Lawrence, P.S. (1978). The efficacy of systematic desensitization in reducing nightmares. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9, 109-114.
- Chambers, E. y Belicki, K. (1998). Using sleep dysfunction to explore the nature of resilience in adult survivors of childhood abuse or trauma. *Child Abuse & Neglect*, 22, 753-758.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Johnson, S.B., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A. y Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Claridge, G., Clark, K. y Davis, C. (1997). Nightmares, dreams, and schizotypy. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 377-386.
- Coalson, B. (1995). Nightmare help: Treatment of trauma survivors with PTSD. *Psychotherapy*, 32, 381-388.
- Cooperman, S. y Schafer, M.D. (1983). Hypnotherapy over the telephone. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25, 277-279.
- Coren, S. (1994). The prevalence of self-reported sleep disturbances in young adults. *International Journal of Neuroscience*, 79, 67-73.
- Corsi Cabrera, M., Miró, E., Del Río Portilla, Y., Pérez-Garci, E., Villanueva, Y. y Guevara, M.A. (2003). REM sleep dreaming is characterized by uncoupled EEG activity between frontal and perceptual regions. *Brain and Cognition*, 51, 337-345.
- Daniels, L. R. y McGuire, T. (1998). Dreamcatchers: Healing traumatic nightmares using group dreamwork, sandplay and other techniques of intervention. *Group*, 22, 205-226.
- Foa, E. B., Keane, T. M. y Friedman, M. J. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 539-555.
- Forbes, D., Phelps, A. y McHugh, T. (2001). Treatment of combat-related nightmares using imagery rehearsal: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 433-442.
- Ford, R. (1995). Hypnotic treatment of a sleeping problem in an 11-year-old boy. *Contemporary Hypnosis*, 12, 201-206.
- Foulkes, D. (1996). Sleep and dreams. Dream Research: 1953-1993. *Sleep*, 19, 609-624.
- Gackenbach, J. y LaBerge, S. (1988). *Conscious mind, sleeping brain: Perspectives of lucid dreaming*. London: Plenum.
- Geer, J.H y Silverman, I. (1967). Treatment of a recurrent nightmare by behavior modification procedures: a case study. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 188-90.
- Germain, A. (2002). Sleep pathophysiology and cognitive-behavioral treatment of posttraumatic and idiopathic nightmares. *Dissertation abstract international*, 63: 581.
- Golub, D. (1985). Symbolic expression in post-traumatic stress disorder: Vietnam combat veterans in art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 12, 285-296.
- Halliday, G. (1982). Direct alteration of a traumatic nightmare. *Perceptual and Motor Skills*. 54, 413-

414.

- Halliday, G. (1987). Direct psychological therapies for nightmares: A review. *Clinical Psychology Review*, 7, 501-523.
- Handler, L. (1972). The amelioration of nightmares in children. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 9, 54-56.
- Hartmann, E. (1991). *Boundaries of the Mind*. Nueva York: Basic Books.
- Hartmann, E., Russ, D., Van der Kolk, B., Falke, R. y Oldfield, M. (1981). A preliminary study of the personality of the nightmare sufferer: relationship to schizophrenia and creativity? *American Journal of Psychiatry*, 138, 794-797.
- Haynes, S.N. y Mooney, D.K. (1975). Nightmares: etiological, theoretical, and behavioural treatment considerations. *The Psychological Record*, 25, 225-236.
- Hobson, A. (1992). Sleep and dreaming: induction and mediation of REM sleep by cholinergic mechanism. *Current Opinion in Neurobiology*, 2, 673-759.
- Howsan D.G. (1999). Hypnosis in the treatment of insomnia, nightmares and night terrors. *American Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27, 32-39.
- Kellner, R., Singh, G. e Irogoyen-Rascon, F. (1991). Rehearsal in the treatment of recurring nightmares in posttraumatic stress disorders and panic disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, 3, 67-71.
- Kellner, R., Neidhardt, J., Krakow, B. y Pathak, D. (1992). Changes in chronic nightmares after one session of desensitisation or rehearsal instructions. *American Journal of Psychiatry*, 149, 659-663.
- Kingsbury, S.J. (1993). Brief hypnotic treatment of repetitive nightmares. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 161-169.
- Krakow, B., Kellner, R., Neidhardt, J., Pathak, D. y Lambert, L. (1993). Imagery rehearsal treatment of chronic nightmares: with a thirty month follow-up. *Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry*, 24, 325-330.
- Krakow, B., Kellner, R., Pathak, D. y Lambert, L. (1995). Imagery rehearsal treatment for chronic nightmares. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 837-843.
- Krakow, B., Kellner, R., Pathak, D. y Lambert, L. (1996). Long term reduction of nightmares with imagery rehearsal therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 135-148.
- Krakow, B., Hollifield, M., Schrader, R., Koss, M., Tandberg, D., Lauriello, J., McBride, L., Warner, T. D., Cheng, D., Edmond, T., y Kellner, R. (2000). A controlled study of imagery rehearsal for chronic nightmares in sexual assault survivors with PTSD: A preliminary report. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 589-609.
- Krakow, B., Hollifield, M., Johnston, L., Koss, M., Schrader, R., Warner, T.D., Tandberg, D., Lauriello, J., McBride, L., Cutchen, L., Cheng, D., Emmons, S., Germain, A., Meléndrez, D., Sandoval, D. y Prince, H. (2001a). Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder. A randomised controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 286, 537- 545.
- Krakow, B., Sandoval, D., Schrader, R., Keuhne, B., McBride, L., Yau, C.L. y Tandberg, D. (2001b). Treatment of chronic nightmares in adjudicated adolescent girls in a residential facility. *Journal of Adolescent Health*, 29, 94-100.
- Krakow, B., Johnston, L., Meléndrez, D., Hollifield, M., Warner, T. D., Chavez Kennedy, D. y Herlan, M. J. (2001c). An open-label trial of evidence-based cognitive behavior therapy for nightmares and insomnia in crime victims with PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 158, 2043-2047.

- Krakow, B., Meléndrez, D.C., Johnston, L.G., Clark, J.O., Santana, E.M., Warner, T.D., Hollifield, M. A., Schrader, R., Sisley, B. y Lee, S.A. (2002). Sleep dynamic therapy for Cerro Grande fire evacuees with posttraumatic stress symptoms: A preliminary report. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 673-684.
- Kramer, M. y Kinney, L. (1988). Sleep patterns in trauma victims with disturbed dreaming. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 13, 12-16.
- Levin, R. y Fireman, G. (2002a). Nightmare prevalence, nightmare distress, and self reported psychological disturbance. *Sleep*, 25, 205-212.
- Levin, R. y Fireman, G. (2002b). Phenomenal qualities of nightmare experience in a prospective study of college students. *Dreaming*, 12, 109-120.
- Marks, I. (1978). Rehearsal relief of a nightmare. *British Journal of Psychiatry*, 133, 461-465.
- Maurer, K.E. y Schaefer, C.E. (1998). Assessment and treatment of children's nightmares: A review. *Psychology: Journal of Human Behavior*, 35, 30-36.
- Miller, W.R. y DiPilato, M. (1983). Treatment of nightmares via relaxation and desensitization: a controlled evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 870-877.
- Miró, E. y Buela-Casal, G. (2001). Aplicaciones de la hipnosis al tratamiento de los trastornos del sueño. En J. Gil y G. Buela-Casal (eds.), *Hipnosis. Fuentes históricas, marco conceptual y aplicaciones en Psicología Clínica* (pp. 297-331). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Morgan III, C.A., y Johnson, D.R. (1995). Use of a drawing task in the treatment of nightmares in combat-related post-traumatic stress disorder. *Art Therapy*, 12, 244-247.
- Moss, C.S. (1973). Treatment of a recurrent nightmare by hypnosymbolism. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 16, 23-30.
- Neidhardt, J., Krakow, B., Kellner, R. y Pathak, D. (1992). The beneficial effects of one treatment session and recording of nightmares on chronic nightmare sufferers. *Sleep*, 15, 470-473.
- Pagel, J.F., y Helfter, P. (2003). Drug induced nightmares: An etiology based review. *Human Psychopharmacology*, 18, 59-67.
- Palace, E.M. y Johnston, C. (1989). Treatment of recurrent nightmares by the dream reorganization approach. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 219-226.
- Pellicer, X. (1993). Eye movement desensitisation treatment of a child's nightmares: a case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 73-75.
- Picchioni, D., Goeltzenleucher, B., Green, D. N., Convento, M. J., Crittenden, R., Hallgren, M. y Hicks, R. (2002). Nightmares as a coping mechanism for stress. *Dreaming*, 12, 155-169.
- Roberts, R.N. y Gordon, S.B. (1979). Reducing childhood nightmares subsequent to a burn trauma. *Child Behaviour Therapy*, 1, 373-381.
- Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Riggs, D.S., Murdock, T. y Walsh, W. (1992). A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Sandoval, D., Krakow, B. y Schrader, R. (1997). Adult nightmares sufferers: can they be identified and treated in childhood? *Sleep Research*, 26: 256.
- Schindler, F.E (1980). Treatment by systematic desensitization of a recurring nightmare of a real life trauma. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 11, 53-54.
- Schredl, M. (2002). Questionnaires and diaries as research instruments in dream research: Methodological issues. *Dreaming*, 12, 17-26.
- Schredl, M., Kleinfelchner, P. y Gell, T. (1996). Dreaming and personality: Thick vs. thin boundaries. *Dreaming*, 6, 219-223.

- Schreuder, B.J.N., Egmond, M.V., Kleijn, W.C. y Visser, A.T. (1998). Daily reports of posttraumatic nightmares and anxiety dreams in dutch war victims. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 511-524.
- Shorkey, C. y Himle, D.P. (1974). Systematic desensitization treatment of a recurring nightmare and related insomnia. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 5, 97-98.
- Silverman, I. y Geer, J.H. (1968). The elimination of a recurrent nightmare by desensitisation of a related phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 6, 109-111.
- Smedje, H., Broman, J.E. y Hetta, J. (2001). Associations between disturbed sleep and behavioural difficulties in 635 children aged six to eight years: a study based on parents' perceptions. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 1-9.
- Tan, V.L. y Hicks, R.A. (1995). Type A-B behavior and nightmare types among college students. *Perceptual and motor skills*, 81, 15-19.
- Wood, J. y Bootzin, R. (1990). The prevalence of nightmares and their independence from anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 64-68.
- Woodward, S.H., Arsenault, N.J., Murray, C. y Bliwise, D.L. (2000). Laboratory sleep correlates of nightmare complaint in PTSD inpatients. *Biological Psychiatry*, 48, 1081-1087.
- Zadra, A.L., Donderi, D.C. y Pihl, R.O. (1992). Efficacy of lucid dream induction for lucid and nonlucid dreamers. *Dreaming*, 2, 85-97.
- Zadra, A. y Donderi, D.C. (2000). Nightmares and bad dreams: their prevalence and relationship to well-being. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 273-281.

Recibido, 28 Marzo 2003
Aceptado, 15 Octubre 2003