

TRATAMIENTO CONDUCTUAL DEL INSOMNIO EN UNA PACIENTE ANCIANA TRAS VARIOS AÑOS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

José Buz Delgado

Facultad de Psicología.
UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE SALAMANCA

RESUMEN

Se expone un caso de insomnio crónico en una mujer anciana, residente en un centro geriátrico, sobre la que se han aplicado diferentes técnicas cognitivo-conductuales. Se resalta la posibilidad de aplicar con éxito dichas técnicas con este sector de población, sin olvidar por ello las importantes limitaciones que habrán de tenerse en cuenta a lo largo del tratamiento, y la importancia de tener en cuenta estos tratamientos como alternativa a los farmacológicos.

Palabras clave: *INSOMNIO; VEJEZ; TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO*

SUMMARY

A case of chronic insomnia in an elderly woman, living in a geriatric center, to whom different cognitive-behavior techniques have been applied, is shown. The possibility of applying these techniques successfully with this population group is emphasized, without

forgetting the important limitations which will have to be considered through the treatment and the importance of emphasizing these treatments as an option to pharmacological treatments.

Key words: *INSOMNIA; ELDERLY; PHARMACOLOGICAL TREATMENT.*

INTRODUCCIÓN

A pesar de que la cifra que se suele estimar como referencia de una buena cantidad de sueño es la de 8 horas, la variabilidad entre los sujetos es tan grande que este promedio no debería hacerse extensivo a toda la población.

Si está aceptado por la mayoría de los investigadores que, a medida que avanza la edad de los sujetos, se modifica la cantidad de sueño. Así, Webb (1969) en un estudio recopilatorio, muestra cómo los sujetos de más de 65 años obtienen cantidades medias de sueño que van desde las 4 hasta las 11 horas, frente a niños entre 1 y 4 años que presentaban cantidades medias de sueño entre las 9 y las 15 horas. Estos datos son consistentes con los encontrados por Krippe y cols. (1979) en los que se resalta que en torno a los 90 años se produce una mayor diferenciación entre los sujetos que dormían habitualmente 6 horas o menos y los que dormían 9 horas o más. Independientemente de los cambios metabólicos, endocrinos y fisiológicos (Moldofsky y cols, 1986) que se producen en la vejez, existen otros factores, como por ejemplo los ambientales (Vallet y cols, 1980; Lopes y Goldenberg, 1986), que pueden tener un gran peso en la calidad y cantidad de sueño del anciano. Esto se hace especialmente cierto en ancianos que viven en instituciones ya que, el hecho de ingresar en una residencia supone una serie de cambios en el estilo de vida del sujeto (modificación de sus horas de sueño por imposición de horarios, inconvenientes de compartir habitación, etc) lo suficientemente intensos como para provocar desórdenes en el sueño (Akerstedt y Gillberg, 1981). Esto, unido a la gran probabilidad de que el anciano padezca enfermedades que cursen con dolor o ingiera

medicamentos capaces de alterar el sueño (Bootzin y Hazelwood, 1983) nos permite afirmar que el insomnio es uno de los trastornos que más frecuentemente se encuentran en la vejez.

1. MÉTODO

1.1. Sujeto

La paciente es una mujer de 81 años, casada, con dos hijas y un hijo. En el momento de la intervención la paciente vive en una residencia de ancianos con su marido y la menor de sus hijas desde hace algo menos de un año. Los tres comparten la misma habitación en la residencia después de haber vivido siempre juntos en la casa del pueblo. El marido de la paciente requiere de continuos cuidados debido a la diversa patología orgánica que presenta, permaneciendo por ello en cama periodos cortos de tiempo pero frecuentes. La hija mantiene tratamiento farmacológico para la depresión y el insomnio desde hace dos años por prescripción del psiquiatra. Acude a consulta derivada por el médico de la residencia ya que, a pesar de los cambios en la medicación, la paciente continúa con sus frecuentes quejas sobre el sueño.

Informe médico

Acompañaba a la paciente un informe médico que nos indicaba:

Antecedentes clínicos

- Prolapso vaginal
- Hipertensión arterial
- Insuficiencia circulatoria extremidad inferior izquierda
- Hernia inguinal (intervenida cuatro veces)
- Artrosis en ambas rodillas

Historia farmacológica

Fármacos actuales: Higrone 50: 1-0-0; Colpotrofin: 0-0-1;
Halción: 0-0-1.

- * Ocasionalmente toma algún analgésico muy suave para el dolor de la artrosis y soluciones para tratar el estreñimiento.

1.2. Instrumentos

El material utilizado ha sido:

Escala del Estado Mental

Se utilizó la "Mini-mental State Test", a pesar de la buena impresión dada por la paciente durante la entrevista de contacto inicial, con el fin de asegurarnos que la paciente poseía un funcionamiento mental adecuado.

Diarios de sueño

Estos diarios fueron rellenos a lo largo de 13 días con el fin de poder establecer una línea base, tomando para ello medidas de:

Latencia de sueño, número de despertares nocturnos, dificultad en conciliar el sueño, grado de bienestar al despertarse, hora en que se despertó, hora a la que se levantó y si tomó o no la pastilla.

Escala de concienciación e higiene del sueño (Lacks, 1987; adaptado por Buz)

Mediante estas escalas se pretendía averiguar el conocimiento y la práctica por parte de la paciente de comportamientos que pudieran influir en la calidad de su sueño.

Observación directa

Esta forma de recogida de información se utilizó para realizar la evaluación ambiental.

1.3. Procedimiento

1.3.1. Evaluación ambiental

Mediante entrevista y observación directa se realizó una evaluación de aquellos factores ambientales que pudieran estar contribuyendo al mantenimiento del problema por el que nos viene la paciente

a consulta. Los principales aspectos a señalar en este punto se refieren a la luminosidad de la habitación por la noche, y a que un piloto rojo de seguridad molestaba en los ojos a la paciente por lo que ésta se ponía un pequeño paño en la cara ya que generalmente, le costaba mantener los ojos cerrados para dormir.

También cinco o seis noches por semana se despertaba sobre las cuatro de la madrugada al entrar en la habitación las auxiliares a cambiar los paños del marido que sufría incontinencia.

El resto de los elementos evaluados como son: cama, otros ruidos y temperatura no ofrecían características importantes a señalar.

1.3.2. Evaluación psicológica

Se llevó a cabo una primera entrevista de contacto con la paciente, tras la indicación que le había hecho el médico de que acudiese a nosotros para evaluar la importancia de su trastorno del sueño y su posterior tratamiento si procediese. Esta primera entrevista fue dirigida esencialmente a establecer una relación empática con la paciente, a confirmar datos del informe médico y a observar el modo de funcionamiento general de la paciente en lo que de conductas externas podía manifestar en la consulta elaborando así las primeras hipótesis de trabajo.

a) Entrevista con la paciente

Después de la entrevista de contacto con la paciente, y una vez adquirido el compromiso de llevar a cabo una evaluación más profunda, se llevaron a cabo dos entrevistas con la paciente que fueron dirigidas a la obtención de la siguiente información:

1.3.2.1. Identificación de los problemas

Se observaron tres problemas:

- Incapacidad para iniciar y mantener el sueño.
- Nivel elevado de tensión en la cara, especialmente en los ojos, durante la noche.

- Pensamientos recurrentes de contenido negativo en el momento de iniciar el sueño o en otros momentos de soledad a lo largo del día.

La información aportada por la paciente en las entrevistas, indicaba que existía un trastorno del sueño importante a juzgar por la incomodidad que éste le producía a la largo de la noche y del día (somnolencia, malestar general, cansancio). Por otra parte, el informe médico indicaba una serie de patologías que podían estar interfiriendo en su calidad de sueño, aunque la paciente no mostró especial preocupación por estos problemas ni señaló tener dolor por las noches en las zonas con artrosis.

Un segundo problema al que hacía referencia la paciente era el de un estado de tensión elevada en la cara que le impedía cerrar los ojos para dormir. Como solución, suele ponerse un paño sobre los ojos ya que de esa forma no le molestaba tanto el piloto rojo de la habitación. Recuerda haberse puesto incluso las manos sobre los ojos en alguna ocasión para intentar dormir. En ocasiones también nota tensión en los brazos y cuello, y que ella define como "agarrotamiento".

El tercer problema consistía en una serie de pensamientos, que de forma persistente, se le presentaban por la noche y que ella expresó como: "mis principales preocupaciones empiezan cuando me meto en la cama". Asegura no saber por qué le vienen esos pensamientos, y no saber cómo quitárselos de la cabeza a pesar de haberlo intentado numerosas veces pero sin conseguirlo. Esto le producía una mayor "angustia". Algunas veces llora por las noches, lo que consigue relajarla, y luego se duerme. Este problema se ha venido agravando en los tres últimos meses ya que estos pensamientos le vienen de forma automática, siempre que se queda sola y tiene un rato para pensar, o bien cuando intenta echarse una pequeña siesta.

b) Entrevista con el marido y la hija

Esta entrevista no hizo más que confirmar los datos aportados por la paciente respecto a las pocas horas que dormía y a su grado de malestar y somnolencia durante el día. La hija se mostró dispuesta a colaborar en todo lo referente al tratamiento con su madre.

1.3.2.2. Anamnesis del problema

La paciente recuerda haber dormido durante toda su vida bastante bien y sin episodios de insomnio tan duraderos e intensos como los que manifiesta actualmente.

El problema surgió hace unos cinco años, en los que la paciente comenzó a tener problemas para conciliar el sueño aunque no tanto para mantenerlo. Comentó el problema con su marido y su hija, que le aconsejaron ir al médico para que le recetase unas pastillas pero ella no hizo caso. Al cabo de un año su insomnio había empeorado así que finalmente, consultó a un médico que le recetó unas pastillas todas las noches aunque ella, por miedo a las pastillas, sólo las tomaba cuando lo creía conveniente. Los episodios de mejoría eran muy breves, cambiando numerosas veces de medicación aunque nunca tomando diariamente la medicación prescrita. En el momento de la intervención tampoco lo hace. Desde que comenzó a dormir mal, hace unos cinco años, ha dedicado el tiempo que tardaba en dormirse a pensar en la familia y en cosas que le había ocurrido durante el día. Esto se ha mantenido durante algo más de cuatro años, incluso durante los primeros meses de ingreso en la residencia. El problema empeoró sensiblemente cuando, hace unos cinco meses, el marido sufrió una grave trombosis y poco después, la hija con la que comparte habitación, tuvo una seria recaída depresiva. A partir de ese momento los pensamientos negativos acerca de la familia han aumentado su frecuencia e intensidad, teniendo ahora un carácter mucho más fatalista.

Respecto a la tensión que siente cuando no se duerme, no recuerda haber tenido la sensación de tensión en los ojos como ahora. Recuerda que estos episodios de tensión aparecieron hace unos tres o cuatro meses, justo cuando más le estaba costando dormir.

1.3.2.3. Análisis funcional

Se llevó a cabo una evaluación del problema en el que habría que tener en cuenta:

- Estilo de vida
- Ritmo Circadiano.
- Estructura del ciclo sueño-vigilia.
- Conductas facilitadoras e inhibidoras del sueño.

Estilo de vida

La paciente pasa la mayor parte de su tiempo fuera de la habitación, en una sala de uso común, en compañía de sus amigas y con su familia. No sale apenas de la residencia debido a que le cuesta mucho andar por lo que sus actividades quedan reducidas a las que se programan en el centro. No pasea dentro de la residencia, invirtiendo la mayor parte del tiempo en permanecer sentada, hablando con las amigas o jugando a las cartas.

Estructura del ciclo sueño-vigilia

La paciente tarda en dormirse alrededor de 45 minutos, llegando en ocasiones a no dormir más que unas pocas horas (3 horas o menos) al final de la noche. A lo largo de la noche se despierta una o dos veces, tardando en volver a dormirse unos 15 o 20 minutos. Suele despertarse sobre las 5 o 6 de la mañana, permaneciendo en la cama hasta las 8:30, hora en que se levantan su marido y su hija.

Ritmo circadiano

Se acuesta a las 23:30 h. y dice despertarse a las 5 o 6 de la madrugada, o incluso antes, sin poder volver a conciliar el sueño en el resto de la noche. Se levanta a las 8:30 todos los días. Durante el día se echa una ligera siesta, desde las 15:30 hasta las 16:00 h, aunque casi nunca ha conseguido dormirse; cuando lo ha hecho se ha despertado muy despejada. Una vez que se ha despertado no vuelve a dormir nada hasta la hora de acostarse. A lo largo del día suele estar muy cansada, especialmente por la mañana, levantándose como si no hubiese dormido nada y con una gran pesadez en los ojos. Anteriormente a estos episodios de insomnio dormía con regularidad, recordando unas 7 u 8 horas de sueño.

Conductas facilitadoras e inhibidoras del sueño

Se realizó una exploración de aquellas conductas que pudieran estar dificultando la conciliación del sueño, como por ejemplo, la ingesta durante la tarde de comidas o bebidas que pudieran contener cafeína y otro estimulante, siestas durante el día, ir a la cama con hambre o con sed y la inexistencia de un horario regular tanto para acostarse como para levantarse. Sólo es de destacar el escaso nivel de actividad física diaria de la paciente, limitándose ésta a permanecer sentada durante la mayor parte del día en el salón con las compañeras de planta. Mantenía un horario regular para acostarse/levantarse, y durante el día no consumía ningún tipo de bebida o comida con sustancias estimulantes.

1.3.2.4. Análisis de secuencias

Vistos los problemas que presentaba la paciente, veamos cómo era una secuencia típica antes de acostarse.

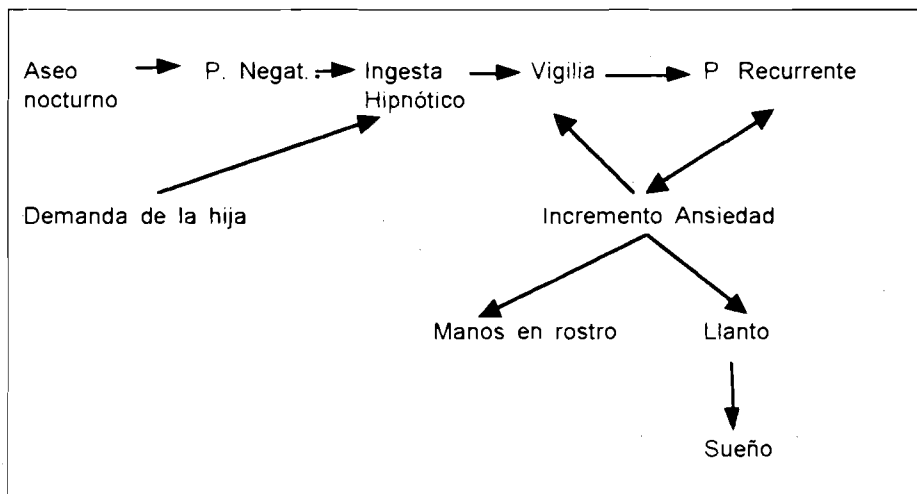
Tras llegar a la habitación se dirigía al lavabo donde tenía las pastillas que muchas noches cogía "por si acaso esa noche no dormía". Algunas noches no las cogía pero la hija le recordada que se las tomase porque si no, no iba a dormir, sugerencia a la que algunas veces accedía, aunque no muy convencida. Una vez que se había metido en la cama se colocaba boca arriba, se ponía el paño sobre los ojos e intentaba dormir, pero al notar dificultad en poder cerrar los ojos se dedicaba a pensar.

Las noches que conseguía cerrar los ojos estos pensamientos también "le venían a la cabeza", aumentando su grado de malestar de modo que, algunas noches, terminaba llorando. Al cabo de un rato, que solía ser muy variable, conseguía dormirse. Esto ocurría cuatro o cinco noches por semana, mientras que las restantes eran noches en las que, o no dormía nada, o se quedaba dormida en unos pocos minutos. Además, aseguraba que las noches que dormía no eran debido a la pastilla porque, muchas noches después de haberla tomado no había conseguido dormir.

Respecto a la estrategia que había seguido las noches en que se durmió tan rápidamente manifestó no haber hecho nada especial sino que, cuando se quiso dar cuenta estaba dormida. Normalmente se despierta a las 5 o a las 6 de la mañana, pero no se levanta hasta las 8:30 h, y durante ese rato vuelve a sus pensamientos de antes de acostarse. A menudo intenta pensar en otras cosas pero no le ha dado resultado. Ultimamente ni lo intenta. No cree que sea capaz de dominar esos pensamientos porque no sabe de dónde le vienen.

La tensión que nota en la cara, especialmente en los ojos, brazos y en cuello, y que ella define como "agarrotamiento", la nota algunas noches (unas dos por semana) en el momentos de estar tumbada, atribuyéndolo a las preocupaciones que tiene acerca de su familia.

TABLA 1.- Esquema del análisis de secuencias



En este caso, trabajamos con la hipótesis de que el problema principal son los pensamientos de la paciente que elevarían el nivel de activación fisiológica impidiendo con ello iniciar el sueño. Los datos encontrados en la entrevista sugieren que esta es la hipótesis más acertada ya que este tipo de pensamientos aparecen siempre

que la paciente intenta conciliar el sueño, tanto de día como de noche. La frecuencia, duración e intensidad de ellos es muy alta. Además, contingentemente a la aparición de los pensamientos aumenta el nivel de tensión de la paciente, lo que le lleva a ponerse las manos en los ojos para intentar cerrarlos, y comienza a sentirse incómoda en la cama (Tabla 1).

1.3.2.5. Variables del sujeto

La información referida a variables del sujeto fue obtenida mediante entrevista e informe médico, siendo la más significativa la edad de la paciente y la numerosa patología que presenta, lo que en un principio hacía pensar en la ineficacia de cualquier tipo de intervención. Sin embargo, la paciente presentaba un nivel de funcionamiento normal y especialmente una gran motivación para la intervención por lo que se decidió llevar a cabo ésta.

1.3.3. *Diseño de la intervención*

1.3.3.1. Objetivos de la intervención

Se elaboró, conjuntamente con la paciente, una lista de objetivos a conseguir por lo que hubo que analizar su nivel de expectativas y trabajar con él, ya que éstas eran excesivamente elevadas. Llegamos así a un acuerdo en el que pretendíamos:

- Dotar de estrategias a la paciente para ser capaz de interrumpir los pensamientos que le acosaban.
- Sustituir esos pensamientos por otros de carácter más neutro o positivo.
- Reducir el nivel de tensión facial que experimentaba por las noches.
- Reducir el tiempo invertido por la paciente en conciliar el sueño.
- Reducir o eliminar la ingesta de medicación para dormir.
- Incrementar la cantidad de ejercicio físico realizado durante el día.

1.3.3.2. Cómo intervenir

Vistos los problemas que presentaba la paciente, parecía claro que la intervención tenía que ir dirigida principalmente hacia la adquisición de técnicas para detener pensamientos recurrentes, y técnicas que ayudasen a reducir los altos niveles de tensión. También resultaba conveniente dedicar una parte del tratamiento a trabajar con las expectativas, su estilo atribucional y con su nivel de motivación para continuar con el tratamiento. De este modo la intervención quedó como sigue:

- * Técnicas de relajación y respiración con el fin de reducir los niveles de activación que presentaba por las noches e inducir de forma controlada al sueño.
- * Parada de pensamiento para proporcionar el sujeto una habilidad que le diese sensación de control sobre sus pensamientos.
- * Control de estímulos e higiene del sueño junto con información, de carácter educativo, acerca del sueño.
- * Calendario de retirada de la medicación.

1.3.3.3. Cuándo intervenir

La primera fase de la intervención tuvo un carácter didáctico dirigido a corregir errores que la paciente tenía respecto al sueño. De este modo también se le estaba manteniendo la motivación mientras cumplimentaba los diarios de sueño. Así, y como ya se ha indicado, antes de comenzar con el aprendizaje de las diferentes técnicas con las que íbamos a trabajar, se dedicó algo más de una sesión a resolver dudas de la paciente sobre su sueño, a proporcionar información sobre las principales características y fases del sueño, y a corregir algunos errores atribucionales de la paciente (Tabla 2).

En la segunda fase, y a pesar de que le problema que producía más malestar a la paciente eran los pensamientos incontrolados, se comenzó por enseñarle técnicas de relajación y respiración ya que, al tener efectos fácilmente observables por la paciente y bastante

rápidos, podían tener un efecto reforzante que motivase a la paciente a seguir con el tratamiento.

TABLA 2.- Esquema de las fases de tratamiento

1°	Fase Didáctica
2°	Entrenamiento en Relajación y Respiración
3°	Entrenamiento en Parada de Pensamiento
4°	Calendario de retirada de hipnóticos

Se llevaron a cabo 5 sesiones de relajación siguiendo el modelo de Jacobson, aunque de forma abreviada, debido a que las características físicas de la paciente sólo permitían llevar a cabo sesiones de relajación en brazos, antebrazos, cuello, hombros y cara. También, de forma complementaria a la anterior, se la entrenó en técnicas de respiración. Una vez que había realizado algunas prácticas de relajación y respiración en su dormitorio se comenzó con la siguiente fase.

En esta tercera fase se la instruyó en la técnica de parada de pensamiento a la vez que se le indicaba que aplicase lo que sabía de la técnicas de relajación.

Con el fin de facilitar la generalización de las técnicas aprendidas y una vez que se consideró que la paciente las dominaba, se volvieron a llevar a cabo sesiones de relajación, respiración y parada de pensamiento en la cama de la paciente ya que de esa forma la práctica se hacía en el ambiente real.

Una vez comenzado el aprendizaje de estas técnicas se elaboró un programa para retirar paulatinamente la medicación.

Para ello contábamos con la ventaja de su alta motivación para hacerlo ya que, en numerosas ocasiones había declarado que dormía igual de mal, o incluso peor, las noches que se tomaba la pastilla porque le hacían despertarse con los ojos muy cargados. Debido a que no seguía un calendario regular para tomarse las pastillas, se le dejó que dispusiese de ellas con libertad pero con la condición de que debería apuntar las noches en que se las tomaba y que nunca podría tomar la pastilla dos noches seguidas.

Posteriormente, y cada 15 días, se iría aumentando el espacio que iba ente la ingesta de una pastilla y otra de forma que fuese más fácil llegar a la eliminación total de ésta.

1.3.3.4. Evaluación durante y post-tratamiento

Debido a la facilidad de acceso que se tenía a la paciente se realizaron pequeñas entrevistas de unos 10 minutos los días que la paciente no tenía que venir a consulta, con el fin de conocer la evolución y dificultades que planteaba la práctica en casa de las técnicas. La realización de los diarios de sueño para establecer la línea base presentó una gran dificultad para la paciente debido a su escaso dominio de la lecto-escritura por lo que fueron cumplimentados por la hija con la información que le daba la madre. Esto último no se pudo llevar a cabo con los diarios de sueño post-tratamiento debido a una recaída depresiva de la hija durante esas fechas, por lo que se optó por realizar entrevistas diarias en las que se resolvían las cuestiones del diario de sueño.

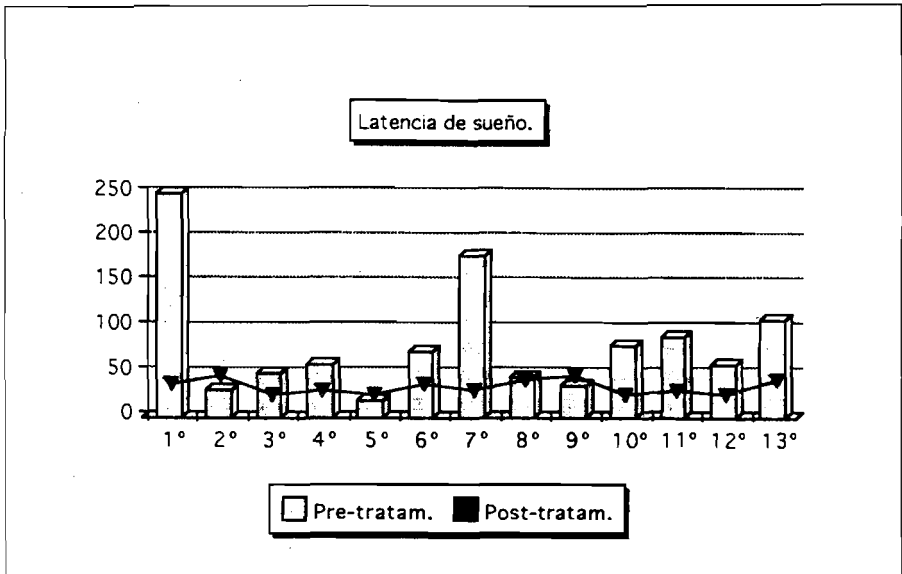
Es de destacar la facilidad de la paciente para aprender las técnicas, y el valor reforzante que el dominio de éstas tuvo ya que, desde las primeras sesiones, y antes de que se le mandase poner en práctica, la paciente las realizó por propia iniciativa.

2. RESULTADOS

Los principales resultados observados después de la intervención fueron:

- Se consiguió la latencia de sueño, más concretamente y como se ve en las gráficas, en función de los datos de los diarios de sueño, no parece que el problema fuese tanto la alta latencia del sueño cuanto lo irregular de ésta ya que, a noches en las que tardaba unos pocos minutos en dormirse, le seguían otras en las que le costaba mucho tiempo el conseguirlo.

GRAFICA 1.- Latencia de sueño expresada en minutos

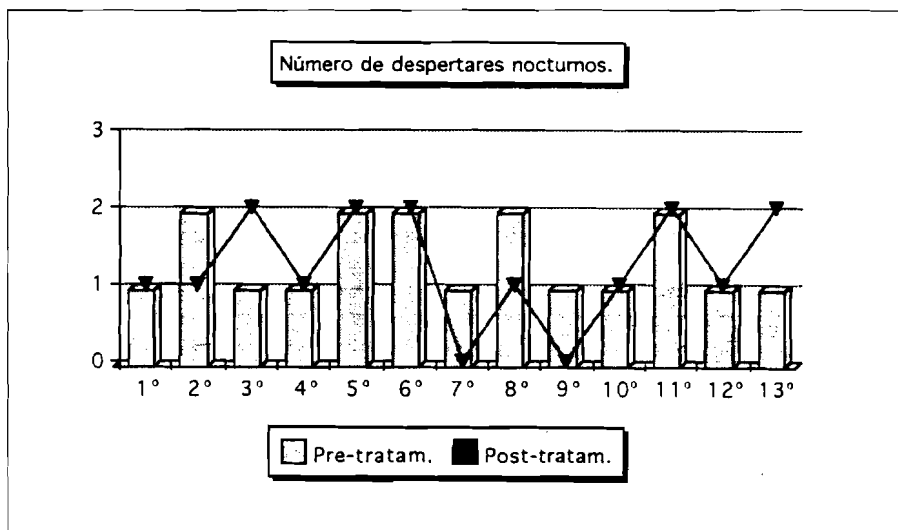


- La paciente consiguió dominar las técnicas de relajación y respiración añadiéndolas a su rutina a la hora de acostarse. Dejó de sentir "como si le estuvieran abriendo los ojos", pero debido a que la luz de señalización en la habitación continuaba molestandole, siguió con la costumbre de dormir con un pañuelo en los ojos.
- El cambio más celebrado por la paciente se refería a la habilidad adquirida para detener aquellos pensamientos que tanto la acosaban, consiguiendo ahora concentrarse en otros de carácter neutro o más positivo.
- En cuanto a la reducción de la medicación, se consiguió eliminarla por completo aunque hubo que adoptar una segunda estrategia no incluida en un principio, consistente en prohibir a la paciente que tomase la pastilla antes de meterse en la cama, es decir, romper la contingencia que existía entre el estímulo (a/ tenerla junto al lavabo o b/ sugerencia de la hija) y la respuesta de tomarla. Por tanto, si alguna noche deseaba

tomárselo debía levantarse de la cama durante la noche para cogerla. De este modo, además de aquellas noches que no debía tomar pastilla, porque así lo indicaba el calendario, se añadían otras en las que la paciente, que tenía grandes dificultades para meterse y salir de la cama, decidía no tomarlas tampoco. El cambio más significativo se produjo a partir de ahí, ya que la paciente dejó de tomar las pastillas.

- En el número de despertares nocturnos la frecuencia no disminuyó sensiblemente, manteniendo pues una tendencia parecida a la de la línea base. Sin embargo, la paciente se mostró muy satisfecha por haber conseguido dormir algunas noches, aunque no seguidas, de un tirón sin despertarse siquiera cuando las enfermeras entraban a cambiar a su marido.

GRAFICA 2.- Número de despertares nocturnos



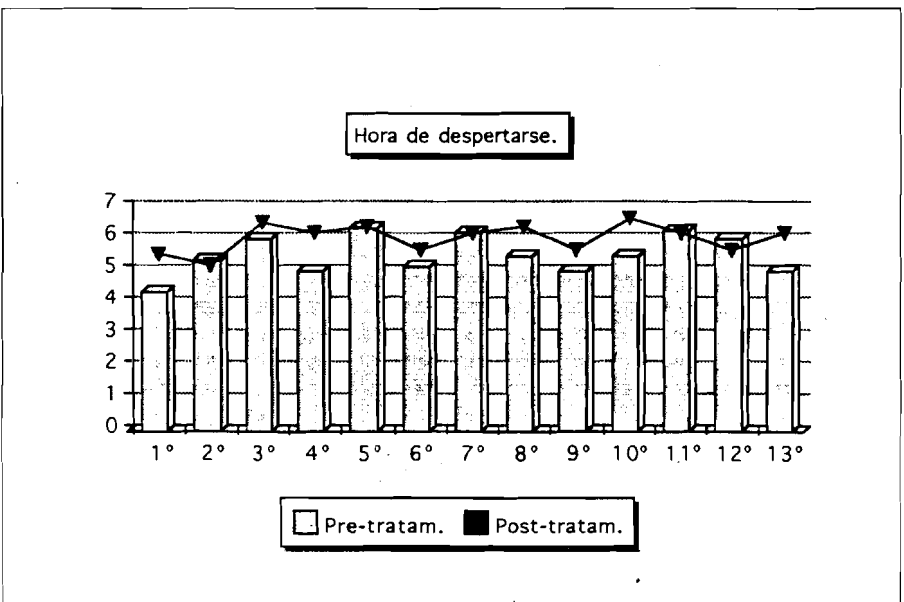
2.1. Seguimiento

Los resultados anteriormente citados se mantuvieron según se confirmó mediante entrevista al mes de finalizar el tratamiento. A

los tres meses se volvió a tener una entrevista en la que se confirmó la estabilidad de los logrado tras la intervención, especialmente en lo que se refiere a la parada de pensamiento. En ese intervalo de tiempo, la nieta de la paciente había sufrido una complicada operación a pesar de lo cual no se reprodujeron las cadenas de pensamiento incontrolados. A los cinco meses, y por contacto telefónico, los resultados se mantenían aunque la paciente señaló dormir peor los días en los que había hecho más calor pero no se mostraba preocupada porque, según ella, "el calor siempre me ha afectado y no me deja dormir bien". Durante este periodo de cinco meses no ha tomado medicación para dormir más que en dos ocasiones debido a una infección en una muela que le impidió durante varias noches dormir.

Uno de los resultados no expuestos anteriormente, es el referido a la hora de despertarse que continuó siendo sobre las seis de la mañana, aunque ahora asegura que a pesar de despertarse a la misma hora se encuentra cómoda en la cama.

GRAFICA 3.- Línea base sobre la hora de despertarse



Parece que en este punto la intervención no ha conseguido prolongar las horas de sueño aunque una posible solución, que podría haber estado en retrasar la hora de acostarse, no se llevó a cabo por los trastornos que eso podía suponer para los compañeros de habitación y para las auxiliares que tenían que estar pendientes de ayudar a la paciente a meterse en la cama.

3. DISCUSIÓN

En un caso como éste, es difícil decir rápidamente si podemos hablar de éxito terapéutico. Por una parte, se ha disminuido la latencia de sueño, se ha eliminado la medicación para dormir y se han proporcionado estrategias eficaces para la detención de pensamientos recurrentes y negativos. Sin embargo, el problema que plantea este caso, así como la mayoría de aquellos en los que los pacientes son personas ancianas, es el que se refiere a la continuidad de los logros. Estos sujetos se encuentran frecuentemente inmersos en diferentes patologías que interfieren en la consecución y mantenimiento de los objetivos terapéuticos por lo que, en ocasiones, un largo y dificultoso tratamiento da un breve fruto.

A pesar de todo ello, los ancianos son sujetos que se pueden beneficiar de las técnicas y de los recursos contruidos con poblaciones más jóvenes, siempre y cuando se realicen las oportunas modificaciones. No cabe duda de que aún queda mucho camino por recorrer, pero la puesta en marcha de diferentes tratamientos facilita el continuar avanzando en el perfeccionamiento de éstas técnicas.

BIBLIOGRAFIA

- Akersted, T. y Gillberg, M. (1981). The circadian variation of experimentally displaced sleep. *Sleep*, 4 (2), 159-169.
- Bootzin, R.R. y Engle-Friedman, M. (1983). Insomnia. In P.M. Lewinson (Eds.). *Clinical gerontopsychology: New directions in assessment and treatment* (pp. 81-115). New York. Pergamon.

- Krippe, D.F.; Simons, R.N.; Garfinkel, M.A. y Hammond, D. (1979). Short and long sleep and sleeping pills. *American Journal of Psychiatry*, 36, 103-116.
- Lacks, P. (1987). Daily sleep diary. In Hersen & Bellack (eds.). *Dictionary of behavioral assessment techniques*. New York. Pergamon.
- Lopes, L. y Goldenberg, J. (1986). Estudo da relacao: repouso, colchao, coluna vertebral. I Congreso Panamericano sobre o Sono, Sao Paulo, Brasil.
- Moldofsky, H.F. y Saskin, P. (1986). Sleep and mornig pain in primary osteoarthritis. *Sleep Research*, 15, p. 198.
- Vallet, M.J.; Gagneux y Blanchet, V. (1981). Noiseand sleep at home: Stage changes and arousal. 5 th European Congress Sleep Research, Amsterdam.
- Webb, W.B. (1969). Twenty-four hour sleep cycling. En A. Kales (comp.) *Sleep: Psychology and Pathology*. Filadelfia, Lippincott.