

EFFECTOS DEL AUTO-REGISTRO EN UN CASO DE INSOMNIO CRONICO

R. BAYES*

M.A. GÜELL

A.E. MASVIDAL

J. MOROS

Universidad Autónoma de Barcelona

El término "insomnio" es un concepto amplio que abarca un número considerable de diferentes trastornos del sueño. Mientras que sus causas pueden ser múltiples, complejas y variadas, sus manifestaciones suelen agruparse en tres categorías: a) Dificultad en conciliar el sueño; b) Frecuentes y/o extensos períodos de vigilia durante la noche; c) Despertar final prematuro.

Algunos investigadores (Turner y DiTomasso, 1980) han definido operacionalmente la primera de estas categorías

(*) D. Ramón Bayés: c/ Alfonso XII, 32, Barcelona-6 (España).

señalando que una persona tiene dificultad en conciliar el sueño cuando, tres o más noches a la semana, tarda un mínimo de treinta minutos en dormirse, contados a partir del momento en que ha apagado las luces de la habitación donde se encuentra. Aunque no conocemos definiciones operacionales de las otras dos categorías, en general se admite que para ser calificado en insomnio un trastorno concreto del sueño debe darse, como mínimo, tres noches por semana.

A pesar de que la incidencia real de los trastornos del sueño en la población es desconocida, se sabe que los mismos afectan a muchos millones de personas en las sociedades occidentales. De acuerdo con Hammond (1964), el 13% de los hombres y el 26'4% de las mujeres se quejan de insomnio; Turner y DiTomasso (1980), por su parte, tras revisar gran parte de la literatura existente, informan que entre un 10% y un 15% de la población de los Estados Unidos sufre de trastornos leves u ocasionales, y que un porcentaje similar se ve aquejado de insomnio grave o frecuente. Un sondeo reciente llevado a cabo entre 147 estudiantes de Psicología de primer curso (edad media: 19'5 años; 32% hombres, 68% mujeres) de la Universidad Autónoma de Barcelona, ha revelado que el 77'6% conciliaba el sueño antes de que hubiera transcurrido media hora, un 15'6% tardaba entre media hora y una hora, y un 6'8% tardaba más de una hora (Goñi, López Gómez y Pérez Iturrioz, 1982).

Una medida indirecta de la gravedad del problema podemos obtenerla a través de las cifras de consumo de los fármacos que se utilizan como inductores del sueño. EN España, el 7% de las amas de casa de una muestra representativa de carácter nacional, admitió haber tomado pastillas para dormir en el transcurso de la semana anterior al día en que se llevó a cabo la entrevista (Fundación FOESA, 1970); sin embargo, la distribución de fármacos por clase social no era homogénea, alcanzando un 21% el porcentaje de mujeres de clase alta y media alta que consumía pastillas para dormir. De acuerdo con Freixa y Soler Insa (1981), teniendo en cuenta el fenobarbital pero excluyendo a todos los preparados estrictamente antiepilépticos, se vendieron en España, en 1979, más de 1.200.000 unidades de barbitúricos solos y casi 2.000.000 más de barbitúricos asociados a otras sustancias. A estas cifras habría que añadir otras muchas mayo-

res correspondientes a las diazepaminas y aun cuando es difícil saber cuando estos últimos preparados se usan como ansiolíticos o como inductores del sueño, los autores citados avanzan una cifra de casi 4 millones de diazepaminas hipnoinductoras para el mismo período. De uno de los tranquilizantes más suaves y de mayor consumo -el Valium 5- se vendieron en España entre Febrero de 1981 y Febrero de 1982, 61 millones de píldoras (Llopis, 1982). En Estados Unidos, Price, Coates, Thoresen y Grainstead (1978) señalan, por su parte, que el 20% de los adolescentes investigados había empezado ya a tomar hipnóticos, y el *Institute of Medicine* (1979) de este país indica que se despacharon, en 1976, 27 millones de recetas de medicamentos hipnóticos.

Aun cuando hasta el momento el tratamiento utilizado con mayor frecuencia para combatir el insomnio es el de tipo farmacológico al que acabamos de aludir, lo cierto es que el mismo presenta numerosos inconvenientes y desventajas siendo algunos de sus riesgos: la supresión del sueño REM, la dependencia fisiológica y/o psicológica, la sequedad de boca, la confusión mental, náuseas, ataxia, etc. (Turner y DiTomasso, 1980); por otra parte, no debe olvidarse que en combinación con el alcohol algunas de estas drogas producen efectos sinérgicos imprevisibles (Freixa y Soler Insa, 1981) y que los barbitúricos suelen ser, en algunos países, el procedimiento de elección para los candidatos al suicidio (Bayés, 1977).

Por todas estas razones, se han llevado a cabo en los últimos años numerosos intentos para resolver el problema a través de técnicas conductuales no farmacológicas (Borkovec, Grayson, O'Brien y Weerts, 1979; Coates y Thoresen, 1977; Mitchell, 1979; Thoresen, Coates, Kirmil-Gray y Rosekind, 1981; Turner y DiTomasso, 1980). Aunque los resultados obtenidos son, en conjunto, alentadores para el tratamiento del insomnio primario -es decir, para aquellos trastornos del sueño que no coexisten con una enfermedad orgánica o una desadaptación psicológica grave- en nuestra opinión, los mismos no son todavía concluyentes y se precisa mucha más investigación, con controles adecuados (Bayés, 1982a) y datos que nos informen sobre los efectos a largo plazo de las técnicas utilizadas.

Uno de los importantes problemas a resolver consiste en el diseño de estrategias fiables para la recogida de datos, habiéndose utilizado hasta el momento: registros continuos electroencefalográficos y electromiográficos, observación visual, entrevistas, auto-informes, etc. (Johns, 1971, 1975).

Como una práctica supervisada de la asignatura Análisis y Modificación de Conducta que se cursa en el Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona, nos planteamos la elaboración de un programa conductual para la modificación de un comportamiento de insomnio crónico, al tiempo que el estudio y solución de los problemas metodológicos inherentes al caso.

El sujeto elegido fue un hombre de 68 años, casado, con cinco hijos. De acuerdo con sus manifestaciones, padecía problemas de insomnio desde hacía 20 años, coincidiendo la aparición de los trastornos con varias intervenciones quirúrgicas que tuvo que sufrir una hija suya aquejada de un tumor cerebral y con una grave crisis económica familiar. Desde el comienzo, solucionó el problema, de acuerdo con su médico, mediante la ingesta de somníferos. De hecho, durante los últimos veinte años nunca dejó de tomarlos excepto una semana del verano de 1981, por consejo del médico y debido a un problema de pérdida de memoria; en el transcurso de esta semana no hubo ningún día que pudiera dormir más de dos horas, en vistas de lo cual volvió a tomar su medicamento habitual aun siendo consciente del riesgo que tal conducta entrañaba.

El objetivo planteado fue conseguir que el sujeto en cuestión fuera capaz de dormirse en un período de tiempo inferior a 30 minutos sin necesidad de ningún medicamento. La técnica que pensábamos utilizar para conseguirlo consistía en la asociación durante varios días consecutivos de su hipnótico habitual (supuestamente, un estímulo incondicionado) con la aparición, en el momento en que empezaran a aparecer los primeros síntomas de sueño, de una música ambiental agradable (estímulo neutro). Nuestra obvia intención consistía en convertir el estímulo neutro en condicionado para retirar posteriormente, de forma gradual, el estímulo incondicionado, de acuerdo con un programa previamente

establecido.

Con el fin de poder obtener datos cuantitativos fiables del tiempo transcurrido antes de dormirse, utilizamos la siguiente estrategia: en el momento de situarse el sujeto en posición de dormir ponía en marcha un magnetofón provisto de dispositivo cuenta-vueltas en el que previamente había colocado una cinta virgen de 30 minutos de duración al final de la cual un pequeño chasquido señalaba el término del período. Si el sujeto todavía no se había dormido debía dar vuelta a la cinta y repetir esta operación tantas veces como fuera necesario. A la mañana siguiente, el cuenta-vueltas le indicaba el número de veces que había tenido que llevarla a cabo. El chasquido, aunque audible, era lo suficientemente leve para no interrumpir el sueño.

Cada mañana, al despertarse, el sujeto debía anotar cuidadosamente, en una hoja que se le facilitó, los siguientes datos: fecha, hora de acostarse, hora de despertarse, número de vueltas registrado por el aparato, tiempo total dormido, y número de veces que había dado la vuelta al cassette. Al facilitarle al sujeto unas instrucciones amplias y detalladas sobre la técnica de auto-registro a seguir, consideramos importante subrayar que el mismo no pareció interesarse excesivamente por el razonamiento y evidencia científicos que apoyaban la posible eficacia de la técnica que se iba a utilizar, mostrando en cambio una gran preocupación por entender a la perfección las instrucciones que debía seguir. Los pequeños problemas o dudas que surgieron en este sentido se fueron solucionando a través de un contacto telefónico diario.

En el mes de Diciembre de 1981, antes de iniciar la fase de intervención, decidimos obtener un nivel basal sin somnífero de una semana de duración, obteniéndose los resultados que aparecen en los siete primeros días de la Tabla 1.

De esta Tabla se desprende que el sujeto tardó en dormirse menos de media hora durante cuatro días y menos de una hora durante los tres días restantes, habiendo dormido una media diaria superior a las cinco horas y media. Ante tan inesperado resultado, decidimos prolongar el período

TABLA 1.- TIEMPO QUE TARDA EN DORMIRSE Y NUMERO DE HORAS
 DORMIDAS POR UN HOMBRE DE 68 AÑOS, CON INSOMNIO
 CRONICO (20 AÑOS), TRAS SUPRIMIRSELE LOS HIPNOTI-
 COS Y PRACTICAR TECNICAS DE AUTORREGISTRO

<u>Día n°</u>	<u>Tiempo que ha tardado en -- dormirse</u>	<u>Horas totales dormidas</u>	<u>Media diaria dormida du-- rante la se- mana</u>
1	< 30'	7 h. 15' <	
2	entre 30' y 60'	4 h. 55'	
3	< 30'	5 h. 45'	
4	< 30'	5 h. 20'	
5	entre 30' y 60'	5 h. 45'	
6	entre 30' y 60'	6 h. 30'	
7	< 30'	4 h. 15'	5 h. 40'
8	entre 30' y 60'	6 h.	
9	entre 30' y 60'	5 h. 35'	
10	< 30'	6 h. 30'	
11	< 30'	5 h. 05'	
12	< 30'	6 h.	
13	entre 30' y 60'	5 h. 45'	
14	< 30'	6 h. 45'	5 h. 57'
15	< 30'	6 h. 25'	
16	< 30'	4 h. 45'	
17	entre 30' y 60'	4 h.	
18	< 30'	4 h. 50'	
19	< 30'	5 h. 30'	
20	no pudo dormir	---	
21	< 30'	6 h.	4 h. 30'
22	entre 30' y 60'	5 h. 30'	
23	no pudo dormir	---	
24	< 30'	7 h. 35'	
25	entre 30' y 60'	7 h. 05'	
26	< 30'	5 h.	
27	< 30'	8 h.	
28	< 30'	7 h. 30'	5 h. 34'
29	no pudo dormir	---	
30	entre 30' y 60'	3 h. 45'	
31	< 30'	6 h. 45'	
32	< 30'	6 h.	
33	< 30'	6 h.	
34	< 30'	5 h.	
35	< 30'	4 h. 30'	4 h. 34'

do de línea base (con auto-registro y cumplimiento de instrucciones al acostarse y levantarse pero sin somnífero ni música), obteniéndose los datos que aparecen en la misma Tabla 1, a continuación de los anteriores.

Tras 39 días de llevar a cabo esta actuación y en vista de la regularidad de los resultados conseguidos y de que el sujeto había dejado de considerar la conducta de insomnio como un problema, primero le pedimos que sólo efectuara el auto-registro cada 2 días durante 8, después una vez a la semana durante 2 semanas y finalmente que lo suprimiera por completo, manteniendo un contacto semanal telefónico durante varias semanas. Al cabo de cuatro meses de dar por concluido el tratamiento el sujeto mantiene las ganancias conseguidas: tarda, normalmente, menos de media hora en dormirse y duerme unas cinco horas.

Aun cuando, como escribe Avia (1981) en su interesante revisión del campo de la auto-observación, "los clínicos han utilizado la auto-observación, debido a su posible valor terapéutico, no sólo como factor motivacional instigador del cambio, sino también como componente activo en el tratamiento, a veces útil por sí mismo (pag. 269)" y aunque esta misma autora avanza algunas hipótesis susceptibles de dar cuenta de los resultados obtenidos, lo cierto es que la rapidez y contundencia de los mismos nos coloca, una vez más, frente a la misma pregunta ya formulada en otros contextos (Bayés, 1982a, 1982b; Boget y Clariana, 1982): la técnica funciona, pero ¿por qué?, ¿hasta qué punto, en qué condiciones y con qué sujetos puede ser aplicada con éxito para combatir el insomnio, como muestra el caso reseñado?

RESUMEN

Los trastornos del sueño afectan a un número considerable de personas en las sociedades occidentales, siendo el tratamiento que se utiliza con más frecuencia en ellas para combatirlos, de tipo farmacológico, a pesar de los

inconvenientes y riesgos que comporta. Ultimamente, existen muchos intentos para resolver el problema mediante terapias conductuales. Al tratar de aplicar un procedimiento conductual a un caso de insomnio crónico con ingesta continuada y sistemática de hipnóticos a lo largo de veinte años, observamos con sorpresa que el simple uso por parte del paciente de una sencilla técnica de auto-registro, diseñada para la confección del nivel basal, fue suficiente para resolver el problema. Se describe un sistema sencillo para el control del tiempo que tarda una persona en quedarse dormida.

ABSTRACT

A considerable number of people in Western societies suffer from sleep disturbances. Despite the inherent disadvantages and risks, these disturbances are most often treated with psychotropic drugs. Recently many attempts have been made to solve the problem with behavioural therapies. When a case of chronic insomnia with continuous and systematic ingestion of hypnotics over twenty years was approached with behavioural techniques, the surprising result was that the simple use by the patient of an elementary self-monitoring technique, designed to establish the baseline, was enough to solve the problem. A simple way to control the time that it takes for a person to fall asleep is described.

BIBLIOGRAFIA

- AVIA, M.D.: La auto-observación. En R. Fernández Ballesteros y J.A.I. Carroble (Eds.), *Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones*. Madrid, Pirámide, 1981, 267-291.
- BAYES, R.: *Iniciación a la farmacología del comportamiento*, Barcelona, Fontanella, 1977.
- BAYES, R.: Influencia de los factores inespecíficos en terapia del comportamiento, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 1982a, en prensa.
- BAYES, R.: Aplicación de la técnica de Azrin y Nunn para la modificación de hábitos nerviosos: éxito didáctico, éxito terapéutico, pero ¿qué es lo que funciona?, *Estudios de Psicología*, 1982b, n° 9, 106-120.
- BOGET, T. y CLARIANA, M: *Importància de la variable "investigador" en els resultats de les tècniques d'autocontrol*, Tesis de licenciatura inédita, Bellaterra, Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona, 1982.
- BORKOVEC, T.D.; GRAYSON, J.B.; O'BRIEN, G.T. y WEERTS, T.C.: Relaxation treatment of pseudoinsomnia and idiopathic evaluation, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1979, 12, 37-54.
- COATES, T.J. y THORESEN, C.E.: *How to sleep better: a drug free program for overcoming insomnia*, Englewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice-Hall, 1977.
- FREIXA, F. y SOLER INSA (Eds.): *Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario*, Barcelona, Fontanella, 1981.
- FUNDACION FOESA: *Informe sociológico sobre la situación social de España 1970*, Madrid, Euramérica, 1970.
- GOÑI, M.J.; LOPEZ GOMEZ, A. y PEREZ ITURRIOZ, M.G.: Encuesta sobre la conducta de insomnio en los estudiantes de psicología de primer curso de la Universidad Autónoma de Barcelona. Trabajo de curso inédito. Bellaterra, Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona, 1982.
- HAMMOND, E.C.: Some preliminary findings on physical complaints for a prospective study of 1.064.004 men and women, *American Journal of Public Health*, 1964, 54, 11-23.
- INSTITUTE OF MEDICINE: *Sleeping pills, insomnia and medical practice*, Washington, D.C., National Academy of Sciences, 1979.
- JOHNS, M.W.: Methods for assessing human sleep, *Archives of Internal Medicine*, 1971, 127, 484-492.

- JOHNS, M.W.: Sleep and hypnotic drugs, *Drugs*, 1975, 9, 448-478.
- KALES, A. y KALES, J.: Recent advances in the diagnosis and treatment of sleep disorders. En G. Usdin (Ed.), *Sleep research and clinical practice*, Nueva York, Brunner/Mazel, 1973, 59-94.
- LLOPIS, S.: Más valium prevenir, *Cambio* 16, 1982, n° 546, 100-105.
- MITCHEL, K.R.: Behavioral treatment of presleep tension and intrusive cognitions in patients with severe predormital insomnia, *Journal of Behavioral Medicine*, 1979, 2, 57-69.
- PRICE, V.A.; COATES, T.J.; THORESEN, C.E. y GRINSTEAD, O.: The prevalence and correlates of poor sleep among adolescents, *American Journal of Disabled Children*, 1978, 132, 583-586.
- THORESEN, C.E.; COATES, T.J.; KIRMIL-GRAY, K. y ROSEKIND, M.R.: Behavioral self-management in treating sleep-maintenance insomnia, *Journal of Behavioral Medicine* 1981, 4, 41-52.
- TURNER, R.M. y DiTOMASSO, R.A.: The behavioral treatment of insomnia, *International Journal of Mental Health*, 1980, 9, 129-148.