

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SONAMBULISMO

PSICOLOGÍA CLÍNICA
PROF. MARÍA DEL CARMEN CONROY PAZ
ELISA DEL ROSARIO SOLACHE LEÓN
GRUPO 1542



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ELISA DEL ROSARIO SOLACHE LEÓN

GRUPO 1542

PSICOLOGÍA CLÍNICA

DESCRIPCIÓN DE UNA PERSONA

Él es una persona con ojos grandes café oscuro, tiene ojeras que no son por efecto del desvelo sino de la herencia, las marcas son tan negras que hacen que sus ojos disminuyan su tamaño, su piel esta quemada por el sol y tiene arrugas que no son tan visibles; sin embargo el carácter tan jovial, accesible, fuera de su edad que tiene lo hace lucir 10 años menos. Su semblante es el de una persona sencilla, de campo, humilde hasta el punto de otorgarte todo sólo por tu comodidad y atención.

Tiene una mirada expresiva de empatía la mayor parte del tiempo y con la forma de hablarte muestra gratitud de interesarte en él. Le cuesta trabajo entenderte porque no escucha bien, así que hablarle es toda una hazaña entre gritar y hablar en el oído correcto. Su presente se siente trunco por el pasado, si lo observas detenidamente durante largo tiempo, su mirada se pierde en un punto fuera de esta realidad, su pensamiento lo hace olvidarse de lo que pasa y pierde noción del momento que vive, no es arrepentimiento o culpabilidad lo que refleja sino parte de un destino que no deseaba y no pudo tal vez evitar. Tiene un carácter tranquilo, apacible, parece que es debilidad, sin embargo tiene un toque de fortaleza y seguridad en sí mismo que no le faltan mujeres a su lado coqueteando por su atención. Su autenticidad y sobre todo la forma erguida en que camina le hace lucir atractivo, aunque no quiera o no sea su intención parecer importante logra no pasar desapercibido.

Tal vez es católico pues lleva siempre en su cuello una cadena de eslabones pequeños dorados con una cruz que cuelga de ella, no es su propósito que la vea la gente, sólo se ve cuando accidentalmente sale de su camisa. Su hablar es lento, pero no por falta de fluidez o vocabulario, sino que busca siempre la atención de todos, el momento de silencio preciso en el cual logra escuchar su voz, además de buscar la palabra perfecta que concuerde con el momento y exprese con sus palabras sus necesidades o pensamientos de su juventud, acompañadas de una anécdota o experiencia vivida antaño.

F51.3 SONAMBULISMO [307.46]

Los trastornos de sueño son frecuentes en la infancia y constituyen un motivo de gran preocupación para los padres, profesores, psicoterapeutas y médicos. Los trastornos del sueño en edad pediátrica, difieren sustancialmente de los encontrados en edad adulta, y sin embargo, la literatura disponible es todavía escasa. Incluso la **Clasificación de los Trastornos del Sueño y de la Vigilancia**, publicada en 1979 y modificada en 1990, es en realidad una clasificación confeccionada para el adulto, que presenta enormes dificultades para adaptarla al niño. Desde el punto de vista epidemiológico, los datos acerca de los trastornos del sueño en el niño son todavía escasos, aunque en los últimos años se ha producido un gran avance; de los trastornos más investigados son los parasomnias, término que se utiliza para referirse a una serie de incidentes fisiológicos o comportamentales que ocurren exclusivamente durante el dormir o son exacerbados durante éste. El sonambulismo es considerada una parasomnia. De acuerdo con el conocimiento ordinario, el sonambulismo consiste en “caminar dormido”. Esta noción popular concuerda con la etimología del término, ya que proviene del latín *somnus* (dormir) *ambulae* (caminar, desplazarse) (Corominas,1973).. Los episodios de sonambulismo suceden durante las fases de sueño con actividad EEG lenta y, por tanto, suelen aparecer en el primer tercio de la noche. Durante estos episodios, el individuo presenta una disminución del estado de vigila y de la reactividad a los estímulos, mirada fija y perdida y una ausencia relativa de respuesta al diálogo o a los esfuerzos que emprenden los demás para despertarlo. Si logra despertarse durante uno de estos episodios, el individuo no consigue recordarlo con claridad. Después del episodio, puede aparecer un breve período de confusión en un primer momento, que suele surgir de una recuperación total de las funciones cognoscitivas y del comportamiento normal. En los episodios de carácter leve el individuo puede solamente sentarse en la cama, echar una ojeada a su alrededor sostener la manta o la sábana entre sus manos. De todas formas, lo más típico del sonambulismo es que el individuo se levante de la cama, se pasee por las habitaciones, suba y baje escaleras, e incluso llegue a abandonar el edificio. No obstante, la mayoría de los comportamientos que aparecen en los episodios de sonambulismo son de carácter rutinario y poco complejos, pero se han descrito casos de individuos que han llegado a abrir puertas cerradas con llave o han puesto en marcha distintos aparatos. A veces, especialmente en los niños, los episodios de sonambulismo implican comportamientos inapropiados como orinarse en la habitación. La mayor parte de estos episodios se prolongan por espacio de unos minutos o media hora.. Durante los episodios de sonambulismo, los individuos pueden hablar e incluso responder a preguntas. Sin embargo, la articulación de palabras es pobre, y es raro que se establezcan diálogos de verdad.

PREVALENCIA

Jacobson et al. (1969) encontraron que el sonambulismo es muy común en niños, ya que aproximadamente 15% de ellos, entre los de 5 y 12 años de edad, han “caminado dormidos” al menos en una ocasión. Entre un 10% y un 30% de los niños han sufrido al menos un episodio de sonambulismo.

ETIOLOGÍA

La presencia de este desorden del dormir en la población infantil no se asocia con las alteraciones del comportamiento, aunque se considera como producto de la inmadurez del Sistema Nervioso Central (SNC). Las pruebas que apoyan la hipótesis de la inmadurez del SNC como causa del sonambulismo son:

- 1.- Este desorden se presenta con más frecuencia en la población infantil, y en la mayoría desaparece durante o después de la adolescencia.
- 2.- El patrón paroxístico de EEG de ondas lentas observadas en sonámbulos es característico de la actividad de EEG en los niños normales de más corta edad.
- 3.- Hay una gran predisposición genética en la aparición del sonambulismo. Un hijo de padres que son o fueron sonámbulos tiene una probabilidad de 6 a 10 veces mayor de que también lo sea, en comparación con hijo de padres sin este historial (Bakwin, 1970; Abe et al., 1984; Kales et. al, 1980c).

Broughton (1968) afirma que el sonambulismo, al igual que la enuresis y el terror nocturno, no es trastorno del dormir, sino del despertar. Lo anterior parece comprobarse por los hallazgos de Kales et al. (1966), quienes pudieron desencadenar períodos sonambúlicos al tratar de despertar suavemente a un individuo propenso durante las fases III y IV del dormir, al igual que niños sonámbulos que fueron puestos de pie durante las mismas fases. La frecuencia de este hecho se incrementa por problemas interpersonales, de ansiedad y de tensión.

CRITERIOS DSM-IV PARA EL DIAGNÓSTICO DE F51.3 SONAMBULISMO [307.46]

- A. Episodios repetidos que implican el acto de levantarse de la cama y andar por las habitaciones en pleno sueño, que tienen un lugar generalmente durante el primer tercio del período de sueño mayor.
- B. Durante estos episodios, el individuo tiene una mirada fija y perdida, se muestra relativamente arreactivo a los intentos de los demás para establecer un diálogo con él y sólo puede ser despertado a base de grandes esfuerzos.
- C. Al despertar, el sujeto no recuerda nada de lo sucedido
- D. A los pocos minutos de despertarse del episodio de sonambulismo, el individuo recobra todas sus facultades y no muestra afectación del comportamiento o actividades mentales.
- E. Los episodios de sonambulismo provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.

TRATAMIENTO

El sonambulismo en los niños tiene por lo general un desarrollo benigno, excepto por los accidentes que se observan ocasionalmente y que son la causa de que se busque ayuda profesional. Se han desarrollado técnicas terapéuticas con el objetivo de disminuir o eliminar los incidentes. Reid (1981) utilizó un método de

quasicondicionamiento con hipnosis como terapia. En otras palabras, utilizaron el efecto poshipnótico para establecer en los sujetos indicadores de vigilia que son incompatibles con la conducta sonambúlica. Primeramente inducen al paciente a un trance hipnótico y después le repiten unas sugerencias de que cuando sus pies toquen el suelo la persona debe ser incapaz de permanecer dormido. El objetivo es que cuando los pacientes se levanten de la cama durante el incidente de sonambulismo, se despierten de inmediato.

Otro tratamiento es el utilizado por Framer y Sanders (1980) *Contrato familiar de contingencias*, la cual está encaminada a la supresión de la ansiedad y los problemas interpersonales en la familia, mediante acuerdos de “obligaciones y derechos” de los padres con el joven, y viceversa. Sin tratar directamente el problema del dormir, se observó un mejor entendimiento entre ellos, así como una reducción de la ansiedad. Al parecer, el tratamiento produjo además una reducción en la frecuencia del sonambulismo y el hablar dormido.

Algunos psicoanalistas (Calogeras, 1982) consideran el sonambulismo como un recurso de estos pacientes para solucionar traumas de la primera infancia y, por tanto, como una reconstrucción del pasado, donde el yo del sonámbulo es capaz de obtener control y dominio sobre el trauma, pero permaneciendo dormido. En consecuencia, proponen la psicoterapia como recurso terapéutico.

COMENTARIOS ACERCA DE LA NATURALEZA DEL SONAMBULISMO

No conocemos con precisión cuál es la naturaleza del sonambulismo. Al respecto se han planteado las siguientes hipótesis:

El sonambulismo consiste en una representación de los sueños. Esta es la hipótesis más antigua. Las interpretaciones psicoanalíticas expresaban que este fenómeno es la realización motriz de los deseos inconscientes. Esta interpretación se puso en duda cuando Kales (1966) afirmó que todos los casos del sonambulismo que registraron se produjeron durante las fases III y IV del dormir. Como en estas fases es muy poco frecuente el recuerdo de los sueños, se ha descartado la explicación del sonambulismo como una representación de los sueños. No obstante, la actividad mental durante las fases III y IV es parecida a los pensamientos, en cuanto a la planeación de actividades, con pocas imágenes y emotividad de que el sonambulismo es la representación de los sueños.

El sonambulismo consiste en un despertar incompleto o un estado disociativo. Para determinar si la persona sonámbula está despierta o dormida, es necesario partir de una definición de cada uno de estos estados de conciencia. La vigilia se concibe como un estado donde se puede responder y llevar a cabo un análisis discriminativo del ambiente externo e interno, en el que incluso es factible detallar verbalmente tales experiencias. Por otro lado, se considera al dormir como “un estado de relativa inmovilidad e inconsciencia respecto al ambiente, el cual ocurre cíclicamente cada 24 horas”. Con base en las definiciones anteriores, se concluye que el sonambulismo tiene características tanto de la vigilia como del dormir. La mayoría de los incidentes sonambúlicos registrados hasta ahora se inician durante el dormir profundo, ya al principio tienen características EEG del dormir NO-MOR; no obstante, si el período se alarga aparecen patrones de EEG

característicos de la vigilia aunque sin dar señales conductuales de haber despertado del todo. Por tanto, es más adecuado definir al sonambulismo como un despertamiento incompleto o un estado de disociación en el que se combinan la vigilia y el dormir, lo cual permite caminar, hablar y manejar objetos con cierto grado de inconsciencia e incoordinación motriz, así como una completa amnesia posterior para todo lo ocurrido durante el incidente. Aunque las anteriores hipótesis no son incompatibles entre sí, esta última es la que goza de mayor consenso.

CONCLUSIÓN

El sonambulismo es un estado de disociación donde la vigilia y el dormir se encuentran en combinación, por lo que también se considera como un trastorno del despertar más que del dormir. La mayoría de los incidentes registrados se inician durante las fases III y IV del dormir NO-MOR.

Asimismo, el sonambulismo recurrente afecta aproximadamente a tres de cada 100 niños, mientras que en los adultos afecta sólo a dos de cada mil. El sonambulismo presenta un fuerte factor hereditario. En los niños se asocia con la inmadurez del SNC y su incidencia con los adultos se relaciona con alteraciones conductuales y de la personalidad. En los niños este desorden tiende a ser transitorio, por lo que se recomienda adoptar ciertas medidas de seguridad. Actualmente se cuenta con varias técnicas para el tratamiento del sonambulismo; sin embargo, carecen de validaciones sistemáticas que demuestren la efectividad de dichas técnicas. En consecuencia hace falta una mayor investigación sobre la naturaleza del sonambulismo que permita orientar adecuadamente su prevención, así como generar nuevas técnicas terapéuticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Corominas, J. (1973). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, Gredos, Madrid.

DSM IV (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, American Psychiatric Association, Masson.

Kales A., Soldatos C., Kales J. (1987). *Sleep disorders: Insomnia, Sleepwalking, Night Terrors, Nightmares, and enuresis*. *Annals of Internal Medicine*.