



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**IMPORTANCIA DE LA ENTREVISTA EN PACIENTES CON
TRASTORNOS DEL SUEÑO Y SU RELACIÓN CON EL
CONSUMO DE SUSTANCIAS.**

T E S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
ARZOLA LOPEZ MARIA LUISA

DIRECTOR DE TESINA: LIC. MA. DEL ROSARIO MUÑOZ C.



**FACULTAD
DE PSICOLOGÍA**

México, D.F. Mayo del 2007.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

DEDICATORIAS

ABUE:

ESTE TRABAJO ES PARA TI POR TU APOYO ABSOLUTO E IRME MOTIVANDOME A NO CLAUDICAR, YA QUE SIN LA CONFIANZA Y COMPRENSIÓN NO HABRÍA SIDO POSIBLE TERMINAR ESTE TRABAJO, SIENDO LA BASE DE LO QUE SOY Y LO QUE SERÉ, POR TODO LO QUE ME HAS DADO Y POR LO QUE ME HAS ENSEÑADO GRACIAS POR ORIENTARME DANDOME LAS HERRAMIENTAS PARA SER MEJOR PERSONA.

LAURA PALOMINO:

DEFINITIVAMENTE TE LA MERECEES POR HABER LEIDO LA PRIMERA TESIS, POR TENERME PACIENCIA , POR PERMITIRME FALLAR Y VOLVER A CREER EN MI, GRACIAS POR LA CONFIANZA E INFLUENCIA EN MI VIDA COMO SER HUMANO Y PROFESIONAL.

GRACIAS DOCTORA.

AGRADECIMIENTOS

MAMÁ, TIA LUPE, BB, NENA, CASTULITO, POR SER MI MOTIVACIÓN PARA LOGRAR ESTE OBJETIVO, ADEMÁS DE SER LA PRINCIPAL CAUSA QUE ME LLEVA A SEGUIR ADELANTE, SOBRE TODO POR EL APOYO BRINDADO DE ALGUNA U OTRA FORMA.

CHAMPIS POR COMPARTIR TODO EL PROCESO PROFESIONAL, PERSONAL, DURANTE LOS MOMENTOS MALOS Y LOS BUENOS, GRACIAS POR SU APOYO INCONDICIONAL.

A TODOS A MIS AMIGOS Y AMIGAS POR QUE ESTAN SIEMPRE QUE SE NECESITAN Y SER PARTE DE MI VIDA.

GRACIAS

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I.....1

PRIMEROS ACERCAMIENTOS AL ESTUDIOS DEL SUEÑO.....2

1. PRIMERA EPOCA.....3

1.1 ANTIGUO EGIPTO.....3

1.2 GRECIA.....5

1.3 HIPÓCRATES.....7

1.4 PLATÓN.....8

1.5 ARISTÓTELES.....9

1.6 CRISTIANISMO.....11

2. PERIODO PRECIENTIFICO.....12

3. PERIODO CIENTÍFICO.....17

CAPITULO II.....22

2.1 NEURFISIOLOGIA DEL SUEÑO.....23

2.2 CARACTERISTICAS DE LOS ESTADIOS.....24

2.2.1 ESTADIO UNO.....24

2.2.2 ESTADIO DOS.....24

2.2.3 ESTADIO TRES.....25

2.2.4 ESTADIO CUATRO.....25

2.2.5 ESTADIO CINCO.....26

2.3 POLISOMNOGRAFIA.....28

2.4 ESTRUCTURA DEL SUEÑO.....30

2.5 SECRESION HORMANAL.....37

CAPITULO III.....40

3.1 TRASCENDENCIA DEL DIAGNÓSTICO.....41

3.2 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL SUEÑO INDUCIDO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS.....43

3.3 CÓDIGO PARA EL TRASTORNO DEL SUEÑO INDUCIDO POR (SUSTANCIA ESPECÍFICA) DE ACUERDO AL DSM-IV.....44

3.4 CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO.....	44
3.4.1 TRASTORNOS DEL SUEÑO INDUCIDOS POR SUSTANCIAS.....	44
3.4.2 TRASTORNO DEL SUEÑO INDUCIDO POR ENFERMEDADES MÉDICAS O PSIQUIÁTRICAS.....	45
3.4.3 TRASTORNO DEL RITMO CIRCADIANO.....	45
3.4.4 INSOMNIO PRIMARIO.....	45
3.4.5 HIPERSOMNIA (O SOMNOLENCIA PRIMARIA).....	46
3.4.6 PESADILLAS.....	46
3.4.7 TERRORES NOCTURNOS.....	46
3.4.8 SONAMBULISMO.....	47
CAPITULO IV.....	49
PROPUESTA DE ENTREVISTA.....	50
4.1 ESPACIO LUGAR Y CULTURA.....	54
4.2 LOS PARTICIPANTES.....	54
4.3 ETAPAS DE LA ENTREVISTA.....	55
4.4 TIPOS DE ENTREVISTA.....	55
4.5 ACTITUD DEL ENTREVISTADOR.....	56
EJEMPLO DE FICHA DE IDENTIFICACIÓN.....	57
TABLA PARA ESPECIFICAR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	58
CASO CLÍNICO	63
EJEMPLO DEL LLENADO DE LAS PROPUESTAS DE FORMATO.....	72
CONCLUSIONES.....	74
REFERENCIA.....	78

INTRODUCCIÓN

Escribir una tesis relacionado con las sustancias y la conexión directa con el sueño cuando nos encontramos al borde del tercer milenio y la ciencia se presta a descifrar el misterioso código que el genoma humano encierra en el seno de las espirales desoxirribonucleicas, no es tarea fácil.

A todas luces parece una empresa fuera de contexto y tiempo, ajena al interés científico y al interés general. No hay nada más ajeno al tiempo que el mundo de los sueños, pues ellos son atemporales, pero al mismo tiempo, son eternos, existieron antes, existen ahora y continuarán existiendo después, son anteriores a todos nosotros, tanto filogenética como ontogénicamente, y sin duda alguna, anteceden también al desarrollo de la cultura humana que nos vio nacer.

Aunque ciertamente todos los hombres y mujeres de todos los tiempos y culturas, han soñado irremisiblemente todos y cada uno de los días de su vida, y continúan haciéndolo aún cuando mayoritariamente lo desconocen, es apabullante el desinterés que sus propios sueños les suscitan. La idea de escribir sobre el sueño resulta como mínimo arriesgada, cuando no directamente estrambótica, pues sin duda contamos a priori con la falta de atracción necesaria para cautivar la atención de los lectores potenciales, que sin embargo somos todos, pues como acabo de decir, todos estamos involucrados en ellos, habitados por ellos.

A pesar de estas dificultades estoy dispuesta a arriesgar pues pienso que será mucho más fácil desentrañar los misterios que contiene el genoma humano.

Aún cuando existen muchos que creen que de los sueños todo se sabe y muchos otros que piensan que de los sueños nada interesante hay que saber, lo cierto es que, sobre ellos, poco sabemos, y a pesar de los adelantos que en el terreno de la

onirolología se han producido en los últimos cien años, los sueños conservan la textura enigmática del misterio que los constituye, se hallan envueltos por los invisibles velos del desconocimiento y sepultados por toneladas de ignorancia.

Sin embargo el objetivo de este documento en relación a al sueño no es indagar o resolver lo que ya se sabe del sueño, ya que lo que me interesa es hacer una combinación entre el sueño visto única y exclusivamente desde el ámbito fisiológico, y su relación directa con el consumo de sustancias legales (alcohol y tabaco), o ilegales (cacaína, cannabis, anfetaminas, etc).

Por eso esta tesina persigue dos intenciones genéricas, por una parte hacer un poco de historia, componer una sucinta antología, elaborar un breve resumen que recoja los conocimientos básicos e imprescindibles del sueño, desde sus propios orígenes hasta el día de hoy. Por otra parte, exponer mis propias propuestas, producto de la experiencia y conocimiento, algunas habituales pero dotadas de un particular criterio, otras innovadoras, aún cuando no desconocidas y por último alguna original, según crea el lector. De ahí que este contenido esté confeccionado como una interlocución permanente entre los decires ajenos, enunciados por los autores que más se han distinguido a través de la Historia del sueño y el decir propio del discurso, tan balbuceante en unas ocasiones como rotundo y contundente en otras, a veces repetitivo y asertivo con los decires ajenos y otras por el contrario abiertamente discrepante.

Por ello he decidido incorporar las afirmaciones de los diferentes autores en su virginal pureza, intentando eso sí, plasmar, lo más sucintamente posible, las ideas más pertinentes con relación al tema que nos ocupa.

Un apartado importante dentro de lo ya hablado hasta el momento en cuestión al sueño es la utilización de un instrumento que tenga las herramientas necesarias para poder indagar apropiadamente el uso de sustancias y la relación con el

sueño, para lo cual he diseñado un formato de entrevista basado en las Técnicas de entrevistas ya vista desde sus inicios, esta la que aquí propongo.

La otra intención que preside esta tesis radica en mi particular interés de proponer algunas concepciones propias acerca del papel que el sueño desempeñan en nuestra vida mental.

Todo lo dicho hasta el momento constituirá la primera y la segunda parte de esta tesis, la llamada parte teórica, dividida pues en cuatro: Primeros acercamientos al estudio del sueño, la otra parte nos habla de la neurofisiología del sueño y la última parte habla de la trascendencia del diagnóstico. A su vez esta sección teórica se complementará con un cuarto capítulo, llamada "Propuesta" de una entrevista, en la que procederé a una extensa y pormenorizada explicación de su utilización.

Cualquiera que sea el tipo de situación de trastorno relacionado con el sueño que el individuo padece, el primer paso a la resolución, y el más importante, es reunir la información necesaria para valorar con exactitud la situación del paciente.

Buscando que con lo propuesto en este texto, sirva para la integración total de la información recaudada en la primera entrevista, su posible relación directa con el consumo de sustancia, combinado con un trastorno del sueño, todo esto para la elaboración de un diagnóstico tentativo, y un plan terapéutico.

CAPITULO



PRIMEROS ACERCAMIENTOS
AL ESTUDIO DEL SUEÑO

PRIMEROS ACERCAMIENTOS AL ESTUDIO DEL SUEÑO

Aunque el sueño ha sido integrado y le ha fascinado al ser humano desde tiempos inmemoriales, resulta difícil datar con exactitud el comienzo de los estudios sobre el mismo. En el ser humano el sueño ocupa un tercio de nuestra vida así entonces se ha interesado, solo hace unas décadas surgen las aproximaciones científica al fenómeno del dormir. Desde una perspectiva histórica, las concepciones en torno al sueño han variado ampliamente en función de las distintas épocas y culturas. En este capítulo se hará un breve recorrido por las principales nociones y teorías que han existido sobre el sueño a lo largo de distintos momentos históricos.

Para lo cual se ha dividido en tres periodos de estudio del sueño, que si bien pudiera resultar algo arbitrarios, permiten una mejor comprensión histórica.

La primera abarca desde la antigüedad hasta el siglo XVII y recoge la mayoría de concepciones filosóficas y mágico-religiosas sobre el sueño. La segunda etapa precientífica se extiende desde el siglo XVII hasta los años 30 del siglo XX de donde surgen las primeras aproximaciones experimentales del análisis del sueño y la tercera parte es la científica que va de los años 30 del siglo XX haciendo énfasis a los recursos tecnológico con lo que hoy en día se cuentan.



1.-PRIMERA ÉPOCA

Desde la antigüedad hasta el siglo XVII, de la cual se tiene registro, hablan sobre el sentido del sueño del cual describiré brevemente el significado para los egipcios aproximadamente hace cuatro mil años, pues para ellos se les consideraba como la revelación de los dioses o se creía que durante el sueño el alma abandonaba el cuerpo para vagar por el mundo. Siendo esta creencia la que aun existe en las Islas Fiji. Los Masai de Kenia tienen sumo cuidado de no despertar a una persona que esta durmiendo súbita o bruscamente por miedo a que su espíritu no consiga regresar a su cuerpo. Los Fellahs del Delta del Nilo acostumbran de envolver su cabeza en un turbante para prevenir que su alma escape durante su periodo de sueño.

Las primeras explicaciones respecto al origen y naturaleza del sueño se basan en observaciones poco sistemáticas y concepciones filosófico-teoréticas tal es el caso de las que a continuación describo:



1.1 Antiguo Egipto

En el Antiguo Egipto los sueños eran un elemento importante en el conjunto de creencias de la cultura egipcia. En las "Enseñanzas para Merikare", obra fechada hacia el 2100 a.c., el autor sostiene que los sueños son enviados por los dioses para conocer el futuro. Pero también a través de los sueños se recibía valiosa información acerca del tratamiento de las enfermedades, advertencias sobre posibles peligros y consejos o respuestas a las preguntas del soñador.

Se conserva lo que podemos considerar el primer tratado sobre los sueños de la historia, pues en el valioso papiro Chester Beatty III que data del 1350 a.c., que probablemente es una recopilación de textos más antiguos, se incluye una larga serie de sueños, hasta 108, con sus respectivas interpretaciones. Del análisis del texto se puede señalar que el método interpretativo de los antiguos egipcios era muy mecánico, es decir, a cada imagen onírica correspondía un determinado significado.

Sin embargo, tal clave interpretativa podía estar basada en un juego de palabras o en una inversión del sentido. En el transcurso del tiempo la

incubación de los sueños se convirtió en una práctica más habitual y muchos templos fueron famosos por los mensajes que en ellos se recibían durante el sueño, siendo los consagrados a Isis y Serapis los más importantes.

Tanto en las primeras civilizaciones mesopotámicas como en el antiguo Egipto los sueños ocuparon un lugar preferencial en las concepciones espirituales y religiosas de ambas culturas.

Existen pruebas documentales que en Sumerios, civilización no semítica Mesopotamia en el tercer y cuarto milenio anterior a nuestra era, los reyes de Lagash prestaban especial atención a sus sueños y acudían a los templos en busca de interpretación. El pueblo sumerio aceptaba el origen divino de los sueños y existía una casta sacerdotal, los Ensi, especializada en la interpretación de los mismos. En Sumer se practicaba ya alguna forma de incubación de sueños aunque es posible que no de una manera generalizada. Tal práctica consistía en acudir a pernoctar en determinados templos con el objeto de recibir a través de los sueños importantes directrices para la vida del consultante.



En las civilizaciones posteriores que poblaron Mesopotamia, como fueron, la Acadia, la Asiria y la Babilónica las artes de la magia, la profecía, la adivinación y la interpretación de los sueños estaban ampliamente desarrolladas. Los sueños eran considerados como revelaciones de la voluntad divina o demoníaca. Existían unos sacerdotes, llamados Shabru, especializados en la interpretación de los mismos y también se practicaba la incubación, con la variante de que en este caso eran los propios sacerdotes los que recibían el sueño o bien el interesado podía delegar en otra persona que acudía al templo en su nombre.

1.2 Grecia

La Grecia antigua recogió todas estas influencias culturales. Es Heráclito de Éfeso el primer autor que ha de centrar la atención, en los ígnaros, esto es, los hombres que se guían exclusivamente por los sentidos y por la opinión, de los que sueñan. Mas aún, los sabios que poseen el Logos e identifican su

pensamiento individual con él, los que conforman la razón singular con la razón universal y tienen un mundo único y común, son los únicos que merecen el nombre de despiertos, por contraposición a los insapientes que desconocen el Logos universal y creen tener un logos privado y un mundo particular y exclusivo, y a quienes se denomina "dormidos". El pensar, que es común que a todos los sujetos, pero aún siendo imparcial el Logos, la mayoría de los hombres vive como si tuviera un entendimiento particular, por eso aún en la vigilia el común de los mortales vive "dormido". Por lo tanto los que duermen, al soñar viven en un mundo privado regido por un logos particular y engañoso, aunque sin saberlo colaboran con el Logos universal, que se olvida mientras se sueña, lo cual provoca la caída en un estado de irracionalidad del que se sale al despertar, momento en el que se recupera la razón.

Esta concepción elemental con la que ilustra Heráclito por que el hombre que sueña se retira del mundo común, y habita un mundo propio, eminentemente subjetivo, tardó en ser aceptada, hasta la aparición de Sigmund Freud en el panorama científico. De tal forma que la historia de la onirológia no es sino un inmenso rodeo para volver a los planteamientos primordiales que expuso Heráclito. De modo que los hombres se las ingeniarán a lo largo de los siglos para, una y otra vez, poner en el afuera aquello que no procede sino de las profundidades de su propia intimidad, atribuyendo el origen de los sueños a los dioses, los demonios, las emanaciones de los objetos, los estímulos externos provenientes del medio, los influjos de los cuerpos celestes o los estímulos provenientes del interior del cuerpo, todo, cualquier cosa, antes que admitir que los sueños provienen del interior de nuestras escabrosas y desconocidas mentes. Por otra parte no podemos sino quedarnos pasmados de la perspicacia y providencia psicoanalítica de la que hace gala Heráclito al considerar a la mayoría de los hombres, aún en la vigilia, como hombres "dormidos", es decir, inconscientes.

Según la tradición, tal como aparece reflejada en la obra de Homero, los antiguos griegos distinguían dos tipos de sueños, los valiosos y significativos y los engañosos o no significativos, según procedieran a través de la puerta del cuerno o de la de marfil.

Los antiguos griegos creían pues en el origen divino de los sueños y en su capacidad mántica. Existió también en Grecia la práctica de la incubación de los sueños que se extendió sobre todo a partir de siglo V a.c. y que alcanzó un alto grado de popularidad como se refleja en el hecho de que llegaron a contabilizarse no menos de 420 templos consagrados a Asclepio, dios de la medicina, en los que se llevaban a cabo estos rituales.



Pero el verdadero interés que tienen para nosotros los antiguos griegos, en el contexto general del tema que venimos examinando, es el hecho de que junto a esta línea de pensamiento místico, religioso o esotérico en relación a los sueños, que se mantuvo en el tiempo y fue posteriormente recogida y continuada por los estoicos y más tarde por los peripatéticos, apareció por primera vez en la Historia otra concepción mucho más natural y racional sobre los sueños.

Probablemente corresponda a Demócrito, natural de Abdera, el mérito de ser el pensador con el que se inaugura para el hombre la posibilidad de concebir los sueños como un fenómeno natural y abordar con cierta racionalidad el fenómeno onírico.

Demócrito en consonancia con su teoría general del conocimiento propone por vez primera una explicación "natural" del origen de los sueños; en donde plantea que todo lo que hay en la naturaleza está formado por átomos, es decir la partícula mas pequeña que no se puede dividir más; los sueños que son estas imágenes penetran en el cuerpo a través de los poros y de allí pasan al alma donde se constituyen en imágenes de los objetos. Demócrito explica de esta manera la razón por la cual soñamos ya que mientras dormimos las imágenes o ídolos de las cosas siguen penetrando en nuestros cuerpos y poniéndose en contacto con nuestras almas. (Cicerón, Ad Fam). Dichos ídolos no solo llevan consigo el retrato fiel de los objetos sino que también reproducen los movimientos anímicos, los hábitos y las pasiones de aquellos a quienes representan. Los mismos dioses no son sino ídolos desprendidos de los cuerpos y de las almas de los mejores hombres.

En Demócrito se encontro por primera vez una teoría de los sueños que no sólo se presenta como directa y necesaria consecuencia de la teoría del conocimiento sino que posee la suficiente elasticidad y amplitud como para dar razón de los diversos fenómenos oníricos y su complejo mecanismo. Se trata de una teoría estrictamente materialista y mecanicista que satisface, la opinión tan común en la antigüedad sobre el carácter adivinatorio de los sueños y sobre la intervención de dioses y demonios en los mismos. Demócrito sabe hacer un lugar a la mántica y a la teología sin necesidad de abjurar de su naturalismo o de admitir tradiciones mitológicas o cuentos fantásticos. (Cappelletti 1984)



1.3 Hipócrates

En una posición intermedia se sitúa el pensamiento de Hipócrates quien, si bien admite la procedencia divina de algunos sueños, no deja de advertir su contenido semiológico y por lo tanto los sueños pasan a ser objeto de una alta estima gracias a su valor diagnóstico. Así es posible encontrar en el Corpus Hipocraticum como apéndice al Tratado sobre la Dieta un pequeño escrito "Sobre los sueños" en el que el autor apunta:

"En cuanto a todos los sueños que son divinos y que anuncian bienes o males, hay personas que tienen el arte de interpretarlos. También aquellos en los que el alma indica de antemano los padecimientos del cuerpo, también esos los juzgan y unas veces se equivocan y otras aciertan y en ninguno de los casos conocen el porqué de lo que sucede, ni cuando aciertan ni cuando se equivocan, sino que dan consejos a fin de precaverse de que no ocurra algún daño. Mas no enseñan cómo hay que precaverse sino que recomiendan rezar a los dioses. Cierto que es bueno invocar a los dioses, pero conviene invocar a los dioses y ayudarse a sí mismo"¹

En la introducción a dicho escrito el autor da cuenta de la alta consideración que le merecen los sueños:

¹ Hipócrates: "Tratados Hipocráticos", Libro IV del Tratado sobre la Dieta

"Respecto a los signos que aparecen en los sueños, quien tenga un recto conocimiento de ellos advertirá que poseen una gran influencia de cara a cualquier asunto. De modo que quien sabe juzgar estas cosas rectamente, posee buena parte de la sabiduría"¹



1.4 Platón

Platón introduce en la historia una nueva concepción de los sueños pues, al considéralos como uno de los caminos que permiten el acceso al conocimiento, los dota de una función epistemológica. Así en sus famosos "Diálogos" puede leerse:

"Cuando uno se halla en estado de salud y templanza respecto de sí mismo y se entrega al sueño después de haber despertado su propia razón y haberla dejado nutrida de hermosas palabras y conceptos, cuando ha reflexionado sobre sí mismo y no ha dejado su parte concupiscible ni en necesidad ni en hartura, a fin de que repose y no perturbe a la otra parte mejor con su alegría o con su disgusto sino que la permita observar en su propio ser y pureza e intentar darse cuenta de algo que no sabe, ya sea de las cosas pasadas, ya de las presentes, ya de las futuras, cuando amansa del mismo modo su parte irascible y no duerme con el ánimo excitado por la cólera contra nadie sino que apaciguando estos dos elementos pone en movimiento el tercero en que nace el buen juicio, y así se duerme, bien sabes que es en este estado cuando mejor alcanza la verdad"²

1.5 Aristóteles

En la línea abierta por el filósofo se sitúa el pensamiento de Aristóteles, que es sin duda el autor de la obra más importante que sobre los sueños produjo la Grecia Clásica. En su *Parva Naturalis* podemos encontrar tres escritos consagrados al tema.

² Platon, Dialogos / Platon ; tr. de luis roig de lluis, 23, Mexico, d. f. : Espasa-Calpe, 1986

El primero dedicado al estudio del fenómeno del dormir, el segundo a los sueños y el tercero a la adivinación a través de los mismos. Sus planteamientos son puramente fisiológicos descarta con delicadeza, pero sin la suficiente contundencia, el origen divino de los mismos y atribuye su causa a las facultades propias del alma del soñador, por lo tanto podemos afirmar que a partir de él los sueños ingresan en el campo de la Psicología.

"Dado que lo imaginativo es lo mismo que lo sensitivo pero que la esencia de lo imaginativo y de lo sensitivo es diferente y teniendo en cuenta que la imaginación es el movimiento que se produce por la sensación en acto y que los sueños son una cierta imagen, es evidente que soñar es propio de la facultad sensitiva del alma en la medida que ésta es imaginativa"

"Es evidente que el movimiento producido por las sensaciones, tanto las del exterior como las del interior del propio cuerpo, no solo existen cuando se está despierto sino también cuando se está dormido, e incluso predominantemente entonces. De día dichos movimientos se ven rechazados y se desvanecen. De noche, en cambio, estos movimientos vuelven al origen de la sensación y se ponen de manifiesto al apaciguarse la confusión de los sentidos. Mientras se duerme las imágenes y los movimientos residuales que resultan de las sensaciones, unas veces se desvanecen completamente y otras aparecen en forma de visiones y sueños incoherentes, pero cuando el movimiento provocado por las sensaciones que proceden de los sentidos perdura, entonces aparecen los sueños coherentes"³

Aristóteles no rechaza la adivinación a través de los sueños sino que la explica por medios lógicos y naturales. Considera que en unos casos los sueños pueden muy bien ser causa de los acontecimientos futuros, y en otros pueden ser señales de procesos que ya se han puesto en acción, al tiempo que afirma que, en la mayoría de los casos, las predicciones no son sino puras coincidencias.

³ Mancía, Mauro: "Historia del sueño". Biblioteca Nueva 1999



La cultura griega mantuvo desde siempre, y desde escuelas filosóficas y concepciones del mundo muy dispares, un interés permanente por el fenómeno onírico. Basta con leer el "Discurso Sacro" de Elio Arístides, famoso retórico del siglo II, para comprobar hasta que punto podía ser habitual en aquella época que un hombre culto prestase atención a sus sueños. El bueno de Arístides, primer hipocondríaco de la historia como lo califica Mauro Mancía, pasó media vida incubando enfermedades y la otra media incubando sueños que le conminaban a realizar las barbaridades o proezas más extravagantes, como él mismo nos dice refiriéndose a las prescripciones recibidas en sus sueños: "son justamente lo contrario de lo que uno esperaría, de hecho son precisamente lo que uno naturalmente más evitaría". A pesar de ello sobrevivió a sus propias curas y murió serenamente a avanzada edad.



Toda esta rica y floreciente tradición onirológica culmina en la figura y obra de Artemidoro de Daldis. Este autor, natural de Éfeso y contemporáneo del anterior, escribió un tratado sobre onirocrítica dividido en cinco libros que es un auténtico compendio teórico-práctico del saber de la época. Él mismo se jacta de su experiencia y dominio sobre el tema y del valor de su trabajo:

"Los autores anteriores a mi no han hecho otra cosa que copiar los unos las obras de los otros exponiendo torpemente cuanto ya había sido espléndidamente expuesto por sus antecesores. En lo que a mi respecta no hay obra de onirocrítica que yo no haya manejado. Además aunque los adivinos que frecuentan las plazas están muy desprestigiados, yo me he mezclado con ellos por espacio de muchos años en las ciudades y las fiestas públicas de Grecia, y también en Asia e Italia y en las islas más grandes y populosas. Por tanto estoy en condiciones de hablar ampliamente sobre cada tema" ⁴

1.6 Cristiananismo

⁴ Artemidoro: "La Interpretación de los Sueños". E. Ruiz, Gredos nº 128. Madrid 1998.

En esta época hasta el día se hoy de hace énfasis a la Biblia conservándose la identificación del sueño con la muerte, también presente en la mitología griega (donde Hypnos, dios del “dulce sueño”, era hermano de Thanatos, dios de la muerte, y ambos hijos de Nix, divinidad de la noche). Además desde los albores de la humanidad ha existido supuestos expertos en interpretación de los sueños. Algunos famosos intérpretes de los sueños aparecen en la Biblia. Por ejemplo José, hijo de Jacob, interpreta en Egipto los sueños del Faraón sobre las vacas y las espigas gordas y flacas. Aquí es evidente que no se requería la participación del sujeto en el trabajo de interpretación de las ensoñaciones, como después enfatizaría Freud y sus seguidores a principios del siglo XX. Además, a estos intérpretes de la antigüedad les interesaba más que nada el sueño como premonición, como visión del futuro, mientras que los futuros psicoanalistas pondrán, fundamentalmente, el acento en el pasado personal del individuo.

En los siglos sucesivos de la edad media, el silencio al respecto es patético, al igual que con las restantes áreas del saber, y las pocas referencias que existen tienen de un marcado carácter místico-religioso. Así, por ejemplo, Hildegard Von Bingen, monja benedictina del siglo XII, conecta el sueño y la nutrición con el pecado original; este último transformó el cuerpo en algo débil y frágil, que necesita revigorizarse mediante el sueño y el alimento. La carne se regenera con la alimentación, y la médula diluida por la vigilia con el sueño.

Finalmente, durante los siglos XVI y XVII resurge el interés por el saber y una pretensión científica más desligada de lo místico. Es en esta época cuando nace el método inductivo de acceso al conocimiento, que será defendido como método científico por excelencia. Así, por ejemplo Para Celseo, médico del siglo XVI, propone que el objetivo del sueño es eliminar el cansancio acumulado con el trabajo y revigorizar a la persona, y ofrece una serie de recomendaciones precursoras de las actuales reglas de la higiene del sueño; o Willis, en el año 1664, afirma que la atonía sensitivo-motora durante el sueño es consecuencia de una congestión cerebral. También intuitivas, desde una óptica diferente resultaron las afirmaciones de Shakespeare, en el año de



1623, quien nos habla de los dos sentidos, el de la restauración física y neurológica, que muchos autores actuales defienden para el sueño.

2.-PERIODO PRECIENTÍFICO

Abarca desde el siglo XVIII hasta los años 30 del siglo XX. En este periodo surgen observaciones empíricas con pretensiones de racionalidad, aunque el estudio del sueño se aborda indirectamente, de la ausencia de medios tecnológicos adecuados. Durante el siglo XVIII y principios del XIX se consolida el espíritu investigador del siglo XVII, culminando en el racionalismo empírico. Paralelamente, la fisiología alcanzara un extraordinario desarrollo como ciencia.

El impulso de la fisiología y su auge posterior en tres principales líneas de trabajo psicología experimental, psicoanálisis y neurobiologías era de gran importancia para el avance de la investigación del sueño y las ensoñaciones.

Hartley, en el año 1748, desde una formulación pasiva del sueño establece que las personas duermen cuando se suprime las impresiones que proceden de los objetos extraños. Por otra parte el fisiólogo alemán Ackerman (1765-1815) pensaba que el cansancio produce una carencia de “éter vital” que solo el sueño puede restaurar. También junto a estas explicaciones mas racionales conviven otras y perpetúan los criterios místicos y morales del periodo anterior, por mencionar a Philipp Frans Von Walter, en 1834, considera al sueño un estado pernicioso en el que el ser egoísta se entrega a la vida del espíritu natural, consecuencia de una imperfección de la naturaleza.

A lo largo del siglo XIX se empiezan a buscar causas y razones del sueño en disciplinas como la química y la fisiología. Muchas de estas explicaciones tienen un carácter implícita o explícitamente restaurador, al sostener que el sueño repara algún proceso deteriorado durante la vigilia (Valdizan, 1999). Así Von Humboldt y los filósofos Wilhelm Pflüger y Thierry Prever coinciden en afirmar que la fatiga produce una carencia de oxígeno que lleva al sueño.



Otras explicaciones atribuyen el sueño a un proceso de hinchazón de las neuronas, a una disminución del flujo sanguíneo cerebral o una interrupción de la información sensorial aferente del cortex.

Por otra parte, comienzan ya los intentos de localizaciones cerebrales, para intentar responde a la pregunta de que áreas del cerebro influyen para dormir. Fluorens en el año de 1824, demostró la tendencia a las aves a quedarse dormida tras la ablacion de los hemisferios cerebrales. Unos años después, en 1849, Osnorne localiza el centro del sueño en el plexo coroideo del III ventrículo.

Durante la segunda mitad del siglo XIX y las primeras décadas del silgo XX surgen las primeras aproximaciones experimentales, que todavía se observan variables o medidas que solo indirectamente pueden informar acerca del fenómeno del sueño. Desde mediados del silgo XIX se empiezan a relacionar medidas fisiológicas con actividad mentales, lo que fue posible gracias, no solo a los avances tecnológicos, sino a una cierta ruptura epistemológica con el dualismo cartesiano que empezó a ser mas débil; en especial, en Europa era el fenómeno del interés especulativo y experimental en la cuestión mente-cerebro. Este cambio de actitud lo propiciaron, en gran medida, los fundadores de la escala de psicofisiologia alemana, como Müller (1801-1858), Fehner (1801-1887) o Von Helmholtz (1821-1894) (Fernandez-Guardiola, 1998).

Griesinger en el año 1867, observa durante el sueño unos movimientos oculares que relaciona con las fantasías, lo que constituye un claro antecedente de la hipótesis activa del sueño y del descubrimiento de la fase de sueño paradójico, estrechamente relacionada con las ensoñaciones.

Kohlschüter, en 1862, empleando estímulos auditivos determina, por primera vez, la curva de profundidad del sueño de ahí vienen varios investigadores con respecto a los aspectos auditivos durante el dormir, sin embargo sigue siendo Kohlschüter el que descubre la duración y la profundidad antes del despertar.



Simultáneamente, por lo que se refiere al estudio psicológico de los sueños o ensoñaciones se refiere que la mayoría de las aproximaciones eran anecdóticas y basadas en la introspección. No obstante, las persistentes y cuidadosas observaciones de dos parisinos, Alfred Maury y el marqués Hervey de Saint-Denis, serán precursores de los modernos trabajos posteriores (Hobson, 1988).

Maury (1817-1892), el primero en investigar sistemáticamente las ensoñaciones, publicó en 1861, su libro sobre el sueño y los sueños, establece una curiosa relación entre la inteligencia, los instintos y las ensoñaciones, y que estos dependían de los estímulos que llegaban al sistema nervioso periférico, determinando también la influencia que tiene el sueño sobre la memoria, de tal manera que por primera vez se asocia el tipo de sueño con la interacción de la vigilia (Hobson, 1988).

En el curso del siglo XX aparece Santiago Ramón y Cajal con su teoría de la neurona como unidad trófica y funcional del sistema nervioso, aparece también Charles Sherrington con la demostración de la organización sináptica de los reflejos modulares, o a las perspectivas inauguradas por Ivan Pavlov sobre los reflejos condicionales que, en conjunto abren camino al estudio de la actividad mental (Fernández- Guardiola, 1998).

Al principio del siglo XX varios autores proponen, la línea anterior del sueño como fenómeno pérsico o reflejo inhibitorio, que el desencadenamiento del sueño implicaba un bloqueo de las aferencias sensoriales a nivel talámico.

Von Economo identificó en Viena una epidemia de encefalitis que afectó a personas entre los diez y los treinta años, que lleva a proponer en 1925, al igual que hiciera Mauthner en 1890, que el área periventricular estaba involucrada en la producción del sueño y se extendía hacia el hipotálamo y los núcleos de la base. Asimismo, distinguió dos tipos cualitativamente distintos de sueño: el “sueño cerebral” y el “sueño corporal”, el primero originado por influencias inhibitorias en el tálamo y el cortex, y el segundo provocado por inhibición de centros vegetativos vecinos.



Trömner, Hirsch, en 1924, y Spiegel, en 1927, proponen al tálamo como centro rector del sueño, así como la existencia de otros centros “parciales”, corticales coordinados por el tálamo, formando un complejo sistema regulador cerebral. Hechst, en 1929 sostuvo la existencia de tres centros igualmente activos a nivel subcortical: la región periacueductal, la periventricular y la talámica.

Jonson, en el año 1923, sostuvo una teoría muy similar a la de Pavlov, en la que neuronas especializadas de un centro regulador del ciclo sueño-vigilia, al ser activadas, inducían una inhibición cortical generalizada.

Desde un enfoque distinto, heredero de las antiguas teoría humoral, Pieron y Legendre, en 1907 y 1913, formulan la primera teoría del sueño basada en el hallazgo de un factor inductor del sueño, hipnotoxina. Esta sustancia era detectada en animales, concretamente perros, obligados a permanecer despiertos largo tiempo. Se defendía que la hipnotoxina produce una inhibición del sistema nervioso central consiste en una retracción de las dendritas, lo que desencadena el sueño.

El periodo comprendido entre 1870 y 1920 viene determinado por la acumulación de conocimientos neurofisiológicos que llevan a la creación de dos teorías principales, la teoría humoral, que propone que alguna sustancia se acumula durante la vigilia y después induce al sueño, y la teoría inhibitoria, según la cual alguna o todas las estructuras del sistema nervioso dejan de funcionar correctamente como consecuencia del agotamiento de la vigilia. Generando amplias polémicas al principio del siglo XX, surgiendo el termino avasallador de las ensoñaciones, iniciados por Maury y Hervey de Saint-Denis, chocaron con el dramático éxito del psicoanálisis.

Freud (1856-1939) se enfrentaba con unos conocimientos fisiológicos insuficientes en su época como para articular una adecuada relación mente-cerebro. De hecho, su punto de partida en el “Proyecto de psicología científica” era científico, pero asume la idea errónea de que el sistema nervioso, al perder energía, deriva dicha energía a dos fuentes no neuronales: el mundo externo y



los impulsos somáticos. Esto le lleva a entender el funcionamiento humano en términos de impulsos, pulsiones, etc. En 1900 publica su obra famosa, La interpretación de los sueños, que tendrá un importante impacto en el estilo de pensamiento occidental. Sostenía que todos los sueños son trazados de la experiencia anterior porque además, la información jamás se pierde.

Por otra parte aunque Freud admite las evidencias de Maury, Hervey de Saint-Denis o Hildebrandt de que los estímulos externos pueden incorporarse en los sueños, se centra en la transformación que sufre el estímulo por la censura (Hobson, 1988), de modo que el contenido manifiesto del sueño es un error o disfraz siendo necesaria la asociación libre de palabras para comprender el significado profundo o verdadero de los sueños.

El físico francés Nicholas Vasschide (1873-1907) publica sus observaciones sobre el sueño y los sueños en *Le sommeil et les rêves*. Considerando al sueño como un proceso instintivo vital, es uno de los primeros en hacer observaciones durante la noche en sujetos sanos, advirtiendo el ritmo cardiaco y la respiración en cuatro sujetos, descubriendo periodos de vasodilatación y vasoconstricción a lo largo de la noche. También se dio cuenta que hay periodos sin sueños, en las tres primeras horas de la noche y después con sueño.



3.-PERIODO CIENTÍFICO

El surgimiento de la electroencefalografía da origen desde los años 30 del siglo pasado hasta la actualidad, siendo marcada por el origen de la electroencefalografía. Caracterizada por el empleo sistemático del método experimental para la utilización de registros para el sistema nervioso, mientras dormimos.

Hans Berger en 1929, demostró que en el cerebro humano se producían oscilaciones de potencial eléctrico y al registro obtenido lo llamo "electroencefalografía" (EEG).

El estudio del sueño se dio en 1935, al detectar los cambios los cambios de amplitud y frecuencia, distinguiendo cinco fases, donde las 2 primeras son de somnolencia mientras que las restantes son de sueño donde la ultima de las fases es la mas profunda.

En 1957 Dement y kleitman, de la universidad de Chicago, establecen cuatro estadios cuyo orden era inverso al grado de profundidad del sueño, fue aquí donde aparece un estadio al que le llamaron REM por su siglas en ingles, (Rapid Eyes Movements, Movimientos oculares rápidos para el idioma español).

En los alocados años 20's, Nathaniel Kleitman, un joven y brillante investigador de origen ruso, emigrado a los EE.UU., instaló en Chicago, lo que por mucho tiempo, sería el primer y único laboratorio de investigación del sueño en el mundo. Entre los muchos e interesantes trabajos experimentales que llevó adelante, uno en concreto, relativo a las consecuencias que la privación total de sueño tuviera en el ser humano, cambiaría el curso de la historia. Kleitman descubrió algo que por otra parte cualquiera puede comprobar, cuando a un sujeto se le impide dormir, conforme avanza la noche tendrá más y más ganas de hacerlo, pero si resiste y continúa despierto, conforme se adentra en el día siguiente su somnolencia disminuirá progresivamente y probablemente hacia el mediodía pueda estar tan fresco como una lechuga y tan despierto como si hubiera dormido toda la noche.

Esta aparentemente banal constatación de los hechos, no hubiera tenido mayor importancia, sino fuera porque contradecía radicalmente la teoría hipnotóxica, según la cual debería ocurrir exactamente lo contrario, puesto que a mayor número de horas despierto debería corresponder una mayor acumulación de hipnotoxinas y por lo tanto mayor grado de somnolencia. Por lo tanto, esta teoría sobre el supuesto mecanismo del sueño hubo de ser desechada y los



trabajos de Kleitman obligaron a orientar las investigaciones sobre la génesis del sueño en otra dirección. Con el tiempo se acabaría por localizar en el tallo cerebral determinados grupos de neuronas responsables, con su activación e inhibición, del ciclo sueño/vigilia, los llamados centros del sueño.

Por otra parte en los años 30's el psiquiatra alemán Hans Berger inventó el electroencefalógrafo, aparato capaz de detectar la actividad eléctrica espontánea producida por la actividad de las neuronas de la corteza cerebral y transformarla en un trazado gráfico. El electroencefalógrafo, es un medio bastante inespecífico para dar cuenta de la actividad cerebral, pues por una parte el cerebro no es, como el corazón, un órgano en el que todas sus células se activen al unísono, conforme son recorridas por la excitación, sino que por el contrario, es un órgano en el que cada neurona o grupo de neuronas se activa de una manera absolutamente difusa, y aparentemente anárquica para el observador externo, sin que la excitación de un grupo de ellas implique necesariamente la activación de las que lo circundan, en absoluto. Por otra parte tampoco recoge la información de "todas" las neuronas activadas en un determinado momento sino simplemente la de las neuronas de las capas más superficiales de la corteza cerebral, quedando la información procedente de las capas más profundas de la corteza, así como la de las que conforman los surcos y fisuras cerebrales oculta, electroencefalográficamente hablando. Así pues es como escuchar a través de los muros de una fábrica los ruidos que producen las máquinas que trabajan en su interior, es imposible saber cuáles son y qué están haciendo. A pesar de todo, el electroencefalógrafo supuso un excepcional avance para el posible estudio del funcionamiento cerebral pues permitió identificar diferentes tipos de trazado y relacionarlos con diferentes estados patológicos, fundamentalmente los orgánicos, y se convirtió en un medio de diagnóstico e investigación imprescindible. También permitió, aplicándolo a sujetos sanos mientras dormían, descubrir el llamado ciclo del sueño.

Con estos antecedentes las condiciones para que se produjera tal descubrimiento estaban todas dadas, sin embargo habría que esperar más de 20's años para que esto sucediera. El descubrimiento que revolucionó



realmente la investigación del sueño, el Sueño MOR, lo realizó en 1953 un joven estudiante de doctorado, colaborador del equipo de Kleitman, llamado Eugene Aserensky, y como tantos otros descubrimientos científicos, ocurrió casi por casualidad. La razón por la cual tardó tanto tiempo en producirse resulta bastante peregrina. Hasta ese momento el método de investigación utilizado consistía en lo siguiente: el sujeto sometido a investigación se preparaba a dormir conectado mediante unos electrodos a un electroencefalógrafo, pero el investigador sólo ponía en funcionamiento el aparato durante cortos intervalos de tiempo en momentos puntuales de la noche, de esa manera conseguían economizar en gran medida el gasto de papel de registro, cuando por fin se decidieron a efectuar trazados continuos a lo largo de toda la noche apareció, ante los atónitos ojos de Aserensky, el trazado normal correspondiente al ciclo del sueño.

El trazado normal de un sujeto despierto consiste básicamente en la presencia constante de unas ondas de baja intensidad y elevada frecuencia (>15 ciclos/seg.) denominadas ondas Beta. En líneas generales conforme el sujeto se va adentrando en el sueño el trazado va cambiando paulatinamente en el sentido de ir aumentando la intensidad de las ondas y disminuyendo su frecuencia.

En 1958 Michel Jouvet, comienza hacer descubrimientos con animales especialmente con gatos, lo que lleva a revelaciones en 1962, de la atonia muscular en humanos.

Surge lo que Bremer en el año de 1935 llama "hipótesis pasiva del sueño" llamándole así a las ubicaciones encefálicas que producen sueño, en 1937 selecciona un nivel de la medula cervical alta relatando que tienen relación sueño y vigilia.

Para el año 1949 Moruzzi y Magoun escribieron que la estimulación de la formación reticular no provocaba vigilia sino sueño.

Hess en 1927 al hacer nuevamente estudios con gatos se percata que una estructura cerebral también está en contacto con la relación del sueño, siendo



esta el tálamo, para los años consecutivos se dieron a la tarea de investigar las estructuras cerebrales que intervienen para la consolidación del sueño.

En 1961 se crea la primera asociación para el estudio del sueño, llamada Association for the Pshychophysiological Study of Sleep, hoy llamada Asociación de Sociedades Profesional del Sueño.

La Asociación de Centros de Trastornos del Sueño, es creada en 1979, y desde 1990, la Asociación Americana de los Trastornos del Sueño, ha descrito las relaciones con problemas neurológicos, psiquiátricos y los trastornos inducido por alguna sustancia siendo esta ultima la que me interesa en este trabajo, ya que a pesar de que en la actualidad la Asociación para el estudio del sueño, ha descrito en diversas publicaciones en la Revista Sleep, los problemas ocasionados con la falta de la consolidación del sueño, difícilmente aborda el problema con pacientes consumidores de sustancias.



CAPITULO

NEUROFISIOLOGIA DEL SUEÑO

2.1 NEUROFISIOLOGIA DEL SUEÑO

A mediados del siglo XX se produjo el descubrimiento más importante de la historia, en cuanto a la investigación sobre los sueños: el sueño rem o el ciclo del sueño (MOR). A principios de siglo, las teorías acerca de la génesis del proceso del dormir se decantaban a favor de la hipótesis hipnotóxica, propugnada entre otros por Henry Pieron, quien defendía que el fenómeno del dormir acontecía como consecuencia de la progresiva acumulación en el organismo de unas supuestas sustancias denominadas hipnotoxinas, que se producirían a lo largo del día hasta alcanzar un determinado grado de concentración en sangre que provocaría inevitablemente el adormecimiento.

Es necesario tener un conocimiento básico sobre la fisiología del sueño para poder identificar las diferentes etapas; un buen sueño es aquel en el cual se distribuyen cíclicamente todas las etapas del mismo, incluyendo una duración y continuidad adecuadas y suficientes para reestablecer la dinámica de la vida diurna al despertar.



El sueño se divide en dos etapas básicas que son el REM (rapid eye movement) o MOR (movimientos oculares rápidos) y NO REM (non rapid eye movement) o NO MOR (no movimientos oculares rápidos) siendo las siglas MOR las que se utilizaran en este escrito. El sueño MOR inicia por lo general a los 90 minutos de iniciado el sueño y se repite cíclicamente a lo largo de la noche, y se caracteriza por una gran actividad cerebral llegando a compararse al estado de vigilia.

El Sueño No MOR se divide en 4 estadios siendo el primero el estado más superficial y el cuarto el más profundo, esta etapa del sueño ocupa un 75 –80 % del total del sueño y se caracteriza por una disminución de la actividad cerebral y una disminución del tono muscular sin ser tan marcada como en la fase MOR.

El estado 1 del sueño No MOR que corresponde al 10-20% de todo el sueño. El estado 2 o "sueño verdadero" corresponde a un 30 a 40% del sueño y se

caracteriza por la dificultad de despertarse súbitamente como en el estado anterior. Los últimos dos estados 3 y 4 corresponden a un sueño profundo y reparador y corresponde a un 10% del total del sueño, estos estadios se ven disminuidos en los pacientes con apnea obstructiva del sueño¹.

2.2 CARACTERISTICAS DE LOS ESTADIOS

2.2.1 Etadio uno (S1)

Cuando el sujeto se dispone a dormir, cierra los ojos y se relaja, desaparecen las ondas Beta estas se caracterizan por la presencia electroencefalográfica de ondas agudas denominadas ondas del vertex por su principal localización en dicho lugar, asociado a un ritmo mixto y son sustituidas paulatinamente por otras de mayor intensidad y menor frecuencia (8-10 c/seg.) denominadas ondas Alfa. Si en este momento se abren los ojos desaparece esta configuración y reaparece la anterior, la banda Beta, pero si se continúa en ese estado de reposo con la intención de dormir, la banda Alfa va siendo sustituida por ondas de menor frecuencia (4-7 c/seg.) y de mayor intensidad denominadas ondas Theta. Este cambio dura varios minutos y por un tiempo ambos tipos de registros luchan por dominar el trazado. A esta fase del sueño se la denomina estadio 1 o fase de adormecimiento, y es el momento en que producen las llamadas alucinaciones hipnagógicas, debido a que los conceptos se transforman en imágenes.



2.2.2 Etadio dos (S2)

Representa cerca de la mitad del Tiempo Total de Sueño (TTS) (6). Incluso la actividad Theta continua no garantiza que el sujeto esté totalmente dormido, hace falta que aparezcan signos del EEG precisos para determinarlo con seguridad, estos signos aparecen a continuación y se denominan “complejos k”

¹Woodson BT, Ledereich PS, Strollo P. Obstructive sleep apnea syndrome diagnosis and treatment. Alexandria VA. Am. Ac. Otol H&N Surg. 1996.

y "husos" o "picos" del sueño. El primero consiste en una única onda de intensidad cuatro veces mayor que la actividad de fondo Theta y el segundo consiste en una actividad de alta frecuencia (12-14 c/seg.) e intensidad parecida a la banda Theta. A diferencia de la actividad Alfa o Theta que duran varios minutos, estos signos del EEG son episódicos y duran de medio a un segundo, la aparición de los mismos certifica que el sujeto se halla completamente dormido. También comienzan a aparecer ondas de mayor intensidad y menor frecuencia que las anteriores denominadas ondas Delta, mientras la suma total de ondas delta no supera el 20% del conjunto del trazado nos hallamos en el estadio 2 del sueño. Este estadio, como el anterior, corresponde todavía a lo que se denomina sueño superficial.



2.2.3 Etadio tres (S3)

Progresivamente las ondas Delta se van haciendo cada vez más numerosas y van ocupando paulatinamente porciones cada vez mayores del trazado mientras todavía alternan con la actividad Theta; cuando, en conjunto, la suma de las ondas Delta supera el 20% del mismo y no alcanza el 50%, nos encontramos en el estadio 3 del sueño.

2.2.4 Etadio cuatro (S4)

Posteriormente las ondas Delta se adueñan lentamente de todo el trazado y desaparece por completo la actividad Theta, nos encontramos en el estadio 4 del sueño. Ambos estadios, el 3 y el 4, corresponden a lo que se denomina sueño profundo.

2.2.5 Etadio cinco (S5)

Transcurridos unos 90 minutos desde que el sujeto se dispuso a dormir, el trazado EEG experimenta un cambio radical. Bruscamente se produce una

aceleración de la frecuencia y una disminución de la intensidad de las ondas, desaparecen por completo las ondas Delta y el trazado presenta una configuración muy similar a la descrita en el estadio 1, ondas Theta (esta vez sin complejos k ni picos del sueño, que como se ha dicho corresponden al estadio 2) y cortas explosiones de actividad Alfa. A esta fase se la denomina estadio 5 del sueño, sueño Mor o sueño paradójico, ocupa un 20-25% del tiempo total que dedicamos a dormir y es el momento en el que se producen los sueños.

Una vez recorridos estos cinco estadios el proceso vuelve a comenzar y se repite, paso a paso, cuatro o cinco veces a lo largo de la noche. El conjunto de los estadios 2, 3 y 4 se denomina, por contraposición, sueño No-Mor (NMor) o sueño lento. Los diferentes ciclos no tienen exactamente la misma duración, así el primero dura aproximadamente 90' mientras que el segundo se alarga hasta los 110', el tercero hasta los 120' y el cuarto y quinto vuelven a los 90'. Tampoco las diferentes fases tienen la misma duración dentro de cada ciclo, de forma que el período MOR se va prolongando a lo largo de la noche, de ciclo en ciclo, siendo el primero el más corto de 5-10 min., el segundo de 10-15 min., el tercero es más largo y dura de 20-25 min., mientras que el cuarto y el quinto, si los hay, mantienen esta duración.

Simultáneamente a estos cambios que se registran en el EEG se producen otros dos acontecimientos relacionados y singularmente importantes. Por una parte el tono muscular, tensión fisiológica que poseen todos los músculos del organismo y que es imprescindible para su buen funcionamiento, disminuye progresivamente conforme el sujeto se sumerge en el sueño. Existe un aparato denominado electromiógrafo (EMG) capaz de detectarlo y convertirlo en un trazado gráfico. Así pues el tono muscular va disminuyendo a lo largo del período NMOR, pero cuando comienza el sueño MOR el tono muscular desaparece por completo, se produce una auténtica atonía muscular y el sujeto dormido se halla literalmente paralizado, es decir, paralítico.

Por otra parte, los movimientos de los ojos, que durante el período de adormecimiento pueden producirse de forma aislada y lenta y que se registran



por medio del electrooculógrafo (EOG), también disminuyen paulatinamente hasta desaparecer completamente durante el período mor, pero durante el sueño mor reaparecen en forma de movimientos rápidos y sincronizados, similares a los que se producirían en la vigilia si el sujeto intentara perseguir con la vista un objeto que se desplazara rápidamente ante sus ojos con un movimiento de dirección cambiante.

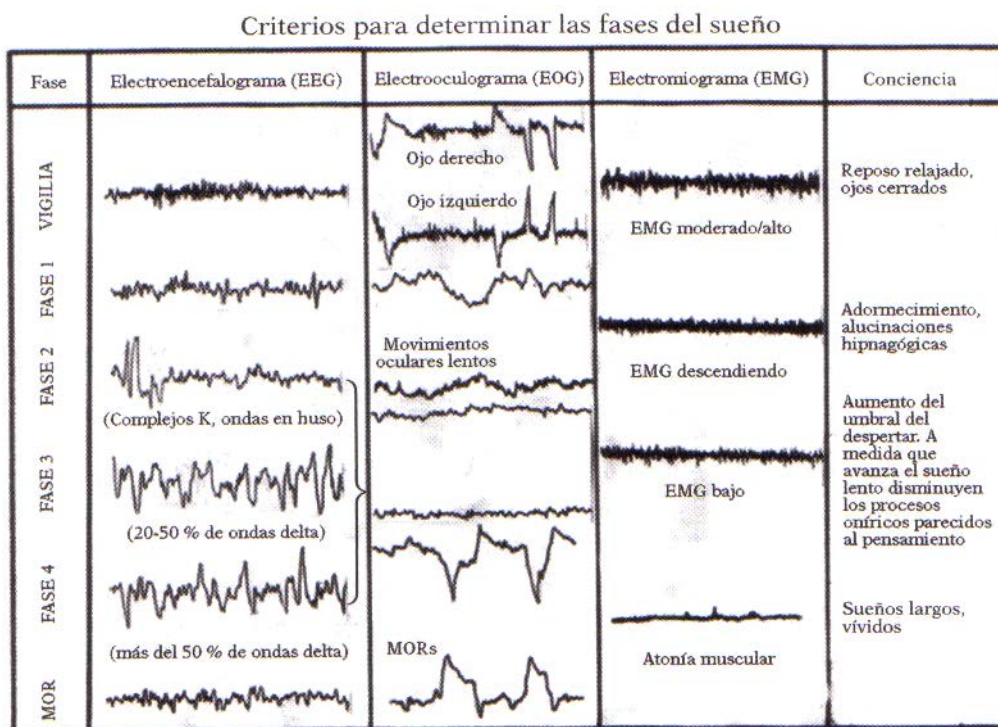


FIGURA 1. Principales tipos de registros que aparecen a nivel polisomnográfico en las distintas etapas de sueño

2.3 POLISOMNOGRAFÍA

El conocimiento de los mecanismos fisiológicos del sueño y de su patología ha tenido un gran desarrollo a partir de la segunda mitad del siglo XX; sin embargo, existen documentos que desde el siglo XVII marcan el inicio de la electrofisiología.

La polisomnografía es la técnica neurofisiológica que estudia el sueño mediante el registro de diversos parámetros fisiológicos durante el ciclo vigilia-

sueño en donde se debe incluir el electroencefalograma (EEG), el electromiograma (EMG), el electrooculograma (EOG), la oximetría de pulso, la medición del flujo aéreo nasal y bucal, los movimientos toracoabdominales, la saturación de oxígeno, el ronquido, el electrocardiograma (ECG) y la observación directa de la persona mientras duerme.^{2,3,4,5,6}

La técnica actual para el estudio del sueño es la polisomnografía que consiste en una serie de estudios electrofisiológicos realizados de manera simultánea; a partir de esta técnica es posible observar cambios en el funcionamiento del organismo ocurren mientras dormimos y permiten establecer con precisión la presencia de distintas etapas de sueño, así como los factores subyacentes a las distintas patologías del dormir.⁷



La polisomnografía (PSG) se ha desarrollado a partir de la electrofisiología, de tal manera que es importante conocer la evolución de ambas disciplinas para lograr una mejor comprensión del estudio actual de la medicina del sueño. En la presente revisión se hace un análisis de los hechos más relevantes que han determinado el avance del conocimiento del sueño tanto desde el punto de vista básico como clínico.

La PSG y la Medicina del sueño se desarrollan en 1950 y evolucionan en paralelo. Se reconocen hitos en su evolución:

Caracterización del sueño REM (1950).

Reconocimiento de la obstrucción de la vía aérea superior (1960).

1° simposio internacional sobre la narcolepsia (1975).

² Sher AE. Obstructive sleep apnea. Diagnosis by history, physical examination, and special studies. New York Raven Press, 1994

³ Morillo LE, Rodríguez B, Sanin LC. Espectro clínico de la apnea obstructiva del sueño. Hosp. San Ignacio. Santafé de Bogotá, 1996

⁴ FairBanks DNF, Fujita Sh. Snoring and obstructive sleep apnea. New York. Raven Press 1994

⁵ Vaidya AM, Petruzzelli GJ. Identifying obstructive sleep apnea in patients presenting for laser –Assisted uvulopalatoplasty. Laryngoscope; 106 (april):431-437.

⁶ Pradhan PS, Gliklich RE, et al. Screening for obstructive sleep apnea in patients presenting for Snoring surgery. Laryngoscope 1996; 106 (nov): 1393-1397.

⁷ Castillo-Montoya CR, Alonso-Vanegas MA, Haro R. (2000). "Estudio del sueño su historia". Arch Neurocién México; 5(3): 149-159.

Primer reporte de eficacia de la presión positiva continua (1981).

Cuando en el polígrafo se identifican los trazados correspondientes a la atonía muscular, las ondas theta y los movimientos oculares rápidos estamos en presencia del sueño mor. De las siglas en inglés que denotan tales movimientos oculares deriva su nombre y como dije antes, es el momento en el que se producen las ensoñaciones.



Correlativamente a estos cambios, el proceso fisiológico del ciclo sueño/vigilia se relaciona a su vez con varios cambios en el funcionamiento del organismo a nivel neurovegetativo y a nivel hormonal, así como también con el ciclo de la temperatura corporal. Los cambios experimentados a nivel neurovegetativo son a groso modo los siguientes, durante el sueño no mor existe un predominio del llamado sistema nervioso autónomo parasimpático, de tal forma que el conjunto de las funciones fisiológicas se ralentizan, así por ejemplo tanto la frecuencia cardiaca, como la respiratoria disminuyen, como también lo hace, en cierto modo la tensión arterial. Sin embargo, estos cambios se invierten durante la fase mor del sueño, de forma que en esta fase existe un predominio del sistema simpático, aumentando las constantes antes aludidas, a la vez que se produce una erección peneana y una tumescencia clitoridiana. Respecto a la temperatura corporal se produce un cambio significativo, mientras que en la fase no mor el organismo reacciona tal como le corresponde por su condición de ser vivo homeotermo, es decir, que mantiene una temperatura corporal constante, responsable de los temblores o sudoraciones que pueden aparecer como respuesta a los cambios de temperatura ambientales. En la fase mor del sueño, el organismo reacciona como si fuera un ser vivo poiquilotermo, es decir, como lo son los peces o los anfibios, que adecuan su temperatura corporal a la del medio, apareciendo así en esta fase mor una especie de labilidad termorreguladora.

2.4 ESTRUCTURAS DEL SUEÑO

En el sistema límbico se integran las respuestas emocionales y los cambios vegetativos que las acompañan. Este sistema también juega un papel



importante en los procesos de consolidación de la memoria de corto a largo plazo. Además, el sistema límbico es una parte estratégica en la asociación de elementos sensoriales y emocionales, que permite la formación de los elementos cognitivos de la actividad mental.^{8,9} Ver figura 2

Existen tres regiones límbicas, el giro del cíngulo, el hipocampo y la amígdala del lóbulo temporal, que por sus características funcionales, son estructuras que pueden participar en la generación de los componentes emocionales y mentales de las ensoñaciones.¹⁰ La estimulación eléctrica del giro del cíngulo en el hombre, provoca fenómenos alucinatorios complejos, cambios emocionales, movimientos aculares rápidos y la sensación de estar soñando.¹¹

El hipocampo, como el giro del cíngulo, también integra el tono emocional de la información sensorial talámica. También se han observado cambios respiratorios y pupilares al estimular el hipocampo y su lesión disminuye el umbral a las reacciones emocionales (furia y conducta emocional exagerada). La estimulación eléctrica del hipocampo en el hombre provoca la detención respiratoria y fenómenos alucinatorios elaborados que son reportados como ensoñaciones por los pacientes. En estudios clínicos y experimentales, también se ha demostrado que en el hipocampo está relacionado con los procesos de consolidación de la memoria.¹²

La amígdala del lóbulo temporal recibe información visual, auditiva, somestésica y visceral, proveniente de los núcleos talámicos de revelo y del tallo cerebral. El papel de la amígdala en la generación de la conducta emocional e instintiva ha sido demostrado por numerosos investigadores. Su lesión o estimulación eléctrica provoca hipersexualidad, ansiedad, agresividad,

⁸ Doane W. K., Livingstone K.F. "The limbic system". Raven Press. New York. 1986.

⁹ Kotter R., Meyer N. (1992). "The limbic system. A review of its empirical foundation". Behav. Brain Res. 52:105-127.

¹⁰ Kaada B. R. "Cingulate posterior orbital, anterior insular and temporal pole cortex". J. Field. H. W. Magoun V.E., Hall (edi). Handbook of Physiology, American Physiological Society. Washington , D.C. pp.1346. 1960.

¹¹ Bancaud J., Talairach J., Geier S., Boins A., Trittier S., Manrique M. (1976). Manifestations comportementales induites par la stimulation électrique du gyrus singulaire antérieur chez l'homme" Ref. Neurol. Paris. 132:705-724.

¹² Pluta R., Lossinky A. S., Mossakowsky, M. J., Faso L., Wisniewsky H. M. (1991). "Reassessment of a new model of complete cerebral ischemia in rats". Acta Neuropatol. 83:1-11.



conductas de huida y ataque, dependiendo del núcleo amigdalino lesionado o estimulado. Asimismo la estimulación amigdalina produce cambios pupilares, variaciones de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca. Por otro lado, la amígdala junto con el hipocampo participan en los procesos de aprendizaje y consolidación de la memoria.^{13,14}

El papel que juega la amígdala en la integración de la emoción, los procesos de memoria y el control de respuestas, ha sido también confirmado en el hombre. Otro aspecto que ha destacado son los estudios clínicos de la participación de la amígdala en la generación de fenómenos alucinatorios complejos. La estimulación eléctrica amigdalina en pacientes provoca la sensación de miedo o temor, cambios repentinos del estado de ánimo, alucinaciones visuales y auditivas elaboradas, constituidas por reminiscencias de tipo personal (sexuales, afectiva, de placer, de miedo y de enojo). Además, los pacientes refieren que estos episodios alucinatorios les producen la sensación de estar soñando.

Varios autores han propuesto que el sueño MOR es un estado necesario para la consolidación de la memoria de corto a largo plazo, ya que la privación del sueño MOR provoca trastornos de la memoria y, por lo tanto, del aprendizaje^{15,16}

Los cambios electrofisiológicos del hipocampo y la amígdala durante el sueño MOR, indican la activación de estas regiones durante los fenómenos básicos que acompaña a los sueños. Es bien conocido que el hipocampo y la amígdala intervienen en la consolidación de la memoria. Por consiguiente que los potenciales que se generan en la región pontina (PGO) promuevan cambios en sus neuronas para favorecer la fijación de memorias a largo plazo. Los resultados experimentales indican un estado particular de excitabilidad

¹³ Aggleton J. P. The amygdala: Neurobiological aspects of emotion, memory, and mental dysfunction. Wiley-Liss. New York. pp. 1-615. 1992.

¹⁴ Roine R., Kajaste s., Kaste M. (1993). "Neurophysiological sequelae of cardiacarrest". J. Am. Med. Ass. 269: 237-242.

¹⁵ Raichle M.E., (1983)"The Pathophysiology of brain ischemia". Ann Neurol., 13:2-10.

¹⁶ Rolfsen M.L., Davis W.R.. "Cerebral function and preservation during cardiac arrest". Crit Care Med. 17:283-292 1989.



neuronal durante el sueño MOR y las ensoñaciones. Probablemente dicho estado de excitabilidad protege al cerebro para desempeñar funciones como la consolidación de la memoria, la reprogramación de conductas instintivas o bien, funciones de restauración, o de maduración cerebral.¹⁷

Cada vez se conocen mejor los mecanismos normales y fisiopatológicos relacionados con el dormir, para que una persona concilie el sueño o se mantenga en estado de vigilia. En la actualidad se piensa, por una parte, que existen sustancias cerebrales inductoras del sueño, principalmente la serotonina, acetilcolina y GABA, y en segundo lugar, otras sustancias que ayudan a mantener la vigilia denominadas catecolaminas: adrenalina, noradrenalina y dopamina.

Existen dos sistemas neuroanatómicos que sirven de sustrato al ciclo vigilia-sueño en los humanos. El primero denominado Sistema Inductor del Dormir y el segundo Sistema Inductor de la Vigilia. Estos se interrelacionan sincrónicamente de forma bastante precisa, hora tras hora y día tras día en el organismo. El sistema que induce la vigilia, mantiene los estados de alerta y garantiza la capacidad de concentración.

Por otro lado, el sistema que induce el dormir produce la aparición de los diferentes estadios o fases de sueño. Ambos sistemas están perfectamente sincronizados y para lograr un funcionamiento adecuado requieren de la maduración del Sistema Nervioso Central (SNC) durante los primeros años de vida. El niño gasta entre 12 y 18 meses en aprender a mantener la bipedestación y requiere un tiempo mayor para lograr un patrón de sueño de características adultas, el cual se consigue aproximadamente a los 3 años de edad. Este patrón de sueño adquirido es sensible a factores ambientales y situacionales, por ejemplo, los turnos de trabajo nocturnos son circunstancias que producen una desestructuración de los mecanismos mencionados y llevan a un funcionamiento inadecuado. Es la llamada desincronización circadiana.

¹⁷ José M. Calvo. "El sueño REM y el sistema límbico: Aspectos biológicos de las ensoñaciones". Javier Velásquez Moctezuma (eds.) Temas Selectos de Neurociencias. Universidad Autónoma Metropolitana. México D.F. pp. 127-148. 1995.



Los mecanismos neurofisiológicos que inducen los estados de vigilia tienen su sustrato anatómico en el Sistema Reticular Activador Ascendente (SARA). Allí se encuentra el Locus Cerúleos, localizado en el piso del cuarto ventrículo. Este núcleo gris central muy pequeño tiene la mayor cantidad de células noradrenérgicas ubicadas en el SNC. Estas células se interconectan en forma ascendente con la mayor parte de la corteza cerebral y en forma descendente difusa con el tronco cerebral. Se puede decir, que este pequeño núcleo gris central funciona como una lámpara, gobernada por un ritmo circadiano, que la hace encender y apagar según la presencia de oscilaciones circadianas, con ciclos infradianos de aproximadamente dos horas de duración.

El Locus Cerúleos tiene un ritmo circadiano durante el día, el cual se correlaciona bastante bien con la Curva de Temperatura Corporal Central (CTCC), es decir, cuando aumenta la temperatura, el Locus Cerúleos aumenta su actividad metabólica produciendo mayor cantidad de catecolaminas y lo contrario. Lo anterior ayuda a inducir estados de menor o mayor alerta. Se conoce por estudios realizados con Tomografía por Emisión de Positrones (PET) su mayor o menor metabolismo durante el ciclo vigilia sueño. Se sabe por ejemplo, que el ritmo de descarga de catecolaminas ocurre con una ciclicidad de alrededor de dos horas, correspondiendo la mayor producción catecolaminérgica con las horas de mayor hipertermia corporal.

Si se relacionan estos datos con la CTCC, medida en la recta y la curva de atención, se encuentra que a menor temperatura menor actividad del Locus Cerúleos y lo contrario. Esto explica que los periodos de mantenimiento de la atención oscilen durante el día y se correlacionen de manera directa con la mayor o menor temperatura corporal central.

Por otra parte, el Sistema Inductor del Dormir tiene su asiento en los núcleos grises posteriores del tronco cerebral. Estos núcleos se conectan con gran parte de la corteza cerebral y con el Haz Medial Frontal. Por medio de este sustrato neuroanatómico, se produce el efecto contrario al estado de vigilia, es decir, se induce el dormir. Aquí tienen papel central los núcleos grises del Rafé Dorsal secretores de serotonina y el Núcleo Gigante Celular de la Formación



Reticular productor de Acetilcolina. Vea Figura 1.

Sistema Límbico

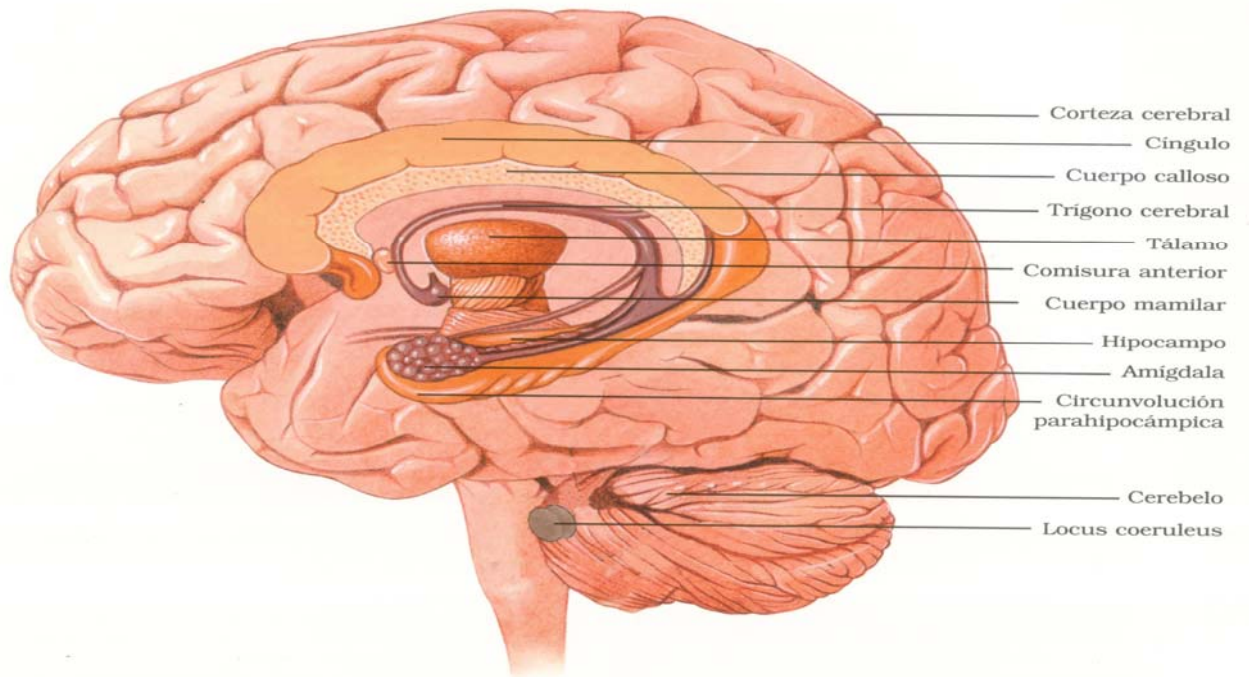


Figura 2. Estructuras neuroanatómicas relacionadas con el ciclo Vigilia-Sueño.

Para mayor complejidad en el entendimiento de estos mecanismos, existen factores internos y externos que influyen directamente en el ciclo vigilia-sueño, como son los relojes externos. El ciclo luz - oscuridad al que se ven sometidas las personas día a día, las diferentes claves sociales como el horario de las comidas, horarios laborales y escolares son algunos ejemplos. Igualmente, existen ritmos circadianos en la producción y regulación de sustancias hormonales como la Hormona del Crecimiento (GH), el Cortisol, la Melatonina (MLT) y la Prolactina (PRL), inducidos en gran parte por los "zeitgebers" (relojes internos o endógenos).

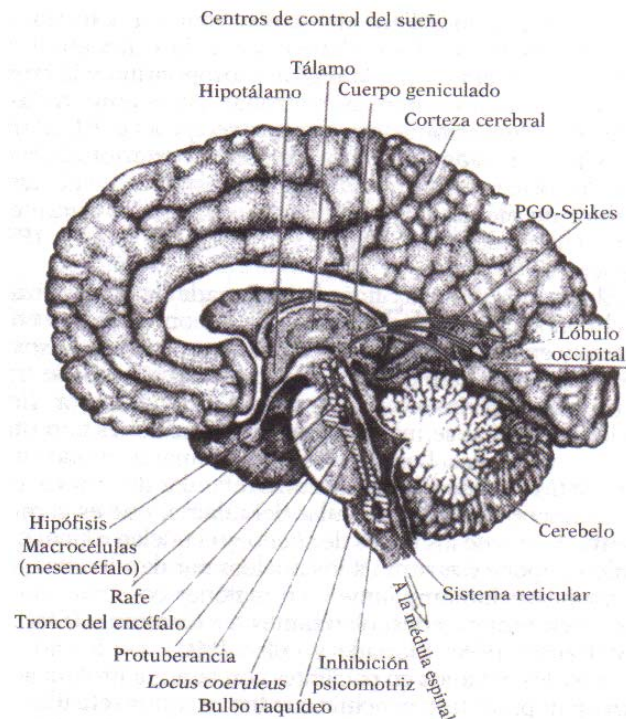
El hombre se ha cuestionado por siglos cual es la función del sueño. En la primera mitad del siglo pasado cobró importancia la teoría de la recuperación y reparación metabólica. En la segunda mitad del mismo siglo cambió esta concepción por el hallazgo del Sueño con movimientos oculares rápidos (Sueño MOR). Sin embargo, a pesar de numerosos descubrimientos en este campo, en la actualidad de la función del sueño poco se sabe.

Existen varias hipótesis sobre su función aunque en definitiva no se conoce cual es. De todas maneras se plantean las funciones reparadora, adaptativa, homeostática y de consolidación de algunas funciones cognoscitivas, según se trate de una u otra de las dos grandes fases del dormir, el estado de Sueño MOR o el estado de sueño No MOR.

Hasta la primera mitad del siglo pasado, se pensaba que el ser humano tenía básicamente dos estados vitales: el de vigilia y el de sueño. Se creía que el dormir era como un estado de hibernación, de reposo que servía para recuperar las fuerzas perdidas durante la jornada diaria. Es decir, el sueño era para recuperar el metabolismo gastado durante el estado de vigilia. La medicina se ha dedicado a estudiar el estado de vigilia, mientras que del estado de sueño comparativamente se sabe poco.

En los últimos 30 años se ha venido desarrollando la Medicina del Sueño aceleradamente y se han logrado clasificar hasta el momento alrededor de ochenta y cuatro trastornos del sueño diferentes. La mayoría claramente definidos y con criterios diagnósticos establecidos. Sin embargo, estas entidades patológicas son poco conocidas, incluso para los mismos médicos.





2.5 SECRECIÓN HORMONAL

Respecto a los cambios que se producen en la dinámica de la secreción hormonal hay que significar que la llamada hormona del crecimiento (STH) experimenta su pico de concentración máxima en sangre justo al poco tiempo de comenzar el período de sueño, como demostró en 1968 Takahasi, y posteriormente va paulatinamente descendiendo en el transcurso del mismo. Por el contrario el cortisol comienza a segregarse de una forma pulsátil al principio del período de sueño y aumenta progresivamente durante la noche por lo que su concentración es máxima al despertar. También todas las hormonas secretadas por la hipófisis y relacionadas con los órganos sexuales, las llamadas hormonas gonadotróficas, como la prolactina (PLH), la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteotrofa (LH) alcanzan normalmente valores máximos durante la noche. También otra hormona, secretada por la glándula pineal, llamada melatonina (MSH) está directamente relacionada con el ciclo del sueño/vigilia, dicha hormona fue aislada por primera vez en 1956 por un dermatólogo de Yale llamado Aaron Lerner. Esta hormona está directamente relacionada con la melanina que pigmenta nuestra piel, y es secretada únicamente durante la noche, cesando su producción durante el día.

Hoy se sabe que esta hormona posee una función muy particular, cuando nos exponemos a la luz del día, la glándula pineal suprime la producción de la misma siempre y cuando la intensidad de la luz sea de un mínimo de 2.500 lux., se ha demostrado que la exposición a grandes intensidades luminosas al anochecer retarda la aparición del punto más bajo de la curva de la temperatura corporal, que habitualmente se produce sobre las cuatro o cinco de la mañana, y también retarda el período del dormir, así pues parece ser que existe algún tipo de relación, aún por determinar, entre la secreción de la melatonina y la producción del ciclo sueño/vigilia. Este ciclo no se corresponde exactamente con un ciclo de 24 horas pues cuando se somete a un sujeto a condiciones experimentales de aislamiento absoluto, es decir, independientes del ritmo horario habitual, fuera del tiempo reglamentado por los relojes y privado del contacto con el ciclo natural del día y la noche, se observa en todos los casos que el ciclo sueño/vigilia se mantiene pero siempre se amplía una o dos horas, así pues parece ser que el ciclo sueño/vigilia "auténtico" es más bien próximo a las 25 horas que el ciclo natural en el que vivimos habitualmente, de ahí que reciba el nombre de ciclo circadiano, pues "circa" significa "cerca", de tal manera que nuestro ciclo sueño/vigilia es circadiano porque es aproximadamente de 24 horas. De esto se desprende que los sujetos tengamos que ajustar diariamente nuestro ciclo "natural" y endógeno al del medio ambiente que es algo más corto, es probable que en tal ajuste participe de alguna manera la melatonina.



Aunque el mérito del gran descubrimiento que supuso el ciclo del sueño y el sueño MOR corresponde sin duda a Aserensky y a Kleitman, y así se reconoce universalmente, el investigador que más se ha distinguido en el estudio del sueño y de los sueños es otro colaborador del equipo llamado William Dement. Al propio Dement le resulta difícil determinar con exactitud de quién fue la brillante idea de relacionar el sueño mor con el fenómeno onírico, sea como fuere, fue él el primero en comprobarlo pues su primera tarea en el laboratorio de Kleitman consistió precisamente en despertar a los sujetos sometidos a experimentación. Los resultados fueron espectaculares y concluyentes, la mayoría de los sujetos despertados durante el período mor relataban estar soñando, a diferencia de lo que ocurría cuando el despertar se producía en la

fase amor. En 1957 Kleitman y Dement publicaron un artículo que atrajo la atención de todos los investigadores interesados y disparó la posterior investigación sobre los sueños, pues fue el primero en que se describía la conexión entre la fase mor y los sueños.



CAPITULO

TRASCENDENCIA DEL DIAGNOSTICO

3. 1 TRASCENDENCIA DEL DIAGNÓSTICO

Es fundamental conocer cuáles son las consecuencias a corto, mediano o largo plazo de todos los trastornos del sueño.

En primer lugar, se debe tener presente que toda alteración relacionada con la cantidad o la calidad del sueño, repercute inmediatamente en el rendimiento diurno, sea en el plano social como en el laboral y el afectivo.

Las modificaciones del carácter, el malestar físico, el decaimiento o la excitación, ciertos estados depresivo-reactivos, los problemas de conducta y la disminución de la capacidad de aprendizaje en la edad escolar se relacionan, en una significativa proporción de casos, con dificultades que se producen durante el sueño nocturno, nunca diagnosticadas.

Tal situación debe tenerse en cuenta en todas las etapas de la vida, puesto que el sueño, si bien puede mostrar modificaciones a lo largo del tiempo, responde a un modelo estable en cada sujeto y sus patologías no están justificadas por las diferentes edades.

El interés y la importancia que tiene para nosotros la existencia del sueño mor radica en el hecho de que supone la evidencia, científicamente demostrada ahora, de que los sueños constituyen una actividad constante de la mente humana. Los individuos soñamos y soñamos mucho, todos los hombres y todos los días, y por un período de tiempo nada despreciable, más de hora y media, aproximadamente unos cien minutos cada noche. Así pues resulta difícil concebir que los sueños sean banales y carezcan de importancia, así como que el soñar no cumpla una función precisa en la complejidad del funcionamiento mental. No se equivocaba pues el venerable Sigmund cuando decidió enfatizar su atención a los sueños para desentrañar el misterioso mundo de la psicología y psicopatología humana, como no se equivocaron tantos otros que a lo largo de la historia intuyeron que los sueños encerraban algún tipo de verdad.



Como ya se dijo anteriormente existen diversos trastornos del sueño así como su exclusiva clasificación, siendo de mi interés solo especificar los trastornos del sueño, se describirá brevemente dando inicio con los Trastornos primarios del sueño (se subdividen en: Disomnias, caracterizadas por trastornos de la cantidad, calidad y horario del sueño; incluyen el insomnio primario, la hipersomnia primaria, la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano y la disomnia no especificada; y Parasomnias, caracterizadas por acontecimientos o conductas anormales asociadas al sueño, a sus fases específicas o a los momentos de transición sueño-vigilia; se incluyen aquí las pesadillas, los terrores nocturnos, el sonambulismo y la parasomnia no especificada).



Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental. Otros trastornos del sueño (trastorno del sueño debido a enfermedad médica y trastorno del sueño inducido por sustancias).

De tal manera, como ya se menciona en el capítulo anterior la importancia de los sueños para la psicología clínica ya que se pretende dar un servicio integral al paciente, para esto es necesario establecer un diagnóstico para el adecuado tratamiento, por lo que se requiere tener conocimientos acerca de los trastornos relacionados con el sueño, ya que este juega un papel importante para determinar el estado físico y anímico de quien acude a consulta, por lo tanto podemos inferir si tiene una enfermedad específica o bien alguna posible depresión, o la inducción del sueño por algún medicamento, misma situación nos podría llevar a pensar, que es lo que aquí me interesa la posibilidad del que el paciente tenga una ingesta de sustancias en su cuerpo, de tal manera que haré mención según la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de los trastornos y sus criterios para establecer los diagnósticos que nos interesa en este trabajo:

3.2 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL SUEÑO INDUCIDO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS SEGÚN EL DSM-IV

El paciente deberá presentar como mínimo dos de los criterios que a continuación se describen:

A. Alteración prominente del sueño de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física, o los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que el paciente 1 o 2 debe contar con uno u otro de los siguientes puntos:

1. Los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o la abstinencia, o dentro del mes siguiente
2. El fármaco está relacionado etiológicamente con la alteración del sueño

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas se explicarían mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o fármaco); los síntomas persisten por un período considerable de tiempo (p. ej. alrededor de 1 mes) tras el período agudo de abstinencia o intoxicación grave, o exceden claramente de los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias independiente (p. ej, una historia de episodios de carácter recurrente no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.



Nota: Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas excedan de los que habitualmente se asocian con la intoxicación o el síndrome de abstinencia, y cuando sean de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

3.3 CÓDIGO PARA EL TRASTORNO DEL SUEÑO INDUCIDO POR (SUSTANCIA ESPECÍFICA) DE ACUERDO AL DSM-IV

F10.8 Alcohol [291.8]

F15.8 Anfetamina [292.89]

F15.8 Cafeína [292.89]

F14.8 Cocaína [292.89]

F11.8 Opiáceos [292.89]

F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89]

F19.8 Otras sustancias (o desconocidas) [292.89]



3.4 CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

3.4.1 Trastorno del sueño inducido por sustancias

Muchas drogas producen alteraciones en las fases del sueño e insomnio. El alcohol por ejemplo suprime la fase MOR, y tras un periodo de consumo excesivo, cuando se deja de golpear de consumir es normal que aparezcan pesadillas por un “efecto de rebote” de la fase MOR.

3.4.2 Trastorno del sueño inducido por enfermedades médicas o psiquiátricas

Como se expone en los apartados correspondientes, el sueño se ve alterado en los trastornos de ansiedad, en la depresión y, en general, en casi cualquier trastorno psiquiátrico. También suceden alteraciones del sueño en enfermedades médicas que cursan con dolor, arritmias, etc. Muchos

medicamentos empleados en psiquiatría y en el resto de la medicina alteran también el sueño, unas veces aumentándolo (somnolencia) y otras disminuyéndolo (insomnio).

3.4.3 Trastorno del ritmo circadiano

Se trata de una inadecuación del “reloj” interno que regula los ritmos circadianos (que son ritmos biológicos que duran aproximadamente 24 horas, como el ciclo de sueño-vigilia, el ritmo de la secreción de ciertas hormonas, de la regulación de la temperatura, etc.). Las personas que sufren estos trastornos pueden sufrir un retraso o adelanto de la fase de sueño de modo que tienen sueño y tendencia a dormir respectivamente después o antes de lo normal en el uso horario geográfico en el que se vive (es decir, o no les entra sueño hasta bien entrada la noche y son incapaces de madrugar o, al revés, se duermen a media tarde y se despiertan en mitad de la noche). El denominado “jet lag” es un trastorno del sueño transitorio de retraso o adelanto de fase que se da en los vuelos con cambio importante de uso horario geográfico.



3.4.4 Insomnio primario

Se trata de un problema a la hora de conciliar el sueño, o una incapacidad de dormir bien durante la noche con sensación al despertarse de no haber descansado adecuadamente que no se debe a otra causa que produce somnolencia y malestar durante el día que interfiere con las actividades diarias. Para que el insomnio sea verdaderamente primario ha de descartarse la presencia de otra causa médica o psiquiátrica de insomnio (por ejemplo: depresión, consumo de alcohol).

3.4.5 Hipersomnia (o somnolencia primaria)

Al igual que en el caso anterior, consiste en un exceso de somnolencia diurna sin otra causa médica o psiquiátrica.

3.4.6 Pesadillas

Las pesadillas son sueños terroríficos que suceden en la fase MOR y que, como el resto de sueños que suceden en ésta fase, tienen la característica de que pueden ser recordados al despertar. Una pesadilla aislada es un fenómeno común que no se considera un problema del sueño ni requiere tratamiento. El problema surge cuando las pesadillas son tan frecuentes y despiertan tanto al individuo que su descanso se ve resentido, e interfiere con las actividades diarias.



3.4.7 Terrores nocturnos

Al contrario que las pesadillas, los terrores nocturnos son fenómenos propios de la fase no MOR, en las fases del sueño profundo, por lo cual no se guarda recuerdo de ellos al despertar, y son los acompañantes del durmiente los que relatan que, en medio de la noche, fueron despertados por un terrorífico grito, y al acudir a la habitación encontraron al paciente incorporado en la cama, sudoroso, temblando, con un rictus de terror en la cara. Los esfuerzos para despertarle sólo sirven a veces para aterrorizarle más, y cuando tras un rato de apariencia interminable (en realidad unos minutos) por fin se despierta, no recuerda nada de lo sucedido.

3.4.8 Sonambulismo

Es también un trastorno de las fases profundas del sueño, por lo que tampoco se recuerda nada al despertar. Consiste en movimientos y conductas complejas, que incluyen el caminar, y que tienen lugar durante el sueño de algunas personas. Al contrario de lo que se cree comúnmente, no es peligroso despertar a un sonámbulo, aunque al hacerlo éste se mostrará sorprendido y desorientado, hasta ser conducido a la cama donde volverá a caer dormido.

Las conductas durante el sonambulismo no suelen ser tan complejas como en la imaginación popular, pero son posibles los accidentes, a veces graves.

El tratamiento de los trastornos del sueño se basa en principios de higiene del sueño, como evitar sustancias que lo interfieran (café, alcohol o fármacos), dormir todos los días un número determinado de horas, siempre a la misma hora, no permanecer en la cama si no se está durmiendo, no intentar compensar con sueños fuera de horas, etc.; y cuando son necesarias pueden administrarse benzodiazepinas o algún otro hipnótico durante periodos cortos de tratamiento (ver apartado correspondiente).

La importancia de establecer un diagnóstico va ligado directamente con su propia conducta, ya que se observa que puede tener dos tipos de trastornos estos ocasionados por las sustancias así como, un tipo de estructura totalmente acorde con la situación, es decir se tiene que establecer objetivos terapéuticos precisos, ya que se puede observar por su discurso que tiene el ciclo del sueño invertido, sin grandes periodos de sueño mor, así mismo se determina que presenta un abuso en el consumo de sustancia ligado a un trastorno depresivo, por situación familiar directamente ligada con la familia, por otra parte se tiene que descartar daño orgánico por la misma falta de sueño.

Para lo cual se tiene que identificar exactamente los consumo es por eso que propongo una entrevista semi estructurada para la felicitación del diagnóstico, ya que en estos pacientes es muy común la comorbilidad.

Se presenta un caso para exponer la importancia que tiene el conocer la historia del paciente así como el tipo de consumidor, ya que es vital saber como es su consumo y que le pasa durante, antes y después del dicho anteriormente.





PROPUESTA DE ENTREVISTA

PROPUESTA DE ENTREVISTA

La intención de la presente tesina es la propuesta de una entrevista que esta diseñada para pacientes con problemas relacionados con el consumo de sustancias que a su vez esta íntimamente ligada con el trastorno del sueño esto para facilitar al terapeuta el indagatorio así como el diagnostico y el tratamiento.

Para ello es necesario tener en cuenta la concepción de entrevista que otros autores manejan, lo que facilitará que durante este capítulo no se pierda de vista el objetivo de este trabajo, dado que para la psicología clínica es fundamental el hecho de tener conocimiento de los aspectos relevantes del sujeto; se deben considerar varios aspectos entre los cuales se destaca la importancia de las técnicas para la adquisición de lo que se busca en la primera entrevista, de tal manera que se describirá brevemente cómo en sus inicios el Doctor Sigmud Freud en el artículo "Iniciación del tratamiento 1913" va conociendo la historia del paciente y la importancia que tiene para que este vaya verbalizando lo que le aqueja en ese momento, de tal manera que eso dio origen a diferentes tipos de entrevista que a lo largo del tiempo se han ido realizando, haré mención de lo que se hizo en su momento, para terminar describiendo la propuesta de entrevista.

Para Freud en la iniciación del tratamiento, el conocimiento de la historia clínica es parte del tratamiento, no un paso previo al mismo. En sus historiales, prodigio de minuciosidad descriptivo, encontraremos el orden riguroso que rige el relato patográfico. Se describirá lo que para el Doctor Sigmund es importante, menciona la relevancia de la regla que podemos señalar para la práctica del tratamiento psicoanalítico sugiriendo que al principio, sólo provisionalmente, y por una o dos semanas, puede trabajar con ellos, haciendo



énfasis en que el hecho, es un mero sondeo realizado para llegar a conocer el caso y decidir si le es o no aplicable el psicoanálisis.

Esta iniciación del tratamiento con un período de prueba, tiene como propósito establecer un diagnóstico tentativo.

En el artículo "Iniciación del tratamiento 1913" describe el porque es de relevancia el tener varias sesiones con el paciente antes de empezar el tratamiento propiamente dicho;

"La iniciación del tratamiento con un periodo de prueba así, fijado en algunas semanas, tiene además una motivación diagnóstica".

"No hay en la vida mas costoso que la enfermedad y laestupidez"¹



Como se puede dar cuenta habla de la importancia del diagnóstico diferencial, diciendo que si el psicoanalista yerra en su diagnóstico, incurrirá en una falta de carácter práctico, impondrá al paciente en un esfuerzo inútil y desacreditará su terapia. Otra de las cuestiones importantes que surgen al iniciar un análisis es la de concertar con el paciente las condiciones de tiempo y de dinero.

En general, relata que no importa cuál sea el discurso con que se inicie la entrevista; la historia del paciente, sus recuerdos infantiles, el historial de su enfermedad, esto es poner énfasis a lo que Freud denominó Asociación Libre, es decir dar importancia a lo que dice y la manera en que el paciente va narrando lo que a él le aqueja en ese momento. De esta manera se crea el primer modelo de entrevista psicodinámica, punto de partida para diferentes estilos de entrevista que hasta la fecha se han ido realizando.

Estos son los conceptos básicos para Sigmund Freud, partiendo como base para todo lo referente a la psicología, ya que del escrito retomado anteriormente podemos decir que hay un periodo de tiempo muy largo, porque

¹ Sigmund Freud. Obras Completas. Sobre la iniciación del tratamiento. Tomo XII Pag.121 Amorrortu 1986.

desde sus inicios a la fecha hay autores que en la primera sesión proponen entrevistas muy específicas, que se llevaran a cabo durante las primeras ocasiones en que se encuentren paciente terapeuta.

La entrevista tiene una doble función por un lado es un instrumento clínico de evaluación que investiga la conducta y la personalidad de los individuos, y por el otro funcionaria como técnica de intervención.

Diversos autores como Mackinnon y Michels en 1971 señalan que la entrevista inicial no es un encuentro arbitrario o al azar entre el psicólogo y paciente, se desarrolla a partir de ciencias básicas de la psicopatología y la Psicodinámica, para Vallejo Najera en 1952 considera que la entrevista debe de ir siempre dirigida con un buen rapport, provocando al paciente un estado de confianza, menciona también Sullivan en 1954 explica que la entrevista es una situación de comunicación verbal, sobre el tema específico experto-cliente, con el propósito de elucidar pautas características del entrevistado, lo que para Binghamt y Moore mencionan que la entrevista es una conversación seria que se propone un fin determinado, distinto del solo placer de la conversación, teniendo como metas recoger datos, investigar y motivar, Nahoum en 1968 opina que la entrevista puede ser libre, con o sin alguna estructuración y directiva o no directiva ya que esto ayudara al paciente a no sentirse presionado por solo contestar solo lo que se le pregunta, por ultimo y solo mencionando a los autores mas relevantes sobre el tema de la entrevista se dice que Bleger escribe en 1984 que la entrevista es un campo de trabajo, en el cual se investiga la conducta y la personalidad de los seres humanos, siendo esta un instrumento fundamental del método clínico y por lo tanto una tecnica de investigación científica. (Díaz 1998)

Lo que se propone en esta parte del trabajo de la tesina es que se debe tener en cuenta los conocimientos básicos de la psicopatología del sueño, de personalidad, del consumo de sustancias, esto sirve para poder tener dos



metas importantes para pacientes que presentan varias sintomatologías, estas son diagnóstico, y tratamiento terapéutico.

En base a los textos revisados sobre la entrevista es importante hacer mención lo que para Cicero Moreno menciona acerca de la entrevista;

“el límite entre la ciencia y el arte debe cumplir con los requerimientos de ambas....debe ser metodológica científica, sino también debe ser estética”²

Estos autores manejan de una manera muy natural los aspectos fundamentales dentro de una entrevista, Cicero refiere que para que se pueda establecer una buena entrevista se necesita de una buena comunicación donde el emisor y el receptor jueguen papeles fundamentales dado que para ellos los seres humanos tienden a comunicarse de manera verbal y de manera no verbal lo que lleva a los estados de establecer un lenguaje, donde este puede ser verbal o escrito, este puede ser entre dos personas o bien se establece solo consigo mismo.

La comunicación y los roles de emisor y receptor pueden intercambiarse en medida que pasa la entrevista, para esto es fundamental que no existan interferencias ya que dado el momento el entrevistado puede no ser un buen receptor, y viceversa.

4.1 ESPACIO LUGAR Y CULTURA

² Teoría y Técnica de la entrevista. Mario A. Cicero Sotero Moreno pag. 8 2000



Siguiendo con los mismo autores se describe la importancia del sitio donde se va a realizar la entrevista ya que este va a depender del ambiente social en donde se disponen a establecer la comunicación entre emisor y receptor, el área se basa en la personalidad del terapeuta ya que el estilo de la decoración va ha depender de la actitud del mismo.

4.2 LOS PARTICIPANTES

Para esta parte se requiere de dos o mas personas, pero en este trabajo solo se enfocará a dos personas involucradas en este proceso para ellos es de suma importancia destacar las características que debe poseer el entrevistador, ya que sin estas la comunicación no podrá fluir apropiadamente, así mismo podría no darse una alianza terapéutica adecuada, sin embargo lo mas relevante es lo el establecimiento de un diagnostico y tratamiento.

Lo que debe tener en cuenta el entrevistador son los conocimientos adecuados basándose en una metodología y principalmente en esta propuesta conocimientos bastos sobre la patología y los trastornos del sueño así como lo relacionado con el uso de sustancias, estando bien informado sobre estas modalidades ya que para esto es indispensable una inteligencia media, ya que se requiere de capacidad de abstracción razonamiento verbal y síntesis, mismas que le van a servir para dar el diagnostico adecuado.

Es indispensable que el entrevistador tenga tacto eso es porque se tocan áreas muy sensibles, sensibilidad, empatía para vincularse con los demás, humildad para reconocer los errores cometidos, capacidad de critica, tenacidad para no darse por vencido cuando se encuentre ante un caso difícil, madurez psicológica basado en el desarrollo adecuado del terapeuta identificando la contratransferencia, y por ultimo pero no la menos importante la actitud, integrada por la atención brindado hacia al paciente, comprensión, respeto, ayudar y aprender son las características mas relevantes, que se van ha dar entre entrevistador y entrevistado.



4.3 ETAPAS DE LA ENTREVISTA

Las etapas de la entrevista son tres apertura, reconocimiento, investigación detallada, clausura o cierre.

- a) **Apertura:** empieza cuando se recibe al entrevistador en el espacio destinado por el terapeuta.
- b) **Reconocimiento:** de la comunicación así como del caso para establecer un diagnóstico.
- c) **Investigación detallada:** indagar todo lo que sea de foco en el reconocimiento.
- d) **Clausura o cierre:** se recomienda hacer un resumen de lo más relevante encontrado durante la primera sesión.



4.4 TIPOS DE ENTREVISTA

Los tipos de entrevista son tres hoja en blanco, cuestionario y mixta. La que se utilizará en esta propuesta es la mixta, dado el tipo de paciente consultante ya que se requiere de facilitar al terapeuta el indagatorio y la especificación de todo lo relacionado con los trastornos del sueño y el consumo de sustancias.

Lo que a continuación se presenta es lo que propiamente le corresponde al entrevistador hacer, así como hasta llegar a la utilización del formato que se propone en esta tesis.

4.5 ACTITUD DEL ENTREVISTADOR

El inicio de esta entrevista es el primer contacto formal, cara a cara entre entrevistado y entrevistador, el cual se inicia con un saludo y presentándose con el paciente, se da inicio con un breve rapport para que él tenga la suficiente confianza de verbalizar el motivo de consulta, para la realización de la entrevista se le explicará que se tomara notas sobre lo que él vaya expresando, principalmente aquella información que se relacione con el consumo de

sustancias y trastornos del sueño, haciendo énfasis que el puede hablar con la mayor tranquilidad, ya que el hecho de que el entrevistador escriba no disminuye su atención a todo lo que el entrevistado va comentando.

II Para la primera parte se requiere una ficha de identificación, que a lo largo de la entrevista el paciente nos dará la información con la que se podrá llenar este formato, sin necesidad de ser demasiado estricta esta parte de la entrevista, el formato que se propone en este documento es el siguiente:



FICHA DE IDENTIFICACION

FECHA

NUM DE EXPEDIENTE

NOMBRE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

DIRECCION

EDO CIVIL

OCUPACION

EDAD

REFERENCIA

III Una vez hecho la ficha de identificación se le indicará que mencione todo lo relacionado con el consumo de sustancia para esto se realizó un cuadro que esta seccionado para facilitar la indagación del usuario de sustancia, se basó en los criterios del DSM-IV, ya que hay diversos criterios para especificar el tipo de sustancias, misma que ayuda para definir el tipo de consumidor que es el paciente. En esta sección también esta incluido lo que se relaciona con los trastornos del sueño.

Se formula esta división en relación con el DSM-IV para facilitar el diagnostico, ya que este se divide en:

Trastornos relacionados con sustancias {
Trastorno por consumo de sustancia
Trastorno inducido por sustancia



Trastorno por consumo de sustancia {
Dependencia de sustancia
Abuso de sustancia

Trastorno inducido por sustancia {
Abstinencia
Intoxicación

Para lo cual se establecen ciertos criterios para que el paciente encuadre en un diagnostico según la sustancia y el uso.

Para esto es importante describir brevemente los trastornos que se utilizan en el DSM-IV, dividiéndolos en dos parámetros importantes;

- a) Trastorno por consumo de sustancia
- b) Trastorno inducido por sustancia

Entendiéndose por cada uno lo siguiente:

a) Trastorno por consumo de sustancia

Son los que se relacionan con el consumo de drogas de abuso, con los efectos secundarios de medicamentos y con la exposición a sustancias tóxicas. En cuanto al consumo de sustancias, es importante la distinción entre abuso de sustancias y dependencia de sustancias para un buen diagnóstico.

1a. Abuso de sustancia

El abuso de sustancias ocurre cuando, durante al menos 1 año, la persona que consume incurre en actitudes como: es incapaz de cumplir con sus obligaciones (laborales, educacionales, etc.), debido al consumo; ingiere la o las sustancias en condiciones físicamente riesgosas; tiene problemas legales recurrentes debido al uso de sustancias, o sigue consumiendo a pesar de problemas persistentes de tipo social o interpersonal.

2a. Dependencia de sustancia

La dependencia de sustancias ocurre cuando, durante al menos 1 año, la persona experimenta un efecto de tolerancia (necesidad de consumir mayor cantidad para lograr el mismo efecto), el efecto de abstinencia (síntomas que siguen a la privación brusca del consumo), intenta disminuir el consumo y no puede, o consume más de lo que quisiera, y deja de hacer actividades importantes debido al consumo. Además, la persona sigue consumiendo a pesar de padecer un problema físico o psicológico persistente que dicha sustancia exacerba.

b) Trastornos inducidos por sustancia

Son los síntomas provocados por el consumo de drogas, asociados con los efectos secundarios de la sustancia tóxica.



1b. Intoxicación por sustancias

La intoxicación por sustancias es la aparición del síndrome reversible específico de la sustancia debido a su reciente ingestión. Los cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos debidos a los efectos fisiológicos directos de la sustancia sobre el sistema nervioso central y se presenta durante el consumo de sustancia o poco tiempo después. La intoxicación por sustancias se asocia con frecuencia a la dependencia o abuso de sustancias.

2b. Abstinencia de sustancias

La característica esencial de la abstinencia por sustancia consiste en la presencia de un cambio desadaptativo del comportamiento, con manifestaciones fisiológicas y cognitivas, debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancia. Los síntomas por abstinencia se presentan cuando las dosis se reducen o dejan de tomarse, mientras que los síntomas de la intoxicación mejoran cuando se interrumpe el consumo de la sustancia.

Sin embargo, el DSM-IV recoge una mayor cantidad de tipificación de sustancias tóxicas para lo cual se han dividido por sus efectos en el ser humano. Estas las vamos a ver en el cuadro en la primera columna. Ver pag. 58

Describiré a continuación a que se refiere y como debe ser llenada el recuadro que le corresponde a cada columna;

A.- La primera columna esta relacionada con la clasificación de la sustancia. Estimulantes, depresores, opiáceos, otras. Ver pag. 58

B.- La segunda columna nombra las sustancias legales e ilegales nombrándolas por su nombre científico; Ver pag. 58

Legales: bebidas alcohólicas y tabaco.

Ilegales: cocaína, cannabis, anfetaminas, alucinógenos, inhalantes, éxtasis,



morfina heroína etc.

C.- La tercera columna se refiere principalmente si el paciente **ALGUNA VEZ** en la vida ha consumido la sustancia, a esto le corresponde el recuadro de la primera columna, si es así, se recomienda poner (un signo) y si no es así dejar en blanco aquellas casillas de sustancias que no a consumido. Esta columna es abreviada por las letras de **A. V.** para facilitar el cuadro. Ver pag. 58

D.- La cuarta columna es muy clara ya que se escribe la edad en la que se inicio el paciente con alguna droga. Ver pag. 58

E.- La quinta columna va encaminada a la **FORMA DE ADMINISTRACIÓN**, es decir como consume el sujeto la sustancia, se describen las siguientes formas de administración, se anotara en el recuadro el numero que le corresponde:



1. Ingerida
2. Inyectada
3. Fumada
4. Aspirada

F.- La sexta columna esta dirigida al **ULTIMO CONSUMO**, específicamente al día en que el paciente tomo, ingerido, inhaló, la ultima dosis de la sustancia, para lo cual se escribe el día, la hora, los meses etc. Ver pag. 58

G.- La séptima columna se refiere a la cantidad que el paciente consumió, para lo cual se debe de tener en cuenta el tipo de presentación con la que se comercializan las drogas es decir, cómo son físicamente ya que aquí se escribirá detalladamente la cantidad exacta, por ejemplo; “un churro” se refiere a un cigarro completo de marihuana, “una piedra” equivale a una dosis de cocaína sólida, “una linea” es igual a cocaína en polvo, “un chocho” quiere decir una pastilla de anfetamina. La importancia de este cuadro así como la columna del tiempo son fundamentales ya que con estas se puede determinar el tipo de trastorno que presenta según el DSM-IV. Ver pag. 58

H.- La octava columna habla de la **ABSTINENCIA** utilizando la sigla **ABST**, se recomienda poner el número que ya se tiene asignado y que corresponde a un

	Cocaína								
Estimulantes	Anfetaminas								
	Metanfetaminas								
	Extasis								
	Plantas								
	Alucinógenos								
	Lsd								
	Pcp								
Depresores	Benzodiacepinas								
	Rohypnol								
	Sedantes								
	Hipnóticos								
Opiaceos	Opio								
	Morfina								
	Heroína								
Otras									
				1.-Ingerida 2.-Inyectada 3.-Fumada 4.-Aspirada			1 2 3 4 5	1.- Mat 2.- Ves 3.- Noc	

- 1.- Sin interrupción
- 2.-De 1 a 3 meses
- 3.- Más de 3 y hasta 6 meses
- 4.- Más de 6 y hasta 9 meses
- 5.-Más de 9 meses

Este cuadro facilitara el proceso de entrevista en relación al consumo, y los posibles trastornos del sueño esto es con la finalidad de obtener en menor tiempo del indagatorio la información referente al consumo y los trastornos relacionados con el mismo.

Al mismo tiempo se pretende adquirir información acerca del antecedente de acciones contra el uso de sustancias (todo lo relacionado con el deseo de dejar de consumir, desde por iniciativa propia, grupos de autoayuda, así como tratamiento psicológico), por otra parte las condicionantes de la solicitud del

tratamiento (legal, familiar, social, de trabajo), principalmente horarios del consumo, esto para observar si existe directamente un trastorno del sueño, también es importante saber con quien consume ya que esto nos va a determinar el tipo de personalidad que tiene, así como la manera en que se inició en el consumo, los juegos de azar y la sexualidad son aspectos que no se debe dejar pasar por alto en estos pacientes ya que en ocasiones suelen combinar dichas actividades, sin restarle importancia y el área familiar y el área socioafectiva (amigos, pareja) esto es para saber la estructura psíquica del paciente, el objetivo es indagar todo esto por medio de las primeras entrevistas, sin ser requerimiento que en la primera sesión se obtenga esta información ya que se sugiere que el paciente hable sin restricciones, esto en el caso de que el paciente sea candidato para la terapia psicodinámica.

El aumento en las demandas de tratamiento derivadas del consumo de sustancias ilegales constituyen el cambio más significativo que, en los últimos años, se ha experimentado en el campo de los trastornos adictivos en nuestro país; correspondiéndose dicho aumento, sin ninguna duda, de forma lineal con el aumento considerable de dicho consumo por parte de la población general.

La importancia de la entrevista es muy relevante ya que con esta se puede definir indudablemente el tipo de personalidad del entrevistado, así como los trastornos explícitos con lo que el paciente llega, misma información recabada va a servir al terapeuta para determinar el trastorno implícito con la problemática que éste manifieste, para lo cual es necesario que el terapeuta cuente con las herramientas necesarias para un buen diagnóstico.

Siendo en primera instancia la entrevista fundamental para plantear un diagnóstico tentativo, se considera de fundamental relevancia lo que el paciente va diciendo ya que a la par se establece un diagnóstico para poder establecer un plan terapéutico a tratar con el entrevistado. Se ha destacado la importancia de que el paciente llegue solo con algún motivo manifiesto, es ahí donde la propuesta del cuadro entra, porque se debe de considerar si el paciente acude a terapia por una demanda terciaria, cual es en realidad el

motivo latente, así como la combinación indudablemente del tipo de trastorno, esto es la comorbilidad de trastornos.

Específicamente siendo esto parte de este trabajo se ha visto la existencia de la comorbilidad entre trastornos de personalidad y trastornos por consumo de sustancias legales (alcohol, tabaco) y las ilegales (cocaína, marihuana, metanfetaminas, anfetaminas, opiáceos etc) es uno de los aspectos que más interés suscita tanto a los clínicos con actividad centrada en los trastornos adictivos como a aquellos interesados en los trastornos de personalidad.

Confirmamos una importante comorbilidad entre dependencia de sustancias ilegales o legales y, especialmente, trastornos de personalidad así como una alta combinación de varios trastornos de personalidad en consumidores de sustancia. Es aquí donde el recuadro propuesto no evoca para la facilidad de diagnosticar ya que se ha observado que pacientes consumidores presentan una alteración en su ciclo del sueño, esto en muchas ocasiones sin saber por parte del paciente.

Para finalizar se especifica que la evolución del tratamiento, va a determinar que el paciente tenga conciencia de enfermedad.

A continuación se relata un caso para poder identificar lo propuesto en este trabajo, así como la sugerencia del llenado de los formatos.

CASO 1

Sujeto de 22 años, con estudios truncaos a nivel medio superior, de compleción delgada, alto, de tez morena oscura de cabello oscuro con corte varonil. Su postura corporal es ligeramente encorvada; son evidentes algunas manifestaciones emocionales (enojo, llanto, risa), durante la primera entrevista, así mismo mantiene poco contacto visual.



Su edad cronológica no corresponde a la manifiesta, ya que su apariencia es de unos años mayor. Asiste a las sesiones con buen estado de aliño y limpieza.

Se expresa con pocos movimientos manuales, su vocabulario es pobre, se expresa con modismos, lo que al principio le causa vergüenza, pero posteriormente habla libremente.

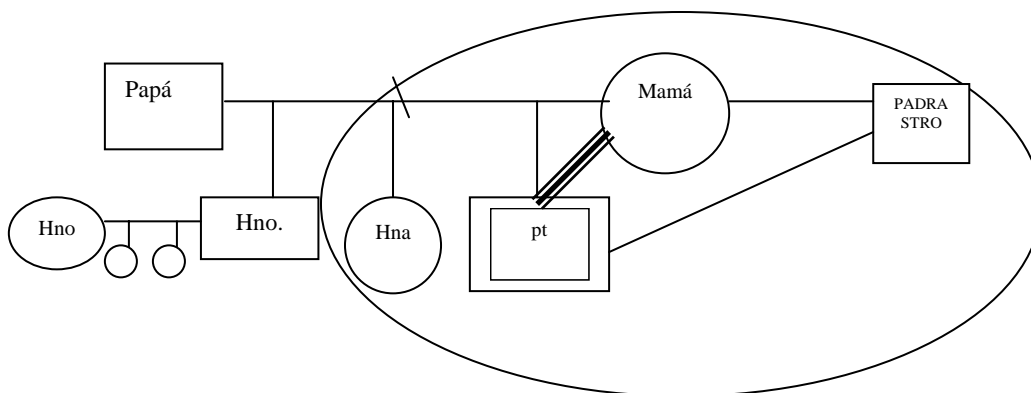
Ubicado en las tres esferas, se expresa es fuerte rápido, pensamiento organizado, con contenido de ideas reales y concretas.

Llega a consulta por demanda terciaria, ya que últimamente a presentado abusos en su consumo de sustancias tales como anfetaminas, barbitúricos, alcohol, tabaco, y cocaína.

Aquí se puede observar que el sujeto presenta una Dependencia a la sustancias, basada en los criterios que se utilizan en el DSM-IV correspondiéndole la siguiente clasificación; Trastornos por consumo de cocaína, F14.2x Dependencia de cocaína 304.20, F14.1 Abuso de cocaína 305.60, F17.2x Dependencia de nicotina 305.10, F13.1 Abuso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos 305.40, F13.8 Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, F10.1 Abuso de alcohol 305.00, F10.2x Dependencia del alcohol 303.90



FAMILIAGRAMA



La familia nuclear esta formada por madre, esposo de la madre y tres hermanos siendo él el menor, menciona que su infancia no fue muy agradable ya que vivieron una situación inestable con su padre biológico (el cual es también consumidor de sustancias desconoce cuales, consumo que da como resultado entre otras cosas violencia intrafamiliar y la separación del núcleo familiar), recuerda que su padre era una persona muy imperativa referente al juego ya que no les permitía jugar con juguetes lúdicos, o diversos juegos infantiles, el paciente y su hermano solo tenían que utilizar los guantes de box, siendo ese su juego recreativo, recuerda que la única manera de comunicarse con su padre era a través de insultos y demostrando que la “virilidad”, solo puede manifestarse de esta manera, exhibiéndose constantemente y mostrándoles que es como según su padre debe ser el ser hombre, de lo contrario no existe como persona, todo lo anterior es según el padre era con el fin de enseñarles la rudeza, ya que esta es la forma en la que van a salir adelante.

Expresa que de adolescente convivía mucho con sus primos y amigos, por esta misma época, su madre se separa de su esposo, padre del paciente, la señora tiene un periodo sin vincularse afectivamente, hasta que conoce a su actual pareja, con el que tiene diez años de convivencia aproximadamente, la señora decide vivir en unión libre, para lo cual que el paciente el trato ha sido muy variado ya que el padrastro a sido una figura importante en su vida porque es a él a quien llama papá mientras que a su padre biológico solo le dice el con un apelativo con el que al paciente también lo conocen, el paciente muestra afecto solo cuando esta intoxicado, el padrastro es quien le comunica las reglas del hogar y esté recibe sus regaños solo en periodos de sobriedad le reprocha expresándole que él no es su padre por lo tanto no puede hacerle caso.

Con sus hermanos la convivencia es prácticamente escasa ya que ha sido marginado por su condición de consumidor, su hermano mayor presentó también un periodo de abuso de cocaína, alcohol, y tabaco abandonando las sustancias ilegales, mientras que su hermana con una profesión, señala que tiene poco contacto con ella ya que es la que mas lo rechaza se refiere a él con apelativos despectivos, tales como “drogadicto, vago entre otros”, también



frecuentemente le critica los gustos por las mujeres, ya que para ella son personas poco productivas y feas con problemas similares a los de su hermano.

La comunicación con su madre es a través de los dobles mensajes y al parecer han tenido límites difusos. Su padrastro tiende a establecer límites claros mismos que son cuartados por su madre. Que finalmente accede y pareciera que favorece las conductas del paciente.

Su progenitora toma la decisión, según ella, para que su hijo se haga responsable dejarle una vinatería donde él es el encargado, expresa que es aquí donde inicia su calvario ya que conoció a una mujer cuatro años más grande que él y se enamoró, mantuvo una relación inestable terminaban y regresaban, innumerable veces durante la relación, ella era consumidora de cocaína él cree que solo lo utilizaba para sacarle dinero, en una ocasión ella le dijo que si quería estar con ella tenía que ser sic. “entrarle si es que me quieres coger y amar”. Él inicia su etapa con las sustancias ilegales, cuando esa relación se termina él comienza con el abuso de alcohol y cocaína. Lo cual lleva a la quiebra ese negocio por su descuido constante y utilizar las ganancias para su adicción.

Decide regresar a los negocios de su familia que se encuentran en una zona clasificada de alto riesgo y es ahí donde la cocaína la cambia por pastillas, volviéndose en su combinación más frecuente, durante el día consume cocaína y por la noche sigue consumiendo lo mismo pero ahora lo mezcla con pastillas, alcohol, y tabaco. Lo que lo lleva a un problema a la hora de conciliar el sueño, o una incapacidad de dormir bien, y cuando lo logra presenta terrores nocturnos, cuando el paciente relata estos lo hace de manera muy vívida, desde como es que se incorpora y se describe a sí mismo en esos momentos como tembloroso, sudoroso y siente tener un rictus de terror en la cara.

Después de lo relatado, el paciente trata de incorporarse a sus actividades normales donde él es funcional a pesar del tipo de dependencia que presenta, sin embargo tiene poco éxito ya que está constantemente pensando en



consumir esto debido a que se cree que tiene que ingerir, para evitar la resaca, sin embargo durante el día va presentando trastornos relacionados con el sueño pueden sufrir un retraso o adelanto de la fase de sueño de modo que tienen sueño y tendencia a dormir respectivamente después o antes de lo normal en el uso horario (es decir, o no les entra sueño hasta bien entrada la noche y son incapaces de madrugar o, al revés, se duermen a media tarde y se despiertan en mitad de la noche).

Se puede observar que el sujeto presenta trastornos según los criterios que se utilizan en el DSM-IV tales como; Código para el trastorno del sueño inducido por (sustancia específica) F10.8 Alcohol [291.8], F15.8 Anfetamina [292.89], F14.8 Cocaína [292.89], F13.8 Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [292.89], estos trastornos se relacionan con los del sueño presentando Trastorno del sueño inducido por sustancias, terrores nocturnos, insomnio primario, trastorno del ritmo circadiana.

Refiere que hace tiempo decide iniciar una relación de pareja con un chica de su edad, la cual es descrita por su familia de origen como atractiva, sin embargo ella al ver su adicción decide terminar con él, este se entera que esta embarazada decide drogarse toda la noche por el dolor que ese hecho le causa, pero estando drogado la busca y se entera de que ese hijo es de su padre biológico, nuevamente se va a continuar ingiriendo “chochos, piedra, alcohol, y tabaco” (esto es metaanfetaminas, cocaína,) pero al ver que ya no hay mas dinero, toma la decisión de robar a transeúntes para poder obtener beneficios para su dosis y calmar este mismo dolor. Después de pensarlo mucho tiene un enfrentamiento con su padre quien lo insulta y le dice que le falta mucho para ser como el, situación donde decide no usar la fuerza física, ni verbal, dándose la vuelta para ir a comprar mas cocaína, en este periodo se sale de su casa donde comienza con una adicción física y psicológica que lo lleva a experimentar cosas nuevas tales como mantener relaciones sexuales con dos hombres al mismo tiempo, se agudizan sus conductas delictivas robo con arma, hasta llegar a balacear por cuidar su vida, esto es al tener un enfrentamiento con la ley. Después de experimentar esto ultimo, decide regresar a su casa y lo mandan fuera del Distrito Federal para que se calmen las cosas, y evitar que sea aprendido por la policía.



El paciente ha estado en procesos de desintoxicación, tales como, grupos de autoayuda, internamientos para la desintoxicación, grupos especializados en adicciones donde participan profesionales multidisciplinarios, su estancia en todos los lugares mencionados siempre fue muy breve e incluso no llegó a terminar su tratamiento, esto lo hacía solo para tranquilizar las demandas de sus padres. Porque en realidad no le interesaba dejar de intoxicarse. Al ser cuestionado cual era la diferencia entre esta y las otras intervenciones para dejar de drogarse el paciente contesta que ya está cansado de esa vida.

En un aparente interés por la terapia acude por demanda terciaria y desesperado porque desea que se le quiten esos pensamientos recurrentes en cuanto al consumo así como trabajar su odio a su padre y el porque se mete en relaciones amorosas poco satisfactorias, ya que se ha identificado que cada vez que termina con una pareja presenta abusos, estos normalmente son nocturnos y por periodos largos, lo que hace que se sienta mal físicamente por los efectos de la droga.

En este caso se puede identificar claramente la comorbilidad de los trastornos, es decir la existencia de dos o más problemas, siendo evidente que presenta, una adicción a las sustancias legales e ilegales, así como los trastornos relacionados a este siendo específicamente el que nos lleva a realizar este trabajo sobre el trastorno del sueño inducido por sustancias, misma situación está entrelazado con una posiblemente depresión, ansiedad, y sentimientos ambivalentes hacia sus progenitores.

Siendo lo más importante la entrevista inicial y el uso adecuado de esta, para lo cual se sugiere que se aplique de la siguiente manera.

Ejemplo del llenado de los formatos propuestos para la iniciación del tratamiento específico de pacientes con uso de sustancias y la relación que presentan con los trastornos del sueño, para lo cual se basó en el relato del caso anterior.

FICHA DE IDENTIFICACION

FECHA

8-ENERO-

NUM DE EXPEDIENTE

0635

PEDRO XXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXX

NOMBRE APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

CALZADA DE GUADALUPE #5897

DIRECCION

SOLTERO DESEMPLEADO /COMERCIANTE 22 AÑOS

EDO CIVIL OCUPACION EDAD

PSIQUIATRA JOSE MANUEL

REFERENCIA

GLORIA MIRANDA XXX XXXXXXX

TUTOR TELEFONO

DIAGNOSTICO TENTATIVO

DEPENDENCIA A COCAINA, NICOTINA, ABUSO DE ALCOHOL,

ABUSO DE SOMNIFEROS, TRASTORNOS DEL SUEÑO

PROXIMA CITA ABIERTA EL PACIENTE CONFIRMA

PLAN TERAPEUTICO

IDENTIFICAR LOS FACTORES EXTERNOS ASOCIADOS

AL COMUSUMO

OBSERVACIONES

NO HAY CONCIENCIA DE

TERAPEUTA _____

TABLA PARA ESPECIFICAR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

	SUSTANCIA	A.V.	EDAD	FORMA DE ADM.	ULTIMO CONSUMO	DOSIS	ABST	TURNO	R.S
	Tabaco	X	14	3	EN LA MAÑANA	5 CIG.	1	MAT	5 HRS
	Bebidas Alcohólicas	X		1	UN DIA	1LT	2	VES NOC	4 HRS
	Cannabis	X	15	3	TRES Y MEDIO M.	1 CIG	3	NOC	6 HRS
	Inhalables								
	Cocaína	X	18	3,4	UN DIA	8 PIEDRAS	1	VES NOC	4 HRS
Estimulantes	Anfetaminas	X	19	1	UN DIA	2 CHOCHOS	1	NOC	9 HRS
	Metanfetaminas	X	20	1	QUINCE DIAS	3 PASTILLAS	1	NOC	10 HRS
	Extasis								
	Plantas								
	Alucinógenos								
	Lsd								
	Pcp								
Depresores	Benzodiacepinas	X	17	1	QUINCE DIAS	1 PASTILLA	1	NOC MAT	6 HRS
	Rohypnol	X	16	1	UN MES	23 GOTAS	1	VES NOC	9 HRS
	Sedantes								
	Hipnóticos								
Opiaceos	Opio								
	Morfina								
	Heroína								
Otras									

1.-Ingerida 2.-Inyectada 3.-Fumada 4.-Aspirada	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">1.- Mat</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">2.- Ves</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">3.- Noc</td> <td></td> </tr> </table>	1										2										3								1.- Mat		4								2.- Ves		5								3.- Noc	
1																																																			
2																																																			
3								1.- Mat																																											
4								2.- Ves																																											
5								3.- Noc																																											

- 1.- Sin interrupción
- 2.- De 1 a 3 meses
- 3.- Más de 3 y hasta 6 meses
- 4.- Más de 6 y hasta 9 meses
- 5.- Más de 9 meses



CONCLUSIONES

Iniciar a escribir las conclusiones de este trabajo es algo interesante ya que el objetivo principal de esta tesina es hacer una propuesta de entrevista inicial rescatando las ideas principales de los pioneros de las técnicas de entrevista, haciendo una revisión metodológica de Sigmund Freud hasta llegar a lo que hoy en día podemos conocer como psicodinámica, sin dejar de lado la metodología del entrevistados así como la estructura psíquica del entrevistado.

Quise destacar puntos muy importantes como son los conocimientos de los trastornos del sueño ya que es ahí donde inicia esta larga travesía, por el intrigante mundo del sueño y sus relaciones con los seres humanos, para lo cual me di a la tarea de buscar desde sus primeros encuentros con el individuo, destacando la vital importancia que se tenía en una primera época, donde eran ocupados de manera diferente es decir tomaban en cuenta las ensoñaciones sin tener presente lo fisiológico, esto es, desde antes de cristo hasta llegar aproximadamente a 1920 con los descubrimientos a cerca de las relaciones del sueño y los procesos cognoscitivos, siendo estos los mas importante.

Haciendo énfasis en los trastornos del sueño y su relación directamente con todo aquello que aqueja al ser humano, para lo cual me base en el DSM-IV y la Asociación Mundial de los Trastornos del Sueño, siendo de suma importancia el conocimiento de las estructuras cerebrales de las cuales hacen uso para la complementación de un ciclo del sueño, ya que se destacan cuatro estadios básicos, por lo que sin esto existen grandes deterioros mentales.

Así mismo se redactó la clasificación de los trastornos del sueño, dividiéndolas en parasomnias y disomnias, esta última es la que aquí tomamos en cuenta, ya que se trata de relacionar las causas, así como las que entran en esta clasificación, ya que existe un rubro que abarca, un trastorno por consumo de droga, para lo cual se hace un énfasis determinante, porque al ingerir una sustancia que un organismo no segrega, causa efectos a largo y a corto plazo, para esto integro un caso clínico para que se pueda observar la existencia de



un trastorno por consumo de sustancia y el trastorno de sueño inducido por sustancia, lo que se destacó la comorbilidad.

Quizás sorprenda que al observar cómo muchas de estas afecciones no son trastornos del sueño propiamente dichos, sino consecuencia de otros factores ambientales o de nuestro propio organismo.

La entrevista no es un encuentro fortuito o arbitrario entre el psicólogo y paciente. Es una sesión informativa donde el entrevistador juega un papel muy importante, para lo cual el entrevistador debe estar muy atento a todo lo expresado y el cómo lo expresa, porque de ahí se irán descartando algún tipo de problemática con el sujeto que solicita el tratamiento, mismo que está vinculado directamente con los datos que arroja desde el inicio del contacto.



Se realizó un formato de entrevista inicial, esto para facilitar el indagatorio, principalmente lo que se asocia con el consumo de sustancia, y la higiene del sueño, ya que con los datos arrojados, se puede llegar con mayor facilidad a establecer un diagnóstico y un plan terapéutico, porque existen cuadros donde se puede dar cuenta el entrevistador que tipo de consumidor es y si tiene algún trastorno por consumo de droga alcohol, nicotina o un trastorno inducido por uso de sustancia, todo fue basado en el DSM-IV, al mismo tiempo se utilizó los descubrimientos de los trastornos del sueño, todo esto se realizó con la finalidad de poder establecer un diagnóstico diferencial a la primera entrevista y poder devolverle algo al paciente acerca de su problemática, ya que para las sesiones consecutivas se trabajará sobre la combinación de estos dos trastornos y el tipo de personalidad del paciente, identificando realmente cuál es el motivo de consulta.

Se ha dicho que la entrevista es un arte más bien que una ciencia, una habilidad que puede adquirirse pero que, probablemente, no puede enseñarse. Por lo tanto se puede resaltar que la utilización de este formato va a depender de la personalidad del terapeuta así como su interés que este tenga, tomándose como base mínimo tres sesiones de entrevista, de la cual la primera se recomienda la utilización de lo ya mencionado, para las consecutivas, va a

depender de la corriente teórica del terapéutica así como la facilidad el palabra que tenga el paciente.

Posteriormente se puede dar cuenta en este trabajo la relevancia que debe tener el terapeuta a cerca de la psicopatología del sueño y de la estructura de personalidad del paciente dado que, es muy probable que exista la comorbilidad del los trastornos, recalcando que el terapeuta debe de establecer un plan terapéutico sin dejar de lado los posibles problemas con lo que se va ha encontrar al tratar de indagar a cerca de ciertas cosas que al paciente le incomoden, determinando que el éxito del tratamiento es el correcto diagnostico del paciente y el tratamiento a seguir, por que sin estos es como establecer un charla de café, asi como la describen algunos autores en los textos revisados, pero sin restarle la mayor relevancia si no por decir que es la mas importante la disposición del paciente para darle continuidad a un tratamiento psicológico.



Es importante hacer mención que la primera entrevista es fundamental, esto es, que si el lugar es incomodo para el paciente o no tiene las condiciones ambientales adecuadas será difícil la interacción adecuada entre los dos sujetos o mas si es el caso, donde el entrevistado debe poseer procesos cognitivos de alto nivel y principalmente tener tacto para el indagatorio, por lo que el respeto es de suma relevancia, porque durante las etapas de la entrevista el terapeuta debe de haber establecido un diagnostico tentativo, esto se obtendrá por medio de la escucha detallada sobre la información compartida por el paciente.

De tal manera se destaco que la entrevista inicial debe ser un encuentro cordial y con apertura de parte de los interesados, pero sobresaliendo la del entrevistado, mientras que el entrevistador esta obligado a demostrar amabilidad y bastos conocimientos de las técnicas de entrevista y tomar en cuenta siempre el código ético del psicólogo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aguirre A. y cols. Trastornos del sueño en la infancia. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial. España 1992.

Arístides, Elio: "El Discurso sagrado", "Parva Naturalis". Akal, 1989.

Artemidoro: "La Interpretación de los Sueños". E. Ruiz, Gredos nº 128. Madrid 1998.

Arnoldo Tellez. Trastornos del sueño diagnostico y tratamiento. 2a ed. México Trillas, 1998.

Becker B. Insomnio. Plaza & Janaes. España. 1995.

Bleger J. Temas de Psicología. Nueva Vision Buenos Aires 1971.

Borbely Alexander. El secreto del sueño nuevos caminos y conocimientos. Siglo veintiuno. España 1993.

. Mexico: Siglo XXI 1986.

Brailowsky S. Las Sustancias de los Sueños Neurofarmacología. Paciencia para todos 1999.

Capelletti, Ángel J.: "Las Teorías del sueño en la Filosofía Antigua". Caracas. 1984.

Cardano, Gerolamo: "El Libro de los Sueños". Asociación Española de Neuropsiquiatría", Madrid 1999.

Cicero F. Mario A., Moreno C. Sotero. Teoría y Técnica de la entrevista. Impromar. 2000.

Ciceron, Marco Tulio De senectute. de amicitia. de divinatione Cicero. Cambridge, Massachusetts : Harvard university, 1971.

Coderch J. Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica.

Corsi Cabrera, Maria. Psicología del sueño / Maria Corsi Cabrera. México Trillas 1983.

Dement, Kryeger & Roth : "Principles & Practice of Sleep Medicine". Saunders Company.

Descartes, Rene: "Meditaciones Metafísicas".

Díaz Portillo Isabel. Técnica de la Entrevista Psicodinámica: Pax México.1998.

Fattori, Marta: "I sogno nel Medioevo". Roma 1985.

Fernández G. A. "Dormir y Soñar", en R de la Fuente y F.J. alvarez, Biología de la mente Pags, 288-306, México. El Colegio Nacional de fondo de Cultura Economica. 1998.

Foulkes, David: "Gramática de los Sueños". Paidós 1982.

G. Bischof, H.-J. Rumpf, C. Meyer, U. Hapke & U. John. Influence of psychiatric comorbidity in alcohol-dependent subjects in a representative population survey on treatment utilization and natural recovery. Addiction. 2005 Marzo 100 (3).

Goethe: "Conversaciones con Eckerman".

Hartmann Ernest. Funciones del sueño fisiológico. Pag. 33. Labor. Barcelona 1997.

Hipócrates: "Tratados Hipocráticos", Libro IV del Tratado sobre la Dieta.

Hobson Allan. El cerebro soñador. Fondo de Cultura Económica México 1994.

Jagot c. El insomnio vencido. Iberia. Barcelona 1986

Jiménez C. Ulises. Alteraciones del sueño en fumadores cronicos. Tesis UNAM. México 2003.

Jouvet Michel. "El Sueño y los Sueños". Fondo de Cultura Económica México 1998.

Kant, Emmanuel: "Los Sueños de un Visionario".

Keats Daphne. La entrevista perfecta manual para obtener toda la información necesaria en cualquier tipo de entrevista Daphne M. Keats tr. Susana Almeida de Clave. México, D. F. Pax México 1992.

La entrevista provechosa. Tim Hindle. Barcelona : Grijalbo, c1998

La entrevista psicologica. Buenos aires. Kapelusz 1961.

Lavie, Peretz: "El Fascinante Mundo de los Sueños". Crítica Grijalbo Mondadori 1997.

Mackinnon R., Michels R. Psiquiatría Clínica Aplicada. Interamericana México. 1973.

Mancia, Mauro: "El Sueño como religión de la Mente". Tecnipublicaciones, Grupo Editorial Yébenes 1989.

Mancia, Mauro: "Historia del sueño". Biblioteca Nueva 1999.

Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales DSM-IV. Criterios de Diagnósticos. Masson.1995.

Medicina del sueño: aspectos basicos y clinicos Javier Velazquez Moctezuma, coord. México Sociedad Mexicana de Sueño UAM Unidad Iztapalapa 1997.

Nicéforo: "Libro dei sogno". Ass. Studi Tardoantichi. Nápoles 1980.

Othmer, Ekkehard. DSM-IV la entrevista clinica Ekkehard Othmer, Sieglinde C. Othmer tr. Joan Salva Coll, Susana Araya La Rivera, Xavier Torres Mata. Barcelona México Masson 1996.

Platon Dialogos Platon. Mexico, d. f. : Espasa-Calpe, 1986.

Raich, Rosa M. El sueno y sus trastornos / Rosa m. raich, m. dolores de la calzada. Barcelona Martinez Roca 1992.

Reite, Martin Evaluacion y manejo de los trastornos del sueño Martin Reite, John Ruddy, México D. F. Manual Moderno 2002.

Roldan R. Enrique. Estudio fisiológico del sueño. Tesis UNAM. México 1967.

Salisbury. Giovanni "Polícratus". Oxonii, Edit. Webb, 1909.

Sastre R. Víctor F. Mas alla del olvido. Tesis UNAM. México 1997.

Schmit, J. C.I sogno nel Medioevo. Ateneo. Roma, 1985.

Schopenhauer, Arthur: "El Mundo como Voluntad y Representación". Edit Porrua México 1987.

Sigmund Freud. Obras Completas. Sobre la iniciación del tratamiento. Tomo XII Pag.121 Amorrortu 1986.

Sueño y procesos cognitivos Platon. Madrid Sintesis, x1996.

Sullivan H. La entrevista Psiquiatria. México Nueva Imagen 1990.

Teorías sobre la justicia en los diálogos de platón iii: Politico, leyes y epinomis Estudio. México Porrua UNAM, Instituto de Investigaciones Filosoficas, 1988.

Tratados hipocraticos / Introd. gral. carlos garcia gual ; introds., trs. y notas por c. garcia gual, Madrid : Gredos, 1983-1999.

Wundt. "Elementos de Psicología Fisiológica".1987.