



**UNIVERSIDAD LATINA S.C.
INCORPORADA A LA UNAM**

**“LA INTERPRETACIÓN PSICOANALÍTICA DEL SUEÑO,
ESTRATEGIA PSICOLÓGICA PARA EL DIAGNÓSTICO
DE ESQUIZOFRENIA”**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

ALMA LAURA CASTILLO CRUZ

ASESOR:

DR. RENÉ ESTRADA CERVANTES



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

Dedicatoria

Primeramente le agradezco a Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida por los triunfos y momentos difíciles en los cuales el me llena de fe, esperanza y fuerzas para conseguir mis propósitos.

Les agradezco y dedico con todo mi amor la presente tesina, a mis padres: Laura Cruz Avelar y Héctor M. Castillo Montes de Oca por todo su apoyo tanto económico, moral y afectivo, por acompañarme durante todo mi trayecto estudiantil y de vida, por cada uno de sus consejos que me han sabido guiar para culminar mi carrera profesional.

A mis hermanos amados Héctor y Paulina, por su apoyo y comprensión, gracias por todas sus palabras de aliento que me ayudaron a no decaer y seguir adelante, hasta conseguir mis ideales.

A mis amigos Berenice, María, Thalía, Jessica, Mérida y Eduardo por su gran amistad, apoyo y cariño, les agradezco por creer en mí y por acompañarme en cada uno de mis triunfos.

Al profesor Erick Gómez Cobos y mi asesor el profesor Rene Estrada gracias por su tiempo, comprensión, consejos y apoyo así como la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

A la memoria de Octavio Castillo y Efraín Cruz y cada una de las personas que me alentaron en su momento para ser cada día mejor persona y alcanzar mis sueños con todo mi amor.

Índice

Introducción.....	6
Planteamiento del Problema.....	8
Justificación.....	9
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	10
Capitulo 1. El sueño	
1.1Conceptos.....	11
1.2Antecedentes del sueño.....	14
1.3Fisiología del sueño.....	18
1.4El sueño y la psicología.....	23
1.5Alteraciones psicológicas del sueño.....	25
Capitulo 2.. Psicoanálisis	
2.1Antecedentes del psicoanálisis.....	28
2.2Origen psicoanalítico del sueño.....	30
2.3Psicopatología y los sueños.....	35

2.4 Interpretación de los sueños.....	37
---------------------------------------	----

Capitulo 3. Esquizofrenía

3.1 Concepto de enfermedad mental.....	43
--	----

3.1.1 Definición psiquiátrica de esquizofrenia.....	45
---	----

3.1.2 Definición Psicoanalítica de esquizofrenia.....	46
---	----

3.2 Causas.....	49
-----------------	----

3.3 Síntomas.....	53
-------------------	----

3.3.1 Síntomas positivos.....	53
-------------------------------	----

3.3.2 Síntomas negativos.....	58
-------------------------------	----

3.4 Cuadro clínico.....	59
-------------------------	----

3.5 Evaluación y diagnóstico.....	66
-----------------------------------	----

3.6 Pronóstico.....	69
---------------------	----

3.7 Tratamiento.....	69
----------------------	----

Conclusión.....	71
-----------------	----

Referencias.....	74
------------------	----

Introducción

El sueño como un producto psíquico el cual como menciona el psicoanalista más reconocido Sigmund Freud, es la vía regia a nuestro inconsciente. Los sueños han sido hasta nuestros días considerados un fenómeno de sumo interés en diversas áreas de la ciencia, sin embargo, en este trabajo se pretende identificar la importancia que reviste la interpretación de éstos bajo el enfoque psicoanalítico, lo cual nos permite abrir un nuevo panorama a la psicología adoptando este fenómeno onírico como una estrategia para el diagnóstico de esquizofrenia.

En la presente tesina se abarca en el primer capítulo, el concepto del sueño desde distintas áreas de estudio como es la psicología, neurociencia y el psicoanálisis, así como los antecedentes del sueño. En este mismo capítulo se hace una descripción fisiológica, así como aportaciones del funcionamiento y alteraciones del sueño.

En el segundo capítulo se aborda el sueño comenzando por antecedentes y génesis del mismo, desde el enfoque psicoanalítico, a partir de aportaciones de autores psicoanalistas, finalizando con diversos métodos de interpretación de los sueños.

En el tercer capítulo se expone el trastorno de esquizofrenia, iniciando con una descripción acerca de la evolución de dicho concepto por diversos autores y asociaciones de la salud mental, así como la definición psicoanalítica y

psiquiátrica otorgada. Se resaltan las causas, síntomas y el cuadro clínico, finalizando con la evaluación y diagnóstico.

Presentando la metodología con la que se realizó esta tesina la cual presenta objetivo general, objetivos específicos, la pregunta de investigación y el planteamiento del problema.

Planteamiento del problema

Actualmente la psicología cuenta con herramientas que le permiten realizar diagnósticos clínicos, sin embargo la psiquiatría también se ha valido de estas, por lo cual el proceso de evaluación psicológica de un paciente, previo al diagnóstico, se encuentra limitado y en ocasiones difuso.

A pesar de las pruebas psicológicas ya existentes aun es complicado diagnosticar la esquizofrenia, refiriéndome concretamente a esta, ya que según la OMS (Organización Mundial de la Salud) es una de las enfermedades mentales más graves y recurrentes en desarrollarse especialmente en personas con un rango de edad de 15 a 30 años, por diversas circunstancias. Sin embargo, se ha llegado al diagnóstico mediante una serie de estudios y pruebas que llevan un largo periodo de tiempo, basándose principalmente en el cambio de personalidad que se observa en el paciente, el cual presenta una serie de síntomas, clasificados en el DSM-IV y actualmente en el DSM-V tomando en cuenta que existen importantes diferencias entre los síntomas de los distintos pacientes y en su mayor parte, no se manifiestan todos los síntomas expuestos, y en muchas ocasiones causa confusión.

El diagnóstico de esquizofrenia tiene como utilidad en cuanto al tratamiento farmacológico, dejando de lado el aspecto psicológico, el cual tiene una gran importancia y relevancia tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento del paciente.

Lo anterior permite resaltar la importancia que tiene la interpretación de los sueños, el cual ocupa una posición especial en el psicoanálisis, por lo que este fenómeno de la vida psíquica nos revela con claridad y en forma tan accesible para su estudio los procesos mentales inconscientes, así como diferenciar las impresiones sensoriales de un sueño manifiesto y de un estado en vigilia, identificando los síntomas patológicos de la esquizofrenia.

De acuerdo con lo anterior, es notable que al no contar con esta estrategia psicológica para el diagnóstico clínico de esquizofrenia, este se encuentre empobrecido, así como su proceso psicoterapéutico, lo cual ocasiona una mayor angustia y resistencia por el paciente ante la evaluación psicológica.

Justificación

Esta investigación teórica tiene como propósito fundamental el promover una estrategia que complemente el trabajo psicodinámico que se realiza en el diagnóstico de pacientes, específicamente pacientes con esquizofrenia, es evidente que una de las enfermedades más complejas de diagnosticar es la esquizofrenia, por la diversidad de síntomas que se presentan y que varían de un paciente y otro. Actualmente contamos con herramientas psicológicas que han ayudado a dar un diagnóstico cada vez más preciso, como entrevista, pruebas psicométricas, y exámenes de gabinete. Sin embargo aun con todos estos sistemas diagnósticos, siguen existiendo múltiples limitantes que generan dudas, contradicciones y angustias al paciente.

Teniendo en cuenta lo anterior propongo la interpretación psicoanalítica del sueño, como una estrategia psicológica para el diagnóstico de esquizofrenia. Esta estrategia permite a los psicólogos tener un mayor acercamiento con el paciente, así como disminuir sus resistencias, angustias, miedos y ansiedad en el proceso de diagnóstico, teniendo esta estrategia como punto de partida para el diseño de prácticas terapéuticas, obteniendo en el diagnóstico una mayor fiabilidad y un mejor trabajo multidisciplinario.

Objetivo general

Identificar la importancia que reviste la interpretación bajo el enfoque psicoanalítico del sueño, como estrategia psicológica para diagnosticar esquizofrenia. Punto de partida para el diseño de prácticas terapéuticas.

Objetivos específicos

- Señalar la importancia que tiene la interpretación psicoanalítica del sueño como estrategia psicológica, para el diagnóstico de esquizofrenia.
- Identificar los factores psicológicos del sueño que derivan en el diagnóstico de esquizofrenia.

Capítulo 1. El sueño

El sueño es un tema de sumo interés para la ciencia, tanto en su aspecto fisiológico, como psicológico y sin descartar la importancia que tienen los sueños en la mitología, a través de la historia y de distintos estudios varias ciencias interesadas en este concepto le han dado cada una su propia definición como son la neurociencia, psicología, psiquiatría, medicina entre otras. Aquí se muestra una definición del sueño.

“Las imágenes y secuencias de eventos que se “perciben” mientras dormimos se denominan sueños o ensueño” (Ardila, 2005,p.135).

Siempre se había pensado que el sueño era un estado de inactividad, gracias a varios estudios realizados; actualmente se puede decir que durante el sueño nuestro cerebro está en constante e intensa actividad, por lo tanto a todas las imágenes e historias vividas durante nuestro dormir es a lo que se le conoce como sueños.

1.1 Conceptos

La neurociencia, que es aquella disciplina que se encarga de estudiar la estructura y la función así como el desarrollo del sistema nervioso y las patologías del mismo, sin dejar de lado las bases biológicas de la conducta, tiene su propio concepto del sueño:

Un estado regulado homeostáticamente y enlazado con precisión con el estado de vigilia- sueño (CV-S. El CV-S es un ciclo circadiano – próximo a las 24 horas- en el que podemos distinguir bioeléctrica y corporalmente numerosas fases. (Velayos, 2009,p.585).

La psicología que es una ciencia que se encarga del estudio y análisis del comportamiento y de los procesos psicológicos, como es la cognición, el afecto y la conducta. También es una ciencia que ha elaborado su concepto del sueño al cual lo concibe como:

(Actividad mental que se desarrolla mientras se duerme y de la que se pueden conservar, después de despertar, imágenes, pensamientos, emociones que caracterizaron a la escena onírica. Esta, completamente gobernada por las leyes de la afectividad, presenta una estructuración por entero separada de los principios que regulan al pensamiento lógico y a la orientación en la realidad, sobre todo por lo que se refiere a los principios de identidad, de causalidad, de no contradicción y a las coordenadas espacio- temporales, que experimentan profundas alteraciones respecto a la experiencia diurna). (Galimberti, 2011,p.1032).

El psicoanálisis, con Freud, (1900) asigna al sueño un significado psicológico que se puede encontrar mediante la interpretación que traza a la inversa el camino recorrido en el trabajo del sueño que transforma en el contenido latente en contenido manifiesto. El trabajo del sueño no es creativo sino transformativo. (Galimberti, 2011, p. 1034).

Como ya se analizó en cada uno de los conceptos antes expuestos, el sueño marca su relevancia en la vida del hombre, tanto como un proceso de equilibrio y regulador durante el dormir, así como la relación que tiene el sueño con la vida de vigilia, lo cual nos genera imágenes, respuestas afectivas y escenas en los sueños; las mismas pueden ser en muchas ocasiones recordadas, y seguir vivenciándolas en el transcurso del sueño. Cabe resaltar que para el psicoanálisis, el sueño no solo lo estudia desde un aspecto mecánico, sino desde su aspecto representativo y significativo, pues por medio de este proceso se puede llegar al inconsciente del soñante. El sueño es hablando metafóricamente comparado con el arte de hacer un poema, pero no solo se queda en la parte artística, sino que se pasa a la parte analítica, en la cual el arte toma un sentido, así mismo en el sueño donde se enmarcan sus representaciones, significados y aspectos que lo enlazan con la vida de vigilia. (Freud, 1900).

1.2 Antecedentes del sueño

El sueño es un proceso enigmático hasta nuestra actualidad, es un estado que ha adquirido diversos significados otorgados por los hombres, tratando de darle sentido y relevancia a la vida onírica, por lo cual, se han desarrollado con el paso del tiempo diversas historias que nos exponen la evolución de este concepto.

El estudio de los sueños data desde el año 3000 A.C. el cual no se consideraba como un proceso fisiológico, sino como experiencia del alma, espíritus del más allá con la finalidad comunicativa premonitoria. Retomando la Biblia como ejemplo, específicamente en el Antiguo Testamento donde también destacan algunas interpretaciones de los sueños que realizó el hebreo José, quien interpreto el sueño del faraón egipcio: las siete vacas gordas que salieron del Nilo, seguidas por siete vacas flacas, fueron interpretadas como siete años de abundancia, seguidos por siete años de escasez. (Anwandter, 2006).

En Egipto los sacerdotes jugaban un papel importante en los sueños, eran ellos quienes los interpretaban y eran escritos en jeroglíficos. A las personas con sueños similares e importantes se les creía bendecidas y se consideraban especiales. Aquellos que tenían el don de interpretar los sueños eran muy solicitados y tratados especialmente. (Anwandter, 2006).

De la misma manera en otros lados los sueños tenían este valor premonitorio de enfermedades, escasez etc. Así mismo, en las épocas de los griegos y los romanos, los intérpretes de sueños acompañaban a líderes militares en las batallas, pues los sueños eran sumamente importantes y frecuentemente considerados como los mensajes de los Dioses. Los sueños no solo tenían un poder premonitor sino también eran considerados proféticos, era un oráculo o augurio de los espíritus, pues en estos sueños frecuentemente se buscaba señales de advertencia y consejos, así como también por medio de los sueños se dictaron las acciones de los líderes políticos y militares, ayudaron en el diagnóstico a aquellos que practicaban medicina. Los sueños eran un herramienta de vital importancia para los sanadores, pues de esa manera conocían cual era la enfermedad del soñador. (Anwandter, 2006).

Tomando en cuenta a Aristóteles, uno de los filósofos más conocidos quien mostró gran interés por los sueños, los cuales eran de índole demoniaca, y no divina, pues consideraba la naturaleza demoniaca y no divina, por lo tanto, el sueño no surgiría de una revelación sobrenatural, sino que este obedece a las leyes del espíritu humano. Así mismo explicaba algunos caracteres que se presentan en la vida onírica, que el sueño amplifica pequeños estímulos que sobrevienen durante el dormir (se cree estar atravesando un fuego y abrasarse en

él, cuando en verdad solo ocurre un calentamiento insignificante de este o de aquel miembro). Y de esta conducta extrae la conclusión de que los sueños bien pueden revelar al médico los primeros indicios, todavía imperceptibles durante el día, de una alteración corporal incipiente. (Freud, 1900).

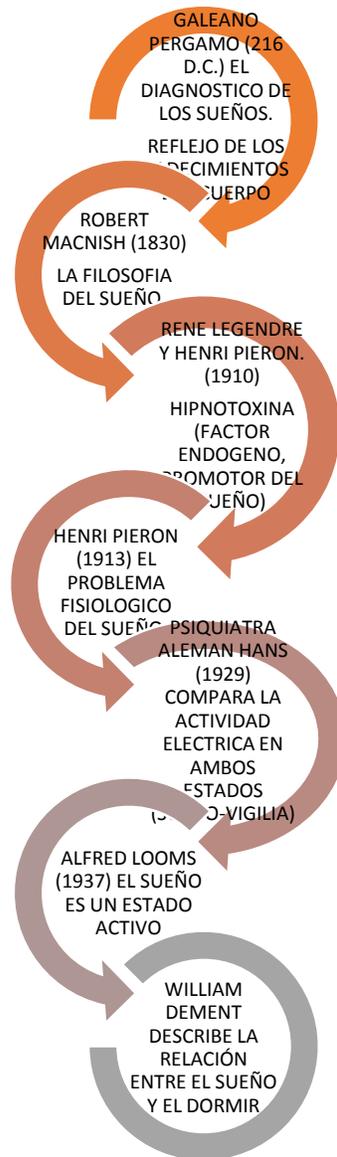
Posteriormente en otro estudio que se hizo del sueño, Macrobio y Artemidoro, exponen que los sueños se dividían en dos clases. La primera sólo era influida por el presente o el pasado, pero carecía de significación para el futuro, en cambio, la otra clase se consideraba significativa para el porvenir; a ella pertenecen: 1) el augurio directo que se recibe en sueños; 2) la predicción de un acontecimiento inminente, y 3) el sueño simbólico, que requería explicación. (Freud, 1900).

A finales del siglo XVIII, los sueños habían perdido aparentemente la importancia que habían adoptado a través de los siglos y se les concebía como producto de la ansiedad, por lo tanto, no se le daba significado alguno.

En el siglo XX Sigmund Freud, el padre del psicoanálisis, originario de Viena, es quien nuevamente retoma el polémico e interesante tema de los sueños, provocando una revolución en la sociedad, al publicar su obra “La interpretación de los sueños” (Freud, 1900).

El sueño hoy en día no ha dejado de ser un tema de investigación interesante, pues si en un momento el sueño ya sea como premonitor, augurio, o predicción ha sido un fenómeno que da grandes aportaciones; hoy con más razón se considera que es un factor que como estrategia y fenómeno psicológico sigue aportando más avances y técnicas para su estudio, así como para la psicoterapia y el diagnóstico.

A continuación se presenta un esquema del sueño y la línea del tiempo:



1.1 Esquema que ilustra el estudio fisiológico del sueño a través del tiempo

1.3 Fisiología del sueño

Durante el sueño se cree estar en un periodo de tranquilidad, al dejar las tensiones o actividades que se realizan durante el día, sin embargo, ocurre una gran cantidad de actividad durante la noche, siendo un estado muy diverso. El cual se puede detectar a través de un

electroencefalograma, que nos proporciona una medición de la actividad eléctrica del cerebro, este proceso se lleva a cabo cuando las sondas de una máquina de EEG se adhieren por medio de electrodos al cuero cabelludo y se graban los ritmos eléctricos de las neuronas de descanso, quedando de manifiesto que el cerebro está activo durante la noche. Los instrumentos que miden los movimientos musculares y oculares también revelan mucho de la actividad física.

La clasificación de las 5 fases del sueño se realiza a partir del registro de diferentes parámetros electrofisiológicos, que nos permiten identificar sus principales características se describen a continuación:

- Fase I. Fase de sueño ligero: se percibe la mayoría de estímulos que suceden a nuestro alrededor (auditivos y táctiles). El sueño en fase I es poco o nada reparador. En esta fase de sueño, la actividad cerebral combina el patrón alfa con el theta de baja amplitud. El tono muscular está disminuido en relación con la vigilia y aparecen movimientos oculares lentos. (Fernández y Ruíz 2010).
- Fase II. Se produce un bloqueo de los inputs sensoriales en el tálamo, es decir nuestro sistema nervioso bloquea las vías de acceso de la información sensorial. Hay una desconexión del entorno lo que facilita la conducta de dormir. Es parcialmente reparador, lo que sugiere que no es suficiente para descansar completamente. En la fase II de sueño, la

actividad cerebral es predominante theta, aunque aparecen algunas salvas de ondas delta. Son características de esta fase los spindles o husos de sueño y los complejos K. El tono muscular es menor que en la fase I, y desaparecen los movimientos oculares. (Fernández y Ruíz 2010).

- Fase III. El bloqueo sensorial se intensifica en relación con la fase II, lo que indica una mayor profundidad de sueño. Si la persona se despertara en esta fase, se encontraría confuso y desorientado. Es esencial para que la persona descanse subjetivamente. En esta fase, la actividad cerebral es preferentemente delta, aunque con presencia de actividad theta. El tono muscular es aún más reducido que en fase II, y tampoco hay movimientos oculares. (Fernández y Ruíz 2010).
- Fase IV. Hay una mayor profundidad del sueño, en la que la actividad cerebral es más lenta (predominio de actividad delta). Es un período esencial para la restauración física y, sobre todo, psíquica del organismo (déficits de fase III y IV provocan somnolencia diurna). El tono muscular está muy reducido. Aunque no es la fase típica de los sueños, en algunas ocasiones pueden aparecer. Los sueños de la fase IV son en forma de imágenes, luces, figuras, y nunca en forma de historia. La fase en la que se manifiestan alteraciones tan conocidas como el sonambulismo o los terrores nocturnos. (Fernández y Ruíz 2010).
- Fase REM. Es la fase en que tenemos los sueños típicos, lo que se presentan en forma de narración. La actividad eléctrica cerebral de esta

fase es rápida, mayoritariamente theta de baja amplitud, con ráfagas de actividad beta. El tono muscular es nulo, lo que impide que representemos aquello que soñamos. Las alteraciones más típicas de esta fase son las pesadillas, el sueño REM sin atonía y la parálisis del sueño. (Fernández y Ruíz 2010).

En la última fase del sueño REM, se presentan algunas características, como la alteración de la percepción, manifestándose en alucinaciones, o que las imágenes cambien rápidamente, que estas mismas sean raras o estrafalarias ante la percepción del soñante, teniendo en cuenta en este aspecto que las imágenes percibidas tienen relación con la vida cotidiana. Los sueños en la fase REM suelen ser a veces tan vívidos por el soñante que causa confusión al no saber si se está dormido o despierto. (Feldman, 2005).

Durante el proceso del sueño la reflexión racional está ausente o muy reducida, sin embargo en otros estudios se considera que la reflexión, como el autocontrol y otras formas metacognitivas son más comunes de lo que se pensaba. Otra de las características de esta fase es que los sueños tienen una empobrecida estabilidad en la orientación, como lo es en los lugares, las épocas y las personas se fusionan de forma plástica incongruente y discontinua. Al soñar se crean historias esto con la finalidad de integrar todos los elementos del mismo en una narrativa lógica, en la cual hay una intensificación de las emociones, especialmente el miedo y la ansiedad, que

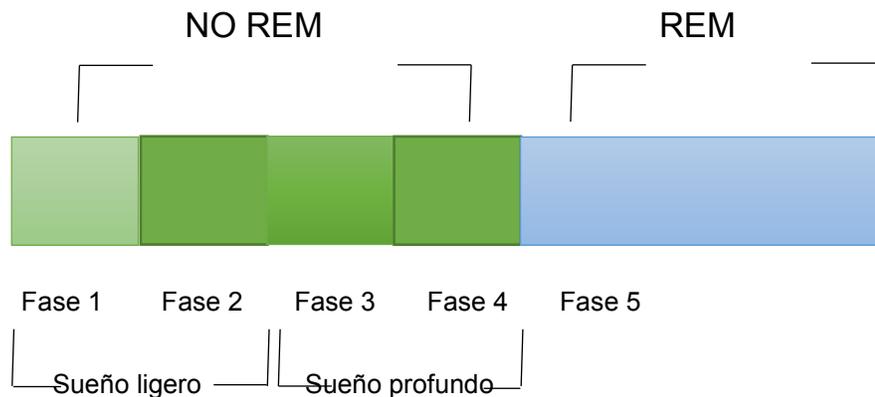
parecen integrarse en las actividades más raras del sueño, sin dejar de lado la presencia de programas instintivos, esto quiere decir que aparecen sensaciones de luchar o huir que pueden actuar también como organizadores de la cognición en el sueño. El soñador raramente considera la posibilidad de controlar realmente el flujo de los sucesos del sueño y en las pocas ocasiones que esto ocurre, el que sueña solo lo puede ganar en lucidez y por pocos segundos. (Ardila, 2005).

No obstante todas estas características que suceden en el sueño, propios de la fase REM, tienen sus bases anatómicas, mostrando activación del sistema reticular el cual activa el tronco del encéfalo y del prosencéfalo basal, estas estructuras se encuentran activas durante la vigilia. Las modalidades psicológicas que se manifiestan durante el sueño son consecuencia de la misma activación de estructuras específicas del cerebro como son; los núcleos talámicos relé, los cuales reciben la estimulación sensorial. Los fenómenos emotivos durante esta fase son debido a la activación de las estructuras límbicas (amígdala y corteza singular). De esta forma los ganglios basales y el cerebelo regulan la motricidad (los movimientos ficticios de los sueños). Las imágenes visuales en el sueño son resultado de la activación de la corteza asociativa (lobulillo parietal inferior y corteza occipitotemporal). El sueño tiene una característica muy importante que es la falta de lógica en los razonamientos que se experimentan durante el proceso onírico, la cual es sustentada anatómicamente ya que la corteza

prefrontal se encuentra inactiva por lo tanto los procesos mentales están inhibidos, sin embargo es curioso que el soñante al despertar pueda recordar su sueño, al estar activo el tálamo medial, la amígdala, el hipocampo, la corteza orbitofrontal y la corteza asociativa, los cuales consolidan la memoria que es uno de los procesos mentales. (Cardinal, 2007,p. 408-445).

Cabe mencionar que mientras se está soñando principalmente durante la primera parte del sueño se manifiesta un proceso conocido como NREM (sueño profundo), dichos sueños son abstractos (ensoñaciones), por lo tanto estos sueños contienen representaciones de las preocupaciones cotidianas, siendo más de pensamiento que de imágenes. (Cardinal, 2007).

En el siguiente esquema se presentan las fases del sueño NREM Y REM.



1.4 El sueño y la psicología

La psicología también considera al sueño como una actividad mental la cual ocurre mientras nos encontramos dormidos, pero que todo aquello que se vivió en sueños se recupera al despertar, a través de la narrativa de este, recordando pensamientos, sensaciones e imágenes. Otras de las funciones del sueño son el descanso, y el conservar la energía para restaurar el organismo y así mismo limpiar los productos de desecho que se generan durante la actividad, reflejándose en nuestra vida psíquica. Siendo un sistema particularmente de alto mantenimiento, el sistema nervioso requiere una considerable restauración. Muchos animales han encontrado nichos temporales – esto es, algún tipo de ciclo diario de actividad y descanso – y la evolución ha tomado ventaja de los periodos para el mismo y usa el tiempo para restaurar el sistema nervioso.

Cuando hay luz, la información de los ojos va a una región pequeña del cerebro (el núcleo supraquiasmático) e impide que libere una hormona llamada melatonina. Cuando está oscuro, la melatonina es liberada y nos dice que durmamos. (Coon, 2005).

A medida que estamos más cerca del despertar durante estos ciclos, somos capaces de desarrollar memorias de los disparos aleatorios de la restauración neuronal, el hipocampo es responsable de trasladar las memorias desde el almacén de trabajo al almacén a largo plazo. De esta forma somos conscientes de esas secuencias de disparos y recordamos la experiencia. (Boeree, 2001).

La principal función del sueño es reparar el organismo para poder seguir la vida en condiciones óptimas. Es una función fisiológica, pero en el sueño aparecen materiales cognitivos de difícil interpretación y con un alto contenido emocional, a los que muchas veces se les da muy diversas interpretaciones. Algunos autores como Hobson (1988) lo consideran como un producto fisiológico que debería ser olvidado cuanto antes, (Carlson, 1996,p. 2665-266). Otros autores siguen manteniendo y fundamentando fisiológicamente la teoría de Freud de que son deseos reprimidos que surgen en momentos en los que baja la censura.

La función psicológica que más consenso ha despertado ha sido que el sueño REM consolida nuestra memoria y que la recuperación de nuestros recuerdos es más efectiva después de un buen sueño. Sin embargo, ni siquiera esta función es aceptada de forma universal. Este autor propone que la función primaria del sueño REM es puramente fisiológica y consiste en proporcionar al cerebro una estimulación que necesita para recuperarse del sueño profundo. (Carlson, 1996,p. 2665-266).

El sueño es tanto fisiológico como psicológico, pues si bien es cierto durante el sueño se activan áreas del cerebro las cuales segregan sustancias y modifican la conducta del hombre al despertar, todo lo que se experimenta oníricamente tiene una relación con lo ya vivido en la vigilia, así mismo el sueño tiene una significación en la memoria y el aprendizaje, mientras se encuentra en el proceso del sueño toda la información que recibimos durante la vigilia se

consolida. Retomando la fase REM, esta permite que exista una maduración y evolución cerebral, en los primeros años de vida los cuales son críticos para el aprendizaje.

1.5 Alteraciones psicológicas del sueño

La falta de sueño se usó como tortura desde tiempo inmemorial y se sabía que debilitaban a las personas y las hacía perder su capacidad de razonar claramente. Sin embargo hoy en día se tiene conocimiento de que la falta de dormir produce ilusiones, alucinaciones y trastornos de personalidad.

Los efectos de la falta de sueño comienzan cuando los sujetos han pasado de 40 a 100 horas sin dormir, presentando las siguientes alteraciones que menciona Rubén Ardila en su libro “Psicología Fisiológica” (2005).

- Ilusiones visuales; se empieza por tener alteraciones en la percepción de la profundidad.
- Alucinaciones visuales: se ven imágenes de objetos que no existen, por ejemplo telarañas en los zapatos y en la cara. Con frecuencia se ven llamas cerca del sujeto.
- Alteraciones de la percepción del tiempo: la duración ya no tiene el mismo sentido que tenía antes, el tiempo parece acortarse unas veces y alargarse otras.

- Microsueños: los sujetos repentinamente pierden conciencia y caen en sueños que duran pocos segundos.
- Cambios en el estado de ánimo: de pronto deciden reír o ponerse furiosos o deprimidos sin causa aparente.
- Alteraciones en la ejecución de test de velocidad y exactitud algunas veces cometen errores pequeños, otras son incapaces de concentrarse en la tarea.

Como ya se analizó anteriormente, el sueño tiene un papel importante en nuestra vida psíquica, pues este nos proporciona el descanso y el mantenimiento de energía así como la restauración del organismo y de su sistema nervioso, al privarse de este fenómeno onírico, es probable que se pierda esa homeóstasis, lo cual le ocasiona inestabilidad en distintos factores de su vida, social, interpersonal, laboral, como en sus emociones, siendo una persona propensa a desarrollar alguna patología o una psicosis temporal.

Algunas de las manifestaciones al ser privados del sueño es el temblor en las manos, caída de los párpados, desatención, irritabilidad, fijación de la mirada, mayor sensibilidad al dolor, y malestar general. Aun siendo una privación mínima de este durante la noche, afectara el estado de ánimo, la memoria, la capacidad de prestar atención y hasta la salud. A las privaciones de sueño significativas y constantes se les llama trastornos del sueño, que son

alteraciones en la consolidación y durante el mismo, por mencionar algunos, el terror nocturno, insomnio o sonambulismo. (Ortuño, 2009).

El insomnio, el cual se manifiesta como una dificultad para conciliar el sueño así como para permanecer dormido, causa serias repercusiones desarrollando alteraciones físicas y emocionales. El insomnio suele presentarse con mayor frecuencia entre jóvenes y ancianos, con mayor predisposición aquellas personas que presentan alteraciones emocionales (ansiedad, nerviosismo, depresión o temor). Otra de las alteraciones del sueño es la hipersomnia la cual se caracteriza por un aumento en las horas del sueño, algunas personas pueden experimentar la hipersomnia sin presentar ningún riesgo, pues esta puede ser a causa de un mayor gasto de actividad física inusual. En los casos donde la hipersomnia se manifiesta por varios días, indica una alteración psicológica importante, esta suele desarrollarse por problemas neurológicos, enfermedad o por consumo de sustancias. La narcolepsia es una de las alteraciones del sueño, (poco frecuente) la cual se caracteriza por crisis recidivantes de sueño durante las horas normales de vigilia, cataplejía parálisis del sueño y alucinaciones. Para el desarrollo de la narcolepsia es necesaria la predisposición genética, la persona que padece de narcolepsia experimenta en cualquier momento una crisis donde se presenta un enorme deseo de dormir, la cual se puede prolongar hasta una hora o menos, estas crisis se manifiestan varias veces durante el día. Pueden producirse alucinaciones vividas en que la persona quiere moverse pero es incapaz de hacerlo, produciéndose

alucinaciones las cuales son semejantes a la de los sueños normales, pero con una mayor intensidad. Esta alteración del sueño no tiene consecuencias tan significativas para la salud, pero si hay una mayor probabilidad de riesgo de accidentes. (Valayos, 2015).

Capítulo 2. Psicoanálisis

El psicoanálisis tiene sus inicios con Freud (1900) quien realizó varios estudios y aportes a la ciencia conocida como una técnica exploratoria y psicoterapéutica, utilizando un método descriptivo como explicativo de mecanismos así como procesos implicados en la vida anímica humana. Freud explora principalmente uno de los bloques de la mente el inconsciente, el cual contiene los recuerdos o vivencias de la infancia, los temores, deseos, etc. Siendo el diván su lugar de investigación, donde se desarrolló su experiencia y conocimiento clínico.

Sin embargo el psicoanálisis es una teoría acerca del funcionamiento psíquico humano. Es un método que nos permite investigar los aspectos inconscientes de la vida psíquica, a través de manifestaciones, y la libre asociación de las ideas, la cual se realiza a partir de los sueños, fantasías y actos erróneos así como actos involuntarios.

Freud en sus inicios se basó principalmente en sus propias experiencias, de igual modo que en las sesiones clínicas con sus pacientes los cuales presentaban; fobias, neurosis entre otros padecimientos psíquicos. Por

mencionar el caso de Ana O, es a partir de este que comienzan sus estudios acerca de la histeria, donde los síntomas se desarrollan de conflictos psíquicos internos reprimidos. En ese momento el tratamiento se centraba principalmente en que el paciente recordara los sucesos traumáticos los cuales habían originado tales conflictos y esto se realizaba a través de la técnica conocida como hipnosis (condición psíquica, caracterizada por un estado intermedio entre la vigilia y el sueño denominado trance), cabe mencionar que Freud desarrolla otra técnica conocida como asociación libre, donde el paciente expresa sin cesura todo aquello que le viene a la consciencia de forma espontánea. (Freud, 1900).

Desarrolla lo que es la topografía del psiquismo, la cual incluye tres tópicos: consciente, preconsciente e inconsciente. Incluyendo estructuras al aparato psíquico como son, ello, el yo y el súper yo, los cuales se desarrollan en el siguiente esquema.



Resaltando entre todas las aportaciones que realiza Freud, es en el año 1900, cuando se publica su teoría que revolucionó en muchos aspectos, la teoría de “La interpretación de los sueños”, la cual utilizó en los tratamientos psicoanalíticos, ya que por medio de este proceso onírico se expresa de manera latente y con un lenguaje simbólico, el conflicto el cual se considera como el origen de trastorno psíquico. En cambio en este proceso el psicoanalista juega un papel importante pues él tiene la tarea de vencer las resistencias, las cuales le permiten al paciente disfrazar su conflicto.

2.2 Origen psicoanalítico del sueño

Nuestros sueños no solo son un proceso químico y fisiológico, sino es un proceso que va más allá de esas explicaciones, los sueños provienen de lo más profundo de nuestra estructura psíquica, el inconsciente, lugar donde se

guardan los deseos que no pueden salir a la conciencia, deseos inconscientes que en los sueños se presentan disfrazados, censurando el conflicto.

Varios autores como; S. Freud, Ferenczi, Wilfred Bion, Carl Jung y Kantrowitz, han tratado el tema y este va cobrando importancia a través del tiempo, sin embargo aún este tema sigue en constantes investigaciones. Entre los principales se encuentra Freud (1900), autor del libro de “La interpretación de los sueños”; en dicho libro Freud considera los sueños, como el guardián del dormir, por lo tanto, la estructura fantásica y la descarga de la actividad onírica protegen a la persona de la invasión de la psicosis. Constituyen, además de cualquier otra cosa, una especie de vacuna en la que aparecen, en forma económicamente regulada, ansiedades muy arcaicas que encuentran de esta manera una vía de salida. Esta manifestación se hace posible por el relajamiento de la censura (represión) que conlleva al dormir. (Freud, 1900).

Es decir que el sueño tiene un sentido, que es el cumplimiento de un deseo inconsciente, sin embargo, en un primer momento el sueño solo se estudiaba e investigaba en su aspecto fisiológico, donde el soñar era un guardián del dormir (ideas transformadas en imágenes). Posteriormente el sueño nos permite conocer el porvenir en la vida, tomando relevancia para la medicina. Freud (1900) al explicar el sueño y referir que este tenía un sentido el cual es el cumplimiento de un deseo inconsciente, y la manifestación de las relaciones disfrazadas de nuestros deseos reprimidos, como lo son las emociones, experiencias significativas, tanto en la infancia como en la vida adulta, pues

para Freud (1900) la infancia la considera como un periodo clave de la vida psíquica, donde la mayoría de los sueños tiene una relevante relación con los deseos, traumas y recuerdos de la infancia.

El sueño consta de dos elementos esenciales: la energía del sueño, proporcionada de la fuerza de los impulsos y deseos reprimidos que son infantiles y que a la vez permanecen vivos en nuestro inconsciente, y los llamados restos diurnos, que corresponden a sucesos de nuestra vida, a veces aparentemente banales y cotidianos recientes, de los cuales se vale la energía reprimida para encontrar un medio simbólico de expresión. Las circunstancias recientes estimulan la emergencia y la expresión de los deseos mantenidos a raya por la represión. A su vez, la situación se plantea de adentro hacia fuera: el yo escoge situaciones particulares (restos diurnos), y de los cientos de posibilidades o experiencias que se presentan en un día, elige aquellos espacios del preconscious que, por su configuración dinámica, serán más propicios para lo que la mente del soñante necesita expresar en términos de deseos y frustraciones. Freud recalca que el sueño es la realización simbólica y disfrazada de deseos reprimidos, pero estos comprenden mucho de lo tenebroso y amenazante que existe agazapado en nuestro propio interior. (Freud, 1900).

Los restos diurnos tienen que ver, a menudo, con situaciones aparentemente triviales, pero en esta combinación de lo reprimido y de la cotidianidad simple,

se revelan y muestran nuestras realidades íntimas y nuestras pasiones más recónditas.

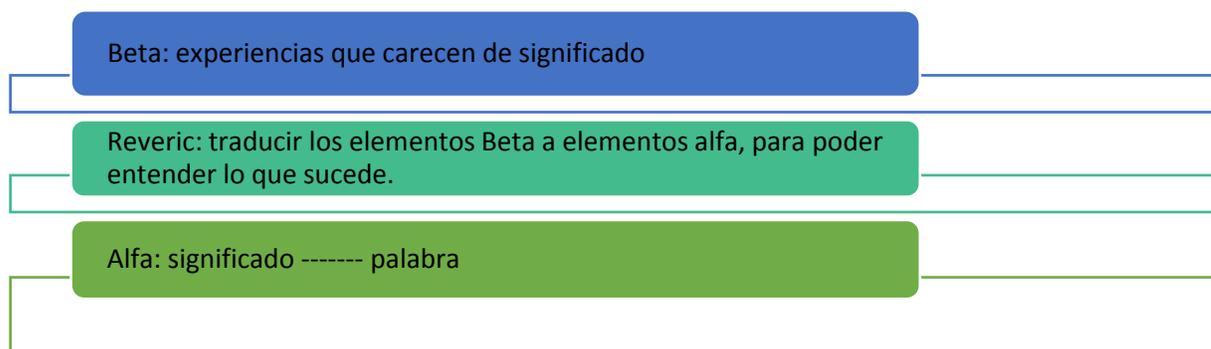
Al respecto, Ferenczi hace una definición del sueño, manifestando que todo sueño, incluso los no placenteros, es un intento de obtener un mejor dominio y una resolución de las experiencias traumáticas, lo que se hace más sencillo en la mayoría de los sueños por la disminución de la instancia crítica y el predominio del principio de placer. (Arrive, 2001).

En cambio para Wilfred Bion (1990) conceptualiza los sueños desde una perspectiva matemática aplicada. En un principio Freud (1900) hace mención del sueño como el guardián del dormir. Bion considera que para que esto suceda es necesaria la participación de un proceso secundario así como la instancia del yo. (Vives, 2002).

Bion (1990) expone en su teoría dos tipos de hombres uno que es transformador y creador, el segundo tipo es un hombre perturbado en sus pensamientos (sufriente, adolorido y angustiado). Lo mismo lo expone en los sueños, refiriéndose aquellos sueños que son transformados y a los sueños evolutivos. Al referirse a los sueños de transformación, son aquellos que pasan de elementos beta a elementos alfa, lo cual solo puede realizarse por este proceso onírico, y por un aparato al que él, le asigna el nombre de aparato para pensar, el cual forma una membrana permeable constituida por elementos alfa. Su función es que ayuda al soñador a diferenciar el principio de placer y el

principio de realidad, creando pensamientos oníricos los cuales según Bion remiten a experiencias emocionales, de impresiones sensoriales. (Vives, 2002).

En el siguiente cuadro se simplifica el esquema del sueño, del cual nos habla Bion (1990), y es expuesto por el autor Juan Vives, donde nos explica cada uno de sus niveles dentro del fenómeno onírico. (Vives, 2002).



2.2 Cuadro que presenta las fases del sueño desde la perspectiva de Bion. (Vives, 2002).

Carl Jung un psicoanalista igualmente interesado por el tema de los sueños, en específico por sus propios sueños, hace una significativa aportación en su teoría del inconsciente colectivo. De acuerdo con Jung, los sueños nos muestran a través de un lenguaje metafórico, es decir, por medio de simbología, nuestros problemas más íntimos (Anwandter, 2006).

El inconsciente colectivo de los sueños que explica Jung, es lo que lo diferencia de Freud, mencionando que presenta una mayor influencia sobre todas nuestras experiencias y comportamientos especialmente las emociones, sin embargo Jung integra un nuevo concepto que es el “arquetipo” el cual es un contenido del inconsciente colectivo, un organizador de lo que vemos y

hacemos, comparado a lo que Freud llama instintos de los seres humanos, estos se encuentran en la psique. Por medio de los arquetipos, Jung interpretaba los sueños, pues son símbolos universales, por lo tanto, tienen el mismo significado, tal como lo muestra en el mana y la sombra, los símbolos fálicos; por mencionar un ejemplo, el mana simboliza el poder espiritual, en el caso de la sombra, a lo que también se le conoce como basurero, donde por medio de nuestros sueños se manifiestan aquellas partes de nosotros que no queremos admitir. (Anwandter, 2006).

Tanto Freud como Jung pensaban que los sueños eran mensajes escritos y producidos por el inconsciente.

Acorde con la teoría de Jung (1928), describió algunas categorías de los sueños:

- ❖ Sueños de compensación; cuando en el sueño logramos algo que en la vida despierta carecemos.
- ❖ Sueños de precognición; aquellos que nos anuncian eventos que sucederán.
- ❖ Arquetípicos; cuando afloran símbolos del inconsciente colectivo.
- ❖ Sueños de sincronía; cuando suceden hechos coincidentes significativos e inexplicables. (Las Heras, 2005)

Entre los psicoanalistas que han trabajado en este tema de los sueños se encuentra Kantrowitz (2001), para ella los sueños no dejan de ser la vía regia a los procesos inconscientes del individuo así como una fuente de información basada en la representación inconsciente de la relación paciente- analista. (Mendez e Iceta, 2002). Conforme a esta autora los sueños nos permiten conocer tanto la representación inconsciente del soñante así como su percepción acerca de la relación soñante-analista.

2.3 Psicopatología y los sueños

Los sueños son una técnica que nos proporcionan constantemente información, la cual se descubre a través del proceso psicoterapéutico, retomando a Garma (1949) plantea influencia del trauma en la génesis de los sueños, donde nos explica que los sueños nacen de situaciones desagradables que el sujeto es incapaz de dominar o de elaborar normalmente, y a las que denomina, situaciones traumáticas, el sujeto se encuentra psíquicamente ligado a dichas situaciones traumáticas. Por lo que los sueños son satisfactorios al sobreponerse al malestar que generan las situaciones traumáticas. (Mendez e Iceta, 2002).

Segal (1994) implica la elaboración depresiva, siendo el símbolo un precipitado del duelo correctamente elaborado. En este sentido, la capacidad para la formación de símbolos no concretos es un logro del yo, que puede no darse y que es imprescindible para que se puedan elaborar el tipo de sueños que cubren la teoría de Freud. (Mendez e Iceta, 2002).

Ejemplifica los sueños en psicóticos y borderlines, en los que la estructura es diferente, la no separación entre alucinación y sueño, entre vigilia y sueño, hace que se puedan experimentar como reales. Los sueños son experimentados como sucesos concretos y aparentemente reales incluso, en ocasiones, como fenómenos alucinatorios. Tomando algunos aspectos de la obra de Bion (1990), como dijimos antes, habla de los sueños como un modo de librarse de partes no deseadas del self y los objetos y plantea los sueños de determinados pacientes que van a inundar, de manera disruptiva, la relación y el análisis. En estos casos, es a la significación de los sueños y su papel en el vínculo, esto es, a la función del sueño más allá del contenido, a lo que cree que hay que prestar atención. Son sueños de simbolización pobre y cruda en los que sorprende lo concreto de la experiencia y la invasión de la realidad, sin diferenciación entre mente y mundo externo; sin una esfera mental interna en la que el sueño pudiera ser contenido. (Vives, 2002).

Sin embargo, cabe mencionar que el sueño tiene una gran relación con las patologías, en específico con las enfermedades mentales, Freud (1900) en su momento llegó a mencionar esta relación existente, tal como lo fue en el mencionado caso de las demencias, las cuales habían sido consecutivas en muchas de las situaciones a un sueño de tipo angustioso, con el que en ese entonces Hohnbaum, mostraba la relacionada idea predominante de la perturbación. Así mismo Freud hace mención de las psicosis las cuales pueden

surgir de una vez con el sueño causal que entraña la idea delirante o esta podía desarrollarse poco a poco por una serie de sueños.

El sueño concede al sujeto atormentado por sufrimientos físicos y morales aquello que la realidad le negaba, bienestar y dicha, y del mismo modo surgen en los enfermos mentales las más alegres imágenes de felicidad, poderío y riqueza y suntuosidad. El contenido principal del delirio muchas veces se encuentra constituido por la imaginada posesión de bienes o la realización de deseos, cuya pérdida, ausencia o negación en la realidad nos dan la razón psíquica de la locura. (Freud, 1900).

Por lo tanto, los sueños al enfermo mental le proporcionan todos aquellos deseos y satisfacciones que durante la vigilia no logra alcanzar.

2.4 Interpretación de los sueños

La interpretación de los sueños es un método el cual es llevado a cabo de diferentes maneras, esto es según el autor que se opte seguir. Como se analizó anteriormente la interpretación de los sueños se describía como un proceso de predicción y sanación espiritual, sin embargo actualmente es una técnica terapéutica.

Freud tiene dos métodos para interpretar los sueños uno es simbólico, que considera al contenido de cada sueño en su totalidad e intenta remplazarlo por otro contenido comprensible y análogo, en ciertos aspectos al original. (Freud 1900)

El segundo método también descrito por Freud es el de descodificación, el cual toma al sueño como una escritura cifrada, en la que cada signo puede traducirse por otro signo que tiene una significación conocida, de acuerdo con una clave prefijada. (Freud 1900)

De acuerdo a Freud en su libro la interpretación de los sueños (1900) los sueños constantemente poseen un significado, existiendo un procedimiento científico de interpretación el cual es un movimiento constante de lo manifiesto hacia lo latente, a través del proceso que descubrió, el cual le abrió un panorama a los productos patológicos, tales como las fobias, histerias, representaciones objetivas, etc.

Propone que para la interpretación de los sueños de los pacientes se debe tener en cuenta que es una labor que exige una preparación psíquica del paciente. Dentro de este proceso de interpretación de los sueños se busca la atención del paciente ésta basada en su percepción psíquica. Para facilitar esta intensificación de su atención es necesario que el contexto en el que se encuentra el paciente sea el adecuado, de esta manera se le facilita al paciente haciéndole la invitación de cerrar los ojos para generar una mejor autoobservación, así como que adopte una postura descansada.

Es importante desde la perspectiva de Freud que al paciente se le haga saber que el éxito de esta técnica depende de que él respete y comunique al analista todo lo que atraviese por su pensamiento, hasta lo que le parezca lo más absurdo o paradójico, es necesario que lo exprese, manifestando imparcialidad

con relación a lo que mencione de su sueño y ocurrencias, eso facilitará la solución e interpretación de su sueño. Tal como lo maneja Freud (1900) en el conocido sueño de Irma de donde parte el origen y base de su técnica psicoanalítica de la interpretación de los sueños. (Freud, 1900).

Sin embargo existen más psicoanalistas como; Jung y Montague Ullman, que han ido desarrollando o modificando la técnica de la interpretación de los sueños.

Los pasos necesarios para la realización de la interpretación de los sueños desde la perspectiva de Jung, es la siguiente;

- ✓ Enunciar el texto del sueño examinarlo en toda su estructura. Puede suceder que al narrar un sueño el sujeto presente dificultades. Este autor menciona que existen dos tipos de fenómenos los cuales pueden alterar o modificar el contenido del sueño. Uno de ellos es que las primeras imágenes al despertar se entremezclen con el sueño, otra característica que menciona Jung es que el soñante puede agregar información adicional al sueño. El sueño lo pone en una clasificación, en el cual se presenta una exposición, un desarrollo, una culminación y una resolución.
- ✓ El contexto del sueño; esto quiere decir la descripción de amplificaciones de las imágenes oníricas y las relaciones de estas imágenes, así mismo se toma en cuenta la serie onírica, la cual nos permite relacionar tanto

sueños anteriores o posteriores al que se está analizando, encontrando sus semejanzas, tanto en imágenes, temas o situaciones.

- ✓ Se debe tener una actitud propia para interpretar un sueño.
- ✓ Caracterizar las imágenes oníricas como objetivas o subjetivas.
- ✓ Tener en cuenta la función compensatoria del sueño:
- ✓ Identificar a que complejo o problema se refiere el sueño.
- ✓ Evaluar la correspondiente situación consciente del soñante (si la actitud consciente es adecuada para enfrentar la realidad)
- ✓ Evaluar de acuerdo con las imágenes oníricas y con la evaluación psíquica del soñante, si se hace necesaria una caracterización reductiva o constructiva. Determinando si el sueño es compensatorio al confirmar o modificar la situación consciente del sujeto o si se trata de un sueño no compensatorio (Las Heras, 2005).
- ✓ Realizar la interpretación del sueño, traduciendo el lenguaje del sueño en relación con la situación consciente del soñante. Verificar la interpretación (ver si resulta aceptable para el sujeto; si actúa en su beneficio; si no resulta desmentida por sueños posteriores; y si los hechos que preceden la interpretación ocurren en la vida real del sujeto) (Las Heras, 2005).

Sin embargo, los estudios acerca de la interpretación de los sueños continúan, tal como lo explica el psiquiatra Montague Ullman (1979), quien menciona en su

artículo que los sueños advierten de la enfermedad, en dicho artículo nos explica la función de los sueños en el caso de una mujer de nombre Wanda, Montague, retoma al gran filósofo Aristóteles, pues este escribió que "los inicios de enfermedades y otras pinturas al temple que están a punto de visitar el cuerpo ... deben ser más evidente en el dormir que en el estado de vigilia."

Este autor Montague nos menciona cinco consejos para reconocer los sueños de advertencia de la Salud:

1. Mantenga un diario de sueños. Esta es la práctica que es esencial para recordar más sueños, así como el seguimiento sueños similares con el tiempo.
2. Cuidado con los sueños repetitivos, especialmente los más desagradables. Las pesadillas son sueños que están gritando por la atención. Tanto las imágenes y las emociones aumentan su intensidad dentro de la pesadilla, lo cual, permite reconocer en el sueño algo que nuestro consciente se niega aceptar.
3. Sueños prodrómicos pueden hablar en metáforas y símbolos. El símbolo más común para el cuerpo es una casa o estructura. De dónde viene la acción del sueño tienen lugar - en la planta superior (la cabeza), o en el cuarto de baño (los intestinos y los riñones). En la sociedad moderna, el coche también puede ser una muestra común para el cuerpo. Avería del motor, dificultad para acelerar neumáticos soplados.

4. Vampiros muerden la garganta, y los perros lacrimógenos a los intestinos. Cada vez que una serie de sueños expone en varias ocasiones, en las garras, duele o pica a una parte de su cuerpo, que es un signo de atención.

5. Si usted tiene una pesadilla repetitiva, y alguien cercano a usted revela que acaban de tener un sueño similar, presta atención. Amigos, compañeros de trabajo y nuestros compañeros íntimos pueden haber recogido inconsciente sobre una enfermedad temprana y sus sueños se pueden comunicar esto. Hacer llegar el mensaje es lo que más importa.

Como los sueños se hacen a través de nuestro cuerpo, también lo hacen nuestras enfermedades cuando entran en nuestros sueños. (Ullman, 1979).

Capítulo 3. Esquizofrenia

3.1 Concepto de enfermedad mental

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más compleja y difícil para el que la padece, esta enfermedad durante la historia ha ido pasando por diversas evoluciones de su concepto, pero en este apartado comenzaremos explicando lo que es una enfermedad mental, ya que continuamente ha tenido diversas definiciones, como aquellas alteraciones en diversos aspectos tanto cognitivos, afectivos, sociales de lenguaje y comportamiento que salen de la norma social. Sin embargo, en estos intentos por definir la enfermedad mental, surgen varias contradicciones pues no solo se pueden basar en rasgos de normalidad y anormalidad, ya que estas barreras no son fáciles de establecer en la conducta y experiencia humana.

Las siguientes son definiciones de enfermedad mental:

Delimitación de desarrollos y reacciones psíquicas, anomalías cuantitativas del psiquismo, de origen psicológico, accesibles a la comprensión, frente a enfermedades, que serían de origen somático y constituirían anomalías cuantitativamente incomprensibles. Estas últimas se presentan en forma de “fases” o “brotes” cuando adquieren de forma pasajera, o en forma de procesos cuando son persistentes. (Rubiola, 2011).

De igual manera la OMS (1960) (Organización Mundial de la Salud) tomó un gran interés por las enfermedades mentales y la define así: un trastorno manifiesto del funcionamiento mental suficientemente específico en su carácter clínico para ser reconocido de forma constante por su conformación a un patrón estándar claramente definido y suficientemente grave como para causar la

perdida de la capacidad laboral o social, o ambas, en un grado que puede especificarse en términos de ausencia de trabajo o de la puesta en marcha de acciones legales o de otras acciones sociales.

Actualmente la OMS, define la salud mental como el bienestar absoluto a nivel psíquico y social, mientras que un trastorno mental implica la pérdida de dicho bienestar por motivos de distinta índole.

A continuación se muestran definiciones de lo que es considerado el término “psicótico”.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) se le otorga una definición al término psicótico, el cual se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia de conciencia de su naturaleza patológica.

Por lo tanto, dentro de esta definición antes ya mencionada, se le llama un trastorno psicótico, cuando comienza a mostrarse un deterioro significativo de las capacidades que se demandan en la vida cotidiana de cada persona, limitando su desarrollo y bienestar en diferentes áreas de la vida tanto sociales, como interpersonales.

Sin embargo, es importante mencionar la definición que nos marca actualmente el DSM-V, el cual considera el término “psicótico” como la pérdida de los límites de sí mismo y de la evaluación de la realidad. Como característica de esta sintomatología pueden existir, por tanto, alucinaciones, ideas delirantes,

trastornos del pensamiento, lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico, entre otros.

La enfermedad mental es un tema complicado, el cual se origina de una alteración, misma que tiene efectos los cuales repercuten en procesos cognitivos, afectivos y sociales involucrados con el desarrollo, generando alteraciones en el comportamiento y muchas veces dificultad para comprender la realidad y adaptarse al medio o a situaciones de la vida diaria. Estos trastornos se generan por diversas circunstancias pueden ser biológicos, genéticos, neurológicos, ambientales o psicológicos.

3.1.1 Definición psiquiátrica de esquizofrenia

Desde el enfoque psiquiátrico y tomando en cuenta a Kraepelin quien fue el primero en distinguir la psicosis maniaco – depresiva o ciclotimia y la demencia precoz, a la cual se le dio el nombre de esquizofrenia, considerándola en un primer momento como una patología orgánica del cerebro y después un trastorno del metabolismo. (Galimberti, 2011).

Tal como describió Bleuler (1911), la esquizofrenia cuenta con su propia sintomatología la cual la dividió en fundamentales, que no son necesariamente primarias sino que están presentes en todo caso de esquizofrenia latente o diagnosticada: asociación comprometida, afectividad inadecuada, la ambivalencia y el autismo y una segunda categoría denominada como accesorios las cuales pueden aparecer o estar ausentes: las alucinaciones, los

delirios, los trastornos de lenguaje y los síntomas catatónicos. (Galimberti, 2011).

Sin embargo; Meyer (1910), le otorgó una concepción psicobiológica tomando como principales factores los psicógenos y ambientales, mencionando así que la esquizofrenia es un resultado inevitable de conflictos de instinto o conflictos de la experiencia, incapacidad para efectuar una adaptación constructiva no dañina, denominando al trastorno “parergasia”, para referirse a la incongruencia del comportamiento y de las acciones. (Galimberti, 2011).

3.1.2 Definición psicoanalítica de esquizofrenia

Al ser la esquizofrenia un tema de sumo interés para la psiquiatría y la psicología, no dejó de serlo para el psicoanálisis desde sus inicios con S. Freud (1923) quien intentó darle una explicación, dándole nombre de parafrenia, a partir de la hipótesis de que las psicosis comparten con las neurosis funciones y mecanismos fundamentales, tomando en cuenta los mecanismos fundamentales, la represión no lograda de ideas intolerables, el retiro del investimento libidinal, la regresión a fases anteriores del desarrollo psíquico, con fijaciones posteriores. En la esquizofrenia, Freud (1923) nos explica que la regresión no llega solo hasta la fase narcisista, sino hasta el abandono completo del amor objetal y al regreso del autoritarismo infantil. Por consiguiente, la fijación que predispone a ella debe estar situada entonces al principio de la evolución, que a partir del autoritarismo tiende hacia el amor objetal. Así mismo Freud resalta que en la esquizofrenia no sólo hay una

pérdida de la realidad, sino también una intención de restitución mediante la alucinación y el delirio, por la cual se tiende a restablecer, aunque sea en forma distorsionada, una relación con el mundo. Con relación a las alucinaciones tormentosas Freud (1923) las considera como la fase de la lucha de la represión contra un intento de restablecimiento que pretende devolver la libido a sus objetos.

“Mientras en las neurosis, en virtud de su obediencia, a la realidad, el yo suprime una parte del ello, en la psicosis, al servicio del ello, se retira de una parte de la realidad y acepta parte del ello”. (Ensayo neurosis y psicosis 1923).

En esta cita se hace una clara descripción acerca de dos estados, tanto el neurótico, donde su estructura psíquica es aun regulada por la realidad, por medio de una fase conocida como el yo, la cual le proporciona los elementos necesarios para nivelar las pulsiones y deseos que se encuentran en el ello, los cuales se muestran censurados y controlados, sin embargo, existe un estado psicótico el cual su estructura psíquica funciona de manera diferente, su ello no se encuentra nivelado por ninguna otra instancia psíquica, de este modo las pulsiones y deseos que están en el ello no están reprimidos, no hay un yo el cual funcione como filtro y proporcione las herramientas necesarias para situarnos en la realidad, por lo tanto, lo que está en el inconsciente, carece de significado para el psicótico.

Otro psicoanalista también aportó sus opiniones acerca de la esquizofrenia, buscando dar una explicación de dicha enfermedad, como lo fue Jung (1939), quien parte del concepto de escisión, el cual es reconocido como rasgo fundamental de la esquizofrenia, no depende de la debilidad de la conciencia, sino “de la fuerza primaria del inconsciente”. Jung ponía de manifiesto el vínculo entre contenido ideativo y carga afectiva. Considerando al “complejo del yo” que, a causa de su directo vínculo con las sensaciones somáticas, es el complejo más estable y el más rico en asociaciones, el “complejo del yo” es privado de su habitual preeminencia y comienza la desintegración de la personalidad. (Saas,2014). Menciona Jung (1907) que cuando el sujeto psicológicamente ya no puede librarse de un cierto complejo, hace asociaciones sólo con este complejo, y por lo tanto, permite que todas sus acciones estén consteladas por este, por lo que se manifiesta empobrecimiento de la personalidad:

“El estudio de la esquizofrenia es en mi opinión, una de las tareas más importantes de la psiquiatría del futuro. El problema tiene dos aspectos: uno fisiológico y uno psicológico... su sintomatología refiere por un lado a un proceso destructivo de base, probablemente de naturaleza tóxica, y por otro lado en la medida en que en

casos apropiados un tratamiento psicológico resulta eficaz , remite a un factor psicológico de la misma importancia” (Jung,1957-1959).

La esquizofrenia si bien es cierto es un tema de sumo interés, que se investiga desde diferentes áreas, como se menciona en la cita, tiene dos aspectos, uno fisiológico y otro psicológico, es por esta razón que se requiere de un abordaje multidisciplinario, el cual siempre está enfocado en mejorar la calidad de vida del paciente.

3.2 Causas

Una enfermedad mental tiene diversos orígenes como pueden ser todos aquellos aspectos que se consideran biológicos, como aquellos que son por estrés postraumático, por consumo de sustancias, por diversas situaciones, sin embargo, en este apartado se hablara únicamente de las causas que originan en específico la esquizofrenia.

Varios libros y autores nos hablan de las posibles causas que origina la esquizofrenia, uno de ellos es el libro de las “Tácticas de poder de Jesucristo” de Jay Haley (1986) quien nos menciona que una de las causas de la esquizofrenia es la dinámica familiar, donde nos hace una descripción de cómo es la familia adecuada para originar un esquizofrénico. (Haley, 1991).

Al observar a la familia, su figura central, la madre llama inmediatamente la atención, y se hace evidente que el esquizofrénico le debe su flexibilidad y

exasperante habilidad para frustrar a la gente que intenta ejercer alguna influencia sobre él. El esquizofrénico aprende de su madre a hacer acrobacia en las relaciones interpersonales. Cuando se enfrenta a este tipo de madre con el horrible hijo que crío, es capaz de decir inconscientemente que ella no tiene la culpa, ya que durante toda su vida jamás hizo nada para sí misma y en cambio, hizo todo para su hijo. Para compensar la flexibilidad otorgada por la madre, el esquizofrénico debe tener un padre que le enseñe a mantenerse imperturbable. Este padre tiene una terquedad inigualable entre los hombres. Por último es importante, aunque no esencial, que un esquizofrénico tenga un cierto tipo de hermano o hermana; el tipo de persona que se hace odiar de inmediato – el que hace todo bien. (Haley, 1991).

En este factor considerado como familiar, hablando específicamente de la madre agresiva, punitiva y rechazante con un padre pasivo, ausente y distante, las características de las relaciones entre los padres y entre padres e hijos, las alianzas distorsionadas de los miembros de la familia, quienes en la edad adulta emerge la situación simbólica entre madre e hijo o entre padre e hija; el tipo de comunicación, con mensajes ambiguos o contradictorios, como el caso del hijo, asumido como punto focal de las tensiones familiares, que se ve obligado a retirarse en forma fantástica, irreal, autística. (Haley, 1991).

Como ya se mencionó la etiología de la esquizofrenia no corresponde únicamente a un solo factor sino también existen los factores genéticos, o mejor conocido como predisposición genética; en varios estudios que se han realizado

con familiares, con gemelos y de adopción, se ha encontrado que: las personas relacionadas desde el punto de vista genético con alguien que ha tenido esquizofrenia, tiene mayores posibilidades de verse afectadas que quienes no lo están. (Vives, 2002).

A pesar de los diversos estudios realizados, aun en el aspecto genético, sigue siendo desconocida la naturaleza de dichos factores y la forma de transmisión hereditaria.

Por factores bioquímicos con referencia a alteraciones del metabolismo de algunas sustancias, en especial de las catecolaminas, y a la producción de sustancias tóxicas endógenas que presentan semejanzas con la estructura química de algunas externas, como el LSD. (Coon, 2005).

También hay factores constitucionales, como los que destacaron Kretschmer y Jung, entre los índices morfológicos del cuerpo, las características de personalidad y la predisposición psicótica. O la constante entre introversión y esquizofrenia. (Galimberti, 2011).

Los factores de personalidad, se presentan como una incapacidad para diferenciarse a sí mismo del mundo externo, para adquirir autonomía e independencia en el ámbito psicomotor, afectivo intelectual, para regular los procesos psicofisiológicos, con el consiguiente exceso o escases en la reacción ante estímulos o estrés. (Galimberti, 2011).

Los factores sociales, como la inseguridad socioeconómica, las rápidas variaciones del estatus, la urbanización, la emigración, con la consiguiente modificación de las funciones personales. (Galimberti, 2011).

Factores psicodinámicos, con referencia a un defectuoso desarrollo del yo, a una regresión y el retiro del interés por el mundo, a una incapacidad para controlar las pulsiones agresivas, a un uso arcaico y primitivo de la realidad desagradable. En este campo se distinguen los síntomas regresivos como la despersonalización, de los reintegradores, como las alucinaciones y los delirios, interpretados como intenciones de reconstruir las partes perdidas de la realidad. (Galimberti, 2011).

Factores tóxicos, traumáticos, infecciosos, que pueden producir las llamadas esquizofrenias sintomáticas o seudoesquizofrenias, en las que el rasgo más evidente es la sintomatología disociativa. (Galimberti, 2011).

Sin embargo; la salud mental y la enfermedad mental depende de nuestro estilo de vida, de la calidad de las relaciones afectivas que tengamos, de nuestra capacidad de amar y aceptar a los demás, de dar confianza y apoyo, y recibirlos y de nuestra tolerancia.

3.3 Síntomas

En este apartado se pretende dar a conocer cómo es que se clasifican los síntomas de la esquizofrenia, pues a partir de estos es como se determina el diagnóstico.

3.3.1 Síntomas positivos

Son aquellos que reflejan un exceso o distorsión de las funciones normales, como se podrá encontrar en un paciente con esquizofrenia. La distorsión en sus funciones mentales superiores como es el pensamiento, lenguaje, comunicación, percepción del mundo, así como la distorsión en su comportamiento. Sin embargo; éstos síntomas positivos están divididos por psicóticos (ideas delirantes, alucinaciones) y desorganizados (comportamiento y lenguaje). (Gómez, 2008).

A continuación se describen los síntomas positivos psicóticos:

- a. Ideas delirantes entendidas como aquellas creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes, donde la persona cree que está siendo molestada, seguida engañada espiada o ridiculizada. Por otro lado, existen más tipos de ideas delirantes como son de autorreferencia, donde la persona cree que ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, etc. están especialmente dirigidos a él. Se encuentran también los somáticos, religiosos y de grandiosidad. (DSM-IV).

- b. Las alucinaciones se caracterizan por la percepción de alguna cosa que no existe y que no obstante se considera real. Esta percepción que se considera involuntaria, tiene los caracteres de la sensorialidad y de la proyección. Las alucinaciones más frecuentes son las de los órganos de los sentidos y en particular la de la vista y el oído, por ejemplo, cuando dos o más voces mantienen comentarios continuos sobre los pensamientos o el comportamiento del sujeto; estos han sido considerados característicos de la esquizofrenia. Es importante resaltar que estas alucinaciones no sólo suelen presentarse en personas que padecen esquizofrenia, sino también en aquellas personas que no tienen ningún tipo de trastorno mental y se les conoce como pseudoalucinaciones; se les considera así cuando la persona tiene la capacidad de reconocer la falsedad al menos hasta cierto punto, las cuales se pueden presentar en la fase de despertar o en la fase del dormir. (DSM-IV).

Existen diversos tipos de alucinaciones como las que se describen a continuación.

- a. Alucinaciones acústicas: estas alucinaciones son las más frecuentes en la esquizofrenia, las cuales se distinguen en alucinaciones acústicas elementales; como son crujido, silbidos continuos, ruidos y zumbidos, y alucinaciones más complejas, voces que parecen provenir de una o más personas. El contenido la mayor parte de las veces, es de naturaleza

desagradable, como insultos, amenazas, reproche, órdenes y también continuos comentarios que causan especial fastidio. (Galimberti, 2011).

- b. Alucinaciones visuales: estas se presentan únicamente cuando toda la relación con la realidad esta alterada: entonces las percepciones se hacen inciertas, el significado de las cosas parece transformado, las sombras adquieren consistencia, las personas y los objetos no son ya reconocidos.

“Estas visiones, la mayor parte de las veces a colores, tienen, una tonalidad afectiva eufórica y exaltadora, como en las visiones místicas y en los estados de éxtasis, o bien pasional, como en las visiones eróticas. El desarrollo de las secuencias es similar al de los sueños”. (Galimberti, 2011).

- c. Alucinaciones táctiles: se localizan en la superficie cutánea dando la sensación de quemaduras, piquetes, insectos que hormigean bajo la piel. Con frecuencia las alucinaciones táctiles están asociadas con las alucinaciones visuales. (Galimberti, 2011).
- d. Alucinaciones de esquema corporal: se refiere a la sensibilidad interna del cuerpo cuyas dimensiones se perciban transformadas. (Galimberti, 2011).
- e. Alucinaciones motrices: se manifiestan con la sensación de estar suspendido en el aire, de caer, resbalar, vacilar, rodar de ser movido pasivamente de manera lenta o rápida, etc. (Galimberti, 2011).

- f. Alucinaciones reflejas: se explican como fenómeno de irradiación que se difumina en las llamadas sinestesias, como cuando en presencia de un ruido estridente, se siente un escalofrío en la espalda. (Galimberti, 2011).

De este modo la alucinación es un fenómeno, debido al hecho de que el yo no controla suficientemente el propio espacio corporal y el espacio externo, lo cual es además, una condición típica de la psicosis.

“Lo que protege al hombre sano contra el delirio o la alucinación no es su crítica, sino la estructura de su espacio, porque el espacio no es el ámbito (real o lógico) en el que las cosas se disponen, sino el medio en virtud del cual se hace posible la posición de las cosas” (Ponty, 1945).

Es decir al derrumbarse la estructura existencial, se deja de vivir la realidad y se adentra a un mundo donde no hay límites donde las secuencia sonoras se vuelven imparables, así mismo no hay noción del cuerpo como uno y el espacio externo como el otro.

El pensamiento desorganizado, de acuerdo con el DSM-IV es una característica simple pero la más importante de la esquizofrenia. Se manifiesta a partir de la dificultad intrínseca para establecer una definición objetiva. Los esquizofrénicos tienen grandes dificultades para arreglar sus pensamientos de manera lógica y para extraer conclusiones factibles de los pensamientos absurdos. En las conversaciones saltan de un tema a otro, a

medida que llegan las nuevas asociaciones. En ocasiones los esquizofrénicos usan palabras sin significado o utilizan palabras que riman, más que por su significado.

Sin embargo, esta característica importante del pensamiento desorganizado tiene una evidente relación con lo que se considera lenguaje desorganizado.

Retomando el DSM-IV, el lenguaje de los esquizofrénicos puede presentar diversas formas de desorganización. El sujeto puede, perder el hilo, saltando de un tema a otro o manifestando pérdida de las asociaciones; las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas y en otras ocasiones el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que es casi incomprensible y pareciéndose a la afasia receptiva en su desorganización lingüística (incoherencia o ensalada de palabras).

La conducta desorganizada es otro de los síntomas que presentan los esquizofrénicos, la cual tiende a variar de una forma muy amplia. La conducta desorganiza puede manifestarse a causa de alucinaciones, experiencias que el observador no comparte. En el caso de las personas con esquizofrenia, pueden sufrir sentimientos inapropiados de ira repentinos, imprescindibles, y aparentemente inexplicables.

Los comportamientos catatónicos, los cuales incluyen una disminución de la reactividad al entorno, algunas veces alcanza un grado extremo de falta de

atención, manteniendo una postura rígida y resistiendo la fuerza ejercida para ser movido.

3.3.2 Síntomas negativos

Los síntomas negativos reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales.

En estos síntomas negativos se encuentra el aplanamiento afectivo, la pobreza del lenguaje y la falta de ubicación, es importante mencionar que estos síntomas no son característica específica de la esquizofrenia, sino también es parte de otras enfermedades mentales, sin embargo, se manifiesta de manera más recurrente en la esquizofrenia. (Gomez, 2008).

El aplanamiento afectivo, de acuerdo con el DSM- IV, es entendido como la dificultad para comprender y expresar sus sentimientos, así como para empatizar con otras personas. Es decir, la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. Es importante saber que en una persona con esquizofrenia este aplanamiento afectivo es frecuente y puede que el paciente muestre alguna expresión cálida, pero su abanico de emociones es pobre.

Pobreza del lenguaje o Alogia; es una característica de la esquizofrenia donde se presenta pobreza en el habla, disminución significativa en sus pensamientos el cual se ve reflejado en la poca fluidez y productividad del habla. (DSM-IV)

La abulia, otro de los síntomas negativos de la esquizofrenia, se caracteriza por la incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un objetivo. El paciente mostrará poco o nulo interés en las actividades o situaciones sociales. (Galimberti, 2011).

En el DSM-IV nos explica detalladamente la esquizofrenia así como otros trastornos psicóticos tales como el esquizoafectivo, esquizofreniforme, delirante, psicótico breve, el trastorno psicótico compartido, así como los que se derivan de alguna enfermedad médica, o el trastorno psicótico inducido por sustancias, sin olvidar aquellos que no se encuentran en una clasificación.

Sin embargo, la esquizofrenia dentro de este manual de guía, tanto para psicólogos como psiquiatras, se le denomina como una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas en la fase activa (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). (DSM-IV).

Cabe mencionar que al trastorno de esquizofrenia dentro del manual actualizado DSM-V, no se le realizó modificaciones en los síntomas que expone.

3.4 Cuadro clínico

La esquizofrenia frecuentemente puede presentarse en la adolescencia o juventud; es más precoz en los hombres que en las mujeres, teniendo en ellos

un curso más deteriorante. Muchas veces es una condición que persiste durante toda la vida de una persona, pero también hay quienes se recuperan de ella.

Adoptando el criterio sintomatológico, sobre la base de la cual se distinguen las esquizofrenias, en un primer momento Kraepelin las clasificaba como esquizofrenia hebefrénica, paranoide y catatónica, y posteriormente Bleuler agregó la esquizofrenia simple. (Galimberti, 2011).

A continuación describe dicha clasificación:

- a. Esquizofrenia simple: Se caracteriza por la falta de síntomas positivos, predominando un empobrecimiento gradual de las esferas afectivas intelectuales y volitivas. Se puede manifestar en un rango de edad de los 16 y los 22 años; presentando una evolución lenta caracterizada por una progresiva debilitación de las relaciones interpersonales, reducción de la afectividad, indolencia, escasa apreciación de la realidad, aislamiento. En el nivel de pensamiento se observa no tanto una disociación cuanto un creciente empobrecimiento de ideas y una reducción del flujo de las mismas. La evolución tiende a la cronicidad, con un desapego cada vez mayor por la vida. (Ortuño, 2009).
- b. Esquizofrenia hebefrénica: Esta puede presentarse en la edad juvenil y la adolescencia, su inicio puede ser engañoso, enmascarado por síntomas de tipo neurótico depresivo, oscilando

entre irritabilidad y la euforia, el comportamiento de estos pacientes se vuelve incoherente e inmotivado, presentando déficit en la atención, se nota una regresión a características primitivas y desorganizadas, que se manifiestan con conductas inoportunas, estereotipadas, y en ocasiones descaradas y vulgares. Los trastornos del lenguaje son llamativos, neologismos, ensalada de palabras. La declinación de la personalidad resulta evidente por el poco cuidado de la propia persona y el comportamiento infantil, el pronóstico es desfavorable. (Ortuño, 2009).

- c. Esquizofrenia paranoide: Hay presencia de síntomas disociativos y compromete toda la personalidad. Puede presentarse entre los 24 y 45 años de edad, lo cual se manifiesta con episodios agudos que tienden a volverse crónicos. (Ortuño, 2009).
- d. Esquizofrenia catatónica: Tiene como rasgo característico el trastorno psicomotor, que puede asumir las formas akinéticas, caracterizadas por inmovilidad, obediencia automática, negatividad, rigidez, mutismo, o las formas hiperkinéticas, con agitación motriz con frecuencia violenta e incontrolable, impulsos agresivos y destructivos. (Ortuño, 2009).

En el DSM-IV y DSM-V, la esquizofrenia tiene subtipos y especificaciones que son paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual. A continuación se describe cada una.

- a. Esquizofrenia paranoide. La cual se caracteriza por un predominio de síntomas positivos y es el subtipo que tiene un mejor funcionamiento premórbido y un mejor pronóstico. Predominan las ideas delirantes de persecución o de perjuicio de otras personas hacia el paciente.
- b. Esquizofrenia desorganizada: Sus principales características son lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado y la afectividad aplanada o inapropiada; hay ideas delirantes y alucinaciones. Las características asociadas incluyen muecas, manierismos, mostrando deterioro del rendimiento en distintas pruebas neuropsicológicas y tests cognoscitivos.
- c. Esquizofrenia catatónica: Se presenta una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia (repetición patológica) o ecopraxia (imitación repetitiva de los movimientos de otra persona).
- d. Esquizofrenia indiferenciada: Se le llama así, cuando una esquizofrenia no reúne los criterios de los subtipos anteriores o presenta varios de ellos se le llama indiferenciada.
- e. Esquizofrenia tipo residual: Es cuando existen ideas delirantes o alucinaciones; no son muy acusadas y no se acompañan de una carga afectividad fuerte. Este puede ser limitado en el tiempo y representar una transición entre un episodio florido y la remisión

completa. No obstante, también puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas.

En el siguiente cuadro se presentan los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia, que marca el DSM-IV y actualmente el DSM-V.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA
<p>A. Síntomas característicos: dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ideas delirantes2. Alucinaciones3. Lenguaje desorganizado4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado5. Síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia o abulia)
<p>B. Disfunción social/ laboral: durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).</p>

C. Duración: persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este periodo de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito). Y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes de forma atenuada.

D. Exclusión de los trastornos esquiiafectivo y del estado de ánimo: el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no presentándose ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración de los periodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnostico adicional de esquizofrenia solo se

realizara si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

Episodio con síntomas residuales interepisodicos (los episodios estan determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados

Episodio sin síntomas residuales interepisodicos continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del periodo de observación); especificar también: con síntomas negativos acusados.

Episodio único en remisión parcial: especificar también si: con síntomas negativos acusados.

Episodio único en remisión total

Otro patrón o no especificado

Menos de 1 año desde el inicio d los primeros síntomas de fase activa.

Cuadro: Criterios de Diagnostico de Esquizofrenia, DSM-IV.

El DSM-V hace una modificación en el criterio A. Quedando de la siguiente manera.

- Delirios.

- Alucinaciones auditivas.
- Discurso desorganizado, por ejemplo, frecuentes descarrilamientos o incoherencia.
- Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- Síntomas negativos, como el aplanamiento afectivo, que es una falta o disminución de respuesta emocional, alogia (falta o disminución del habla), o abulia (falta o disminución de la motivación).
- Comportamientos violentos.

Por lo tanto los criterios que se toman en cuenta para el diagnóstico de esquizofrenia, no tuvieron un cambio drástico a lo que se considera en el DSM-IV.

3.5 Evaluación y diagnóstico

La principal herramienta tanto para los psicólogos como los psiquiatras es la entrevista; por medio de este instrumento se nos permite conocer al paciente, así como la dimensión de su problemática y sus trastornos, sin dejar de lado un sondeo exhaustivo de su historia y sus relaciones tanto personales como interpersonales y así se pueda elaborar un examen mental. Por medio de la entrevista el psiquiatra busca llegar a un diagnóstico adecuado.

En el siguiente cuadro se presentan los aspectos que contiene la entrevista

Ficha de identificación

1. Nombre de la institución
2. Numero de la historia clinica
3. Fecha
4. Nombre del paciente
5. Genero
6. Raza
7. Estado civil
8. Edad, fecha y lugar de nacimiento.
9. Domicilio
10. Ocupación u oficio
11. Religión (si ha cambiado recientemente, anótelo)
12. Informante y relación con el paciente.
13. Personas con quienes vive (familiares o no).
14. Fecha de hospitalización (si es pertinente)
15. Entidad que ordena la hospitalización (si es pertinente).

En la exploración realizada por el psiquiatra, este busca el padecimiento del paciente así como el origen del mismo (psicogénesis), para lo cual es necesario indagar en las ideas, fantasías y sueños que permitan apreciar la dinámica emocional de la persona, todo esto se realiza en un ambiente adecuado y apropiado.

La evaluación del estado mental y el examen psiquiátrico del paciente comprende dos aspectos a saber:

1. El aspecto subjetivo, que es todo aquello que el paciente relata.
2. El aspecto objetivo, que es aquella información que obtenemos de observar la conducta no verbal del paciente y que corresponda a los juicios de valor que da el médico a una condición observada a partir de su propio conocimiento y experiencia.

Los pacientes que presentan esquizofrenia y que su actitud es delirante, suspicaz y de desconfianza, generalmente son irritables y pueden involucrarnos dentro de sus delirios; por ello es importante que el entrevistador muestre interés por sus relatos, con una actitud comprensiva y receptiva por lo que manifiestan, sin ser mal interpretada por el paciente como aprobación a su delirio, sino lo contrario, que se le haga dudar al paciente acerca de la veracidad de su relato, si el discurso es incoherente se le piden explicaciones

acerca de lo que no sea comprensible, con la finalidad de que el paciente se reincorpore a la realidad. En relación a la agresividad que presente el paciente el entrevistador debe mostrarse tranquilo y seguro, evitar una actitud de reto, manteniendo una adecuada y prudente distancia. Explicarle al paciente las conductas que se realizan, evaluación de signos vitales, así como los cambios de ubicación del paciente, interrupción de la entrevista, entre otras actividades que lo requieran. No utilizar gestos amenazantes, en caso de que el paciente se encuentre agitado, es importante no asumir riesgos que perjudiquen al paciente y al entrevistador, por lo cual es necesario que la entrevista se lleve a cabo en compañía de alguien más y de ser preferible, inmovilizarlo y sedarlo para facilitar la entrevista. (Gómez, 2008).

3.6 Pronóstico

En general el pronóstico es claramente más sombrío que el de otros trastornos mentales afectivos (depresión, trastorno bipolar) o ansiedad. Se ha detectado una serie de factores de buen y mal pronóstico. Ambientes familiares caracterizados por expresión de hostilidad hacia el paciente enfermo o con sobreimplicación emocional, se asocian a un mayor número de recaídas. Desde el punto de vista cultural, el pronóstico de la esquizofrenia es mejor en países en desarrollo que en países desarrollados. (Ortuño, 2009).

3.7 Tratamiento.

Respecto a la terapia que se lleva a cabo con pacientes esquizofrénicos en la mayoría se ha optado por tratamientos psicofármacos, que actúan sobre todo en los síntomas alucinatorios, delirantes y de conducta, sedando la angustia y las reacciones agresivas excesivas, y a los tratamientos psicoterapéuticos, orientados sobre todo a la reconstrucción de las relaciones interpersonales, al descubrimiento de una identidad, con el fin de evitar regresiones y fugas en el delirio. Así mismo, se trabaja con los familiares de dichos pacientes con el objetivo de reducir tensiones y malentendidos que favorecen el aislamiento o el desencadenamiento de los afectos o de la agresividad. (Gómez, 2008).

Conclusión

Como resultado de la investigación teórica presentada se puede argumentar que los sueños son un elemento importante y fundamental en la vida fisiológica y psíquica del hombre, fisiológica porque es un elemento que nos proporciona el descanso y también nos permite recuperar la energía que nuestro cuerpo demanda. Sin embargo también tiene importancia en nuestra vida psíquica, pues funciona como purgante de todas aquellas situaciones que nuestro consciente no puede asimilar en ese momento, este proceso onírico se manifiesta en nuestro inconsciente, a través de imágenes, deseos, fantasías que forman una historia y una narrativa en la cual se vivencia emociones como son miedo, angustia y ansiedad, por lo tanto estos sueños contienen preocupaciones de la vida cotidiana. Sin dejar de lado la función prospectiva de anticipación de posibles alternativas de solución de problemas. Siendo en los sueños donde se derivan los símbolos de los arquetipos como situaciones difíciles a las que se enfrentan. Por lo tanto la función de los sueños es presentar de manera inconsciente los problemas y no solo eso sino también las soluciones al paciente.

Por esta razón se recomienda que los psicólogos utilicemos todas las herramientas necesarias para generar mejores resultados tanto en diagnósticos como en el tratamiento, disminuyendo cada vez más las limitantes.

Promoviendo la interpretación psicoanalítica del sueño, como estrategia psicológica para el diagnóstico de esquizofrenia. Utilizando un método descriptivo como explicativo, analizando los procesos implicados en la vida anímica inconsciente, el cual contiene los recuerdos o vivencias de la infancia los temores y deseos, jugando un papel importante los psicólogos, al vencer las resistencias que disfrazan el conflicto del paciente.

Es claro que la esquizofrenia es un trastorno mental, crónico y complejo que incluye distintos síntomas, muchas veces es confuso, impidiendo que se llegue a un diagnóstico veraz y limitando así mismo el avance en el tratamiento del paciente. Tomando en cuenta que es en el sueño donde podemos encontrar todo el material inconsciente del paciente, como son sus deseos, fantasías y temores reprimidos en su consciente pero que se presentan en el sueño, identificar así mismo a inicios de este trastorno mental sus detonantes síntomas patológicos.

Los pacientes esquizofrénicos los cuales se encuentran en una estructura psicótica dentro de la etapa oral 1 donde sus relaciones objétales son simbióticas y su dinámica es narcisismo primario, manifestando síntomas como son alucinaciones, ilusiones y delirios. A partir de esta hipótesis genética en la que los pacientes esquizofrénicos se encuentran en una representación irreal

tanto de su yo interno como de la realidad empírica, predominando su inconsciente en el que se encuentran todas sus fantasías y alucinaciones, así como sus deseos y representaciones pulsionales cuyo trasfondo se sitúa en el cumplimiento de deseos infantiles del paciente, así como se forma el sueño a partir de todos aquellos deseos insatisfechos de la vigilia contribuyendo a provocar el sueño, concediéndole al sujeto que sufre de dolores físicos y morales aquello que la realidad le niega, como es el bienestar y felicidad, poderío, riqueza, lo cual se convierte en la razón de su locura.

El sueño en pacientes esquizofrénicos es sumamente importante, analizando todos los elementos que se manifiestan en el inconsciente (resistencias, fantasías, temores, transferencia, lapsus, defensas y manifestaciones pulsionales) y que contribuyen a una mejor interpretación de los sueños, obteniendo así resultados beneficiosos para los pacientes reduciendo su angustia psíquica ante el diagnóstico pues hay un mayor acercamiento psicólogo-paciente y maximizando la funcionalidad y tratamiento al paciente.

Esta tesina queda abierta para posteriores estudios, alentando a los psicólogos para seguir generando nuevas técnicas de diagnóstico.

Bibliografía

- Anwandter, R. (2006). El poder mágico de los sueños. RiL editores. Santiago de Chile.
- Ardila, R. (2005). Psicología Fisiológica. Trillas. Universidad de Texas. Primera edición 1973.
- Autiquet, M. (2002). El psicoanálisis. Siglo XXI. México. Primera edición 1998.
- Bianchi, M. (2013). W. Bion: Un Recorrido por su Vida y su Obra. Consultado el 26 de noviembre del 2014. Disponible en <https://www.kennedy.edu.ar>
- Boeree, G. (2001). Teorías de la personalidad. Consultado el 9 de enero del 2015. Disponible en <http://www.psicologia-online.com/>.
- Bonet, T. (2008). Bases Anatómicas y Fisiológicas del Sueño. Universidad de Valencia.
- Coon Dennis. (2005). Psicología. International Thomson.
- Cardinali, D. (2007). Neurociencia Aplicada. Panamericana. Buenos Aires.
- Carlson. N. R. (1996). Fundamentos de Psicología Fisiológica. Pearson. Mexico. Pp. 265-266

- Feldman, R. (2005). *Psicología con Aplicaciones de Habla Hispana*. McGraw-Hill.
- Fernández T. & Ruíz, A. (2010). *Fisiología Humana*. México. McGraw-Hill.
- Freud,S. (2013). *La Interpretación de los Sueños*. J. Strachey (ed. Y Trad.), *Obras Completas (Vol. IV)*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1900).
- Freud,S. (2013). *La Interpretación de los Sueños*. J. Strachey (ed. Y Trad.), *Obras Completas (Vol. V)*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1900-1).
- Freud,S. (2013).*El Delirio y los Sueños*. J. Strachey (ed. Y Trad.), *Obras Completas (Vol. IX)*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1906-8).
- Galimberti, U. (2011). *Diccionario de Psicología*. Siglo XXI. Buenos Aires, Argentina.
- Gomez, C. (2008). *Psiquiatría Clínica*. Medica Panamericana. Bogotá. Pp. 386-390
- Haley, J. (1991). *Las Tácticas de Poder de Jesucristo*. Paidós. México.
- Hartmann, E. (2011). *The Nature and Functions of Dreaming*. Oxford.
- Las Heras, A. (2005). *Sueños. Lenguaje Onírico Develado*. 1° ed. Alhué. Buenos Aires, Argentina.
- Méndez, J; Iceta, M. (2002). *La Teoría de los Sueños. Parte 1*. En *Revista Internacional de Psicoanálisis*. Consultado el 20 de diciembre del 2014. Disponible en <http://www.aperturas.org/>
- Myers, D. (2005). *Psicología*. Panamericana. Buenos Aires.

- Ortuño, F. (2009). Lecciones de psiquiatría. Medica Panamericana. España.
- Sass, L. (2014). Locura y Modernismo. DYKINSON. Madrid.
- Ulnik, J. (2000). Revisión Crítica de la Teoría Psicosomática de Pierre Marty. En Revista Internacional de Psicoanálisis. Consultado el 4 de diciembre del 2014. Disponible en <http://www.aperturas.org/>
- Velayos, J. & Diéguez, G. (2015). Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso Central. Madrid. CEU.
- Vives, J. (2002). La Interpretación de los Sueños un siglo después. PYY: México.