



## EL CUESTIONARIO COMO INSTRUMENTO DIAGNOSTICO: LAS HIPOTESIS INTERMEDIAS

Mabel Malinowski\*

### Resumen

*En este trabajo, se describe la operacionalización de las hipótesis intermedias para la construcción de un instrumento diagnóstico, en este caso un cuestionario, que es parte de una investigación. Se correlacionan las variables y se construye una tipología de las alteraciones de las funciones del dormir y del soñar en pacientes con patología orgánica.*

*También examino algunos parámetros clínicos que hacen al diagnóstico psicoterapéutico en el abordaje de las enfermedades orgánicas, teniendo en cuenta un enfoque neurofisiológico desde la articulación entre el psicoanálisis y la neurofisiología, tema al que dediqué esta investigación.*

*El objetivo de este trabajo consiste en exponer y evaluar críticamente el instrumento diagnóstico, es decir el cuestionario creado a los fines de la investigación que explora los vínculos existentes entre las distintas variables: a) función del dormir, b) función del sueño, c) patología oncológica y determinar qué relaciones existen entre ellas.*

### Palabras claves

*Instrumento diagnóstico - operacionalización - hipótesis intermedias - función del dormir - función del soñar - patología orgánica.*

### Summary

*In this paper my aim is to describe the intermediate hypothesis operationalism for the construction of the diagnosis instrument, in this case a questionnaire, that is part of an investigation. Variables are correlated, and a type is build of the disorders in the sleep and the dreams in patients with organic pathology. Also I studied some clinic parameters related to the psychotherapeutic diagnosis in the treatment of the organic diseases taking into account a neurophysiologic view from the articulation is related.*

---

\* UCES. E-mail: eamor@intramed.net.ar



*The main purpose of this work is to expose the intermediate hypothesis in order to support the questions framed in the instrument of data collection, this is to say, the questionnaire created for the investigation that explores the exiting links between the different variables: a) function of sleep, b) function of dream, c) oncological pathology, and determine the relation between them.*

*The questionnaire constructed for this investigation has the intention to explore the sleep and dream activities in oncological patients as an expression of the psychic life in general. The oneiric activity can offer clues of other activities of a patient psychology. I am going to refer to two of them, the category "sleep disorder" (SD) and the category "dream disorder" (DD)*

#### **Key words**

*Diagnosis instrument - operationalism - intermediate hypothesis - function of sleep - function of dream - oncological pathology.*

#### **Introducción**

En este trabajo me propongo describir el diseño de un instrumento diagnóstico, como también la confiabilidad y la validez del mismo. Se correlacionan variables y se cuantifican estadísticamente los datos obtenidos a través de los resultados de la toma del cuestionario. Se describen las etapas de producción, el desarrollo de las hipótesis intermedias y las conclusiones a las que se arriba, las cuales se deducen del análisis cuantitativo y cualitativo.

El marco teórico es una articulación entre la teoría freudiana y conceptos tomados de la neurofisiología.

#### **Operacionalización de las variables**

##### **Instancia de validez empírica**

Una definición operacional constituye el dimensionamiento de las variables y análisis de las relevancias de las dimensiones encontradas, a fin de establecer criterios de validez (Samaja, 1993). Así la definición operacional de la variable "Trastornos del dormir", podría ser definida como las respuestas a un determinado estímulo que pueda dar cuenta de las alteraciones de dicha función. Para obtener las observaciones y mediciones de las variables se aplica un instrumento de medición que debe ser válido y confiable.

El cuestionario construido a los efectos de esta investigación, tiene la intención de



explorar las actividades del dormir y del soñar en pacientes oncológicos como una expresión de la vida psíquica en general. La actividad onírica nos puede dar cuenta de otras actividades del psiquismo de un sujeto. Me voy a referir a dos de ellas, la categoría “Trastornos del dormir” **TD** y la categoría “Trastornos del soñar” **TS**. Comenzaré por la primera:

### **Trastornos del dormir**

**Definición Conceptual:** (DSM-IV) Masson, 2000. Clasificación Internacional de los desórdenes del sueño ICSD, 1990.

Para esta investigación, se tienen en cuenta los trastornos primarios del sueño, es decir aquéllos que no están asociados a la ingesta de sustancias tóxicas o drogas, o los que son secundarios a patologías psiquiátricas.

Los trastornos del sueño se han clasificado en cuatro categorías amplias, sobre la base de síntomas subjetivos, así como de la patología específica que se registra objetivamente durante el estudio del sueño.

Estas categorías comprenden: 1) trastornos de la iniciación y mantenimiento del sueño, 2) trastornos de somnolencia excesiva, 3) alteración del ciclo sueño-vigila, 4) parasomnias.

### **Trastornos de la iniciación y mantenimiento del sueño**

El insomnio no representa un diagnóstico específico. Es un complejo sintomático que se caracteriza por dificultades para iniciar el sueño, despertar intermitente, o despertar en la mañana temprano con dificultad de retornar al sueño.

Se considera un síntoma de un trastorno en la etapa del sueño que se presenta como dificultad para quedarse dormido (insomnio de conciliación) y/o mantener un sueño regular (insomnio de manutención) y/o interrupciones (despertares frecuentes) durante toda la noche. (Avdaloff, W. 2003)

### **Trastornos de somnolencia excesiva: hipersomnolencia**

Es un trastorno del sistema nervioso central que se caracteriza por la aparición patológica del sueño durante la vigilia aún cuando el sueño nocturno puede ser normal. Se caracteriza por el sueño diurno irresistible que a menudo dura 15' y sólo refresca al paciente en forma transitoria. Una de sus formas de manifestarse se denomina “Narcolepsia”. La siesta diurna muestra una invasión de MOR, que no aparecen en individuos normales que duermen siesta.



### **Trastornos del ciclo sueño-vigilia**

Los trastornos del ciclo sueño-vigilia aparecen cuando no se puede mantener el ritmo circadiano normal de 24 horas. Los pacientes notan incapacidad para sincronizar su ciclo sueño-vigilia con las necesidades sociales y concilian el sueño en forma que se atrasa constantemente el despertar matutino. Con frecuencia, la conciliación del sueño se atrasa progresivamente (fase de retardo del sueño), de modo que los pacientes pueden dormir durante las horas de vigilia normales y permanecen despiertos durante la noche. Así, una queja importante de estos individuos es la concomitancia de insomnio e hipersomnolencia. Además de las anomalías circadianas provocadas endógenamente, ocurre un ajuste del sueño-vigilia más común con cambios ambientales como los inducidos por viajes (avión) o cambios laborales.

### **Parasomnias**

Las parasomnias representan un grupo dispar de trastornos que ponen en peligro la vida, como el sonambulismo y los terrores del sueño. La mayor parte de estos trastornos se limita a la niñez o a la adolescencia y se pueden identificar fácilmente a partir del interrogatorio.

La Clasificación Internacional de Desórdenes del sueño (Avaloff, W. 2003), las ordena en cuatro tipos:

- a) Desórdenes del alerta, incluyendo los desórdenes confusionales, sonambulismo y terrores del sueño.
- b) Desórdenes de transición del estado sueño-vigilia, incluyendo los desórdenes de movimientos rítmicos (brincos, somniloquio y calambres nocturnos).
- c) Parasomnias asociadas con el sueño REM ó MOR.
- d) Otras parasomnias: bruxismo, enuresis, síndrome del deglutir anormal, otras.

### **Trastornos del Dormir**

#### **Definición operacional**

A continuación voy a presentar las características de cada una de estas variables con el objetivo de operacionalizarlas.

Dentro de la categoría “Trastornos del dormir”, **TD** se investigan 5 variables, referidas al modo en que se manifiestan los trastornos:



- TD1:Insomnio
- TD2:Hipersomnia
- TD3:Tonicidad
- TD4:Desvitalización
- TD5:Temperatura

#### **Justificación de la elección de las variables:**

La elección de estas variables está relacionada con las manifestaciones que aparecen descritas por los pacientes que padecen patología oncológica. La justificación teórica se desarrolla en cada uno de los ítems de las dos categorías siguientes.

**TD1: Insomnio** se define como la percepción personal de diversas alteraciones en la etapa del sueño que incluye:

- Problemas para conciliar el sueño.
- Problemas para mantener un sueño regular o carencia de sueño crónica.
- Interrupciones durante toda la noche.

De acuerdo a estas definiciones formulé la siguiente hipótesis intermedia:

1): Hipótesis: *“En los pacientes adultos investigados con patología oncológica, se advierte la existencia de insomnio.”*

*De esta hipótesis general se deslindan tres hipótesis más específicas:*

1a): *“En los pacientes adultos investigados con patología oncológica, se advierte la existencia de dificultades para conciliar el sueño”*

1b): *“En los pacientes adultos investigados con patología oncológica, se advierte la existencia de dificultades para mantener el sueño regular o carencia crónica de sueño”.*

1c): *“En los pacientes adultos investigados con patología oncológica, se advierte la existencia de despertares frecuentes durante toda la noche”.*

#### **Hipersomnia**

- Es un trastorno del sistema nervioso central que se caracteriza por la aparición patológica del sueño durante la vigilia, aún cuando el sueño nocturno puede ser normal. Se caracteriza por el sueño diurno irresistible que, a menudo, dura 15' y sólo refresca al paciente en forma transitoria. Una de sus formas de manifestarse



se denomina "Narcolepsia". La siesta diurna muestra una invasión de MOR, que no aparecen en individuos normales que duermen siesta.

Se formularon las siguientes hipótesis intermedias:

2a): Hipótesis: *"En los pacientes oncológicos investigados, posiblemente existan relaciones entre las perturbaciones del dormir y somnolencia diurna"*

2b): Hipótesis: *"En los pacientes oncológicos investigados, posiblemente existan relaciones entre las perturbaciones del dormir y los estados precarios de conciencia."*

### **TD3: Tonicidad**

En los pacientes con patologías tóxicas se observa un estado corporal de tensión muscular que se toma como indicio de otro, que se describe como hipertonía. La hipertonía es un proceso acompañado de un alerta difuso y carente de organización, correspondiente a la fijación en las investiduras de órgano y en un lenguaje del erotismo intrasomático. Este erotismo se caracteriza por la investidura de los órganos internos y responde a la tendencia general a la eliminación de la tensión vía alteración interna. Se acompaña de una sobreinvestidura defensiva de la sensorialidad distal que opera más a la manera de una conrainvestidura que como un avance proyectivo normal hacia la exterioridad.

Construí la siguiente hipótesis intermedia:

3): Hipótesis: *"En los pacientes oncológicos investigados es posible que existan relaciones entre las perturbaciones del dormir y la tensión muscular o hipertonía."*

De esta hipótesis general se derivan hipótesis más específicas:

3a): *"En los pacientes oncológicos investigados es posible que existan relaciones entre las perturbaciones del dormir y la tensión muscular vigil"*

3b): *"En los pacientes oncológicos investigados es posible que existan relaciones entre las perturbaciones del dormir y la tensión muscular durante el reposo"*

3c): *"En los pacientes oncológicos investigados es posible que existan relaciones entre las perturbaciones del dormir y la tensión muscular durante la transición vigila-reposo"*

3d): *"En los pacientes oncológicos investigados es posible que existan relaciones en -*



*tre las perturbaciones del dormir y la tensión muscular durante la transición repo - so-vigilia”*

#### **TD4: Desvitalización.**

Alude a un rasgo de carácter como expresión de una vicisitud pulsional, de un trauma, al cual perpetúa y que se describe como “estar muerto”, como carecer de un mínimo de tensión vital. Freud (1895) hace alusión a distintas constelaciones de elementos, entre ellos, ciertos rasgos de una pulsión, tal vez inasimilables al resto de la economía anímica; también presta atención a cierta endeblez psíquica y a las características del sistema neuronal en juego. Se trata de una situación en la que es imposible crear un objeto captable sensorialmente y que pueda decantar como inscripción psíquica. En su lugar insiste un apego económico sin adherencia a elementos anímicos, que expresa la vigencia de la pulsión de muerte que interfiere en la complejización económica y psíquica.

En base a esta conceptualización, se construyó la siguiente hipótesis:

4): Hipótesis: “*En los pacientes oncológicos investigados, posiblemente haya alguna relación entre trastornos del dormir y un estado de desvitalización o abulia psíquica.*”

#### **TD5: Temperatura**

El sistema de regulación del sueño paradójal en función de la temperatura funciona de la forma siguiente: si la temperatura baja el sueño paradójal aumenta rápidamente. El sueño aparece cuando la temperatura corporal alcanza su nivel más bajo.

El sueño paradójal sólo existe en los animales homeotermos, es decir aquéllos que tienen una temperatura constante, independientemente de la del mundo exterior. La temperatura corporal normal es de 36-37,2 °C y es el resultado del balance entre la producción y la pérdida de calor. La hipotermia se produce cuando las pérdidas de calor exceden a la producción

Según Jouvet (1992), la función del sueño REM es regular la temperatura. Se podría conjeturar, entonces, que al no haber regulación de la temperatura a través del sueño REM, tampoco hay freno al procesamiento pulsional y, por lo tanto, el drenaje energético es de tipo hemorrágico. La pérdida térmica, entrópica, podría entenderse por este proceso. La pérdida brusca de temperatura se considera un correlato del concepto de entropía. Las sensaciones de frío derivan de un drenaje energético entrópico, inercial, no trasmudable en tensión interior. Parecen ser procesos de desinversión. Aparecen registros térmicos de frío que es compatible con el dormir en un es-



tado de hibernación o congelamiento (Maldavsky, 1994), que suele extenderse al sopor vigil. Este proceso puede ser una respuesta ante un frío ambiental, disminuir la tensión al servicio de la preservación de la vida, pero este enfriamiento articula lo helado con la parálisis duradera. Este proceso parece ser la pérdida de calor vital como consecuencia de una hemorragia libidinal.

Teniendo en cuenta esta definición construí la siguiente hipótesis:

5): Hipótesis: *“En los pacientes oncológicos investigados, posiblemente existan relaciones entre las perturbaciones del dormir y pérdidas bruscas de temperatura.”*

### **Trastornos del sueño**

#### **Definición conceptual**

Se considera en esta categoría la alteración que se expresa con la disminución o supresión de los contenidos figurados o fantaseados del sueño. Supresión de la elaboración psíquica o metafórica de los contenidos del sueño, que puede expresarse como sueño repetitivo, como descripción textual de la realidad, sueños laborales, etc.

### **Trastornos del soñar**

#### **Definición Operacional**

A continuación describiré las características de cada una de estas variables correspondientes a la categoría “Trastornos del soñar” o **TS** con el objetivo de operacionalizarlas al igual que las variables de la categoría **TD**.

Dentro de la categoría “Trastornos del soñar”, **TS** se investigan 5 variables.

Dentro de esta categoría se seleccionaron las siguientes variables:

- **TS1:** Trauma
- **TS2:** Figurabilidad
- **TS3:** Importancia que da el paciente al soñar
- **TS4:** Contenido de los sueños
- **TS5:** Memoria

#### **TS1: Trauma:**

Si el contenido del sueño es una vivencia traumática, no tiene cabida en la escena onírica y es relevado por un despertar ansioso, donde subsiste una situación inelaborable, que no puede ser recordada. Según Freud (1920), los sueños traumáticos se re-





piten para darle al yo una nueva oportunidad para significar psíquicamente el trauma. La repetición onírica intenta una inscripción psíquica de la que parcialmente carece. En el año 1965, Gastaut y Broughton descubrieron, mediante estudios clínicos y registros polisomnográficos que sus pacientes presentaban rasgos de actividad que llamaron terrores del sueño. Este fenómeno ocurría después del inicio del sueño y lo alteraban y también aparecían cuando el paciente salía de la etapa 4 del sueño delta. (NREM) Estos fenómenos corresponden a un desorden del alerta. Por otro lado existen alteraciones que se observan durante el sueño REM, llamadas “pesadillas” en donde existen recuerdos de un sueño terrorífico. Desde el punto de vista neurofisiológico, las pesadillas surgen en el sueño MOR. Dado que éste predomina en la segunda parte del sueño nocturno, aquéllas son más frecuentes en dicho momento. Consisten en episodios oníricos caracterizados por ansiedad intensa y miedo.

En base a esta definición de TS1 construí la siguiente hipótesis:

1): Hipótesis: “*En los pacientes adultos investigados con patología oncológica, posiblemente existan relaciones entre perturbaciones del soñar y situaciones traumáticas inelaborables*”.

1a): Hipótesis: “*En los pacientes adultos investigados con patología oncológica, posiblemente existan relaciones entre perturbaciones del soñar y pesadillas*”

1b): Hipótesis: “*En los pacientes adultos investigados con patología oncológica, posiblemente existan vínculos entre perturbaciones del soñar y terrores nocturnos*”

### **TS2: Figurabilidad**

El sueño es la posibilidad de proyectar un mundo interno durante ciertas fases del reposo en tanto se encuentra interrumpido todo lazo con el entorno. Es ese entorno lo que el sueño crea o recrea de otra manera a través de una proyección que adopta la forma de una alucinación, funcionamiento inscripto en la filogénesis. Se toma a la proyección no defensiva, interrogativa, como un correlato del concepto de figurabilidad, de los cuales la alucinación es uno de los modos de expresión junto al recuerdo y al relato de dichas imágenes, porque el sueño sólo existe en la medida que se lo recuerda. Soñar es un proceso creador que pone en marcha funcionamientos más allá de lo que se sueña, es un mundo proyectado de principio a fin. (Sami-Ali, 2000).

El sueño, en la teoría freudiana, aparece como el guardián del dormir, sobretodo cuando incitaciones pulsionales se vuelven perturbadoras. Constituye una forma de despertar en el dormir y da cuenta de que el preconscious desarrolla algún tipo de actividad. Se despliega, entonces, una proyección intrapsíquica. Como la psicolo-



gía cognitiva postula (Foulkes, 1993), soñar es el resultado de procesos cognitivos complejos, cuyos mecanismos operan en varios niveles de elaboración de la información. Esto implica una memoria fuertemente cargada afectivamente, la construcción de imágenes (visuales) animadas y la elaboración de argumentos.

Construí una hipótesis teniendo en cuenta el concepto teórico de “arruinamiento del proceso alucinatorio como consecuencia de un proceso de intrusión y/o desinversión materna”, el cual se relaciona con la falta de figurabilidad psíquica.

2) Hipótesis: *“En los pacientes oncológicos investigados, posiblemente exista relación entre los trastornos del soñar y arruinamiento del proceso alucinatorio”.*

De esta hipótesis se puede deslindar otra, relacionadas con el concepto de alteración de figurabilidad psíquica:

2a): Hipótesis: *“En los pacientes oncológicos investigados, posiblemente exista relación entre los trastornos del soñar y la falta de elaboración simbólica”.*

2b): *“En los pacientes oncológicos investigados, posiblemente exista relación entre los trastornos del soñar y la falta de argumentos elaborados”.*

### **TS3: Importancia que da el paciente al soñar como expresión de la vida psíquica global:**

Se parte del supuesto teórico de que la función del soñar es una de las modalidades particulares del funcionamiento psíquico en general. La escisión del sueño como acontecimiento biológico y como acontecimiento psíquico, es un parámetro a tener en cuenta, ya que estos mecanismos son inseparables del funcionamiento psíquico en general. La falta de interés en los sueños, opera en detrimento de la actividad onírica y el proceso termina en el sujeto que no sueña. Es así como en algunas personas los únicos sueños que aparecen son los de contenido laboral. (tema desarrollado en la cuarta variable de esta categoría). Es la expresión de una patología que da cuenta de un funcionamiento más radical, la cual lleva a preguntarse si esta escisión que aparece en los sueños y el interés por ellos se podría traducir, tal vez en una defensa más profunda, que comprometa toda la vida psíquica.

A partir de este desarrollo teórico construí la siguiente hipótesis:

3) Hipótesis: *“En los pacientes oncológicos investigados, posiblemente se podría vincular la perturbación de la función del soñar con la falta de interés por sus sueños”.*



#### **TS4: Contenido de los sueños**

En los sueños de trabajo reproduce una actividad que se ejerce habitualmente. Tienen un registro literal cuya banalidad parece excluir toda participación de los procesos oníricos. Sami-Ali (1991) advierte que soñar con trabajar es la negación de soñar y que el sueño en lugar de romper con la realidad la prosigue. El sueño perpetúa la vigilia y la actividad onírica no es más que el insomnio transpuesto.

En los sueños laborales nos hallamos en una situación similar a la de las retracciones narcisistas, como es inherente a las patologías tóxicas y traumáticas. Son sueños que obstaculizan la simbolización, como los sueños repetitivos de las neurosis traumáticas. El sueño es invadido por una producción que tiene todos los caracteres de una alucinación de vigilia.

En base a este desarrollo teórico construí las siguientes hipótesis:

4a): *“En los pacientes oncológicos investigados, posiblemente exista relación entre los trastornos del soñar y presencia de sueños laborales”.*

4b): *“En los pacientes oncológicos investigados, posiblemente exista relación entre los trastornos del soñar y presencia de sensaciones cenestésicas”.*

#### **TS5: memoria.**

El sueño sólo existe en la medida que se lo recuerda, es un ser de memoria, dependiente de la huella que allí deja. Que el sueño esté mediatizado por la memoria, significa que no se puede tener de él una experiencia directa y que sólo existe retrospectivamente. Esto implica que el sueño como acontecimiento biológico y el sueño como acontecimiento subjetivo existe un proceso de la memoria que es el olvido de los sueños (Sami-Ali, 2000). Podemos distinguir dos tipos de olvidos. Uno es de tipo funcional al servicio de eros y es para evitar la saturación, en el que la percepción selecciona los estímulos. Esto corresponde al funcionamiento onírico en general al margen de las particularidades del proceso de selección del material onírico. El otro tipo de olvido, implica a la actividad onírica en su conjunto. Hay que considerar aquí la posibilidad de una fuerza que pugna para que los contenidos inconcientes no atraviesen la censura onírica y además logra mantenerlos escindidos.

De acuerdo al concepto teórico de memoria construí la siguiente hipótesis:

Hipótesis: *“En los pacientes oncológicos entrevistados es probable que exista alguna relación entre perturbaciones del funcionamiento del soñar y el olvido permanente de los sueños”*



## Producción del Cuestionario

### Primera etapa

Para recolectar los datos de la presente investigación, se pensó en un instrumento de exploración que de cuenta de las distintas alteraciones que podían aparecer en el funcionamiento del dormir y del soñar en pacientes con fijaciones muy tempranas, tales como perturbaciones del yo real primitivo, que se traducen en dificultades del procesamiento de las cantidades endógenas. Dentro de esta categoría podemos clasificar distintas patologías, tales como:

- 1): Adicciones
- 2): Anorexia/Bulimia
- 3): Psicósomáticas
- 4): Epilepsias
- 5): Traumatofilias
- 6): Enfermedades orgánicas:   a): H.I.V.: S.I.D.A.  
  b): Autoinmunes  
  c): Oncológicas, etc.
- 7): otras

A los fines de esta investigación se seleccionó la categoría: “Enfermedades Orgánicas” y dentro de ésta: “Patología Oncológica”. Es decir que, el cuestionario podría ser utilizado para explorar los “Trastornos del Dormir y del Soñar”, en otras patologías clasificadas como “Tóxicas”, teniendo en cuenta el marco conceptual desarrollado. Para ello, también se tuvo en cuenta el funcionamiento psicofísico de los pacientes representado en las variables: trastornos del dormir y trastornos del soñar, que existían anteriormente a la aparición de la patología, bajo el supuesto teórico de que la enfermedad orgánica (patología oncológica) sería la consecuencia de un modo particular de funcionamiento, del yo real primitivo que, a través de los años y teniendo en cuenta algunos desencadenantes emocionales, tales como: divorcios, pérdidas de seres queridos, mudanzas, pérdidas económicas, catástrofes sufridas, etc., reeditarían los momentos primordiales en que estímulos excesivos y nuevos (los cambios), resultan insoportables y de gran dificultad para procesar, para la conciencia primordial. La constitución del yo, del primer yo inicial, el real primitivo, es un constructo que daría cuenta de las funciones que están tratando de sistematizarse en el modelo de la patología orgánica.

El análisis de los resultados contiene una parte cualitativa y una segunda parte estadística.



La investigación consiste en administrar un cuestionario construido según el modelo de la teoría freudiana.

La producción del cuestionario está diseñada en función de las categorías seleccionadas: TD y TS y sus variables deslindadas. Por ejemplo, teniendo en cuenta la definición del concepto de Insomnio (**TD1**) anteriormente desarrollada, construí preguntas, que se derivan de tres alteraciones específicas: las dificultades para conciliar el sueño, las dificultades para el mantenimiento del sueño y las dificultades relacionadas con los despertares frecuentes durante toda la noche.

He tratado de formular preguntas que se relacionan con los trastornos de iniciación del sueño:

- 1): Tiene problemas para dormir?
- 4): Tiene insomnio?
- 7): Antes de irse a dormir, qué hace para conciliar el sueño?
- 8): Cuando se va a dormir, se duerme enseguida?

Otras preguntas se formularon en base a los trastornos de mantenimiento del sueño:

- 4): Cuántas horas duerme por día?.

Por último preguntas relacionadas con los despertares frecuentes durante toda la noche:

- 3): Se levanta de noche?
- 5): Cuando se despierta de noche, ¿cómo es su estado de ánimo?

Respecto de la variable “Hipersomnia” (**TD2**) de la categoría TD, construí estas preguntas como correlato de un estado anímico de percepción sin conciencia acompañado de somnolencia duradera. Este concepto se relaciona con los modos de despertar a la conciencia, que son muy precarios y del mismo modo ocurre con la atención psíquica.

Considerando la pregunta N° 6: que explora la somnolencia diurna y los ataques de



sueño durante el período vigíl:

Si no duerme de noche, a qué hora del día concilia el sueño?

- 1): no duermo en el día
- 2): me quedo dormido después del almuerzo, siesta.
- 3): me quedo dormido a cualquier hora, mirando TV, sentado en una silla, etc.
- 4): en cualquier lugar, en la calle, en el banco, manejando.

La Pregunta N° 11, explora parálisis del sueño y somnolencia constante durante el pasaje del sueño a la vigilia:

- Al despertarse
- 1): se despabila inmediatamente
  - 2): se despabila con algo de dificultad
  - 3): le cuesta bastante despabilarse
  - 4): le cuesta tanto terminar de despertarse que pasa bastante tiempo y para ello necesita: tomar mucho café, o mate, o fumar.

Respecto de la variable “Tonicidad” (**TD3**) y con el objetivo de operacionalizar el concepto, construí preguntas que exploran la tensión muscular durante la vigilia, el dormir y el pasaje de un estado al otro. En los pacientes investigados parece evidenciarse un estado corporal de tensión que se puede homologar a un estado de hipertonía. Se expresa como un alerta difuso constante y carente de organización como así también la falta de una actividad específica que tenga por objetivo neutralizar la hipertonicidad muscular y alcanzar la satisfacción .

Esta pregunta explora la tensión muscular durante el dormir a través de la cantidad de horas de reposo:

N°2: ¿Cuántas horas duerme por día?

Esta pregunta explora la tensión muscular durante el dormir a través de la cantidad de veces que se interrumpe el reposo:

N°3: ¿Se levanta de noche?

Esta, explora la tensión muscular en forma general:

N°4: ¿Tiene insomnio?



Esta pregunta, explora la tensión muscular durante el día a través de la posibilidad de relajarse durante el día, para compensar la tensión nocturna:

Nº 6: ¿Si no duerme de noche a qué hora del día concilia el sueño?

Esta pregunta explora la hipertonía durante el lapso de transición vigilia-reposo:

Nº 7: ¿Antes de irse a dormir qué actividades realiza?

Esta pregunta explora la tensión muscular durante la transición reposo-vigilia:

Nº 9: ¿Cómo se levanta al día siguiente?

Esta pregunta explora la tensión muscular general:

Nº 17 ¿Tiene Ud. facilidad para relajarse?

Veamos la variable “Desvitalización” (**TD4**), la pregunta que construí en base a este concepto teórico investiga los estados de abulia o desvitalización, considerando a la pulsión de dormir como un modo de entregarse a la inercia, una tendencia a la abolición de las tensiones vitales característica del funcionamiento en los procesos tóxicos. Se infiere que durante la vigilia la hipervigilancia sostenida, deja al sujeto desvitalizado y con dificultades para conciliar el sueño, por temor a un drenaje energético.

P. Nº8: Cuando se va a dormir:

- 1): se duerme enseguida
- 2): estoy un poco deprimido y desganado
- 3): estoy bastante deprimido y desganado
- 4): estoy tan desganado y deprimido que no puedo dormir

La última variable de esta categoría TD es la “Temperatura” (**TD5**), construí una pregunta para investigar la pérdida brusca de temperatura como correlato del concepto de entropía. Se conjetura que en estos pacientes podría existir este modo de funcionamiento.

P. Nº 10: Cuando se despierta:

- 1): siente que ha podido descansar lo suficiente
- 2): cree que no ha descansado bien y siente frío porque está sudado



- 3): se despierta con frío empapado en sudor
- 4): se despierta con las sábanas y la ropa de dormir mojada, con mucho frío, supone que ha sudado y no tiene ánimos para levantarse

Paso ahora a describir la categoría “Trastornos del soñar”, enumerar sus variables y la construcción y operacionalización del instrumento de recolección de los datos observables:

**TS1:** Trauma, de acuerdo a la definición del concepto desarrollada anteriormente, construí las preguntas 5 para explorar los terrores nocturnos durante el sueño NMOR:

Pregunta N°5:

Cuando se despierta de noche, cuál es su estado de ánimo?

- 1): tranquilo
- 2): un poco nervioso
- 3): bastante nervioso
- 4): sobresaltado

La pregunta N° 14 la construí para explorar los trastornos del sueño durante el sueño REM ó MOR.

Pregunta N°14: Recuerda haber tenido pesadillas?

- 1): no, no recuerdo
- 2): a veces.
- 3): a menudo
- 4): casi siempre.

Para la segunda variable de esta categoría “Figurabilidad” (**TS2**), construí las preguntas N° 12 para explorar la alteración del proceso alucinatorio, el cual se podría relacionar con la falta de figurabilidad psíquica.

Sueña?:

- 1): muchísimo, soy de soñar mucho.
- 2). A menudo
- 3): pocas veces
- 4): no suelo soñar.

La Pregunta N°14 la construí para explorar la falta de inscripción psíquica suficientemente firme de las huellas de una vivencia de satisfacción que supone el modelo





del sueño como realización alucinatoria de deseos. La falta de inscripción supone estados de no representación, vacío, blanco, en que el pensamiento queda exangüe sobre un fondo de alucinación negativa de las propias producciones psíquicas.

Recuerda los sueños?

- 1): sí, la mayoría de las veces
- 2). algunas veces
- 3): muy pocas veces
- 4): no, no los recuerdo

Veamos la variable siguiente:

**TS3: “Importancia que da el paciente al soñar como expresión de la vida psíquica global”**

Construí la pregunta N°15 para explorar la escisión del paciente respecto de sus contenidos inconscientes. Como dije anteriormente, la escisión del sueño como acontecimiento biológico y como acontecimiento psíquico, es un parámetro a tener en cuenta, ya que estos mecanismos son inseparables del funcionamiento psíquico en general.

Cree usted que es importante soñar?

- 1): sí, creo que es importante
- 2): creo que es normal
- 3): creo que no es importante
- 4): nunca se me ocurrió pensarlo

En la siguiente variable, **TS4**, “Contenido de los sueños”, construí la pregunta N° 16 con el objetivo de explorar el grado de elaboración simbólica del contenido onírico. Teniendo en cuenta si los relatos son meras descripciones de actividades cotidianas y/o laborales, o existe algún desarrollo del funcionamiento simbólico.

Pregunta N°16

El contenido de sus sueños está relacionado con:

- 1): temas muy fantasiosos
- 2): sueños no tan fantasiosos
- 3): cosas que le han ocurrido unos días o un tiempo atrás.
- 4). sueños con problemas laborales



Para la última variable de la categoría TS, “Memoria” (TS5), construí dos preguntas que exploran la imposibilidad de acceder a la vida onírica y su recuerdo a través de una fuerza de represión que carece de fisuras. Esto es la escisión absoluta de los contenidos inconcientes.

Nº12 Sueña?

Nº13 Recuerda los sueños?

### **Segunda etapa**

#### **Prueba piloto**

En un segundo paso se aplicó el cuestionario y se interpretaron estadísticamente los datos correlacionando los observables, nuevamente con la teoría psicoanalítica.

Después de la construcción de las preguntas en base a conceptos de la teoría freudiana, se tomó una prueba piloto a 10 personas que se prestaron voluntariamente, después de haber sido entrevistados.

Previamente a la toma del cuestionario unifiqué los criterios de la toma del cuestionario. Dos de estas personas, uno que entrevistó una colega y otro que entrevisté yo, habían hecho psicoterapia en base al ensueño dirigido, abordaje terapéutico donde el despliegue de la fantasía era el objetivo más importante en los tratamientos. Estas personas que padecían una enfermedad oncológica, no eran pacientes nuestros, habían tenido un tratamiento psicoterapéutico en una Institución Privada.

Los resultados obtenidos por estos pacientes no eran los esperados. En la entrevista de devolución que le hicimos a los 10 voluntarios, indagamos si habían recibido contención psicológica en el momento de conocer el diagnóstico o posterior a ello y fue cuando detectamos este criterio que lo tomé como condición previa para la toma del instrumento de recolección a una muestra mayor.

Puse, entonces, como condición previa dos ítems: uno era que fueran pacientes ambulatorios de la sala de oncología, para hacer homogénea la muestra y el segundo que no hayan tenido ningún tipo de apoyo psicológico, por la interferencia en la naturaleza de la exploración que quería realizar, sin intervención del aprendizaje de la importancia que los sueños o el dormir podían tener en el funcionamiento psíquico de los pacientes. En definitiva la intención era igualar los criterios con el objetivo de homogeneizar la muestra.



La experiencia demostró que los pacientes que habían sido abordados con una psicoterapia que hiciera hincapié en el despliegue de la función simbólica y la proyección daban respuestas no esperadas respecto de las variables “trastornos del dormir y del soñar.”

### **Tercera etapa**

#### **Aplicación del cuestionario**

Presenté el proyecto de investigación al jefe de la Sala de Oncología del Hospital de Quilmes. Allí, todos los miércoles concurrí a la sala y tomaba dos o tres entrevistas a los pacientes ambulatorios que llegaban para hacer quimioterapia o para hacer el control médico. La entrevista la realizaba diciéndole a los pacientes que era anónima, que si querían me podían decir un sobrenombre y sabían que estaba haciendo una investigación, porque el oncólogo y las enfermeras les habían informado.

Entrevisté a 30 pacientes(\*). Se analizaron los resultados. (Las conclusiones serán descriptas más adelante). La validez interna se comprueba porque las estadísticas arrojan altos porcentajes de respuestas esperadas. Respecto de la confiabilidad del instrumento, se midió con el método Alfa de Cronbach, el cual dio un índice de confiabilidad de 0.79.

### **Cuarta etapa**

#### **Elaboración de las conclusiones**

Del total de pacientes (30, de los cuales 23 son mujeres y 7 hombres), se han cuantificado las variables de la siguiente manera: del 100% de la población de pacientes oncológicos investigados, el 46,66% (14 pacientes), presenta trastornos en la función de dormir y del soñar (puntaje total que incluye las dos variables: dormir y soñar, tomando como parámetro los puntajes superiores a la media: 42,86). Deslindando las variables, se observa que el 40 % del total (12 pacientes), presenta trastornos del dormir y el 50% del total (15 pacientes), presenta trastornos en la función del soñar.

El cuestionario consta en total de 19 ítems, de los cuales 14 exploran la función del dormir y 5 la función del soñar. Cada uno contiene 4 respuestas posibles (según la escala de Likert, 1976). Estos ítems tienen, con sus posibilidades de respuesta, un puntaje máximo de 76 puntos, un puntaje medio de 38.

Los ítems para investigar la función del sueño son 5 (12-13-14-15-16), con lo cual el puntaje máximo es 20 puntos y el puntaje medio, 10. Los ítems para la función de



dormir son 14 (1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-17-18-19). El puntaje máximo es 56, el puntaje medio, 28.

### **Análisis de los trastornos del dormir**

De los ítems que exploran la función del dormir, habremos de considerar los que arrojaron resultados más revelantes. Dentro de este grupo, resulta apropiado analizar a partir de las respuestas obtenidas en el cuestionario cómo es el modo de dormir de dicha población. El análisis del ítem N°1 (¿tiene problemas para dormir?), muestra que de los 30 pacientes investigados, 14 presentan trastornos para conciliar el sueño, 4 contestaron: “me cuesta un poco dormir”, 3 adujeron tener muchas dificultades para dormir y 7 dijeron que hay noches que no pueden dormir. De los 16 pacientes restantes que aducen no tener problemas para dormir, en la respuesta N°18: ¿qué actividades lo relajan o tranquilizan?, se puede considerar que la forma de ir a dormir coincide con un estado de tensión muy alta, (hipertonía) ya que de los 16 pacientes, 6 contestaron que están siempre hiperactivos y no pueden parar para relajarse y uno que necesita una actividad fuerte que lo cansa mucho.

Los ítems 2 (¿Cuántas horas duerme por día?), 3 (¿Se levanta de noche?), 4 (¿Tiene insomnio?), 6 (Si no duerme de noche, ¿a qué hora del día concilia el sueño?), 7 (antes de irse a dormir, qué actividades realiza?) y 9 (¿cómo se levanta al día siguiente?) exploran la tensión muscular durante el dormir. En los pacientes oncológicos analizados ocurre una perturbación del reposo y la relajación muscular, estado corporal que se toma como indicio de otro, que se describe como hipertonía. La hipertonía es un proceso acompañado de un alerta difuso y carente de organización, correspondiente a la fijación en las investiduras de órgano y en un lenguaje del erotismo intrasomático.

Consideremos ahora al ítem 10: cuando se despierta: 1) siente que ha podido descansar lo suficiente. 2) cree que no ha descansado bien y siente frío porque está sudado. 3) se despierta con frío empapado en sudor. 4) se despierta con las sábanas y la ropa de dormir mojada, con mucho frío, supone que ha sudado y no tiene ánimos para levantarse. En cuanto a las respuestas 2, 3 y 4, el ítem está relacionado con el estudio de la pérdida brusca de temperatura. El 53,33% de la población entrevistada presenta algún tipo de pérdida térmica con sudoración y frío (16 pacientes).

Del porcentaje de pacientes que afirma no tener problemas para dormir, 10 de ellos, aducen despertarse inmediatamente (66,66%). Sería interesante preguntarse qué tipo de proceso hace que estos pacientes estén lúcidos apenas se despiertan, como si estuvieran en estado de vigilia constante.



Consideremos ahora el ítem 5: Cuando se despierta de noche, ¿cómo es su estado de ánimo? El 36,66 % de la población investigada (todas mujeres, 11 pacientes), afirma que al despertar su estado de ánimo no es relajado.

Estas formas de despertar, denominadas terrores nocturnos, son trastornos del despertar en el sueño lento. Lucile Garma (1999), las denomina pesadillas del estadio 4. Son despertares de manera brusca. El acento está puesto en el pasaje del dormir a la vigilia sobre el movimiento de salida del dormir.

#### **Análisis de los trastornos del sueño**

La estadística del porcentaje de los trastornos del sueño que presenta la población investigada arroja un percentil del 50% del total. Tomando como parámetro la media, que es igual a 14,36 concluimos que de los 30 pacientes investigados 15 presentan alteraciones. Los ítems que miden esta función son: 12, 13, 14, 15 y 16.

Respecto del ítem 12 (¿sueña?), el 20% de la población contestó que soñaba muchísimo (6 personas). El 16,66% (5 personas) sostuvo que soñaba a menudo, el 30% (9 personas), pocas veces y el resto (10 pacientes, que representan el 33,34%), adujo que no soñaba.

El ítem N°13 ¿recuerda los sueños? De los 20 pacientes que sueñan, 6 dijeron recordar los sueños (30%), otros 6 (30%) algunas veces y 5 personas, muy pocas veces, lo que representa el 25% de la población y 3 (el 15%) sueña pero no recuerda qué.

El ítem 16 explora los contenidos oníricos: “el contenido de sus sueños está relacionado con”

- 1) temas muy fantasiosos,
- 2) sueños no tan fantasiosos,
- 3) cosas que le han ocurrido unos días o un tiempo atrás,
- 4) sueños con problemas laborales.

De los seis pacientes que dijeron soñar muchísimo, una no los recuerda, dos, sueñan con temas laborales y tres con sensaciones corporales sin imágenes visuales.

De los 30 pacientes, 17 sueñan y recuerdan sus sueños, (56,66%), 10 no sueñan (33,33%) y 3 sueñan (10%), pero no recuerdan su contenido.

De los 17 pacientes que sueñan y recuerdan, 11 recuerdan sueños laborales (36,66%); y 6 (20%) sueñan con cosas que le han ocurrido durante el día.



De estos 17 pacientes, 5 tienen imágenes visuales, 5 sensaciones corporales y 7 tienen ambos tipos de producciones.

Habría que reconsiderar las respuestas de los pacientes que aducen soñar, si tenemos en cuenta que el soñar, como la psicología cognitiva postula (Foulkes, 1993), es el resultado de procesos cognitivos complejos, cuyos mecanismos operan en varios niveles de elaboración de la información. Esto implica una memoria fuertemente cargada afectivamente, la construcción de imágenes (visuales) animadas y la elaboración de argumentos. Aquí se observa claramente cómo, en estos pacientes, cuando aparecen imágenes visuales, son una repetición de lo que les pasó en la realidad. Son una repetición monótona de los eventos del día o de días pasados, no hay deformación ni elaboración, están muy pegados a la realidad.

Consideremos ahora el ítem 14: ¿Recuerda haber tenido pesadillas? El 56,66%, 17 pacientes, ha recordado tener pesadillas, de los cuales: 12 dicen tenerlas a veces, 3 a menudo y 2 casi siempre. En ellas aparecen: ahogos, ataques, sobresaltos, terrores, peleas, convulsiones, caídas, sensación de morir, sofocación, indiscriminación entre sueño y realidad, persecuciones, sólo sensaciones corporales sin imágenes oníricas visuales y, en el mejor de los casos, personas muy queridas ya muertas. De acuerdo con esta descripción, se podrían diferenciar dos tipos de sueños: uno con imágenes visuales y otro con sensaciones corporales solamente. Anteriormente se dijo que de los 17 pacientes que soñaban y recordaban los sueños, 10 tenían imágenes oníricas relacionadas con temas laborales y cuatro predominantemente sensaciones corporales, sobre todo de caída y de ingravidez, tema desarrollado en el ítem 5.

El momento típico de aparición es, término medio, unas 3,5 horas después del comienzo del sueño (Vela Bueno, 1999). Suelen representar oníricamente los momentos previos a una catástrofe, pero la evocación del momento nuclear resulta imposible de evocar. Además, la pesadilla resulta insuficiente como tentativa de tramitar un proceso carente de cualidad, ya que es básicamente cuantitativo.

Consideremos ahora el ítem 15: ¿Cree usted que es importante soñar? De los 30 pacientes, el 70% (21), dijo que nunca se le había ocurrido pensar en eso (respuesta 4). El 6,66%, 2 pacientes, dijo que no creían que fuera importante soñar. El 13,33% (4 personas), piensa que es normal y el 10% (3 personas), cree que es importante soñar. De este 10%, una de ellas dijo que era importante porque es lindo y le parece que es verdad, otra afirmó por qué no sueña nunca y quisiera volver a ver a alguien en el sueño. La tercera persona dice que es importante porque uno puede hablar con personas queridas que ya no existen.



Construí esta pregunta para detectar la importancia que el sujeto le da a la función del soñar como una de las modalidades particulares del funcionamiento onírico. La escisión del sueño como acontecimiento biológico y como acontecimiento psíquico, que expresan los pacientes, es un parámetro a tener en cuenta, ya que estos mecanismos son inseparables del funcionamiento psíquico en general. Parámetro de una patología que da cuenta de un funcionamiento más radical, la cual lleva a preguntarse si esta escisión que aparece en los sueños y el interés por ellos no dará cuenta de una defensa más general y más profunda que comprometa toda la vida psíquica y evidencie la falta de interés por ella.

Consideremos al ítem 16, referido al contenido de los sueños. El 60% respondió que tenía sueños con problemas laborales (18 pacientes), el 36,66% soñaba con cosas que le habían ocurrido unos días o un tiempo atrás (11 pacientes) y una persona contestó que el contenido de sus sueños no era tan fantasioso. (Es importante aclarar que, aunque los pacientes hubieran contestado que no solían soñar, se les insistió afirmando que, seguramente, alguna vez en su vida habrían soñado y recordado algún sueño; entonces se le preguntaba cuáles eran los contenidos del mismo.)

En los sueños de trabajo reproduce una actividad que se ejerce habitualmente. Tienen un registro literal cuya banalidad parece excluir toda participación de los procesos oníricos. Sami-Ali (1987), advierte que soñar con trabajar es la negación de soñar y que el sueño en lugar de romper con la realidad la prosigue. El sueño perpetúa la vigilia y la actividad onírica no es más que el insomnio transpuesto.

### Conclusiones

De los 30 pacientes entrevistados, 23 que representan el 76,88% son mujeres y 7 que representan el 33,34% son hombres. Del porcentaje de la población femenina investigada que acude a la consulta; diez sobre veintitrés mujeres, obtuvo un puntaje por encima de la media aritmética en la variable. Trastornos del dormir (TD) y el 47,82% presenta puntajes por encima de la media aritmética en la variable Trastornos del soñar (TS), once sobre veintitrés mujeres. El puntaje obtenido es sobre el total de las mujeres, no sobre el total de la muestra.

Dentro de la población masculina (7 varones), el 28,57% estuvo por encima de la media en la variable "trastornos del dormir" (2 sobre 7 hombres) y el 57,12% (4 sobre 7 hombres), en la variable "trastornos del soñar".

En conclusión, los trastornos del soñar son mucho más significativos en los hombres que en las mujeres. Los resultados obtenidos en esta parte de la investigación



podrían ser el punto de partida para explorar la relación entre trastornos del sueño y género en pacientes oncológicos.

Otra variable que resultó llamativa relacionada con los trastornos del sueño y patología oncológica es la edad, tanto en hombres como en mujeres. El 26% (6) de las mujeres entre 51 y 60 años y el 43% de los hombres (3) dentro de la misma edad, fueron la población más representativa.

La investigación realizada permite afirmar que los Trastornos del Dormir y del Soñar presentan un alto porcentaje en los pacientes con patología oncológica.

Respecto de los “trastornos del dormir”, el estado de alerta constante aparece como uno de los ejes de la investigación. El estado de alerta constituye el correlato de un estado hipertónico constante como defensa patológica frente a un contexto intoxicante. Se verifica a través de los relatos de los pacientes que, en estado hipertónico, menor es la capacidad de alucinar durante la fase de sueño paradójal. Es relevante la constatación en estos pacientes de una contrainvestidura defensiva que se expresa a través de la musculatura tensa y la hiperactividad frente a la imposibilidad de relajarse. Como consecuencia de esta defensa se observa una tonicidad hipertrófica que se manifiesta como corte abrupto en el momento de tránsito al sueño paradójal que un gran porcentaje de pacientes relata como despertares bruscos con sentimientos de terror.

La hipótesis de Jouvet de que el sueño paradójal estaría emparentada con los seres homeotermos como mecanismo fundamental de autorregulación, daría cuenta en estos pacientes que la resistencia que oponen para entrar en la fase del sueño REM, alteraría el funcionamiento de homeostasis y explica también la pérdida brusca de temperatura como hemorragia libidinal.

El 50 % de la población investigada, relata pérdida de temperatura con sudoración y frío no trasmudable en tensión interior.

Relatan despertares bruscos que denotan un atravesamiento brutal de la frontera del dormir profundo a un estado de despertar incompleto en estado de terror.

Respecto de los “trastornos del soñar”, los resultados indican que el 73,33% de la población presenta imposibilidad de traducir el lenguaje de la pulsión en contenidos visuales con elaboración onírica.

Si consideramos que el sueño es un conjunto de operaciones que transforman los ma-





teriales del sueño en un producto que es el sueño manifiesto a través de la deformación, teniendo en cuenta que existen cuatro mecanismos básicos:

La condensación, donde una representación única representa por sí sola varias cadenas asociativas en la intersección donde se encuentra; el desplazamiento, que es un mecanismo donde la energía de catexis puede desplazarse de unas representaciones a otras a lo largo de las cadenas asociativas; la consideración por la representatividad: donde las ideas del sueño experimentan una selección y una transformación que la sitúan en condiciones de ser representadas por imágenes especialmente visuales y, por último, la elaboración secundaria: que es una transformación del sueño destinada a presentarlo en forma de un escenario relativamente coherente y comprensible (Laplanche-Pontalis, 1974), se verifica que en los pacientes entrevistados este procesamiento es muy escaso. Las posibilidades de trasmudación se limitan a sensaciones corporales y/o sueños con contenidos laborales o copias textuales de sucesos cotidianos, sin elaboración onírica.

El 70% de la población no considera importante soñar. Los consideran un acontecimiento puramente banal y no muestran interés por ellos. La falta de interés por los sueños refleja la relación que estos pacientes mantienen con sus contenidos psíquicos en general. La escisión en el funcionamiento de la vida psíquica global parece ser el mecanismo dominante.

### Quinta etapa

#### Evaluación Crítica del Instrumento Diagnóstico

La última etapa (está en construcción), será modificar algunas preguntas del cuestionario para elevar el índice de confiabilidad, sobre todo en la categoría “trastornos del soñar”, ya que el índice de confiabilidad de las categorías en forma separada da los siguientes resultados:

#### Confiabilidad por consistencia interna de los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 17, 18, 19:

- Alfa de Cronbach: .8044

Que corresponde a la categoría “trastornos del dormir” y **Confiabilidad por consistencia interna de los ítems 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 19:**

- Alfa de Cronbach: .8667

Es decir, que habría que modificar los ítems correspondientes a la categoría “trastor-



nos del soñar” y los ítems 17 y 18 de los “trastornos del dormir”, para elevar el índice de confiabilidad, ya que los resultados obtenidos denotan que las preguntas no fueron del todo específicas para detectar parámetros más concretos. Por ejemplo, en los ítems que exploran la categoría Trastornos del soñar, habría que discriminar las preguntas de acuerdo a los resultados obtenidos porque hay pacientes que sueñan pero son sueños que no cumplen con los cuatro mecanismos característicos que describió Freud ( desplazamiento, condensación, miramiento por la figurabilidad y elaboración secundaria). Desde el punto de vista estadístico con la prueba alfa de Cronbach si se aíslan los ítems 12, 13, 14, 15 y 16 la confiabilidad del test aumenta y lo mismo ocurre si la confiabilidad se mide internamente con los ítems 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10 y 19 que serían los más altamente confiables ya que arrojan un resultado de 0.8667. La confiabilidad por consistencia interna de los 19 ítems es igual a 0.7740.

### **Bibliografía**

Aserinsky, E.; Kleitman, N. (1953) “Regularly occurring periods of eye motility and concomitant phenomena during sleep”, *Science*.

Avdaloff, W. (2003) *Sueño. Diagnóstico y Tratamiento*. Mediterráneo. Chile.2003

Bion, W (1962) *Volviendo a pensar*. Buenos Aires. Hormé.1990

Botella,C y Botella, S. (1992) “Neurosis traumática y coherencia psíquica”. *Revue Francaise de Psychanalyse*, 2.

Carballo, J. R. (1984) *Teoría y práctica psicósomática*, Bilbao, Desclée de Brouwer.

Datkine, R. (1974) “Réve, illusion et connaissance” en *Revue francaise de Psychanalyse*, 38.

Dement, W. (1957)“The relation the eye movements to dream activity”, *Journal of Experimental Psychology*, 57.

Fain, M; David, C. (1967) “Aspectos funcionales de la vida onírica”. *Revue Francaise de Psychanalyse*, 27.

Fain, M. (1967) “Aspectos funcionales de la vida onírica”. *Revue Francaise de Psychosomatique*, 2.

Freud, S. (1895) Proyecto de una psicología para neurólogos. Amorrortu editores,



Vol. 1.1982

- (1900a) *La interpretación de los sueños*, en AE, vols. 4-5.  
(1911b) Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico, en AE, vol. 12.  
(1911c) “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente”, en AE, vol. 12.  
(1914c) “Introducción del narcisismo”, en AE, vol. 14.  
(1915c) “Pulsiones y destinos de pulsión”, en AE, vol. 14.  
(1915d) “La represión”, en AE, vol. 14.  
(1916-17) *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, en AE, vols. 15-16.  
(1917d) “Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños”, en AE, vol. 14.  
(1920) *Más allá del principio del placer*, en AE, vol. 18. (1923b) *El yo y el ello*, en AE, vol. 19.  
(1926d) *Inhibición, síntoma y angustia*, en AE, vol. 20.  
(1940a) *Esquema del psicoanálisis*, en AE, vol. 23.

Foulkes, D. (1993) “Dreams reports from different stages of sleep”, *Journal of abnormal and social psychology*, 65.

Garma, L. (1999) “Resumen sobre los sueños y las actividades mentales del durmiente en la clínica del sueño”. *Actualidad Psicológica*, 269.

Gastaut, H y Broughton, R. (1965) “Electroenceph Clin Neurophysiol” Editions Médicales et Scientifiques. France.

Green, A. (1983) *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Amorrortu.1986

Green, A. (1993) *El trabajo de lo negativo* Amorrortu.1995.

Haag, G. (1991) “Comprensión de las identificaciones en juego en el yo corporal”. *Revista de Psicoanálisis*.L,1.1993.

Jouvet, M. (1968) *Filogénesis y ontogénesis del sueño paradójal*, París, Masson.1968.

(1992) *Le sommeil et le réve*. Odile Jacob, Paris.

Kriger, N. (2003) “¿Por qué soñamos?” *Asociación Argentina de Medicina del Sueño*. (www.intramed.net.ar). Mayo 2003.

Kelley, W. (1989) *Medicina Interna*, “Enfoque del paciente con trastornos del sue-



ño”, Philip L. Smith, et. al., Editorial Médica Panamericana. 1990.

Laplanche, J y Pontalis, J. (1974) *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Universidad, Barcelona.

Likert, R. (1976) *Una técnica para la medición de actitudes*. En C.H. Wainerman (comps.), Escalas de medición en ciencias sociales. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.

Lutenberg, J. (1993) “El vínculo transferencial”. *Revista de Psicoanálisis de Madrid*. 18.

Mc Dougall, J. (1982) *Teatros de la mente*. Madrid. Tecnopublicaciones. 1987.

Maldavsky, D. (1994) “Las neurosis traumáticas y sus variedades”. *Actualidad Psicológica*. 211.

(1995a) *Pesadillas en vigilia*. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1996.

(1995b) *Linajes abúlicos*. Paidós, Buenos Aires, 1996.

(1997) *Sobre las ciencias de la subjetividad*. Nueva Visión, Buenos Aires, 1997

(1999) *Lenguaje, pulsiones y defensas*. Nueva Visión Buenos Aires, 2000.

Marty, P. (1976) *Los movimientos individuales de vida y de muerte*. Barcelona. Torray. 1984.

Meltzer, D. (1973) “El mutismo en el autismo infantil, la esquizofrenia y los estados maniaco-depresivos”. *Revista de Psicoanálisis*. 30, 3-4. (1988) *La aprehensión de la belleza*. Buenos Aires. Spatia. 1990.

Racamier, P.C. (1976) “Réve et psychose: revé ou psychose”. *Revue Francaise de Psychanalyse*, XI.

Roitman, C. (1998) “Algunas hipótesis acerca de las protoformas de estados adictivos. Un síndrome tónico temprano”. *Revista de psicoanálisis de niños y adolescentes*, 11, 1998.

Samaja, J. (1993) *Epistemología y Metodología*. Eudeba.

Samí-Alfí: (1991) *Pensar lo somático*. Paidós.

(2000) *El sueño y el afecto*. Amorrortu, editores. 2000



Sott, C. (1975) "Remembering sleep and dreams." *International Review of Psychoanalysis*, 2, 253-254.

Tustin, F. (1990) *El cascarón protector en niños y adultos*. Amorrortu editores, Buenos Aires, 1992.

Vela Bueno, A. (1999) "Patologías del sueño", *Jano*, 56, 1304.

Winnicott, D. (1963) "Fear of breakdown". *International Review of Psychoanalysis*, 1.

*Fecha de recepción: 5/07/05*

*Fecha de aceptación: 31/10/05*