

2018

Tesis de Grado

Experiencias Negativas en la Infancia y Sueños Perturbadores: Efectos sobre la Salud Mental

Universidad Abierta Interamericana
Loc. Berazategui

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas
Licenciatura en Psicología

Alumno: Víctor Hugo Damián Silguero

Número de Legajo: 2535

Tutor de Tesis: Prof. Dr. Alejandro Parra



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer profundamente a quien fue mi tutor en esta tesis de grado y uno de los primeros profesores de la carrera, el profesor Dr. Alejandro Parra, quien me guio y ayudo por este largo proceso de construcción de conocimiento con su vocación y solidaridad a la hora de transmitir sus saberes en el campo de la psicología.

Quiero agradecer a mi familia, mis padres (Ana y Carlos) y a mi hermano Santiago, quienes fueron mi principal sostén y apoyo a lo largo de la carrera y de mi vida.

Agradezco a mis abuelos (Gabriel, Irene, Aurora y Silvio), quienes fueron y son mi fuente de inspiración y admiración por el esfuerzo.

A mis tíos y primos que siempre se solidarizaron conmigo durante este tiempo.

A mis queridos compañeros del Centro de día Arco Iris quienes me ayudaron en la administración del cuestionario y quienes fueron un sostén muy importante en este último tiempo.

A los directivos del Centro de día Arco Iris (Cecilia y Miriam), quienes me ayudaron durante esta etapa y confían en mi trabajo.

A mis queridos concurrentes del Centro de día Arco Iris, quienes todos los días me demuestran su cariño incondicional y sus fuerzas para superarse.

A mis compañeros de facultad que luego pasaron a ser mis amigos (María, Leonardo, Santiago, Alejandro, Naara y Matías).

Por ultimo agradezco a mis compañeros de banda (Ezequiel, Juan Manuel y Leandro) y a la familia Busso, por la infinita paciencia para con mis tiempos de estudio.

INDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCION	7
CAPITULO I: MARCO TEORICO-CONCEPTUAL.....	10
1.1 El sueño: antecedentes y definición	10
1.2 El sueño: su función, importancia y estructura	11
1.2.1 Teorías fisiológicas	12
1.2.2 Teorías psicoanalíticas	13
1.2.3 Teorías cognitivas	16
1.3 Trastornos del sueño	18
1.3.1 Parasomnias	20
1.3.2 Pesadillas.....	21
2.1 Trauma: concepto.....	24
CAPITULO II: ESTADO ACTUAL DEL ARTE	27
3.1. Experiencias negativas en la infancia y sueños perturbadores.....	27
3.2 Experiencias negativas en la infancia y rasgos psicopatológicos	28
3.3 Salud mental, sueños perturbadores y exp. negativas en la infancia	29
JUSTIFICACION Y RELEVANCIA.....	35
CAPITULO III: METODOLOGIA	36
Objetivos.....	36
Objetivo general.....	36
Objetivos específicos	36
Hipótesis	36
Participantes	37

Instrumentos	37
Resultados	40
CAPITULO IV: CONCLUSION Y DISCUSION	47
Conclusiones	47
Discusión	50
Bibliografía	52

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: Prueba de normalidad para frecuencia de sueños, maltrato infantil y rasgos psicopatológicos.....	41
TABLA 2: Frecuencia de recuerdo del sueño y grado de nitidez de los sueños	41
TABLA 3: Descriptivos de las experiencias oníricas	42
TABLA 4: Correlación entre el índice de sueños con maltrato infantil	43
TABLA 5: Correlación entre el tipo de sueño (e índice) con rasgos psicopatológicos	44
TABLA 6: Correlación entre maltrato infantil y rasgos psicopatológicos ..	45
TABLA 7: Diferencias de género en tipos de sueño (índice), maltrato infantil y rasgos psicopatológicos.....	46
TABLA 8: Correlación entre maltrato infantil y rasgos psicopatológicos con la edad	47

ANEXOS

ANEXO 1: GRAFICOS

ANEXO 2: INSTRUMENTO

RESUMEN

Resumen: Los sueños perturbadores son sueños vívidos caracterizados por emociones negativas intensas, como miedo y ansiedad, e incluyen pesadillas y sueños de angustia. Estos sueños se encuentran entre los síntomas más frecuentes de las víctimas de trauma, y sus trastornos relacionados pueden persistir durante años e incluso décadas después del trauma. El objetivo de la presente tesis fue evaluar si individuos que presentan más frecuentemente pesadillas o sueños de angustia han pasado por experiencias traumáticas en su infancia y si presentan rasgos psicopatológicos actuales. Se administró a una muestra de 446 adultos de ambos sexos de la población general tres instrumentos, el Cuestionario de Sueños, el Cuestionario de Experiencias Negativas en la Niñez; y una versión abreviada del *Symptoms Assessment* (SA-45) para evaluar rasgos psicopatológicos en los últimos seis meses. Los resultados mostraron que los participantes presentan contenidos de sueños específicos, tales como a oír voces/músicas en sueños (88%), sueños lúcidos (79%), terror nocturno (64%), presencias malignas/demoníacas (61%), y sueños que repiten un evento traumático (40%). Los resultados mostraron una correlación entre la frecuencia de experiencias oníricas y el grado de maltrato infantil, particularmente maltrato parental (Abuso Emocional, Sexual y Físico) y una correlación positiva y significativa entre la frecuencia de experiencias oníricas con los rasgos psicopatológicos, lo cual confirmó las dos hipótesis principales. La psicopatología predominante puede “moldear” de algún modo las experiencias oníricas negativas. Los varones tienden a tener mayor recuerdo del sueño en comparación con las mujeres, y las mujeres tendieron a mostrar sueños predominantemente más auditivos y terrores nocturnos en comparación con los varones.

Palabras claves: *Pesadillas, Trauma infantil, Rasgos psicopatológicos, Sueños perturbadores.*

ABSTRACT

Abstract: Disturbing dreams are vivid dreams characterized by intense negative emotions, such as fear and anxiety, and include nightmares and dreams of anguish. These dreams are among the most frequent symptoms of trauma victims, and their related disorders can persist for years and even decades after the trauma. The aim was to evaluate whether individuals who most frequently present nightmares or bad dreams score higher on traumatic experiences in their childhood and if they present current disturbing symptoms. Three measures were used over a sample of 446 adults from the general population: *The Dream Questionnaire*, *Child Negative Experiences Questionnaire*; and an shortened version of the *Symptoms Assessment (SA-45)* to evaluate psychopathological symptoms in the last six months. The results showed that participants indicated specific dream content, such as hearing voices/music in dreams (88%), lucid dreams (79%), nocturnal terror (64%), evil entities (61%), and recurrent disturbing dreams (40%). The results showed a correlation between the frequency of dream experiences and higher scores of negative experiences in childhood, particularly parental abuse (Emotional, Sexual and Physical Abuse) and a positive and significant correlation between the frequency of dream experiences and psychopathological features, which confirmed the two main hypotheses: negative symptoms "modulate" in some way the negative dream experiences. Male tended to have higher dream recall compared to female, and female tended to show predominantly more auditory dreams and nocturnal terrors compared to male.

Key Words: *Nightmares, Childhood Trauma, Psychopathological symptoms, Disturbing Dreams.*

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos pasamos aproximadamente una tercera parte de nuestras vidas durmiendo, si consideramos que se duerme lo que los profesionales de la salud recomiendan descansar el cuerpo (8 horas aproximadamente) para así poder restablecer las actividades metabólicas y tener un buen funcionamiento físico y psíquico. (Aquino Cias y Alonso López, 2006). Es por esto que se le da fundamental importancia a elaboraciones teóricas respecto de este tema. (Munévar et al, 1995).

Durante el sueño nuestra actividad cerebral llega a una fase denominada REM (sigla en inglés, Rapid Eye Movement) o movimientos oculares rápidos, en esta fase, caracterizada por una intensa actividad cerebral y una tonicidad muscular nula, es donde se produce el sueño activo (Parra, 2009). Esta instancia de reposo corporal es acompañada por las imágenes oníricas que una persona puede vivenciar (Aquino Cias y Alonso López, 2006).

Las parasomnias son los episodios atípicos que suelen presentarse en los momentos en que el cuerpo se encuentra en lo que antes describimos como estado de sueño. Dentro de este grupo de alteraciones del sueño, podemos encontrar a las pesadillas. (Marín Agudelo, Franco, Vinaccia Alpi, Tobon & Sandin, 2008). Estas se caracterizan por un sueño intenso que genera temor en quien lo vivencia y que además al despertar queda una sensación de miedo y ansiedad intensa (Navarro Egea, 2006).

Las pesadillas están incluidas en el DSM-IV-R dentro de los trastornos del sueño, aunque este tipo de parasomnia puede presentarse con otros trastornos psicológicos como el trastorno por estrés postraumático, la depresión o esquizofrenia. (Miró Morales & Martínez Narváez, 2004). Sin embargo, un estudio (Foa, Keane & Friedman, 2000) ha demostrado que las pesadillas se presentan con mayor frecuencia en el trastorno por estrés postraumático (TEPT).

El trauma o evento traumático, definido como un aflujo de excitaciones intensas y que son excedentes en cuanto a las capacidades de tolerancia y de elaboración psíquica por parte del sujeto (Laplanche & Pontalis, 1971), puede

presentarse en cualquier momento vital de la persona, sin embargo en la infancia el impacto de este puede ser más significativo debido a que quien lo enfrenta es un ser humano que se encuentra en pleno desarrollo de sus capacidades biológicas, psicológicas y sociales (López Soler, 2008).

Por otro lado, la presencia de síntomas o rasgos psicopatológicos en la actualidad, como por ejemplo: ansiedad, somatizaciones e ideación paranoide, podría tener cierta vinculación a la frecuencia de pesadillas. Distintos estudios han dejado evidencia de esto, por ejemplo se ha comprobado una asociación entre pesadillas frecuentes en pacientes diagnosticados con depresión mayor. (Agargun et al, 1998). También se ha demostrado que ciertos rasgos psicopatológicos pueden repercutir de forma negativa en la calidad del sueño (Haba-Rubio, 2005; Sierra, Zubeidat, Ortega & Delgado-Domínguez, 2005), como así también las alteraciones del sueño pueden generar síntomas o trastornos psicopatológicos (Sierra, Delgado Domínguez & Carretero Dios, 2009).

Aunque en la actualidad se cuenta con muchas investigaciones respecto de pesadillas, trauma en la infancia y rasgos psicopatológicos, no se han encontrado estudios que puedan realizar un entrecruzamiento de estos tres variables. Es por esta causa que este trabajo pretende indagar sobre la relación que podría existir entre la frecuencia de pesadillas en la actualidad y la posible formación de un trauma en la infancia o primeros años de vida. Por otro lado se intentara ver la vinculación que podría haber entre la presencia de sintomatología o rasgos psicopatológicos en la actualidad con la frecuencia de pesadillas.

En el primer capítulo se hace una recopilación de las variables que hacen a esta investigación. Por un lado abordaremos las pesadillas, pero previamente haremos un recorrido por el proceso normal del sueño, su estudio y el interés del hombre a través de la historia, la arquitectura del sueño y su funcionamiento, sus alteraciones y trastornos. A su vez recopilaremos miradas de distintas escuelas teóricas que dieron cuenta del proceso del sueño. Luego desarrollaremos el concepto de trauma, su génesis, los elementos que influyen en su concepción y la descripción del trauma infantil desde miradas teóricas diferentes.

En el segundo capítulo, el Estado actual del arte, se expondrán las últimas investigaciones del tema, los resultados que arrojan y las investigaciones que realizaron aproximaciones al cruzar las variables: pesadillas, trauma infantil y rasgos psicopatológicos.

En el tercer capítulo se desarrollara la metodología empleada en la tesis, esta abarca los instrumentos utilizados para la recolección de datos, su justificación y relevancia, la descripción de la muestra, las características de la investigación, los estudios estadísticos que se llevaron a cabo y su consiguiente interpretación de los datos arrojados.

Por último, en el capítulo cuatro se dará la Conclusión y la Discusión final de la investigación.

–Berzategui, Mayo 26, 2018.

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1.1 El sueño: Antecedentes y Definición

El sueño y su función han sido siempre un tema de interés para las distintas culturas y a través de los años. Se conocen historias de larga data acerca del sueño y sus funciones, estas datan de hace más de 2000 años y en las cuales las fundamentaciones se atribuían en aspectos de tipo místico, sin embargo esto indicaba una cierta atención sobre el fenómeno de soñar (Aquino Cias y Alonso López, 2006). A continuación, haremos un breve repaso por las distintas explicaciones teóricas que se le atribuyeron al sueño a través de diferentes épocas y culturas:

Para remontarnos a la primera conceptualización documentada debemos situarnos en la Antigua Grecia, esta se atribuye a Alcmeon de Crotona (500-450 a.C.) un médico y filósofo griego que consideraba al sueño como una pérdida de la conciencia y esta se produce cuando la sangre drena de los vasos sanguíneos de la superficie del cuerpo (Cardinali, 2014).

Por su parte Platón (427-348 a.C), creía que nuestra parte racional del alma se debilitaba durante el sueño y que por ende prevalecía la parte animal y salvaje. Aristóteles (384-322 a.C) en cambio mantuvo un interés de tipo fisiológico, creía que la principal función del sueño era una pérdida de la conciencia para así poder recomponer la sensopercepción, por su parte, creía que esta pérdida de conciencia se originaba en el corazón. Galeno de Pergamo (131-201 d. C.) a diferencia de Aristóteles, atribuiría al cerebro la idea de pérdida de la conciencia y no al corazón. Por ende, el cerebro cumpliría un rol fundamental en el sueño (Cardinali, 2014).

En 1868, el médico psiquiatra alemán Wilhelm Griesinger, observó movimientos en los ojos y que estos se producían en el momento en que se sueña. Esta observación será lo que conocemos como fase REM, que será desarrollada más adelante. Sin embargo, será en el año 1924 y con el desarrollo del electroencefalograma del psiquiatra alemán Hans Berger, que se registran diferencias significativas de la actividad cerebral entre el sueño y la vigilia. (Cardinali, 2014).

Sigmund Freud, en su obra de 1899 *La interpretación de los sueños* propuso que los sueños son manifestaciones de deseos no cumplidos y va a darle un fundamental interés al contenido de estos para interpretaciones terapéuticas (Cardinali, 2014). Sin embargo en 1912, Carl Jung en contraposición a Freud sostiene que esas manifestaciones inconscientes de deseos no realizados a las cuales Freud consideraba importantes para sus interpretaciones, en realidad no son solo propias de un solo sujeto sino que estas pertenecen a un “inconsciente colectivo”. Jung consideraba que los sueños cumplían una función de tipo compensatoria además de brindar información acerca del “yo” y lograr un equilibrio psíquico (Parra, 2009).

Nathaniel Kleitman crea en 1925, el primer laboratorio para el estudio científico del sueño en la Universidad de Chicago. Kleitman indico que la corteza cerebral es la responsable de la conciencia y de los movimientos voluntarios (Cardinali, 2014). Además va a ser el primero en hablar del sueño REM, que antes había sido observado por Wilhelm Griesinger.

En 1953, Kleitman y Eugene Aserinsky descubren que el sueño funciona con ciclos de 90 minutos, en donde se presenta el sueño REM, durante este periodo las ondas cerebrales son similares a las producidas en el estado de vigilia, con esto se demostró que el cerebro no se mantiene en reposo sino que está activo (Stikgold y Ellenbogen, 2010).

En 1957 William Dement y Eugene Aserinsky, ambos de la Universidad de Chicago, describen la fase REM (movimientos oculares rápidos) y las 4 fases del sueño (González de Rivera y Revuelta, 1993). El sueño, sus funciones y sus posibles interpretaciones han sido un tema de interés a través de los años y en diferentes partes del mundo, cabe mencionar que el fenómeno onírico fue abordado por diferentes escuelas teóricas.

1.2 El sueño: Su función, importancia y estructura

Para poder comprender el fenómeno onírico debemos tener en cuenta que las explicaciones que se le han asignado al sueño son diversas y que cada escuela teórica intentó darle una mirada diferente a este fenómeno. Para ello vamos a subdividir este apartado en las diferentes escuelas teóricas:

1.2.1. TEORIAS FISIOLÓGICAS:

El sueño como actividad psicofisiológica no es un estado pasivo, al contrario se caracteriza por periodos de intensa actividad cerebral. Durante el sueño se da lugar a cambios en la actividad cerebral que son fundamentales para preservar el equilibrio físico y psíquico (Parra, 2009). Para poder comprender mejor el proceso fisiológico que se da durante el sueño, debemos comenzar describiendo los dos estadios fundamentales que se presentan en el mismo:

- Fase REM: esta se da cada 90 minutos y dura entre 10 y 15 minutos, se caracteriza fundamentalmente por los movimientos oculares rápidos, un estado de tono muscular prácticamente nulo (con excepción del diafragma, musculo fundamental en la respiración), irregularidad de la presión arterial y la frecuencia respiratoria. Durante esta fase de intensa actividad cerebral ocurre el sueño activo. La fase REM se da entre 4 y 6 veces por noche aumentando su tiempo de duración a medida que se suceden los periodos de esta fase.

- Fase No REM: en esta fase los movimientos oculares son lentos, el tono muscular se encuentra mantenido, esta fase se compone a su vez por 4 sub fases:
 - Fase I: esta se caracteriza por un sueño superficial, si bien la persona se encuentra desconectada del ambiente pero aún puede percibir alguno de los estímulos provenientes del entorno y despertarse con facilidad.

 - Fase II: comienza luego de unos pocos minutos que dura la fase I. Es el estadio de mayor duración, la persona necesita estímulos de mayor intensidad para poder despertar, los movimientos oculares desaparecen, se produce una disminución general del tono muscular, por ende mayor relajación. También se reduce la frecuencia respiratoria y la temperatura.

 - Fase III: se caracteriza por un sueño profundo, en esta fase se reduce aún más el tono muscular, la respiración y la frecuencia cardíaca. En la fase 3 se da un sueño reparador.

➤ Fase IV: al igual que la fase que la antecede, se caracteriza por un sueño profundo, es la fase de mayor profundidad. Es importante para la restauración del organismo.

Los seres humanos al igual que muchas especies animales regulamos el sueño a través de un ritmo circadiano (del latín *circa dies*, que significa cerca día), es decir que nuestro funcionamiento sueño–vigila responde a un ciclo de 24 horas aproximadamente. Nuestro ritmo corresponde a 8 horas de sueño y 16 horas de vigilia. Este reloj interno se regula según las horas de luz solar y oscuridad (Navarro-Egea, 2006). Las fases antes mencionadas son de fundamental importancia para el equilibrio físico y psíquico del organismo. Las 4 sub-fases que comprenden el sueño No REM son las encargadas de la recuperación somato física, mientras que la función del sueño REM es la recuperación de las funciones mentales como por ejemplo la consolidación de la memoria (González de Rivera y Revuelta, 1993).

Las fases del sueño se van sucediendo una a otra, repitiendo el ciclo varias veces en la noche. El tiempo en que van progresando no siempre es el mismo, ya que como mencionamos antes la fase REM va aumentando su tiempo a medida que van transcurriendo los ciclos. Estas variaciones de tiempo también pueden estar influenciadas por factores como la edad, el cansancio previo, el embarazo y por la ingesta de fármacos o sustancias tóxicas (González de Rivera y Revuelta, 1993).

En 1977 Allan Hobson y Robert Mc Carley desarrollan el modelo de *activación–síntesis*, en este proponen que la activación neuronal propia de la fase REM que es originada en el tallo cerebral llega a la corteza cerebral como información desordenada y luego es procesada para dotarla así de sentido y como resultado de esta conjunción se vivencian las imágenes oníricas que componen al sueño (Munévar, Pérez y Guzmán, 1995).

1.2.2. TEORIAS PSICOANALITICAS:

Sigmund Freud, creador de la teoría psicoanalítica, fue uno de los primeros en estudiar los sueños y sus posibles interpretaciones. En su obra *La interpretación de los sueños* (1899) da comienzo a su estudio y sostiene que

los sueños son fundamentales para poder develar el inconsciente, o al menos una forma de llegar a este donde podría encontrarse el origen de la neurosis, ya que creía que los sueños eran imágenes y emociones que provenían de lo más profundo del aparato psíquico (Parra, 2009).

Freud (1899) cita a Robert (1866) para poder explicar cómo el sueño cumple una función de “*válvula de seguridad*” para la conciencia, ya que cree que si a una persona se la privaría del sueño, esta no podría terminar de procesar ciertos estímulos que se le presentan en la vigilia y como resultado podría contraer algún tipo de perturbación mental debido a la sobrecarga de estímulos. Freud va a decir... “*Los sueños poseen una fuerza curativa y derivativa*”... (pag. 396).

En *La interpretación de los sueños*, Freud argumenta que los sueños son una realización de deseo inconsciente. Para explicar esta afirmación, Freud relata un ejemplo de sueño como realización de deseo:

Cuando en la cena tomo algún plato muy salado, siento por la noche intensa sed, que llega a hacerme despertar. Pero antes que esto suceda tengo siempre un sueño de idéntico contenido: el de que bebo agua a grandes tragos y con todo el placer del sediento. Sin embargo, despierto después y me veo en la necesidad de beber realmente. (pp. 422-423).

Es decir que el estímulo (sensación de sed) se recrea en imagen onírica de estar bebiendo agua y saciando esa necesidad momentánea, más claro aún de estar cumpliendo o realizando ese deseo. Freud agrega que el deseo inconsciente que se ve realizado en un sueño en realidad es un deseo reprimido. Este deseo que puede ser de tipo displacentero o desagradable es sometido a una *deformación onírica*. En este proceso se deforma y disfraz el deseo de tal forma que este queda irreconocible. Esto se debe a que el aparato psíquico cuenta con una intención represora de este tipo de sueños que generan displacer. Menciona cuatro factores que van a participar en la formación de los sueños (Laplanche & Pontalis, 1971):

- *Condensación:* es característico de los procesos inconscientes, no solo de los sueños. En este proceso una representación que es única puede representar varias cadenas asociativas. Por ejemplo, un elemento o persona puede conservarse en el sueño por estar presente en varios pensamientos oníricos. La condensación puede hacer que se descarten rasgos que no coinciden con la temática del sueño, conservando de esta manera los rasgos que si coinciden.

- *Desplazamiento:* es el proceso por el cual la intensidad de una representación puede desplazarse a otra representación de menor intensidad que la original aunque con cierto tipo de asociación. Este proceso cumple una función defensiva para el aparato psíquico.

- *Representación simbólica:* a través de este proceso el contenido de los sueños es transformado en símbolos. Freud consideraba que los sueños utilizan símbolos que se encuentran en el inconsciente debido a que estos se adaptan más fácilmente a la construcción de un sueño y además escapan de la censura.

- *Elaboración secundaria:* mediante este proceso el sueño adopta la forma de un guion con un cierto grado de coherencia entre sus partes. Para Freud este mecanismo intenta hacer una “recomposición parcial” de las partes del sueño, para de esta forma presentarlo semejante a un sueño diurno.

Para Freud el sueño es sometido a la censura que proviene del Súper Yo (instancia del aparato psíquico que cumple la función de juez o conciencia moral sobre el Yo), este no interrumpe su actividad durante el sueño, sino que al contrario mantiene su función de censura durante el proceso onírico.

Jung (1912), citado en Huerta Torres (2012) consideraba al sueño como algo más que una imagen onírica que representa un mensaje oculto que debe ser descifrado por el analista para así poder encontrar un componente de tipo sexual que se encuentra reprimido. Por otra parte, Jung creía que diferentes mitos antiguos viven en nuestro interior, es decir que no solo el mito de Edipo puede manifestarse como proceso psíquico, aunque no rechaza a este. Con

esto, Jung le otorgo un enfoque más histórico a su teoría y los sueños no serían la excepción, ya que creía que las imágenes oníricas que se presentan en un sueño provienen de mitologías de diferentes épocas y culturas (Huerta Torres, 2012).

Robertson (2002) describe como Jung, a través del estudio de los sueños de sus pacientes, podía encontrar cierta relación entre el contenido de estos y temáticas mitológicas de diferentes culturas. En los relatos de los sueños podían encontrarse diferentes tipos de símbolos que remitían a mitos, en estos generalmente se describe un conflicto humano que encontraba cierta semejanza con el conflicto del paciente. De esta forma Jung puede demostrar la relación que se establece entre el mundo interior del psiquismo y el mundo exterior. Para Jung, los símbolos que se presentan los sueños son el lenguaje del “*inconsciente colectivo*”, en esta estructura psíquica se encuentran las memorias que acumula la humanidad de diferentes etnias y culturas (Parra, 2009).

1.2.3. TEORIAS COGNITIVAS:

Las teorías cognitivas del sueño van a surgir como una alternativa ante las fuertes críticas que se le hacían a las teorías fisiológicas, en especial a la citada anteriormente “Activación–Síntesis” de Hobson y Mc Carley (1977). El modelo cognitivo va a proponer una concepción del sueño como parte del pensamiento. La psicología cognitiva va a sostener que la información que ingresa a través de los sentidos es agrupada en esquemas, estos son estructuras abstractas que agrupan sentimientos, sensaciones, pensamientos y acciones, así mismo mantienen una interrelación con los aspectos cognitivo, afectivo y conductual de la persona (Parra, 2009).

Continuando con las críticas al modelo fisiológico de Hobson y McCarley, Antrobus (1990) propone en su modelo que los sueños no tienen su origen en el tallo sino que estos se originan en la corteza cerebral y es desde esa región que se genera el movimiento ocular característico de la fase REM (Munévar et al., 1995). Aarón Beck (1967), fundador de la terapia cognitiva, utiliza en sus primeros años de trabajo clínico algunas herramientas

psicoanalíticas para la interpretación de los sueños de sus pacientes, sin embargo, ante la dificultad de integrar esta práctica con su teoría cognitiva va a proponer que los sueños no son vías hacia pulsiones inconscientes o realizaciones de deseo (como proponía Freud), sino que los sueños son vías hacia organizaciones complejas de estructuras cognitivas. Las temáticas que se presentan en el guion de un sueño suelen ser situaciones que preocupan al soñante en estado de vigilia (Parra, 2009).

Foulkes (1990) citado en Munévar et al (1995) hace una crítica al modelo fisiológico de los sueños considerando a este reduccionista debido a que los sueños no pueden ser explicados en términos fisiológicos. Para Foulkes la memoria juega un papel fundamental cuando la persona duerme, ésta se mantiene activa aunque a diferencia de la memoria en estado de vigilia, la del sueño es difusa y no se concentra en un objetivo específico. Los recuerdos que trae esta memoria estimulan el proceso interpretativo de la construcción onírica, este proceso es inconsciente y utiliza la memoria para captar características reales de la experiencia vivida (Munévar et al, 1995).

Freeman y White (2002); citado en Méndez & de Iceta (2002); utilizan los sueños de sus pacientes no como símbolos que deben ser interpretados en un análisis sino como expresiones temáticas propias de las cogniciones de la persona que las manifiesta, es decir que van a rechazar el contenido latente del sueño, el cual es de suma importancia para la teoría psicoanalítica. Los autores proponen que el sueño que describe el paciente es un reflejo del esquema cognitivo que presenta y que por lo tanto puede ser sometido a una reestructuración cognitiva al igual que los pensamientos automáticos (Méndez & de Iceta, 2002).

Clara Hill & Rochlen (2006) consideran a los sueños como experiencias que representan vivencias significativas y conflictos sin resolver que irrumpen en la atención de la persona que sueña. Asimismo postula que los sueños son únicos de cada individuo y por ende no pueden ser interpretados a través de interpretaciones de símbolos estandarizadas. Como alternativa propone el modelo "*cognitivo – experimental*", el cual integra la teoría psicoanalítica de la interpretación del propio paciente y sus sensaciones al respecto; con la

psicología cognitiva, que estudia los esquemas de pensamiento que se forman y que son almacenados por la memoria.

1.3 Trastornos del sueño

Como se describió en el punto anterior, el sueño es considerado un proceso psicofisiológico activo mediante el cual nuestro cuerpo puede conservar la energía, regular la temperatura y lograr una restauración completa de sus funciones, en resumen su función es la de preservar el equilibrio físico y psíquico. Tanto el sueño como la vigilia son considerados estados cíclicos y circadianos (ceranos a un día completo), y a pesar de que tanto la distribución del sueño como de la vigilia varían dependiendo de la edad, el contexto laboral, estado de salud, ambos intentan mantener sus periodos de tiempo naturales a pesar de las exigencias cotidianas, como resultado de esto pueden aparecer alteraciones en el estado de salud (Marín-Agudelo, Franco, Vinaccia Alpi, Tobón & Sandín, 2008).

Los trastornos del sueño presentan diferentes alteraciones que condicionan su funcionamiento. Estos constituyen un grupo numeroso y heterogéneo de procesos que van a alterar el sueño. Diversas patologías pueden cursar con un trastorno del sueño como uno de sus síntomas, es por eso que durante muchos años se los considero síntomas y no trastornos en sí mismos. (Gallego Pérez, Larraya, Toledo, Urrestarazu e Iriarte, 2007).

Los trastornos del sueño suelen estar acompañados por síntomas de depresión, ansiedad, entre otros. Si estas alteraciones persisten sobre el sueño (manifestándose como insomnio o exceso de sueño) pueden convertirse en factores de riesgo para posibles trastornos mentales futuros (American Psychiatric Association, 2013). En 1990, la Academia Americana de Medicina del Sueño (AASM) publica la *Clasificación Internacional de los Desórdenes del Sueño* (ICSD), la misma clasifica los trastornos del sueño de la siguiente manera (López Romera, 2006):

Desordenes primarios del sueño

a.- Disomnias

a1.- Insomnio primario

a2.- Hipersomnia primaria

a3.- Narcolepsia

a4.- Trastornos del sueño relacionados con la respiración

a5.- Otras disomnias

b.- Parasomnias

b1.- Pesadillas

b2.- Terrores nocturnos

b3.- Sonambulismo

b4.- Otras parasomnias

En 2013 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) publica su quinta y actualmente última edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-V). A diferencia de anteriores ediciones, el enfoque que propusieron en esta edición es la de “agrupamiento frente a la separación”, en algunos casos optaron por agrupar trastornos (por ejemplo: el trastorno de insomnio) y en otros de mayor especificidad como la narcolepsia se optó por una separación. En esta edición serán nominados como Trastornos del Sueño - Vigilia y van a incluir a diez trastornos o grupos de trastornos:

- Trastorno de insomnio
- Trastorno de hipersomnia
- Narcolepsia
- Trastornos del sueño relacionados con la respiración
- Trastornos del ritmo circadiano sueño – vigilia
- Trastornos del despertar del sueño no REM
- Trastorno de pesadillas
- Trastorno del comportamiento del sueño REM

- Síndrome de las piernas inquietas
- Trastorno del sueño inducido por sustancias/ medicamentos

1.3.1 Parasomnias

Peraita Adrados (2005) va a definir a las parasomnias como: “fenómenos episódicos que perturban el sueño nocturno sin que sus mecanismos de control, ni los de la vigilia, estén directamente involucrados” (p. 489).

Las parasomnias son un grupo de los trastornos del sueño que se caracterizan por anomalías en la conducta del mismo, las reacciones del sujeto y/o reacciones del sistema nervioso autónomo. Las parasomnias tienen lugar en diferentes fases del sueño (López Romera, 2006).

Parra (2009) define a este grupo como trastornos episódicos que se dan durante el sueño, entre ellos se encuentran el sonambulismo, terrores nocturnos y las pesadillas. Considera que estos trastornos suelen darse en la infancia y que tienen cierta relación con el desarrollo evolutivo, mientras que si se presentan en la vida adulta pueden estar relacionados con aspectos psicógenos.

Marín Agudelo, Franco, Vinaccia Alpi, Stefano y Sandin (2008) definen a las parasomnias como sucesos anormales que pueden presentarse durante el sueño y que su gravedad puede oscilar desde leve a episodios de mayor gravedad que requieren tratamiento. Las parasomnias son más frecuentes en la infancia y adolescencia sin embargo pueden persistir o reaparecer en la edad adulta. Se van a clasificar según en la fase del sueño en la que se presentan.

En cuanto a la prevalencia de este subgrupo de trastornos del sueño se considera que su prevalencia es mayor en edad pediátrica y contribuyen al proceso madurativo y del desarrollo del sistema nervioso. Este tipo de trastorno presenta episodios de activación del sistema nervioso central (Peraita Adrados, 2005).

A pesar de que las parasomnias son un grupo numeroso y con características fenomenológicas relevantes que hacen que se distingan entre sí, en la presente tesis solo nos ocuparemos de abordar el Trastorno de pesadillas debido a que es una de las variables troncales de la misma.

1.3.2 Pesadillas

En el DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), los criterios diagnósticos para el trastorno de pesadilla son:

- (i) despertar repetido del período principal de sueño o siestas con recuerdo detallado de sueños extendidos y extremadamente atemorizantes, generalmente con amenazas a la supervivencia seguridad o autoestima; el despertar generalmente ocurre durante la segunda mitad del período de sueño '(criterio A);
- (ii) al despertar de los sueños aterradores, la persona se vuelve rápidamente orientada y alerta (en contraste con la confusión y desorientación que se observan en el terror del sueño y algunas formas de epilepsia)" (criterio B);
- (iii) "la experiencia del sueño, o la alteración del sueño que resulta del despertar, causa angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento (criterio C); y
- (iv) no ocurren exclusivamente en el curso de otro trastorno mental y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o población médica general" (criterio D).

Las pesadillas pueden estar asociadas con la psicopatología, en particular, en adultos jóvenes y adultos. Las pesadillas recurrentes se caracterizan por una alta comorbilidad del estado de ánimo y el trastorno de ansiedad. En el trastorno depresivo mayor, las pesadillas a menudo ocurren durante la enfermedad y disminuyen drásticamente en el período de tratamiento. En un estudio reciente, encontramos una asociación significativa entre los sueños

repetitivos y atemorizantes y la tendencia suicida en pacientes con depresión mayor (Agargun et al., 1998).

Las pesadillas son un fenómeno psicopatológico, están consideradas como un tipo de parasomnia (DSM-IV, actualmente un trastorno separado), estas se caracterizan por la presencia repetida de sueños intensos de tipo terroríficos que logran despertar a la persona que se encontraba en un estado de reposo, pasando abruptamente a un estado de vigilia en el que aún puede recordar detalladamente el contenido del sueño, este suele tener relación con poner en amenaza la vida del soñante o la autoestima (como por ejemplo: ataques de todo tipo, persecuciones, peligros, fracasos, etc.) y como resultado generan una intensa sensación de miedo (Miró Morales y Martínez Narváez, 2004).

Según López Romera (2006), el 50 % de los adultos tuvieron pesadillas en algún momento de su vida. Las va a describir como: “sueños terroríficos que causan espanto o ansiedad” (p. 706). Navarro Egea (2006) las define como: “sueños intensos y de temor, que pueden despertar dejando una sensación aguda de miedo y ansiedad, proyectando casi siempre trastornos o conflictos emocionales. Muchas veces son repetitivas a lo largo del tiempo y en general disminuyen con la edad” (p. 267).

Parra (2006) diferencia a las pesadillas respecto de los terrores nocturnos (contenidos del sueño similar) considerando que las primeras se producen en una fase REM del sueño (tono muscular nulo), mientras que los últimos son trastornos propios del sueño No REM. Por otra parte, la pesadilla genera en la persona un despertar abrupto con memoria de un desagradable episodio.

Miró Morales y Martínez Narváez (2004) agregan que las pesadillas suelen aparecer pasada la segunda mitad de la noche, cuando la fase REM es más duradera y va a generar un malestar subjetivo y que por lo tanto puede producir deterioros en diferentes ámbitos de la persona que lo padece, debido a que pueden propiciar la presencia de niveles altos de ansiedad, miedos de diversos tipos, sentimientos de indefensión y un empeoramiento de la calidad del sueño. Por otro lado, las personas que padecen pesadillas pueden presentar un deterioro en su funcionamiento diurno esto a causa de la angustia que puede estar asociada al recuerdo del sueño, el cansancio físico debido a la

interrupción en el ciclo del sueño y a las preocupaciones que se generan acerca del propio estado de salud mental.

En el DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), las pesadillas son consideradas como “Trastorno de pesadillas” y están dentro del grupo diagnóstico de “Trastornos del sueño–vigilia”. La Asociación Americana de Psiquiatría describe las características diagnosticas como:

“... son típicamente prolongadas, elaboradas, con secuencias de imaginería onírica en forma de historias que parecen reales y provocan ansiedad, miedo u otras emociones disfóricas. El contenido de las pesadillas se enfoca típicamente hacia el intento de evitar o afrontar algún peligro inminente, pero puede implicar temas que evoquen otras emociones negativas. Las pesadillas que suceden tras las experiencias traumáticas pueden replicar la situación amenazante (“pesadilla de réplica”), pero la mayoría no lo hace. Al despertarse, las pesadillas se recuerdan bien y se pueden describir con detalle” (p. 404).

Las pesadillas comienzan aproximadamente entre los 3 y 6 años de edad, pero su mayor nivel de prevalencia se da en la adolescencia tardía y adultez temprana, incrementándose durante el periodo entre 10 y 13 años en ambos sexos, aunque durante el periodo entre 20 a 29 años continua aumentando solo en mujeres mientras que en varones disminuye. La prevalencia de las pesadillas en ambos sexos va disminuyendo a medida que se avanza en la edad adulta (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Su contenido al que remiten las pesadillas puede variar según el sexo, los hombres refieren temáticas de guerra, terror, violencia física. Mientras que las mujeres suelen referir contenido de acoso sexual, muerte de seres queridos y desapariciones. La presencia reiterada de pesadillas suele generar un padecimiento o malestar subjetivo, el recuerdo del sueño puede generar altos niveles de ansiedad y un miedo secundario. Si la interrupción del sueño es algo

frecuente o si se genera un miedo secundario a dormir por evitar las pesadillas, la persona puede presentar somnolencias diurnas, irritabilidad, déficit de concentración y depresión (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013),

Otros autores como Kramer y Kinney (1988) han sugerido, en contraposición a la clásica concepción de las pesadillas como un fenómeno psicopatológico, que las mismas podrían funcionar como un mecanismo de afrontamiento frente al estrés. Para estos autores los estresores podrían incorporarse a los sueños para de esta forma facilitar su afrontamiento. De esta forma se podría decir que las pesadillas cumplen una función adaptativa debido a que reducen el impacto del estresor mediante la repetida exposición al mismo a través de los sueños y por otro lado proporcionando una escena que podría ser aterradora para el soñante pero que resulta inofensiva y en la cual se podrían contemplar posibles soluciones para el evento estresante (Miró Morales & Martínez Narváez, 2004).

Sin embargo, Hartmann (1984; 1991) introduce el término "*límites finos*" (*thin boundaries*) a través del cual plantea que las pesadillas podrían reflejar una hipersensibilidad a los estímulos negativos debido a un bajo umbral de tolerancia a la activación emocional. Con esto, Hartmann plantea que las personas que sufren de una alta frecuencia de pesadillas se caracterizarían por presentar una cierta dificultad para poder regular de una manera eficiente sus emociones. Es decir, que límites finos implicaría una marcada conexión entre diversos procesos mentales. Por el contrario, el autor menciona también a los "*límites gruesos*" (*thick boundaries*), estos se refieren a la amplia separación o demarcación entre dos procesos mentales (Miró Morales & Martínez Narváez, 2004).

2.1 Trauma: concepto

Un acontecimiento se considera traumático en la medida que este suceso propicia la aparición de determinados patrones de conducta que en el funcionar diario de una persona pueden considerarse disfuncionales (Salvador, 2009). El término *trauma* proviene del campo de la medicina y en griego significa herida. Freud toma esta denominación para llevarlo a un plano

psíquico y lo considera como un choque violento, una efracción y las consecuencias que esta conlleva sobre el aparato psíquico (Laplanche & Pontalis, 1971).

El psicólogo y neurólogo francés Pierre Janet aportó una de las primeras definiciones de trauma psíquico en el año 1919 (Salvador, 2009),

Es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración (síntesis) del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la consciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y re actuaciones conductuales (p. 5).

Janet considera que el trauma psicológico se da cuando una persona se ve enfrentada ante una situación de amenaza a su integridad (física y psíquica) que no le permite escapar o evitarla y para la cual sus recursos para afrontarla no son eficaces.

Laplanche y Pontalis (1971) dieron la siguiente definición de trauma:

“Acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. En términos económicos, el traumatismo se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la

tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones (p.477).”

Ambas definiciones coinciden en destacar como fundamental dos puntos que originan el trauma psicológico: por un lado un acontecimiento estresante externo que viene a poner en amenaza al sujeto y por otro lado una falla o incapacidad de la persona para afrontar la intensidad que presenta este acontecimiento. Freud (1920), utiliza el termino trauma para referirse a un aflujo de excitaciones excesivo y que el aparato psíquico no puede tolerar. Estas excitaciones en forma de energía son las pulsiones que rigen en los procesos psíquicos. Freud sostiene que además del aflujo de energía se produce una falla en la descarga de esta, dando como resultado una sintomatología. De acuerdo a esto lo traumático es el generador de síntomas debido a una falla en la administración de energía.

San Miguel (2006), define al trauma psicológico como

“sentimientos intensos de miedo, desprotección y sensación de aniquilación, los cuales desorganizan el funcionamiento mental y privan a las personas de una serie de sensaciones tranquilizadoras como serían las de tener control sobre lo que les acontece, sentirse en contacto emocional con los otros, así como sentir que las relaciones tienen un sentido”
(p. 5).

El estrés juega un papel muy importante en las reacciones traumáticas, la presencia de acontecimientos sumamente estresantes que impactan a una persona en cualquier instancia de su desarrollo vital y personal puede dejar efectos negativos dramáticamente significativos. Durante la infancia y la adolescencia este impacto negativo puede ser aún mayor y dejar un mayor número de consecuencias indeseadas debido a que la persona no se encuentra desarrollada en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales y por ende cuenta con menos recursos de afrontamiento al estrés (López Soler, 2008).

Los traumas que son producidos por situaciones estresantes pueden afectar de una forma perjudicial a diferentes aspectos del *self*. Las personas que inhiben el hablar y pensar sobre la experiencia traumática para intentar disminuir la amenaza, a menudo generan una represión activa que puede ser perjudicial psicológicamente y que puede derivar en una enfermedad. Por el contrario la expresión del suceso traumático puede ser un método de afrontamiento muy efectivo porque a través de este se puede dar significado a las experiencias traumáticas y volver a conceptualizar a las mismas como experiencias no amenazantes (Cardenal Hernández, 2005).

CAPITULO II: ESTADO ACTUAL DEL ARTE

3.1. Experiencias negativas en la infancia y sueños perturbadores

Hartmann (1996), estudiando las conexiones que se dan entre el contenido de los sueños y las emociones, y luego de recopilar una larga serie de sueños de distintas personas que habían experimentado un trauma agudo, descubrió como, por ejemplo, personas que escaparon de un incendio, víctimas de violación o presenciaron un asesinato; estas series generalmente muestran claras conexiones entre el evento traumático, otras imágenes y recuerdos del pasado. Estas conexiones parecen estar guiadas principalmente por las emociones o las preocupaciones emocionales que afectan al soñador.

El proceso de conectar el trauma con otro material vinculado a las emociones del soñador (imaginación, lectura, etc) se expande de forma gradual y absorbe cada vez más material, de esta forma el trauma juega cada vez un papel más pequeño en la vida del soñador y por lo tanto los sueños vuelven a su estadio previo al trauma (Hartmann, 1996).

Foa, Keane y Friedman (2000) constataron que el 75% de las personas diagnosticadas con Trastorno por estrés postraumático sufren de pesadillas, dejando en evidencia que esta condición clínica es la que se asocia con mayor frecuencia a este tipo de parasomnia. Además de las pesadillas, otros síntomas propios del TEPT, son los flashbacks (revivir la escena traumática), la evitación del recuerdo traumático, embotamiento afectivo y un incremento de la activación fisiológica, esto puede repercutir en el ciclo del sueño (López Soler, 2008).

Gonzalez de Rivera y Revuelta (1993) describe a la actividad onírica como una actividad psicofisiológica periódica de ritmo circadiano que ocurre durante la fase REM del sueño, y va a dividir a estos en dos tipos (Tipo I y II). Los sueños tipo I se caracterizan por ser sueños elaborados, en los que se intenta resolver algún tipo de conflicto de una manera simbólica. En cambio los sueños tipo II son sueños simples, de escaso simbolismo y elaboración, estos solo reproducen elementos propios de la actividad diurna. Las personas que han sufrido un trauma psíquico de gran magnitud, generalmente presentan este tipo de sueños (Tipo II) de manera angustiosa, es por esto que se considera

que el trauma representa un fracaso en los mecanismos de elaboración onírica. Con el tiempo o a través de un tratamiento terapéutico apropiado, este tipo de sueños traumáticos pueden evolucionar hacia los sueños de tipo I.

Valdivia (2002) describe un aumento en la activación (*arousal*) que se registra en niños con diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático, en ellos se detectaron múltiples patrones de hiperactivación con importantes alteraciones en el sueño. Como consecuencia de estas afecciones en el sueño se producen déficits atencionales y estados de hipervigilancia que repercuten en el rendimiento académico.

3.2 Experiencias negativas en la infancia y rasgos psicopatológicos

Vitriol (2005) realizó un estudio descriptivo, correlacional de corte transversal en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Curicó en Chile. En el mismo se entrevistó a unas 173 mujeres con un promedio de edad de 44 años, se les tomo una entrevista sociodemográfica y de historial clínica en donde se obtuvieron datos para establecer criterios diagnósticos del eje I y II del DSM IV. Luego se les administro la escala de trauma infantil de Marshall que evalúa presencia o ausencia de siete eventos traumáticos: separación traumática de los padres, alcoholismo en el hogar, castigo físico, secuelas por castigo, violencia intrafamiliar, contacto sexual forzado por no familiar y contacto sexual forzado por familiar. Los resultados de esta investigación coinciden con la literatura actual que pone en evidencia como los antecedentes traumáticos que se producen en la infancia constituirían factores de riesgo para algunas enfermedades del Eje I, como son los trastornos ansiosos, trastornos de la alimentación, somatizaciones, trastornos afectivos y el abuso de alcohol. En resumen, los resultados que arrojó este estudio muestran la existencia de un perfil característico de paciente con antecedentes de trauma infantil que actualmente consulta frecuentemente en el Servicio de Psiquiatría por síntomas psicopatológicos.

Otro estudio llevado a cabo en el Hospital de Curicó en Chile (Ballesteros, Vitriol, Florenzano, Vacarezza & Calderón, 2007) evaluó si existen diferencias significativas de gravedad de la sintomatología de mujeres que

presentan depresión y antecedentes de trauma y mujeres con depresión que no presentan antecedentes de trauma. Para ello se evaluaron a 136 pacientes de sexo femenino, de las cuales 87 presentaban antecedentes de trauma infantil y 49 no lo presentaban. A la totalidad de la muestra se les administro la escala de Hamilton de Depresión (HAM-D) y el OQ 45.2 (cuestionario de resultados en psicoterapia de Lambert). Como resultado se observaron una mayor gravedad de la sintomatología depresiva con antecedentes de trauma infantil que de aquellas pacientes que no presentaban historial de trauma. Estos resultados además evidenciaron que adultos con antecedentes de trauma infantil severos presentan mayor cantidad de desajustes psicológicos y psicosociales y que por ende tienen una menor capacidad de desarrollar y conservar relaciones interpersonales de importancia afectiva. Este estudio hace especial hincapié en la importancia de indagar sobre la presencia de traumas en la infancia durante la entrevista clínica.

3.3 Salud mental, sueños perturbadores y experiencias negativas en la infancia

Los sueños perturbadores son sueños vívidos caracterizados por emociones negativas intensas como miedo, ansiedad e ira (Levin y Nielsen, 2007; Zadra et al., 2006). Los sueños perturbadores, incluyen pesadillas y sueños de angustia, y se encuentran entre los síntomas más frecuentes de las víctimas de trauma, y los trastornos relacionados con los sueños pueden persistir durante años e incluso décadas después del trauma (Mellman & Hipolito, 2006; Schreuder et al., 2000). La frecuencia con la que se experimentan los trastornos del sueño relacionados con el trauma a lo largo del tiempo puede variar en función de la gravedad del trauma, el grado de exposición al trauma y el peligro asociado (Duval & Zadra, 2010; Wood et al., 1992).

El abuso infantil constituye uno de los traumas crónicos mejor documentados. Su impacto en las variables conductuales, psicológicas y sociales puede aparecer a lo largo del desarrollo del individuo (Cicchetti y Lynch, 1995; Margolin y Gordis, 2000), y los niños que son víctimas de abuso y

negligencia corren mayor riesgo de desarrollar psicopatología y angustia psicológica adulta (Banyard et al., 2001).

Agargun et al. (1998) llevaron a cabo un estudio en el cual pudieron observar que los pacientes con diagnóstico de depresión mayor presentaban pesadillas frecuentes como sintomatología y tenían mayor probabilidad de presentar riesgo de suicidio, especialmente las mujeres. Por otra parte, también se ha encontrado una asociación de las pesadillas a distintos tipos de trastornos psicóticos, por ejemplo un nivel significativo de asociación entre la frecuencia de pesadillas y trastornos límite de la personalidad y esquizotípico (Hartmann, Russ, Van der Kolk, Falke & Oldfield, 1981). Otros autores (Bearden, 1994) consideran una cierta similitud entre las pesadillas y los trastornos psicóticos como la esquizofrenia, esta similitud la encuentra en los mecanismos etiológicos que comparten, este autor sugiere que las pesadillas podrían representar una transición entre la normalidad y los trastornos psicóticos. Por otra parte la importancia del temprano diagnóstico y tratamiento para las pesadillas podría servir para detectar y prevenir posibles episodios psicóticos (Miró Morales & Martínez Narváez, 2004).

Sin embargo, pocos estudios, han investigado la frecuencia y los correlatos de los sueños perturbadores en la infancia. Un estudio en 78 mujeres diez años después del abuso comprobado durante la infancia descubrió que continuaban experimentando trastornos significativos del sueño (incluso pesadillas) (Noll et al., 2006) incluso después de controlar la depresión y el trastorno de estrés postraumático (TEPT). De manera similar, los estudiantes universitarios que tuvieron pesadillas "a veces" tienen el doble de probabilidades que los estudiantes sin pesadillas de haber experimentado eventos traumáticos infantiles, incluido el abuso físico y sexual (Agargun et al., 2003). Estos hallazgos indican que incluso cuando los malos tratos dejan de ocurrir, algunas víctimas de maltrato infantil continúan experimentando trastornos relacionados con los sueños hasta bien entrada la edad adulta.

Existe una creciente conciencia de que la frecuencia de sueños perturbadores y la vigilia que generan los sueños de angustia y las pesadillas (reacciones e inquietudes del soñador durante las horas de vigilia sobre la experiencia del sueños perturbador) están moderadamente

intercorrelacionadas y que el estrés predice la psicopatología del despertar (por ejemplo, Belicki, 1992a; Blagrove et al., 2004; Levin y Nielsen, 2007). La angustia relacionada con sueños perturbadores puede reflejar una disposición de personalidad caracterizada por angustia emocional reactiva aumentada (Levin y Nielsen, 2007) y posiblemente media en la relación entre la frecuencia de sueños perturbadores y la psicopatología.

Debido a que las diferentes formas de maltrato con frecuencia coinciden en las víctimas (Higgins y McCabe, 2001), investigaron y examinaron diversos tipos de maltratos en función de su gravedad. Algunos investigadores distinguen sueños emocionalmente disfóricos que despiertan al individuo del sueño (pesadillas) de sueños con tonos negativos que no despiertan al soñador (sueños de angustia) (Blagrove y Haywood, 2006; Zadra y Donderi, 2000), mientras que el término sueños perturbadores se ha utilizado para incluir ambos (Levin et al., 2009).

Durante el desarrollo, niños y adolescentes son particularmente propensos a experiencias disociativas y usan la disociación como un mecanismo de defensa (Butler et al., 1996) Las pesadillas son sueños largos y aterradores que implican amenazas a la supervivencia o la seguridad, de las cuales despierta el durmiente. Las pesadillas son diferentes a los terrores nocturnos, la narcolepsia, los ataques de pánico durante el sueño y otros despertares. Por lo general, ocurren más tarde en la noche durante el sueño del movimiento ocular rápido (REM) y producen imágenes vívidas del sueño, despertares completos, activación autónoma y recuerdo detallado del evento. Las pesadillas pueden causar angustia psicológica y disfunción social u ocupacional. La prevalencia de por vida para una experiencia de pesadilla en la población general se desconoce, pero bien puede acercarse al 100% (Nielsen & Zadra, 2000).

La edad es claramente un factor mediador; personas de todas las edades, desde niños hasta adultos y ancianos, tienen pesadillas con una prevalencia del 30-68%, respectivamente (Partinen, 1994), en contraste, hay un aumento significativo en la prevalencia de pesadillas durante el desarrollo, desde la niñez hasta la vida adulta (APA, 2013). Las pesadillas también se asocian con trastornos de la personalidad, (Hartmann et al. 1987), esquizotipia

(Levin, 1998), y alexitimia (Nielsen, 1997) y los sueños recurrentes de ansiedad también ocurren en la mayoría de los pacientes con trastorno de estrés postraumático (TEPT). La relación entre las pesadillas recurrentes y el TEPT también es causal. Los sueños perturbadores pueden, de hecho, ser el sello distintivo de un trastorno de estrés postraumático; el contenido de sueños perturbadores (por ejemplo, revivir el combate), así como las interrupciones del sueño asociadas (por ejemplo, despertares nocturnos, miedo a dormir), pueden reforzar la enfermedad (Nielsen et al., 2000). La asociación de trastornos del sueño con recuerdos relacionados con el trauma y el hecho de que los veteranos de Vietnam con sueños perturbados sufrieron una forma más severa de TEPT son congruentes con la sugerencia de que los sueños alterados pueden ser el núcleo del TEPT (Kaminer & Lavie, 1991).

Por definición, las pesadillas son sueños aterradores que despiertan a un soñador al soñar (Zadra, Pilon y Donderi, 2006) o, más precisamente, al estado del movimiento ocular rápido (REM) (APA, 2013). La pesadilla y los sueños de angustia están en el mismo continuo, pero el primero se puede memorizar y recordar claramente al despertar debido a su intensidad distintiva de emoción (Schredl, 2003; 2006; Nielsen y Levin, 2007), características que provocan miedo (Zadra et al., 2006) y la asociación con síntomas psicopatológicos (Zadra y Doneri, 2000). Ha habido una amplia gama de estudios sobre la prevalencia de pesadillas, en términos de diferentes métodos de investigación, poblaciones, entornos e incluso criterios de pesadilla. La prevalencia de pesadillas en la población clínica varió de una vez al mes (30% a 50%) a una vez a la semana (10% a 30%) (Levin, 1994; Schredl, 2003; Zadra y Doneri, 2000).

En estudios limitados en entornos comunitarios o no, solo del 1% al 7% de los adultos mostraron pesadillas frecuentes semanalmente en los países occidentales (Hublin et al., 1999, Janson et al., 1995). McManara (2008) sugirió que el promedio de pesadillas basadas en una población occidental varía de "una vez al mes" a "algunas veces al año"; sin embargo, la prevalencia varía de un lugar a otro. En otro estudio local con población ordinaria en la mitad de la adultez.

Sin lugar a dudas, además de relacionarse con la ansiedad y la angustia, las pesadillas se han asociado con un amplio espectro de trastornos psicológicos y rasgos negativos en relación con las psicopatologías, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT); (Ohayon et al., 1997), la depresión (Levin, 1998), esquizofrenia (Berquier y Ashton, 1992; Levin y Fireman, 2002) y el trastorno disociativo (Berquier y Ashton, 1992; Molina, 1996). En términos generales, las personas con problemas de salud mental pueden haberse predispuesto la angustia y la ansiedad personal, lo que afecta significativamente su calidad de sueño y la vida cotidiana (Levin & Nielsen, 2009). Las pesadillas se convierten en el signo de sus condiciones mentales y, a su vez, intensifican sus niveles de estrés y ansiedad. Hartmann y Basile (2006) también notaron que las personas con experiencias disociativas en la vida de vigilia reportaban pesadillas más frecuentes e intensas en relación con la distorsión de imagen corporal y los pensamientos, que eran similares a los estados de disociación.

La disociación es un estado de compartimentación o desprendimiento de nuestras sensaciones, pensamientos, personalidades o recuerdos (Molina, 1996). La disociación también se puede considerar como un defecto del sistema de integración, que consiste en las cualidades antes mencionadas (Bob, 2004; Buhler & Heim, 2006). El mecanismo interno es que cuando el poder volitivo de un individuo se debilita por una tensión alta o un evento traumático, él o ella se separarán de la angustia emocional utilizando una perspectiva en tercera persona (como espectador) en lugar de una perspectiva en primera persona (como sufridor) (Gabel, 1989; 1990). La estrategia de supervivencia desencadenada podría desarrollar un problema de salud grave (por ejemplo, un trastorno disociativo) cuando la experiencia disociativa se vuelve excesiva e incontrolable a largo plazo. Como resultado, las personas que experimentan un incidente disociativo tienen más estados oníricos durante su vida de vigilia y pesadillas cuando sueñan; este es particularmente el caso entre las poblaciones patológicas (Barrett, 1994a, 1994b, 1996, 1997, Lansky, 1992, Levitan, 1976).

Los estudios han demostrado que la frecuencia de la pesadilla tiene una relación fuerte y positiva con las experiencias disociativas (Agargun et al., 2003a, Berquier & Ashton, 1992; Molina, 1996). Hasta la fecha, sin embargo,

estudios de sueños similares en tipo específico de pesadillas, en particular la población china no paciente (Hartmann & Basile, 2003, Romans, Martin, Morries & Herbison, 1999), carecen por completo. Además, Levin y Nielsen (2009) enfatizaron que las pesadillas revelan la tendencia de uno hacia la disociación en la vida de vigilia o, incluso peor, afecta el bienestar mental de uno. Como tal, los profesionales deben estar al tanto de las personas que tienen una alta frecuencia de pesadillas con el fin de preevaluar sus condiciones de salud mental.

JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA

Teórica. Los resultados de este estudio permitirán echar luz sobre la relación entre la frecuencia de pesadillas que se da en la vida adulta y la presencia de traumas en la infancia, además de qué rasgos psicopatológicos o síntomas se presentan mayor frecuencia de pesadillas. Esta investigación podrá contribuir a futuras investigaciones en lo que respecta a las pesadillas y trastornos del sueño.

Práctica/Clínica. Para el psicólogo clínico, los resultados de este estudio permitirán encontrar una relación con el trauma infantil que puede aportar al campo de la psicoterapia, debido a que la presencia o ausencia de pesadillas podría dar información de la existencia de un trauma en la infancia, además podría aportar información en cuanto a que rasgos psicopatológicos son los que presentan mayor presencia de pesadillas como síntoma.

CAPITULO III: METODOLOGIA

Objetivos

General

Evaluar individuos de la población general que experimentan pesadillas y sueños de angustia (sueños perturbadores) en relación con experiencias traumáticas infantiles y su efecto sobre la salud mental actual.

Específicos

- Evaluar características de la experiencia onírica (Recuerdo del Sueño, Nitidez de los sueños, y Tipos o contenidos de sueño más frecuentes).
- Evaluar el tipo y frecuencia de experiencias negativas en la infancia y los rasgos psicopatológicos predominantes en individuos que experimentan sueños perturbadores.
- Relacionar las experiencias negativas en la infancia con propensión a tener pesadillas o sueños perturbadores.
- Relacionar rasgos psicopatológicos en personas que manifiestan tener pesadillas o sueños perturbadores.
- Relacionar rasgos psicopatológicos con las experiencias negativas en la infancia.
- Llevar a cabo análisis de los sueños perturbadores basados en características demográficas (por ej. diferencias de género, edad, nivel educativo, y estado civil).

Hipótesis

H1. Se encontrará una correlación positiva y significativa entre el Index de sueños (suma de la frecuencia de experiencias oníricas) y el grado de maltrato infantil, en otras palabras, los traumas en la infancia producen mayor frecuencia de pesadillas en la vida adulta.

H2. Se encontrará una correlación positiva y significativa entre el Index de sueños (suma de la frecuencia de experiencias oníricas) y el grado de psicopatología, en otras palabras, individuos que puntúan alto en rasgos psicopatológicos tenderán a producir mayor frecuencia de pesadillas.

H3. Se encontrará una correlación positiva y significativa entre los traumas en la infancia y un aumento en el grado de psicopatología (medida con el SA-45) en individuos que presentan mayor frecuencia de sueños, en otras palabras, los traumas que se dan en la infancia aumentan el riesgo de padecer mayor número de síntomas psicopatológicos en los soñadores frecuentes.

Participantes

La muestra estuvo integrada por 446 casos de ambos sexos, 73 (16,4%) varones y 373 (83,6) mujeres, cuyo rango etario era de 18 a 55 años (Media = 36,06, SD= 9,56). La muestra fue reclutada a través de dos fuentes, 81 (18%) casos en formato impreso (distribución de las encuestas entre Julio 2017 a Noviembre 2017) y 365 (81,5%) recibidas a través de una plataforma *on line* generada por Google Formularios subida a la web (www.facebook.com). Para el formato impreso, se distribuyeron los tres instrumentos en un sobre cerrado, entregado en mano y se dieron instrucciones para completarlos. Ambos formatos (impreso y *on line*) incluyó un *Consentimiento Informado*. Debido a la naturaleza de las respuestas dadas (particularmente el *Cuestionario de Experiencias Negativas en la Niñez*), los datos fueron tratados con confidencialidad y anonimato de sus respuestas.

Instrumentos

Cuestionario de Sueños –Forma A (Parra, 2006, 2014). Evalúa 17 tipos de sueños usando la clasificación creada por van de Castle (1994) con una escala de respuesta de tipo likert con un rango de 0= “Nunca” a 3= “Casi siempre”. A mayor puntuación será mayor la frecuencia de experiencias oníricas. Para el presente estudio, se seleccionaron sólo seis preguntas de las 17 originales; tres preguntas que connotan sueños predominantemente “negativos”

(presencia maligna/demoníaca, sueños que repiten un evento traumático, y terrores nocturnos), dos que connotan sueños con un tono más positivo o benigno (sueños Lúcidos y oír voces/música) y sueños que pueden tener ambas connotaciones, tanto negativas como positivas (sueños recurrentes) (ver Anexo 2). Para el presente estudio, se obtuvo además un puntaje para obtener una puntuación total sumando las respuestas de la escala Likert de cada tipo de sueño (Rango= 0 a 18, Media= 7,44, DT= 2,79). Posee alta validez discriminante y el valor de confiabilidad con un Alfa de Cronbach= .83 (Parra, 2006).

Cuestionario de Experiencias Negativas en la Niñez (CTQ; Bernstein, Fink, Handelsman, & Foote, 1994; Fink, Bernstein, Handelsman, Foote, J., & Lovejoy, 1995; Bernstein, Ahluvalia, Pogge, & Handelsman, 1997). Es un cuestionario auto-administrable de perfil retrospectivo, que mide el grado de abuso sufrido durante la infancia. Los factores que evalúa son tres tipos de Abuso (Físico, Emocional, y Sexual) y dos tipos de Abandono (Físico y Emocional), y una puntuación total, excepto eventos traumáticos como la muerte de un padre o una enfermedad grave. El cuestionario contiene 28 ítems que se responden con una escala Likert de cinco puntos (0= Nunca, 1= Una vez, 2= A veces= y 3= Casi siempre), que indican que a mayor puntuación aumenta el grado de maltrato infantil. Posee alta validez discriminante (Bernstein, Ahluvalia, Pogge, Handelsman, 1997) y el valor de confiabilidad obtuvo un Alfa de Cronbach= .93 (Parra & Ugarte, 2018).

Symptoms Assesment (SA-45; Sandin, Valiente, Chorot, Santed y Lostao, 2008). Es un instrumento de síntomas psicopatológicos de 45 ítems que evalúa, con una escala de respuesta de tipo Likert de cinco puntos, hasta qué punto se ha sentido molesto, durante las últimas tres semanas (0= No le ha molestado nada a 4= Le han molestado mucho).derivado del SCL-90. Consiste en nueve escalas de 5 ítems cada una que evalúan las mismas dimensiones que el SCL-90: *Somatización, Obsesión–Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación*

Paranoide y Psicoticismo. El coeficiente alfa de Cronbach para el SA-45 total para la presente muestra fue de .95.

Finalmente, se diseñó un cuestionario de variables sociodemográficas relativas al Sexo, Edad, Lugar de Residencia, Estado Civil y Nivel de Estudios alcanzados o en curso.

RESULTADOS

Se llevó a cabo un contraste de hipótesis sobre la normalidad de las variables mediante un análisis de Kolmogorov-Smirnov (> 100 casos). A partir de los valores obtenidos, se asumió una distribución altamente asimétrica de las puntuaciones de los tres instrumentos. En consecuencia, se decidió emplear para los análisis estadísticos, el test de *U* de Mann-Whitney para comparar grupos y *Rho* de Spearman para correlacionar las puntuaciones de las escalas (ver Tabla 1).

TABLA 1: PRUEBA DE NORMALIDAD PARA FRECUENCIA DE SUEÑOS, MALTRATO INFANTIL Y RASGOS PSICOPATOLOGICOS

<i>Variables</i>	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>	<i>Sig.</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Index Sueños	,07	< ,001	--
Maltrato Infantil	,11	< ,001	.53
Psicopatología (SA-45)	,11	< ,001	.95

Respecto a la frecuencia del recuerdo del sueño, casi la mitad indicó soñar “Casi todas las mañanas” a “Una o dos veces por semana” (ambas 65%) y la nitidez de sus sueños mostró ser “muy a moderadamente” clara e intensa (79%) (ver Tabla 2).

TABLA 2: FRECUENCIA DE RECUERDO DEL SUEÑO Y GRADO DE NITIDEZ DE LOS SUEÑOS

Recuerdo de Sueños	<i>N</i>	<i>%</i>
Casi todas las mañanas	94	21,1
Una o dos veces por semana	198	44,4
Una o dos veces por mes	83	18,6
Casi nunca	71	15,9
Nitidez de los sueños		
Perfectamente clara e intensa como la realidad	91	20,4
Moderadamente clara y vivida	266	59,6
Poco clara y vivida	66	14,8

Recuerdo de Sueños	<i>N</i>	<i>%</i>
Casi todas las mañanas	94	21,1
Una o dos veces por semana	198	44,4
Una o dos veces por mes	83	18,6
Casi nunca	71	15,9
Vaga y difusa	22	4,9
Tan vaga y difusa que resulta imposible discernir	1	0,2

Respecto al tipo de sueños, el 88% indicó oír voces/músicas en sueños, el 61% experimentó presencias maligna/demoníaca en sueños, el 73% tuvo sueños recurrentes, el 79% sueños lúcidos, 40% sueños que repiten un evento traumático, y el 64% experimentó terrores nocturnos.

TABLA 3: DESCRIPTIVOS DE LAS EXPERIENCIAS ONÍRICAS

Oír voces/músicas en sueños	<i>N</i>	<i>%</i>
Nunca	52	11,7
Una vez	34	7,6
Algunas veces	264	59,2
Casi siempre	96	21,5
Presencia maligna/demoníaca en sueños		
Nunca	172	38,6
Una vez	102	22,9
Algunas veces	165	37,0
Casi siempre	7	1,6
Sueños recurrentes		
Nunca	116	26,0
Una vez	100	22,4
Algunas veces	210	47,1
Casi siempre	20	4,5
Sueños Lúcidos		
Nunca	94	21,1
Una vez	76	17,0
Algunas veces	245	54,9

Oír voces/músicas en sueños	<i>N</i>	<i>%</i>
Nunca	52	11,7
Una vez	34	7,6
Algunas veces	264	59,2
Casi siempre	96	21,5
Casi siempre	31	7,0
Sueños que repiten un evento traumático		
Nunca	264	59,2
Una vez	81	18,2
Algunas veces	95	21,3
Casi siempre	6	1,3
Terrores nocturnos		
Nunca	161	36,1
Una vez	94	21,1
Algunas veces	180	40,4
Casi siempre	11	2,5

La H1 predice que se encontraría una correlación positiva y significativa entre el Index de sueños (suma de la frecuencia de las experiencias oníricas) y el grado de maltrato infantil, lo cual se confirmó ($Rho = .23$, Sig. < .001). Se encontraron además correlaciones significativas en Abuso ($Rho = .22$, Sig. < .001), pero no en Abandono con el Index de sueños, así como correlaciones con tipos de sueños, tales como Oír voces/músicas en sueños ($Rho = .09$, Sig. < .037), Presencia maligna/demoníaca ($Rho = .13$, Sig. = .004), Sueños Recurrentes ($Rho = .16$, Sig. < .001), Sueños Lúcidos ($Rho = .14$, Sig. = .003), y Sueños que repiten un evento traumático ($Rho = .13$, Sig. = .003), excepto Terrores nocturnos (ver Tabla 4).

TABLA 4: CORRELACION ENTRE EL INDEX DE SUEÑOS CON MALTRATO INFANTIL

<i>Variables</i>	<i>Coef. de correlación</i>	<i>Oír voces/músicas</i>	<i>Presencia maligna/demoníaca</i>	<i>Recurrentes</i>	<i>Lúcidos</i>	<i>Repiten evento traumático</i>	<i>Terrores nocturnos</i>	Sueños (Index)

Abuso Físico	<i>Rho</i> de S.	,05	,07	,09	,01	,09	,02	,11
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	,01
Abuso Emocional	<i>Rho</i> de S.	,12	,12	,14	,15	,15	,03	,22
	Sig.	,008	,011	,003	,001	,001	n.s.	<,001
Abuso Sexual	<i>Rho</i> de S.	,06	,11	,04	,06	,05	,07	,12
	Sig.	n.s.	,018	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	,008
Ab. Físico	<i>Rho</i> de S.	,02	,025	,06	,07	,01	,03	,080
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Ab. Emocional	<i>Rho</i> de S.	,02	,005	,07	,02	,05	,03	,05
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
F1.Abuso	<i>Rho</i> de S.	,12	,127**	,16	,12	,14	,033	,22
	Sig.	,009	,007	,001	,008	,002	n.s.	<,001
F2.Abandono	<i>Rho</i> de S.	,006	,025	,08	,05	,02	,03	,07
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Maltrato Infantil	<i>Rho</i> de S.	,09	,13	,16	,14	,13	,05	,23
	Sig.	,037	,004	<,001	,003	,003	n.s.	<,001

La H2 predice que se encontraría una correlación positiva y significativa entre el Index de sueños (suma de la frecuencia de experiencias oníricas) y el grado de psicopatología (medida con el SA-45), lo cual se confirmó ($Rho = .22$, Sig. < .001). Se encontraron además correlaciones significativas en ocho de las 9 psicopatologías que mide el SA-45 (con una Media de $Rho = .16$ y una Sig. < .001), excepto Ansiedad Fóbica (ver Tabla 5).

TABLA 5: CORRELACION ENTRE EL TIPO DE SUEÑO (E INDEX) CON RASGOS PSICOPATOLOGICOS

Variables	Coef. de correlación	Oír	Presencia	Recurrente	Lúcido	Repiten	Terror nocturno	Sueños (Index)
		voces/ Música	maligna/ demoniac			evento traumático		
	<i>n</i>	<i>s</i>	<i>a</i>	<i>s</i>	<i>s</i>	<i>o</i>	<i>s</i>	
1.Hostilidad	<i>Rho</i> de S.	,12	,10	,06	,02	,11	,21	,20
	Sig.	,008	,022	n.s.	n.s.	,014	<,001	<,001
2.Somatización	<i>Rho</i> de S.	,12	,05	,08	,04	,13	,20	,19
	Sig.	,008	n.s.	n.s.	n.s.	,006	<,001	<,001
3.Depresión	<i>Rho</i> de S.	,07	,11	,02	,05	,17	,12	,18
	Sig.	n.s.	,019	n.s.	n.s.	<,001	,008	<,001
4.Obsesión/Compulsión	<i>Rho</i> de S.	,07	,09	,07	,03	,11	,14	,18

n		Sig.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	,01	,003	< ,001
5. Ansiedad	<i>Rho de S.</i>	,14	,07	,02	,06	,16	,14	,19	
	Sig.	,002	n.s.	n.s.	n.s.	,001	,002	< ,001	
6. Sensibilidad Interpersonal	<i>Rho de S.</i>	-,02	,06	,06	,07	,11	,12	,14	
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	,012	,007	,002	
7. Ansiedad Fóbica	<i>Rho de S.</i>	,04	-,02	-,019	-,03	,10	,16	,08	
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	,022	< ,001	n.s.	
8. Ideación Paranoide	<i>Rho de S.</i>	,06	,12	,05	-,00	,17	,13	,18	
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	< ,001	,003	< ,001	
9. Psicoticismo	<i>Rho de S.</i>	-,01	,06	,089	,07	,17	,16	,18	
	Sig.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	< ,001	< ,001	< ,001	
Psicopatología	<i>Rho de S.</i>	,09	,10	,06	,05	,17	,19	,22	
	Sig.	,038	,026	n.s.	n.s.	< ,001	< ,001	< ,001	

Debido al bajo número de no-soñadores ($n= 2$), se decidió dividir por la Mediana ($Mn= 7$) el total de la frecuencia de sueños (Rango= 0 a 16) para obtener dos grupos de soñadores: Baja Frecuencia de sueño ($n= 167$, 37,4%) y Alta Frecuencia de sueño ($n= 279$, 62,6%). La H3 predice que se encontraría una correlación positiva y significativa entre el trauma en la infancia y un aumento en el grado de psicopatología (medida con el SA-45) en individuos que presentan mayor frecuencia de sueños, lo cual se confirmó ($Rho= .41$, Sig. < .001), si bien –en rigor– el grupo de Baja frecuencia también presentó una correlación positiva y significativa, pero es menos robusta en comparación con el grupo de Alta frecuencia de sueños ($Rho= .21$, Sig.= .005) (ver Tabla 6).

TABLA 6: CORRELACION ENTRE MALTRATO INFANTIL Y RASGOS PSICOPATOLOGICOS EN SOÑADORES CON BAJA/ALTA FRECUENCIA DE SUEÑOS

		Psicopatología (SA-45)	
		Baja Frecuencia Sueños (n= 167)	Alta Frecuencia Sueños (n= 279)
Abuso	Rho Spearman	,24	,39
	Sig.	,002	< ,001
Abandono	Rho Spearman	,075	,35
	Sig.	n.s.	< ,001
Maltrato Infantil	Rho Spearman	,21	,41

Sig.	,005	< ,001
------	------	--------

* Baja Frecuencia= 0 a 6 Alta Frecuencia= 7 a 16 (Mediana= 7)

Se llevaron a cabo análisis *post-hoc* con algunas variables demográficas tales como diferencias de género, Edad y Estado Civil. Para diferencias de género, se encontró que los varones tendieron a puntuar alto en Recuerdo de sueños ($z= 2,25$, Sig.= .024) en tanto que para las Mujeres tendieron a experimentar Oír voces/músicas en sueños ($z= 2,43$; Sig.= .015) y Terrores nocturnos ($z= 1,13$; Sig.= .032) (ver Tabla 7), y se encontraron correlaciones negativas para la Edad con Abuso ($Rho= -.09$; Sig.= .042) y Edad con Psicopatología ($Rho= -.26$; Sig.< .001), pero no se encontraron diferencias significativas en Estado Civil (ver Tabla 8)

TABLA 7: DIFERENCIAS DE GENERO EN TIPOS DE SUEÑO (INDEX),
MALTRATO INFANTIL Y RASGOS PSICOPATOLOGICOS

Variables	Varones (n= 73)		Mujeres (n= 373)		z*	Sig.
	Media	DT	Media	DT		
Recuerdo sueños	1,53	1,02	1,25	0,95	2,25	,024
Nitidez sueños	1,21	0,81	1,02	0,73	1,89	n.s.
Oír voces/musicas en sueños	1,70	0,89	1,95	0,85	2,43	,015
Presencia maligna/demoniaca en sueños	1,16	0,88	,99	0,90	1,61	n.s.
Sueños recurrentes	1,21	0,92	1,32	0,90	0,89	n.s.
Sueños Lúcidos	1,48	0,89	1,48	0,90	0,001	n.s.
Sueños que repiten un evento traumático	0,55	0,80	0,67	0,86	1,04	n.s.
Terrores nocturnos	0,88	0,86	1,13	0,93	2,14	,032
<i>Index Sueños</i>	6,97	2,84	7,53	2,78	1,21	n.s.
F1.Abuso	12,10	4,15	11,79	3,86	0,51	n.s.
F2.Abandono	10,16	1,97	9,94	1,92	0,84	n.s.
<i>Maltrato Infantil</i>	22,26	4,84	21,72	4,70	0,57	n.s.
<i>Psicopatología (SA-45)</i>	33,77	22,53	35,41	25,52	0,17	n.s.

* Se aplicó la U de Mann-Whitney

TABLA 8: CORRELACION ENTRE MALTRATO INFANTIL Y RASGOS
PSICOPATOLOGICOS CON LA EDAD

	<i>Edad</i>	
	<i>Rho de Spearman</i>	<i>Sig.</i>
Recuerdo del sueño	,06	n.s.
Nitidez del sueño	-,05	n.s.
Oir voces/músicas en sueños	-,02	n.s.
Presencia maligna/demoníaca	-,03	n.s.
Sueños recurrentes	,003	n.s.
Sueños Lúcidos	,04	n.s.
Sueños que repiten un evento traumático	,02	n.s.
Terrores nocturnos	-,07	n.s.
<i>Index Sueños</i>	-,02	n.s.
F1. Abuso	-,09	,042
F2. Abandono	-,01	n.s.
<i>Maltrato Infantil</i>	-,07	n.s.
<i>Psicopatología (SA-45)</i>	-,26	< ,001

CAPITULO IV: CONCLUSIONES

El objetivo de la presente tesis fue evaluar si individuos que presentan más frecuentemente pesadillas o sueños de angustia han pasado por experiencias traumáticas en su infancia y presentan rasgos psicopatológicos actuales. Más específicamente, evaluar rasgos (o tendencias) psicopatológicas que se presentan con mayor frecuencia en personas que experimentan pesadillas, y su relación con el trauma infantil. Los resultados mostraron que los participantes presentan una tendencia predominante a oír voces/músicas en sueños (88%), tener sueños lúcidos (79%), experimentar terrores nocturnos (64%), y presencias malignas/demoníacas en sueños (61%), y sueños que repiten un evento traumático (40%). Además, el 65% indicó tener sueños con bastante frecuencia (“Casi todas las mañanas” a “Una o dos veces por semana”) y una mayor claridad y nitidez en sus sueños (79%).

Relación entre las Experiencias Oníricas y el Maltrato Infantil

En primer lugar, los resultados mostraron una relación entre la frecuencia de experiencias oníricas (Index) y el grado de maltrato infantil, con un énfasis en el factor Abuso, donde el tipo Emocional (por ej. “Mi familia abusaba de mi emocionalmente, por ejemplo, me insultaba, me humillaba, o me menospreciaba”), el sexual (por ej. “Me manosearon”), y el Físico (por ej. “Alguien en mi familia me castigo tan fuerte que tuve que ver a un médico”), demuestra que las experiencias negativas infantiles tienden a mostrar cierta “causalidad” con la propensión a experiencias oníricas perturbadoras actuales, particularmente pesadillas, como presencias malignas y sueños que repiten situaciones traumáticas. El sueño recurrente mostró una correlación más robusta, lo cual podría indicar que la recurrencia (y persistencia) del sueño – incluso si repite experiencias traumáticas o si resultan perturbadores– podría ser el equivalente funcional de una experiencia nocturna que contribuye a “liberar” tensión psíquica acumulada, lo cual confirma los hallazgos de Hartmann y Basile (2006) que sugieren que estos sueños son más frecuentes en individuos que han pasado por eventos negativos (abusos) contribuyendo a “descomprimir” la tensión psíquica que les da origen.

En otras palabras, estos sueños bien pueden ser terapéuticos *per se*, y tienen gran valor operativo en la vida emocional del soñante que experimentó

situaciones negativas y abuso infantil. Sin embargo, esta misma relación no se presentó para situaciones de Abandono, tanto Físico como Emocional, lo cual el abandono podría tener una valencia diferente respecto a la situación de abuso. Posiblemente, las situaciones de abandono infantil –aunque claramente traumáticas– puedan ser de algún modo compensadas por las fortalezas y habilidades resilientes de algunos individuos, pero no para las situaciones de abuso. Por otra parte, la experiencia de Terror nocturno, definida como el “despertar abrupto, sensación de amenaza, riesgo físico, o angustia pero sin poder recordar el contenido del sueño”, podrían no connotar una pesadilla en sentido estricto, en cambio no es considerado como un sueño con imaginaria onírica típica, o bien puede ser resultado de otros procesos independientemente de situaciones de trauma infantil (Blagrove y Haywood, 2006; Levin et al., 2009; Zadra y Donderi, 2000).

Relación entre las Experiencias Oníricas y Rasgos Psicopatológicos

En segundo lugar, los resultados también mostraron una correlación positiva y significativa entre la frecuencia de experiencias oníricas (Index) con los rasgos psicopatológicos, donde casi todos los rasgos (excepto Ansiedad Fóbica) tendieron a mostrar relaciones positivas. Sin embargo, aunque las correlaciones son débiles (Rango de $Rho = .06-.19$, Media = $.07$) debido a la alta asimetría del tamaño muestral, los sueños que repiten un evento traumático y “terrores nocturnos” tendieron a mostrar mayor indicadores de psicopatología, seguido por presencias malignas, y en menor grado oír música/voces.

Esto posiblemente debido a dos posibles causas: la primera, que los rasgos psicopatológicos puedan “moldear” de algún modo a las experiencias oníricas negativas, por ejemplo, individuos depresivos tienden a experimentar sueños de “caídas” (Parra, 2006) o “trituration de dientes”; individuos fóbicos o con ideación paranoide presentan más sueños asociados a presencia malignas (Levin y Nielsen, 2007): individuos que presentan mayor somatización tienden a presentar sueños que repiten eventos traumáticos (Noll et al., 2006), de modo que es coherente sostener que los rasgos –o incluso cuadros clínicos específicos– presentan un patrón común de experiencias oníricas, incluso

muchas de éstas con rico lenguaje simbólico en términos de su potencial interpretación dinámica. Segundo, los individuos que experimentan tales sueños son más vulnerables –o están en mayor riesgo– de experimentar perturbación psicológica, de hecho, los sueños que repiten eventos traumáticos y los terrores nocturnos estuvieron asociados a rasgos tales como hostilidad (por ej. discusiones frecuentes), tendencia a la somatización (por ej. dolores musculares), depresión (por ej. sentirse desesperanzado respecto al futuro), obsesión (por ej. tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace), ansiedad fóbica (por ej. evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo), y psicoticismo (por ej. los demás se dan cuenta de sus pensamientos). Es notable que los sueños recurrentes –aun si son negativos– como los sueños lúcidos, no mostraron ningún indicador asociado a rasgos psicopatológicos, teniendo en cuenta que los sueños lúcidos, gracias a “tener bajo control” la imaginería onírica, tienden a ser interpretados como experiencias más positivas que perturbadoras. De hecho, los sueños traumáticos recurrentes también ocurren en pacientes con trastorno de estrés agudo, por lo tanto, se puede sugerir que las pesadillas parecen ser un mecanismo de afrontamiento eficaz en las víctimas del trauma. Los eventos traumáticos infantiles pueden jugar un papel clave en esta asociación (Wood & Bootzin, 1990).

Finalmente, los análisis *post-hoc* con variables demográficas, como diferencias de género, edad y estado civil, no mostraron resultados relevantes, excepto que los varones tienden a tener mayor recuerdo del sueño en comparación con las mujeres, y que las mujeres (mayoría en esta muestra) tendieron a mostrar sueños predominantemente más auditivos (oír voces/músicas en sueños) y terrores nocturnos en comparación con los varones. Respecto a otras variables, los más jóvenes tendieron a reportar situaciones de abuso y psicopatología (pero no tendencia a mayor pesadillas), y no se encontró diferencia alguna en el Estado Civil, ni la frecuencia del soñar o la nitidez del sueño.

DISCUSION

Independientemente de su relación con la actividad onírica, también se encontró una relación positiva entre el trauma infantil y un grado de psicopatología, específicamente abuso (físico, emocional y sexual), pero no para Abandono. Esto sugiere que –siendo la actividad onírica una resultante (entre otras) de la relación entre las experiencias negativas en la niñez y el desarrollo de psicopatologías en la vida adulta, el abuso resultó una variable más predictora, confirmando que el daño psicotraumático del abuso vulnera el aparato psíquico y produce disrupciones en la vida adulta resultando en una variedad de cuadros clínicos.

Sin embargo, este estudio permite al menos inferir al menos dos potenciales predicciones para futuros estudios: En primer lugar, que la actividad onírica puede ser una variable que “modula” la posible psicogénesis de perturbación mental asociado a situaciones de abuso en la niñez, que puede convertirse en un claro cuadro clínico en la vida adulta. De hecho, el análisis de regresión logística lineal mostró que el maltrato infantil predice un modelo de rasgos psicopatológicos, o la suma de éstos, lo cual confirma que las situaciones de maltrato, particularmente situaciones de abuso físico, emocional y sexual en la infancia podrían “actualizarse” en la vida adulta del soñante.

En segundo lugar, una pregunta que surge del presente modelo estadístico predictor (Regresión lineal) es determinar si la experiencia onírica – que es interpretada por el sujeto como una “pesadilla” con connotaciones emocionalmente negativas– surge como una respuesta pre-consciente más bien adaptativa en lugar de disfuncional, que ayuda a afrontar el efecto perturbador o traumático de la experiencia negativa infantil que resulta luego en psicopatología en la vida adulta.

Una posible limitación es la necesidad de tener más datos para confirmar estas especulaciones, como la edad infantil en que ocurrieron tales abusos, y un análisis más cualitativo (narrativo) de la experiencia onírica, lo cual excede la pretensión de los objetivos planteados de la presente tesis. Otra limitación es el rango etario de la muestra, con énfasis en individuos más bien jóvenes (no mayores de 25/30 años) en lugar de una muestra más representativa del rango etario de la población general (cercano a una Media=

43 años), así como el número de individuos ($n= 367$, 81%) de la muestra que respondió la encuesta por internet, produciendo un posible sesgo sencillamente porque están más interesados en responder sobre sus sueños que la población general. Sin embargo, para responder a esta limitación se analizaron las respuestas pero no se encontraron diferencias significativas en maltrato infantil, ni frecuencia de sueños ni tampoco los rasgos psicopatológicos entre ambos grupos, *on line* e impresos.

Una limitación final es la connotación negativa/positiva del sueño del presente estudio; en efecto, asumimos aquí que, por ejemplo, los sueños recurrentes tienden a ser “negativos” por su carácter repitente o que los sueños lúcidos son más “benignos” que perturbadores (Parra, 2006), pero no tenemos total certeza de ello a menos que tengamos las narrativas oníricas de los soñantes o una medida de su efecto benigno o perturbador para el soñante, lo cual podría ser de gran interés para analizar más introspectivamente la naturaleza de la actividad onírica asociada a la evolución de cuadros clínicos y las consecuencias de los eventos negativos en la niñez.

Futuros estudios deberían testear la “hipótesis de la continuidad” ampliamente aceptada como una explicación convincente de por qué las personas con antecedentes psiquiátricos o rasgos psicopatológicos relevantes tienen pesadillas con contenidos estresantes. Quizá los sentimientos emocionales o las experiencias disociativas en la vida de vigilia son simplemente una forma de continuidad en el sueño o viceversa (Schredl, 2003; 2006). Además, las pesadillas son consideradas como un reflejo de las experiencias negativas reales en la vida diaria (Gabel, 1989; 1990). En realidad, el mecanismo explicado en el pasaje de la disociación es exactamente la esencia de la “hipótesis de la continuidad.”

BIBLIOGRAFIA

- Agargun, M.Y, Kara, H., Ozer, O.A., Selvi, Y., Kiran, U., & Kiran, S. (2003). Nightmares and dissociative experiences: The key role of childhood traumatic events. *Psychiatr. Clin. Neuroscience*, *57*, 139-145.
- Agargun, MY, Çilli, AS, Kara, H, Tarhan, N, Kinci, F, & Öz, H. (1998). Repetitive and frightening dreams and suicidal behavior in patients with major depression. *Compr. Psychiatry*, *39*: 98–202.
- Agargun, M. Y., Kara, H., Ozer, O. A., Selvi, Y., Kiran, U., & Ozer, B. (2003a). Clinical importance of nightmare disorder in patients with dissociative disorders. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *57*, 575-579.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4ta edición. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aquino Cías, J. & Alonso López, C. (2006). Marco histórico y teórico de las funciones del sueño. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *5*(2).
- Ballesteros, S., Vitriol, V., Florenzano, R., Vacarezza, A., & Calderón, A. (2007). Mujeres con depresión severa: Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *45*(4), 288-295.
- Banyard, VL, Williams, LM, & Siegel, JA (2001) The long-term mental health consequences of child sexual abuse: An exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *J Trauma Stress*, *14*, 697-715.
- Barrett, D. (1994b). Dreams in dissociative disorders. *Dreaming*, *4*(3), 165-175.
- Barrett, D. (1996). Dreams in multiple personality disorder. En D. Barrett (Ed.), *Trauma and dreams* (pp. 68-81). US: Harvard University Press.

- Barrett, D. (1997). The relationship of dissociative conditions to sleep and dreaming. In S. Krippner & S. M. Powers (Eds.), *Broken images, broken selves: Dissociative narratives in clinical practice* (pp. 216-229). Philadelphia, US: Brunner/ Mazel.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Belicki, K. (1992) Nightmare frequency versus nightmare distress: Relations to psychopathology and cognitive style. *J Abnorm Psychol.* 101, 592-597.
- Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D., Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 340-348.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1132-1136.
- Berquier, A., & Ashton, R. (1992). Characteristics of the frequent nightmare sufferer. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2), 246-250.
- Blagrove, M, Farmer L, & Williams, E (2004) The relationship of nightmare frequency and nightmare distress to well-being. *J Sleep Res.* 13, 129-136.
- Bob, P. (2004). Dissociative processes, multiple personality, and dream functions. *American Journal of Psychotherapy*, 58(2), 139-149.
- Buhler, K., & Heim, G. (2006). Psychological trauma and fixed ideas in Pierre Janet's conception of dissociative disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 60(2), 111- 128.

- Butler LD, Duran REF, Jasiukaitis P, Koopman C, & Spiegel D. (1996). Hypnotizability and traumatic experience: A diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *Am. J. Psychiatry*; 153 (Suppl.): 42–63.
- Cardenal Hernández, V. (2005). Personalidad, self y salud. *Escritos de psicología*, (7), 35-43.
- Cardinali, D. P. (2014). *Qué es el sueño*. Buenos Aires. Editorial: Paidós.
- Cartwright R, Newell P, Mercer P. (2001). Dream incorporation of a sentinel life event and its relation to waking adaptation. *Sleep Hypnosis*; 3: 25–32.
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Wiley series on personality processes. Developmental psychopathology, Vol. 2. Risk, disorder, and adaptation* (pp. 32-71). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Duval, M. & Zadra, A. (2010). Frequency and content of dreams associated with trauma. *Sleep Med Clin*. 5, 249-260.
- Fink, L. A., Bernstein, D., Handelsman, L., Foote, J., & Lovejoy, M. (1995). Initial reliability and validity of the Childhood Trauma Interview: A new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1329-1335.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of traumatic stress*, 13(4), 539-588.
- Freud, S. (2013). *Obras completas*. 1º Edición. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Gabel, S. (1989). Dreams as a possible reflection of a dissociated self-monitoring system. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(9), 560-568.

- Gabel, S. (1990). Dreams and dissociation theory: Speculations on beneficial aspects of their linkage. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorder*, 3(1), 38-47.
- Gállego Pérez-Larraya, J., Toledo, J. B., Urrestarazu, E., & Iriarte, J. (2007). Clasificación de los trastornos del sueño. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 30, pp. 19-36). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Haba-Rubio, J. (2005). Psychiatric aspects of organic sleep disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 7 , 335-346.
- Hartmann, E. (1996). Outline for a theory on the nature and functions of dreaming. *Dreaming*, 6(2), 147.
- Hartmann E. (1999). The nightmare is the most useful dream. *Sleep Hypnosis*, 1, 199–203.
- Hartmann, E., & Basile, R. (2003). Dream imagery becomes more intense after 9/11/01. *Dreaming*, 13(2), 61-66.
- Hartmann, E., & Kunzendorf, R. G. (2006). The central image (CI) in recent dreams, dreams that stand out, and earliest dreams: Relationship to boundaries. *Imagination, Cognition, and Personality*, 25(4), 383-392.
- Hartmann, E., Russ, D., Oldfield, M., Sivan, I. & Cooper, S. (1987). Who has nightmares? The personality of the lifelong nightmare sufferer. *Arch. Gen. Psychiatry*; 44, 49–56.
- Higgins, D.J, & McCabe, MP (2001) Multiple forms of child abuse and neglect: Adult retrospective reports. *Aggress Violent Behav.* 6, 547-578.

- Hill, C. E., & Rochlen, A. B. (2006). Trabajo con sueños: un modelo experimental cognitivo. *El lenguaje de la noche*. RIL Editores: Providencia, Santiago de Chile, 149-158.
- Hublin, C., Kaprio, J., Partinen, M., & Koskenvuo, M. (1999). Nightmares: Familial aggregation and association with psychiatric disorders in a nationwide twin cohort. *American Journal of Medical Genetics*, 88, 329-336.
- Huerta Torres, O. (2012). Revisión teórica de la psicología analítica de Carl Gustav Jung. *Anuario de psicología*, 42(3).
- Janson, C., Gislason, T., De Backer, W., Plaschke, P., Björnsson, E., & Hetta, J. et al. (1995). Prevalence of sleep disturbances among young adults in three European countries. *Sleep*, 18, 589-597.
- Kaminer H, Lavie P. (1991). Sleep and dreaming in Holocaust survivors. *J. Nerv. Ment. Dis.*; 179, 664–669.
- Kramer M, Schoen LS, Kinney L. (1984). Psychological and behavioral features of disturbed dreamers. *Psychiatr. J. Univ. Ottawa*; 9, 102–106.
- Lansky, M. R. (1992). *Essential Papers on Dreams*. New York: New York University Press.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis* editorial Paidós Buenos Aires.
- Levin, R. (1998). Nightmares and schizotypy. *Psychiatry*, 61, 206-216.
- Levin, R. (1994). Sleep and dreaming characteristics of frequent nightmare subjects in university population. *Dreaming*, 4, 12-37.
- Levin, R., & Fireman, G. (2002). Nightmare prevalence, nightmare distress, and self-reported psychological disturbances. *Sleep*, 7, 205-211.

- Levin, R., Lantz, E., Fireman, G. & Spendlove, S (2009) The relationship between disturbed dreaming and somatic distress: A prospective investigation. *J Nerv Ment Dis.* 197, 606-612.
- Levin, R., & Nielsen, T. (2007) Disturbed dreaming, posttraumatic stress disorder, and affect distress: A review and neurocognitive model. *Psychol Bull.* 133, 482-528.
- Levin, R., & Nielsen, T. (2009). Nightmare, bad dream, and emotion dysregulation: A review and new neurocognitive model of dreaming. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 84-88.
- Levitan, H. L. (1976). The significance of certain catastrophic dreams. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 27(1), 1-7.
- López Romera, A. (2006). Trastornos del sueño. En Suárez Richards y compiladores. *Introducción a la Psiquiatría*, (Tercera edición, 697-709). Buenos Aires: Editorial Polemos S.A.
- López Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13(3), 159-174.
- Margolin, G, & Gordis, EB (2000) The effects of family and community violence on children. *Ann Rev Psychol.* 51, 445-479.
- Marín Agudelo, H. A., Franco, A. F., Vinaccia Alpi, S., Tobón, S., & Sandín, B. (2008). Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. *Suma Psicológica*, 15(1).
- McNamara, P. (2008). *Nightmare: The science and solution of those frightening vision during sleep*. CT: Praeger Publisher.
- Mellman, T, & Hipolito, MMS (2006) Sleep disturbances in the aftermath of trauma and posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr.* 11, 611-615.

- Méndez, J. A., & de Iceta, M. (2002). La teoría de los sueños. Parte I: una revisión bibliográfica. *Aperturas psicoanalíticas*, 12.
- Miró Morales, E., & Martínez Narváez, P. (2004). Tratamientos psicológicos de las pesadillas: una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(1).
- Molina, J. M. (1996). Dissociation in dreams: The impact of dissociative tendency on dream content. *The Sciences and Engineering*, 57(6), 4076 – 4080.
- Munévar, M. C., Pérez, A. M., & Guzmán, E. (1995). Los sueños: su estudio científico desde una perspectiva interdisciplinaria. *Revista Latinoamericana de psicología*, 27(1).
- Navarro Egea, J. (2006). Sueños y pesadillas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 265-279.
- Nielsen, T. A., & Levin, R. (2007). The dimensional nature of disturbed dreaming: Reply to Weiss (2007). *Psychological Bulletin*, 133(3), 533-534.
- Nielsen TA, Oulelet L, Warnes H, Cartier A, Malo JL, Montplaisir J. (1997). Alexithymia and impoverished dream recall in asthmatic patients: Evidence from self-report measures. *J. Psychosom. Res.* 42, 53–59.
- Nielsen T, Zadra A. (2000). Dreaming disorders. In Kryger MH, Roth T, & Dement W (eds). *Principles and Practice of Sleep Medicine*. WB Saunders, Philadelphia, PA; 753–772.
- Noll, JG, Trickett, PK, Susman, EJ, & Putnam, FW (2006) Sleep disturbances and childhood sexual abuse. *J Pediatr Psychol.* 31, 469-480.
- Ohayon, M. M., Moreslly, P. L., & Guilleminault, C. (1997). Prevalence of nightmares and their relationship to psychopathology and daytime functioning in insomnia subjects. *Sleep*, 20, 340-348.

- Parra, A. (2006). *Sueños: Como interpretar sus mensajes*. Buenos Aires: Editorial Kier.
- Parra, A. (2009). *El mundo oculto de los sueños*. Buenos Aires: Editorial Kier.
- Parra, A. (2014). Diferencias individuales en la frecuencia del recuerdo de sueños exóticos. *Suma Psicológica*, 21(1), 63-69.
- Parra, A. & Ugarte, M. (2018). Experiencias negativas en la niñez y estilo parental dominante en individuos que reportan experiencias paranormales. *Perspectivas en Psicología* (en prensa).
- Partinen M. (1994). Epidemiology of sleep disorders. In: Kryger MH, Roth T, Dement W (eds). *Principles and Practice of Sleep Medicine*. (437–457). WB Saunders, Philadelphia, PA,.
- Peraita-Adrados, R. (2005). Avances en el estudio de los trastornos del sueño. *Rev Neurol*, 40, 485-491.
- Robertson, R. (2002). *Introducción a la psicología Junguiana*, ediciones Obelisco, Barcelona.
- Romans, S. E., Martin, J. L., Morries, E., & Herbison, G. P. (1999). Psychological defense styles in Women who report childhood sexual abuse: A controlled community study. *American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1080- 1085.
- Salvador, M. (2009). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de psicoterapia*, 20(80), 5-16.
- San Miguel, M. (2006). Apego, trauma y violencia: comprendiendo las tendencias destructivas desde la perspectiva de la teoría del apego [Renn, P., 2006]. *Aperturas Psicoanalíticas*, 24.
- Schredl, M. (2003). Effects of state and trait factors on nightmare frequency. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 253, 241-247.

- Schredl, M. (2006). Factors affecting the continuity between waking and dreaming: Emotional intensity and emotional tone of the waking-life event. *Sleep and Hypnosis*, 8(1), 1-5.
- Schredl M, Pallmer R. (1998). Gender differences in anxiety dreams of school-aged children. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr*, 47: 463–476.
- Schreuder, BJ, Kleijn, WC, & Rooijmans, HG (2000) Nocturnal re-experiencing more than forty years after war trauma. *J Trauma Stress*. 13, 453-463.
- Sierra, J. C., Delgado-Domínguez, C., & Carretero-Dios, H. (2009). Influencia de la calidad de sueño sobre variables psicopatológicas: un análisis comparativo entre trabajadores sometidos a turnos y trabajadores con horario normal. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 121-130.
- Sierra, J. C., Zubeidat, I., Ortega, V., & Delgado-Domínguez, C. J. (2005). Evaluación de la relación entre rasgos psicopatológicos de la personalidad y la calidad del sueño. *Salud Mental*, 28(3), 13-21.
- Stickgold, R., & Ellenbogen, J.M. (2010). Actividad cerebral durante el sueño. *Revista Mente y Cerebro*, 41 (1), 57-63.
- Valdivia, M. (2002). Trastorno por estrés postraumático en la niñez. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 76-85.
- Van de Castle, R. I. (1994). Our dreaming mind: A sweeping exploration of the role that dreams have played in politics, arts, religion, and psychology. New York, NY: Ballantine Books.
- Van der Kolk B, Blitz R, Burr W, Sherry S, Hartmann E. (1984). Nightmares and trauma: A comparison of nightmares after combat with lifelong nightmares in veterans. *Am. J. Psychiatry*, 141, 187–190.
- Vitriol, G. (2005). Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(2), 83-87.

Wood JM, & Bootzin RR. (1990). The prevalence of nightmares and their independence from anxiety. *J. Abnorm. Psychol.*; 99: 64–68.

Wood, JM, & Bootzin, RR, Rosenhan, D, Nolen-Hoeksema, S, Jourden, F (1992) Effects of the 1989 San Francisco earthquake on frequency and content of nightmares. *J Abnorm Psychol.* 101, 219-224.

Zadra, A., & Doneri, D. C. (2000). Nightmares and bad dreams: Their prevalence and relationship to well-being. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 273-281.

Zadra, A., Pilon, M., & Donderi, D. C. (2006). Variety and intensity of emotions in nightmares and bad dreams. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(4), 249-253.

ANEXO 2: INSTRUMENTOS

Como alumno de la Facultad de Psicología y Relaciones Humanas de la Universidad Abierta Interamericana solicito su ayuda para la realización de mi tesis de grado con la finalidad de obtener el título de Licenciatura en Psicología. La información brindada por usted es anónima y sus datos no serán difundidos. Los resultados de la misma serán utilizados sólo para fines académicos-científicos.

Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, por favor intente no omitir ninguna pregunta y responder a todo el cuestionario.

Sexo:

- Femenino
- Masculino

Edad: _____ años

Lugar de residencia:

Estado civil:

- Soltero/a
- Casado
- Separado/a / Divorciado
- Viudo

¿Cuál es su máximo nivel educativo alcanzado?

- Primario incompleto
- Primario completo
- Secundario incompleto
- Secundario completo
- Universitario en curso
- Universitario completo

1. *¿Con qué frecuencia recuerda usted sus sueños?*

- Casi todas las mañanas
- Una o dos veces por semana
- Una o dos veces por mes
- Casi nunca

2. *¿Cuán nítidas son las imágenes de sus sueños?*

- Perfectamente clara e intensa como la realidad
- Moderadamente clara y vívida
- Poco clara y vívida
- Vaga y difusa
- Tan vaga y difusa que resulta imposible discernir

3. *¿Ha tenido sueños en donde ha oído nítidamente conversaciones, voces, música, cantos, o melodías?*

- No, nunca
- Sí, una vez
- Sí, algunas veces
- Sí, casi siempre

4. *¿Ha tenido sueños en donde usted vió o sintió una presencia maligna o demoníaca?*

- No, nunca
- Sí, una vez
- Sí, algunas veces
- Sí, casi siempre

5. *¿Ha tenido sueños recurrentes, esto es, sueños que se repiten durante un periodo, o a lo largo de toda su vida?*

- No, nunca
- Sí, una vez
- Sí, algunas veces
- Sí, casi siempre

6. *¿Ha tenido sueños en los cuales, mientras duerme, usted se da cuenta que está soñando?*

- No, nunca

- Sí, una vez
- Sí, algunas veces
- Sí, casi siempre

7. *¿Ha tenido sueños que repiten un evento traumático de su vida y que pueden involucrar un amplio rango de emociones negativas o síntomas físicos?*

- No, nunca
- Sí, una vez
- Sí, algunas veces
- Sí, casi siempre

8. *¿Ha tenido terrores nocturnos, esto es, el despertar abrupto, sensación de amenaza, riesgo físico, o angustia pero sin poder recordar el contenido del sueño?*

- No, nunca
- Sí, una vez
- Sí, algunas veces
- Sí, casi siempre

A continuación se muestra una lista de declaraciones que pudieran haber ocurrido durante su infancia y adolescencia. Por favor, indique la respuesta que mejor te describe mediante la siguiente escala de calificación. No hay respuestas correctas o incorrectas.

0 = Nunca	1 = Una vez	2 = A veces	3 = Casi siempre
-----------	-------------	-------------	------------------

Cuando era niño/a...

1-Mi familia me culpaba o me acusaba de cosas malas	0	1	2	3
2-Me sentía odiado por mi familia	0	1	2	3
3- Mi familia me decía cosas hirientes	0	1	2	3
4- Mi familia abusaba de mi emocionalmente, por ejemplo, me insultaba, me humillaba, o me menospreciaba	0	1	2	3
5- Mis padres me decían que yo no debería haber nacido	0	1	2	3
6- Alguien en mi familia me castigo tan fuerte que tuve que ver a un medico	0	1	2	3
7- Alguien en mi familia me golpeo tan fuerte que me dejo moretones	0	1	2	3
8- Alguien en mi familia me golpeaba con objetos duros, como zapatillas, cinturón u otros objetos mas duros	0	1	2	3

9- Alguien de mi familia abuso de mi físicamente, golpeándome o lastimándome	0	1	2	3
10- Alguien de mi familia me golpeo tan severamente que otras personas se dieron cuenta de ello	0	1	2	3
11- Me sentí amado y respetado por mi familia	0	1	2	3
12- Me hicieron sentir importante en mi familia	0	1	2	3
13- Me cuidaba solo	0	1	2	3
14- Me sentía cerca de mi familia	0	1	2	3
15- Mi familia me alentaba y me daba fuerzas para continuar	0	1	2	3
16- Mi familia no me daba lo suficiente para comer	0	1	2	3
17- Mi familia me cuidaba y protegía	0	1	2	3
18- Mis padres eran alcohólicos o consumían drogas	0	1	2	3
19- Llevaba ropa sucia	0	1	2	3
20- Me llevaban al médico cuando estaba enfermo	0	1	2	3
21- Abusaron de mi sexualmente	0	1	2	3
22- Me manosearon	0	1	2	3
23- Mis compañeros de escuela se burlaban de mi	0	1	2	3

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión. Indique cuanto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy) rodeando con un círculo el número que corresponda. Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:

0= Nada en absoluto	1= Un poco presente	2= Moderadamente	3= Bastante	4= Mucho o extremadamente
---------------------	---------------------	------------------	-------------	---------------------------

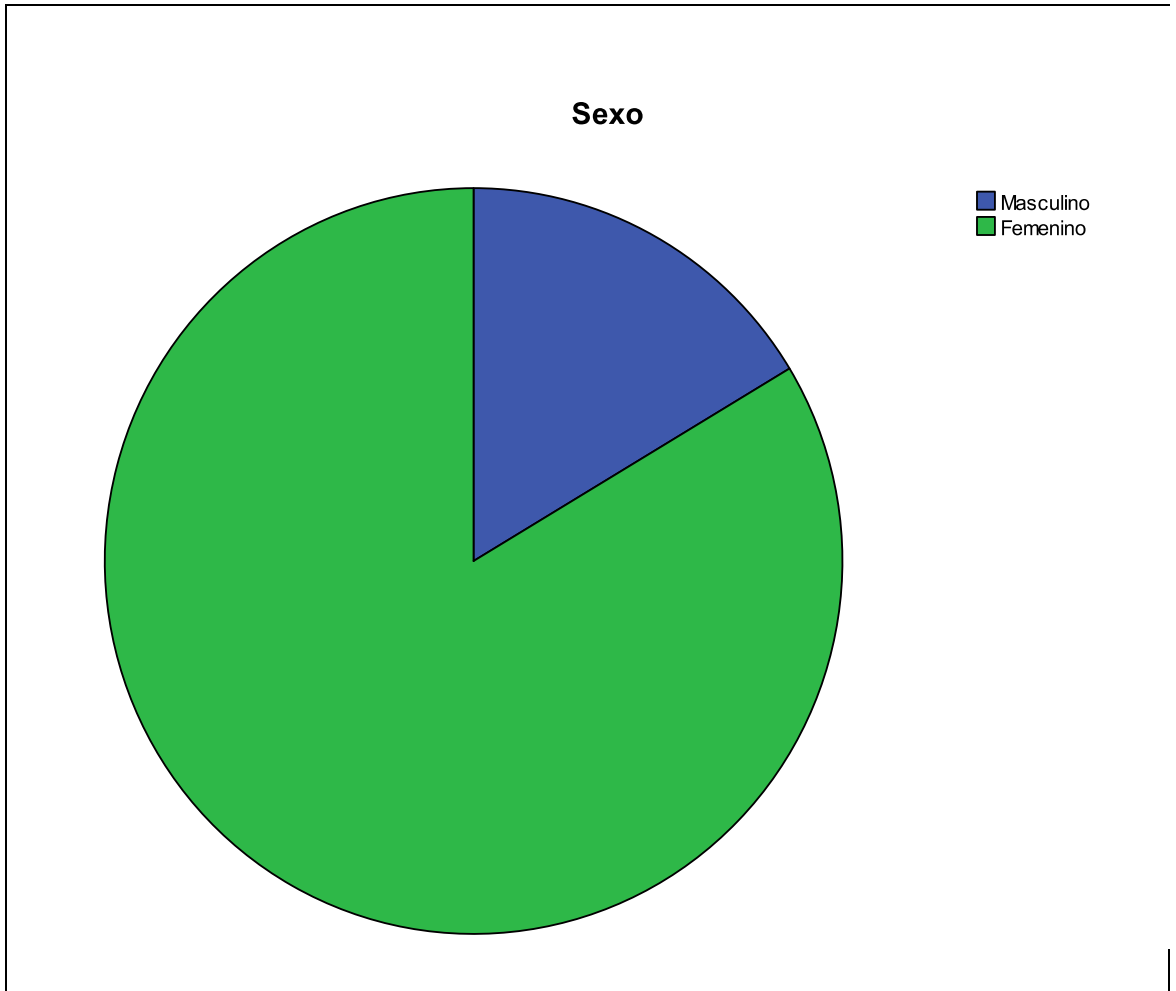
1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
2. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
3. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
4. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
5. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
6. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra	0	1	2	3	4

controlar					
8. Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
9. Sentirse solo/a	0	1	2	3	4
10. Sentirse triste	0	1	2	3	4
11. No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad	0	1	2	3	4
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	1	2	3	4
14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
17. Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
18. Dolores musculares	0	1	2	3	4
19. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
21. Tener dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4
22. Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren	0	1	2	3	4
23. Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo	0	1	2	3	4
25. Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
28. Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
30. Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0	1	2	3	4
31. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
32. Sentirse incomodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
33. Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
35. Tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4
36. Sentirse muy cohibido/a entre otras personas	0	1	2	3	4

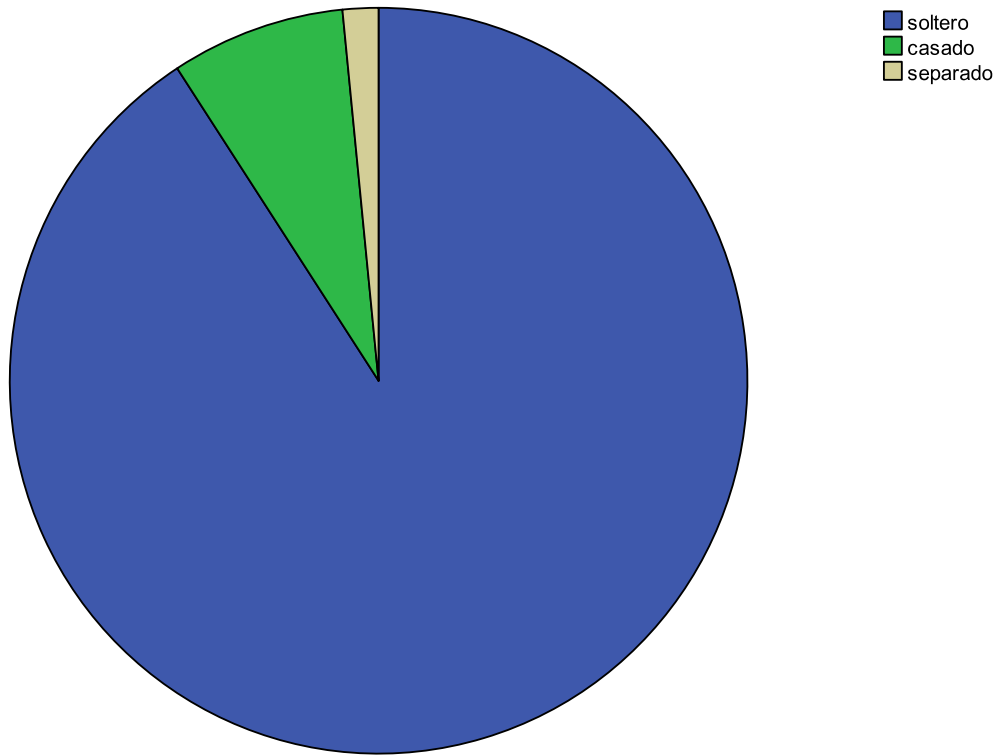
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)	0	1	2	3	4
38. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
39. Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
40. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	0	1	2	3	4
41. Sentirse inquieto/a o intranquilo/a	0	1	2	3	4
42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
43. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara	0	1	2	3	4
45. La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	0	1	2	3	4

GRACIAS POR SU TIEMPO Y ATENCIÓN!

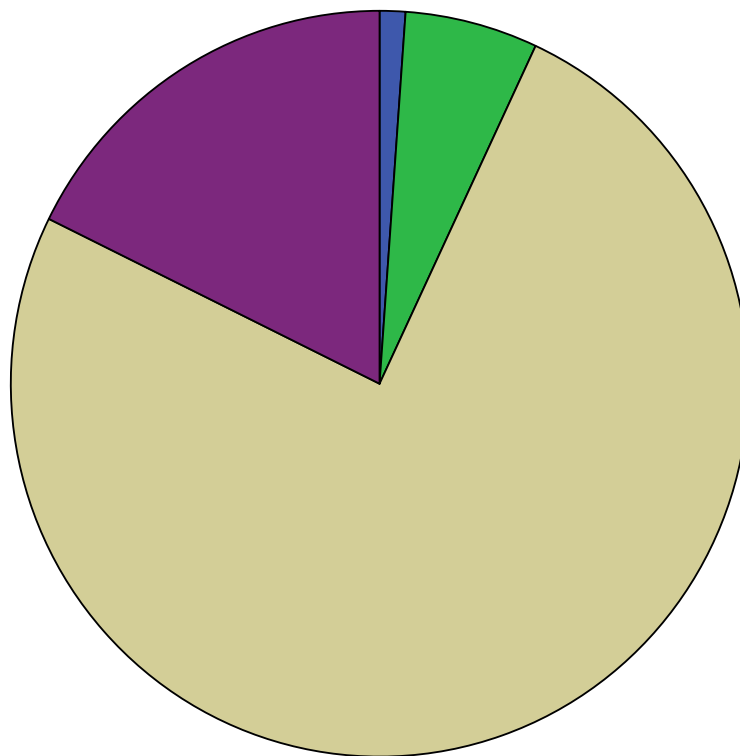
ANEXO 1 GRAFICOS



Estado civil

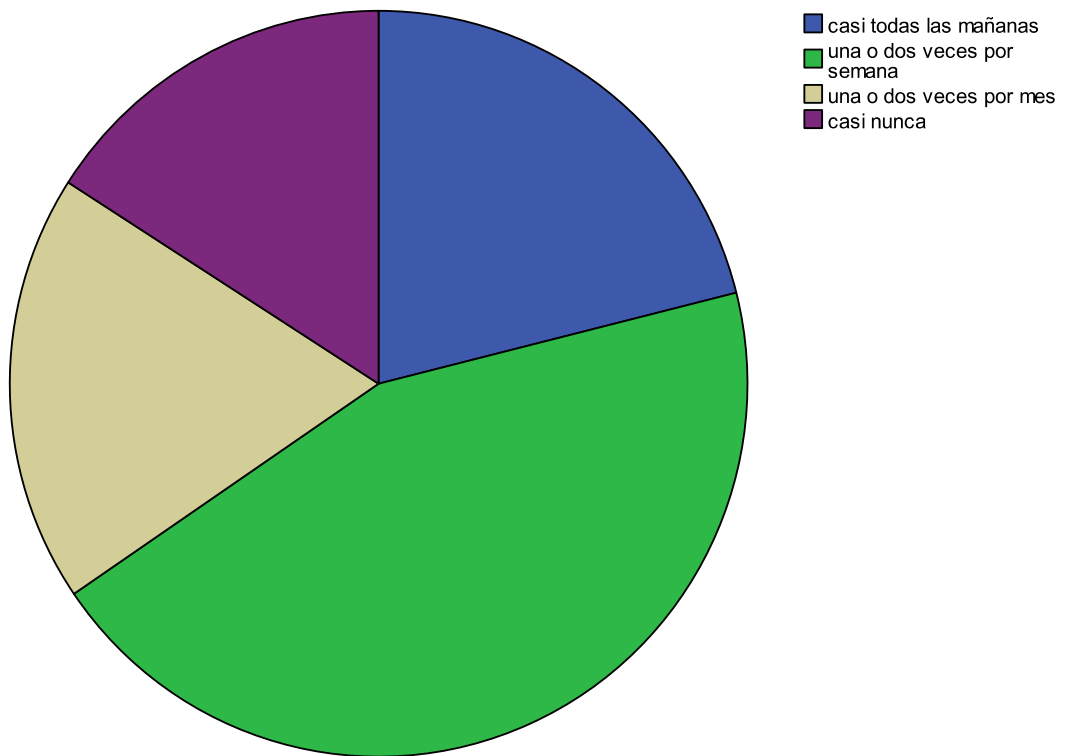


Nivel educativo

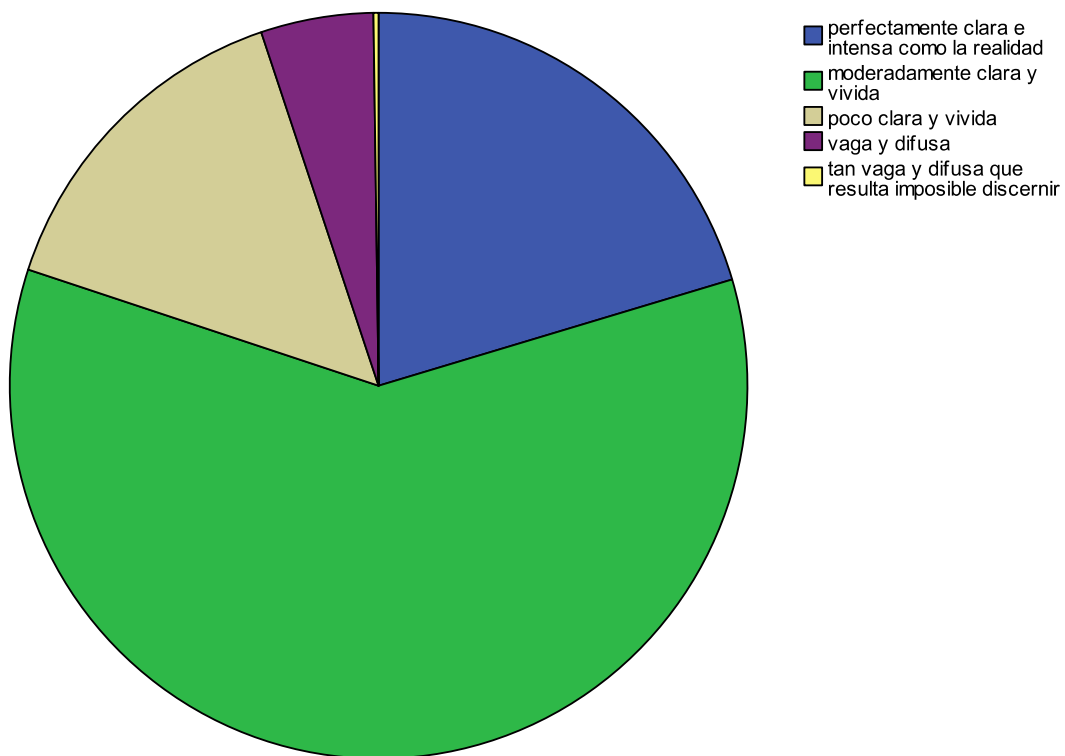


- Secundario incompleto
- Secundario completo
- Universitario en curso
- Universitario completo

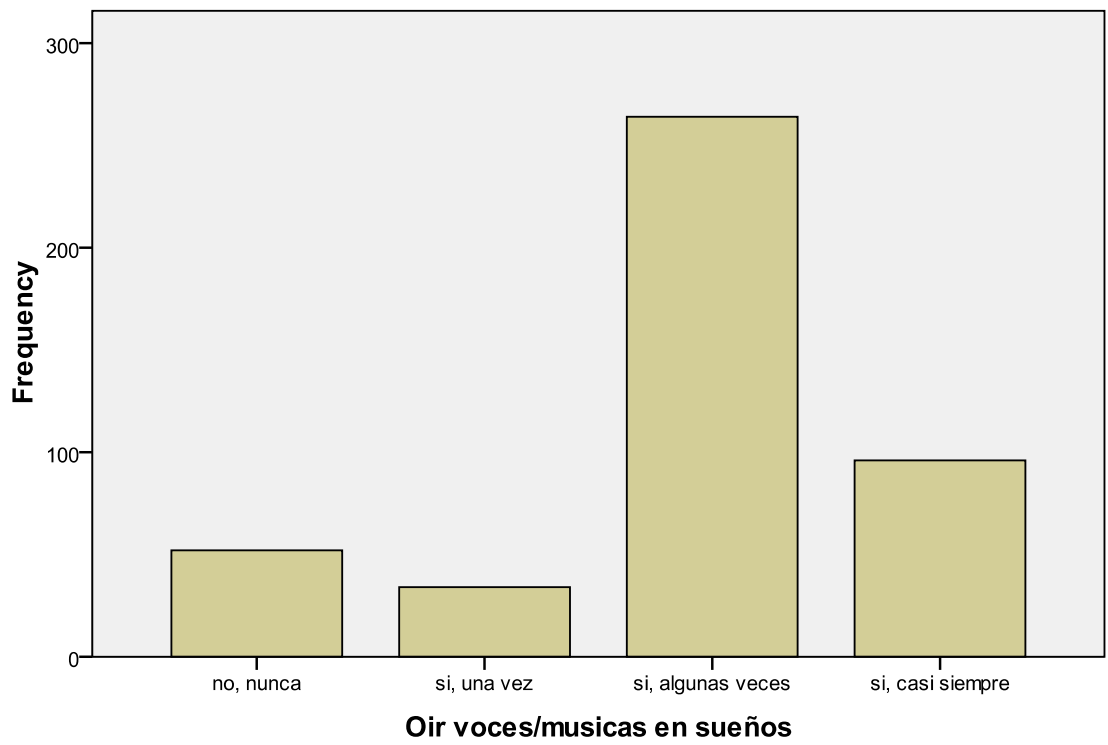
Recuerdo sueños



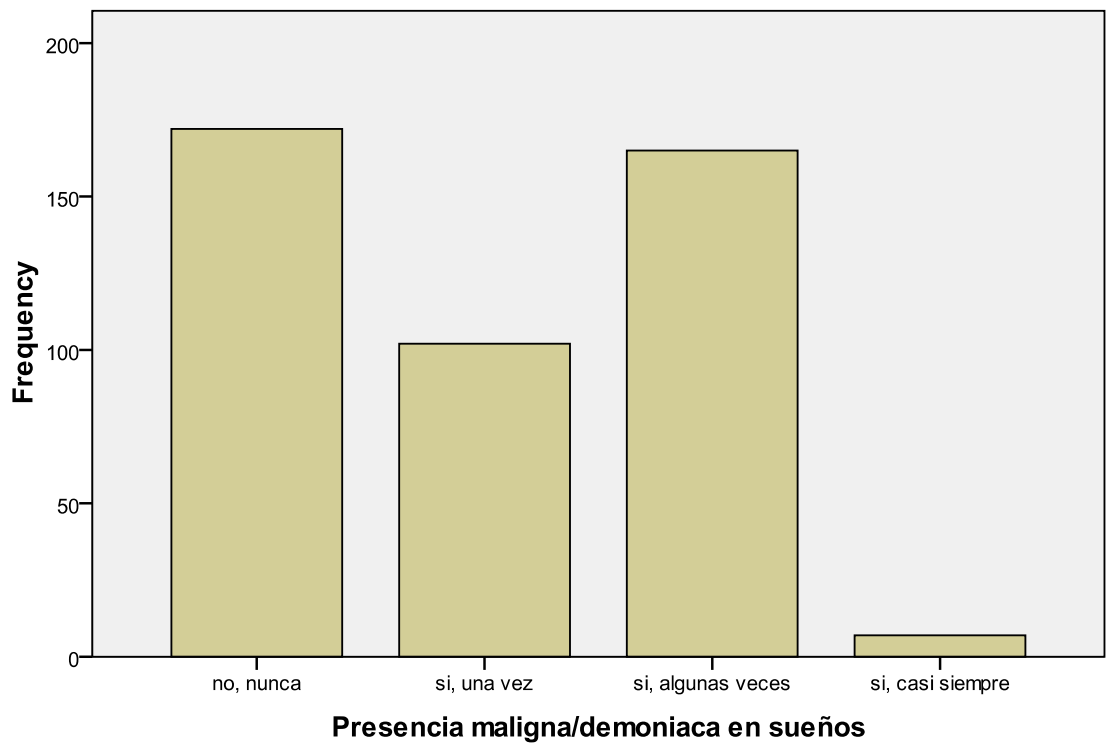
Nitidez sueños



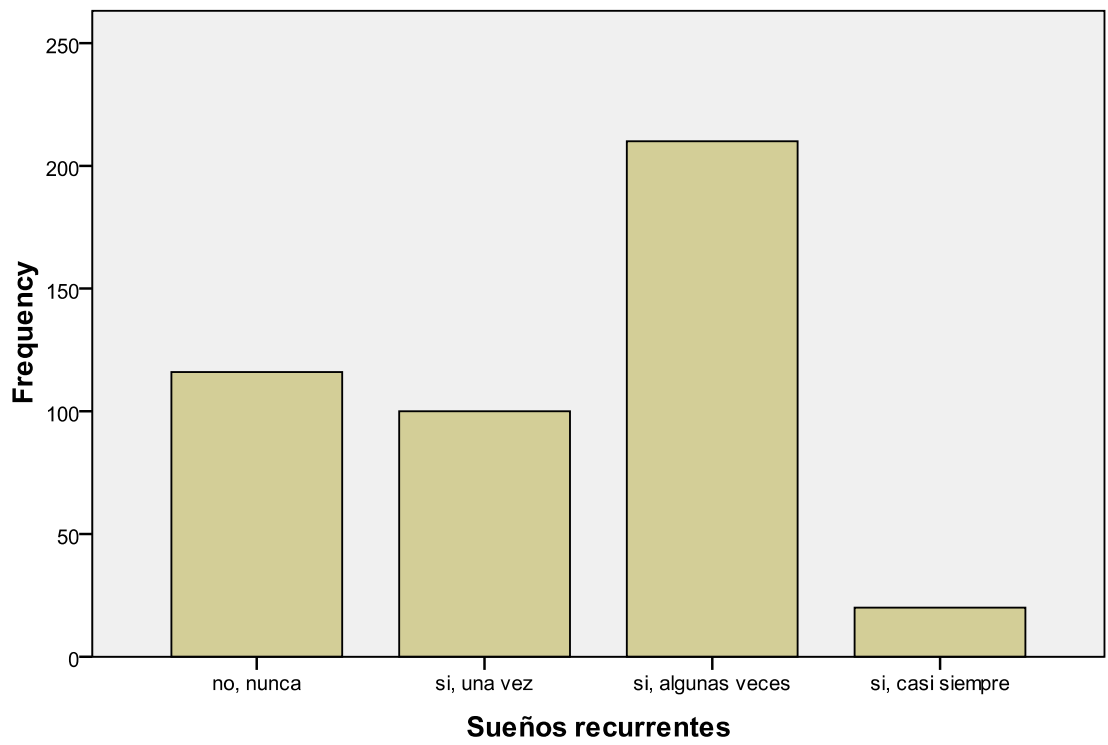
Oir voces/musicas en sueños



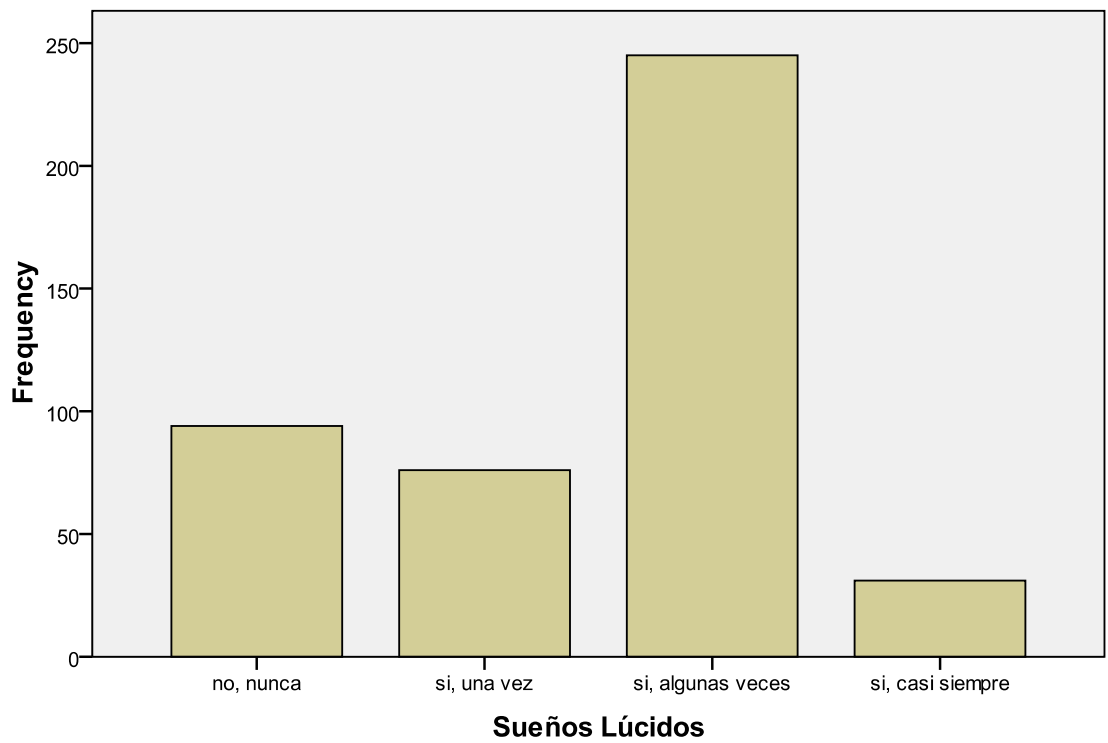
Presencia maligna/demoniaca en sueños



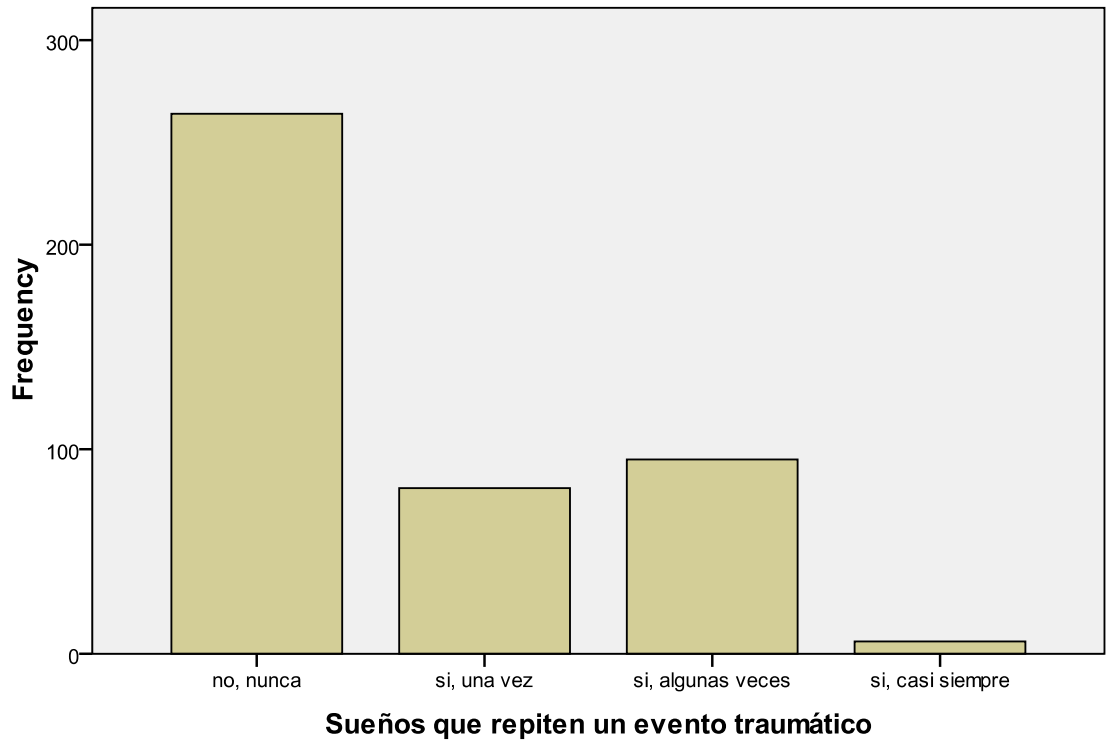
Sueños recurrentes



Sueños Lúcidos



Sueños que repiten un evento traumático



Terrores nocturnos

