



## El sueño en psicoterapia breve en Neuropsicología

**Guillermo Delahanty Matuk<sup>1</sup>**

*Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México*

### I. Introducción

En el programa de la Unidad de Investigación y Servicio de Psicología (UNISEP) se ha implementado la psicoterapia breve para pacientes que han sufrido un daño cerebral y para familias que cuentan con un miembro con daño cerebral. El objetivo es que reciban un apoyo emocional y ayuda sobre problemas relacionados con angustias, depresión, cambios en la identidad y disminuir el estado de stress y la anticipación de una conducta catastrófica. Detectar las capacidades intactas para alcanzar la autorrealización. Los pacientes que han sufrido un evento vascular o traumático en el cerebro sienten cuando está consciente una quiebra de la esperanza. Su mundo ha cambiado. Sus relaciones afectivas se afectan sufriendo cambios o rupturas con su relación de pareja, o la familia la empuja a un rincón de su entorno. Hay pérdidas laborales o quedan en condiciones limitadas en la generatividad de ideas, o la imposibilidad de cuidar a sus hijos. La extrañeza de los cambios corporales y de las habilidades del lenguaje o motrices restringen su espacio vital.

El propósito del presente trabajo consiste en presentar un sueño derivado de los efectos de un trauma que detallaremos más adelante. Nuestra intención es exponer primero en qué consiste el sueño de los durmientes relacionados con la esfera cerebral y con su evento sufrido.

Hartmann (1998) investigó más de 1000 sueños en personas que sufrieron un trauma. Cómo aparece el fenómeno traumático en el sueño, cómo ayuda a resolverlo porque el trauma ocurre en el sueño. Descubrió que las emociones suscitadas después del evento traumático predominan el terror y miedo. En ocasiones son sueños que exhiben una vulnerabilidad extrema. Otras emociones detectadas en el material del sueño son culpa, congoja. Para la evaluación neuropsicología del cerebro disfuncional, Prigatano (1999) recomienda la exploración rutinaria del dormir y soñar. El sueño puede revelar asuntos sobre preocupaciones vivenciadas durante mucho tiempo relacionados con el efecto que produjo el daño cerebral.

Mark y Karen Kaplan Solms (2000) se preguntan de qué manera se modifica la estructura del soñar por la lesión. Expuso los síndromes producidos por lesiones neurológicas, a saber, síndrome de sueños no visuales, que emergen de los daños en la región medial occipito-temporal. El segundo comprende varios grupos: uno es el síndrome del cese del sueño que ocurre como una condición aguda por varias regiones lesionadas, a menudo se recuperan los pacientes. Otros casos de pérdidas globales del sueño en lesiones parietales, especialmente en la región inferior. También puede aparecer en lesiones profundas bifrontales. Tercero, los

síndromes complejos de confusión del sueño con la realidad que ocurren con lesiones límbico-frontales y cuartas los síndromes con pesadillas recurrentes en daños en la actividad límbico-temporal. Como todo, los Solms utilizan el término lesiones telencefálicas que incluye lo cortical o subcortical en algunos casos de conexiones límbico-cortical. La localización neurodinámica de la función de soñar consiste en que “El proceso de soñar se desenvuelve en un sistema que tiene seis partes componentes fundamentales: la región parietal inferior izquierda, la región parietal inferior derecha, la región frontal ventromedial profunda, la región occipital-temporal ventromedial y la región límbica temporal.” (Kaplan-Solms y Solms, 2000, p. 53). No hay una localización dentro de las regiones del soñar, sino que se comprende como una red o proceso dinámico que se transmite entre las diferentes partes en un sistema complejo. Para Blechner (2002) los sueños ofrecen una percepción endoneuropsíquica de varios procesos incluyendo la percepción del dolor, del color, y al mismo tiempo la memoria, el monitoreo de la realidad y otras formas de meta-cognición. Apunta que los procesos de percepción y reconocimiento de la identidad son registrados por el cerebro de manera separada. No obstante a que están separados durante el sueño hay una integración. Por otra parte, toma en consideración a que la representación del objeto y la transferencia en el sueño pueden comprenderse con la noción de interobjeto que los condensa creando un nuevo objeto, aunque aún no es posible identificar los mecanismos neurobiológicos del fenómeno.

El enfoque de psicoterapia breve es de corte psicoanalítica. Los fundamentos teóricos de la técnica de psicoterapia breve lo encontramos en el trabajo de Hartmann (1951) sobre la técnica en la psicología del yo, es decir, consiste en trabajar sobre la estructura y dinámica del yo, con un enfoque intersistémico e intrasistémico. La relación del yo con las pulsiones del ello, con el superyó, sus defensas y neutralización, con las resistencias y con la realidad. Realizar interpretaciones dinámicas y económicas o sea, la carga energética, en concreto, la propuesta de intervención de Bellak consiste en la realización de cinco sesiones de trabajo con la oportunidad de realizar otro re-contrato para más sesión. Se trabaja el aquí y el ahora con conexiones con el allá y el entonces. Se toma en consideración el problema a tratar y se diseña un método de intervención adecuado a la problemática y a la emergencia del paciente. En el proceso de psicoterapia breve se utiliza el sueño como una técnica para ampliar la biografía del paciente. “Los sueños recientes, naturalmente, con frecuencia dan luz sobre las reacciones inconscientes del paciente a la dinámica de la situación precipitante” (Bellak y Small, 1965, p. 69). Es interesante la propuesta de Bellak (1992) de que se le pregunte al paciente qué soñó en la noche antes de la sesión de psicoterapia y que soñó después de la primera sesión para detectar el fenómeno de transferencia. Ayuda también a la alianza de trabajo, entre otros fenómenos, cuando se explica al paciente que puede comprender su conducta a través de la continuidad del pensamiento al despertar y dormir (Bellak y Siegel, 1986). La idea de trabajar con pacientes con daño cerebral tiene dos vertientes, la primera es que en el servicio se presentan pacientes con daño cerebral que son examinados con pruebas neuropsicológicas del área de neuropsicologías. Generalmente son enviados por un neurólogo. Después de la evaluación reciben rehabilitación neuropsicológica. En esos entonces se ha detectado la invasión de angustia o la depresión

causada por la alteración sufrida y entonces nos remiten a los pacientes al servicio de psicoterapia en neuropsicología. Los fundamentos teóricos-clínicos de nuestra intervención están basados en los trabajos de Small y de los Solms. El primero propone que los psicoterapeutas conozcan en general la esfera neurológica para que puedan realizar un diagnóstico diferencial y no equivocarse en realizar interpretaciones psicodinámicas cuando lo que padece el paciente es un síndrome neurológico. La otra guía es el psicoanálisis que realizan los Solms en una clínica en la cual tratan a los pacientes psicoanalíticamente en alrededor de seis meses con seis sesiones a la semana. Documentan profusamente su trabajo. Nosotros nos conformamos con realizar el enfoque breve por las características de un servicio a la comunidad. Por lo tanto, no contamos con personal especializado en este enfoque desde el punto de vista clínico. Pero, nos parece así mismo básico el modelo de Leopold Bellak porque cumple adecuadamente lo que se requiere clínicamente. Al mismo tiempo, hay un servicio de trabajar desde la terapia mientras simultáneamente reciben la rehabilitación de neuropsicología por los colegas del Área de Neuropsicología de UNISEP. Es un trabajo en equipo.

## II. Viñeta clínica

Fue enviada el 4 de marzo de 2009 a psicoterapia una mujer nacida el 21 de mayo de 1975, diestra, porque se siente muy angustiada. Había sido remitida al Área de Neuropsicología por una neuróloga por una secuela del evento cerebro vascular EVC en el hemisferio izquierdo. Manifiesta problemas de memoria, dificultades de lectura y hemianopsia con problemas de percepción visual. La causa fue que padeció un síndrome de Hellp cuyos síntomas fueron una alta presión sanguínea provocándole un EVP en el hemisferio izquierdo, lóbulos parietal y occipital. Fue operada practicándole una craneotomía descompresiva. Permaneció en coma inducido 12 días. El episodio se desató unas semanas previas al nacimiento de su hijo.

En la evaluación neuropsicológica se realiza una entrevista inicial, y las siguientes pruebas administran, a saber, escala de inteligencia de Wechsler III, escala de memoria de Wechsler, el test de Barcelona, programa integrado de exploración neuropsicológica (PIEN).<sup>2</sup> En la investigación sobre los afectos con pacientes neuropsicóticos se administró el test de Rorschach, la escala de apego, la evaluación de las funciones del yo.

La causa de la angustia fue provocada porque siente que no pudo recibir a su hijo y con un mes de ausencia posiblemente le ha provocado a su hijo un trauma muy severo de abandono. Había tenido la ilusión del parto, asistiendo a programas de parto psicoprofiláctico. Su ilusión de recibir a su hijo fue quebrada por el evento cerebro vascular. Expresa que “me robaron la culminación de mi proceso de alumbramiento. Me robaron el placer de tener contacto tanto con mi bebe como conmigo misma” me despojaron de mi hijo, me siento amenazada. Es evidente su sensación de vulnerabilidad de que sufrió la quiebra de la esperanza maternal. Desde la ginecología le habían pronosticado que era muy arriesgado volver a embarazarse. Su ilusión también ha sido traer al mundo a una hija para

contar con el par de varón hembra. Incluso comenzó a tramitar una adopción, pero todo se vino abajo porque ha sido abandonada por el esposo, por lo tanto, ha sufrido el otro efecto que es la pérdida de la pareja por el impacto de un daño cerebral traumático TBI por sus siglas en inglés, como lo señalan Camplair, Bulter y Lezak (2003).

Es significativo que su sueño está relacionado con el trauma sufrido por ella. Fue soñado, sin precisar fecha precisa entre los meses de octubre y noviembre de 2007.

“Era una fiesta sorpresa de unos amigos, iba a nacer mi bebe y estaban preparando la sorpresa, era un doctor cercano, que llevaba muchos regalos, ropa. Vivían cerca del hospital, también ellos llevaban mucha ropa para niño. ¿De dónde me conocían? Estaban emocionadísimos de la sorpresa, era casi de noche, yo parecía dormida pero no estaba, se les olvidó un tubo amarillo, como de ropa y yo les decía: ‘¡hey!, se les olvido ese tubo’, pero no me escuchaban, ya se habían llevado el tubo de ropa, color amarillo. Vivían en un hospital y yo podía escuchar lo que sucedía en la casa de ellos que no era el hospital, era su casa, luego no sé porqué Manuel si me escuchaba y yo a ellos no, estaban platicando, Manuel estaba preocupado, ¿quién le podía vender leche en polvo tan noche, esta chava decía, es el mismo tipo de leche, es buena, y nadie me escuchaba, yo decía, no esa leche no, esa no.

“Alguien, en el piso de arriba, donde era la casa del doctor, me llevaron a la oficina y me tuvieron en un lugar aislado, había dos fuentes padrísimas donde estaba la oficina de ese doctor y me las prestaron para que me sentara y me relajara, ahí estuve bastante tiempo dormida escuchando el sonido del agua, dormida, hasta que alguien..., me sacaron a quirófano y luego se les olvidaba y me sacaban de nueva cuenta a un cuarto chiquito, solita y sola. Alguien se puso a orar conmigo, se hincó y pidió por mí, por Dios, estaba como en una capilla cuadrada. Yo no los veía pero estaban orando. Alguien me dijo que estaba alterada que decía incoherencias, era un estadounidense misionero, estuvo ayudando a que saliera de mi alucine, daba vueltas eso redondo. Decía que era misionero, pero solo ayudó el primer momento, después desapareció, escuchaba música en sus audífonos, se fue.

“Desperté llorando en el hospital, ¿llovía? ¿Se fue la luz? Me sentía mal. Algo giraba y daba vueltas, duró mucho tiempo, era que me iban a relajar para dormirme más.

“¿A qué hora amanecía? ¿A qué hora atardecía? Mi mamá llegaba muy temprano, le ponían un uniforme o cubre bocas. Mi papá casi no hablaba, moco? que o ya casi cuando me dan de alta y es quién más me recuerdo antes de salir, se me hacían las horas eternas”.

Bellak y Small (1965) proponen interpretar solamente porciones de los sueños conectadas con un patrón significativo. Y la idea de Hartmann (2001) que en el sueño se revive el trauma como es el caso de la soñante. Por otro lado, consideraré lo relacionado con la auto-estima (Delahanty, 1997).

Me parece que lo más significativo es la escenificación del trauma resultado del EVC y de la cirugía. Ha sido tan fuerte la experiencia que ha quedado marcada en su interior. La sensación de que no estuvo consciente durante el parto, de no recibir a su hijo con todas sus capacidades se expresa en el contenido del sueño. En una de las intervenciones de

psicoterapia se le explicó que durante el primer mes de vida del hijo no le afecta emocionalmente la ausencia de la madre sí después fue sostenido en sus brazos ofreciéndole afecto y cuidado de manera consistente, como lo señalan las investigaciones de Spitz (1965). El sueño representa el trauma. Por otra parte, es significativa la sensación de vulnerabilidad y de soledad re-vivida. Hay un punto de desesperación relacionada en que nadie está consciente de ella, no responden a su suplica, hacen caso omiso de la escena de la leche, ella es quien desea amamantar a su hijo, no una fórmula. No obstante a que era un tiempo de festejo y celebración, ella no puede participar. Siente desesperación del aislamiento emocional en que se encuentra. Suplica sin recibir respuesta. La figura del médico es significativa, hay una condensación entre la imagen de Dios, del médico y del misionero, pero evidentemente no del terapeuta porque aún no aparecía en su experiencia y por lo tanto, es imposible que en esos entonces sea un personaje del sueño.

### III. Conclusión

El sueño de una paciente de neuropsicología contado en la sesión de psicoterapia breve revela el trauma del EVC que provocó la desesperación porque estuvo inconsciente durante el trabajo de parto y no vivió la experiencia largamente esperada de recibir a su hijo al nacer. Sentir la emoción de la sorpresa de conocerlo con todas sus funciones, vista, oído, tacto, e interacción inicial. Es una madre que ha establecido un apego a su hijo pero que también sufrió la ruptura del vínculo con su esposo.

### REFERENCIAS

- Bellak, L. (1992). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- Bellak, L. y Siegel, H. (1986). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- Bellak, L. y Small, L. (1965). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Pax.
- Blechner, M. J. (2002). Disjunctive cognition and interobjects: What psychoanalytic dream study can tell us about the brain? [Paper presented on June 15, at the Annual Meeting of the Rapaport-Klein Study Group]
- Brailowsky, S. (1995). *La sustancia de los sueños. Neuropsicofarmacología*. México: FCE.
- Camplair, P. S., Bulter, R. W. y Lezak, M. D. (2003). Providing Psychological Services to Families of Brain-Injured Adults and Children in the Present Health-Care Environment, en: Prigatano, G. P. y N. H. Pliskin (Comps.). *Clinical Neuropsychology and Cost Outcome Research: A Beginning*. Nueva York: Psychology Press.
- Delahanty, G. (1997). La realidad y el sueño en el narcisismo. Contribuciones de Kohut a la clínica psicoanalítica. *Imagen psicoanalítica*, año 5. # 9, pp. 71-76.
- Hartmann, E. (1998). *La pesadilla. Psicología y biología de los sueños aterradores*. Buenos Aires, Granica.

- Hartmann, E. (2001). *Dreams and Nightmares. The Origin and Meaning of Dreams*. Cambridge Persus Publ.
- Hartmann, H. (1951). Implicaciones técnicas de la psicología del yo. En: *Ensayos sobre la psicología del yo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kaplan-Solms, K. y Solms, M. (2000). *Estudios clínicos en neuropsicoanálisis. Introducción a la neuropsicología profunda*. México, Fondo de Cultura Mexicana.
- Prigatano, G. P. (1999). *Principles of Neuropsychological Rehabilitation*. New York: Oxford University Press.
- Small, L. (1971). *Psicoterapia y neurología*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Spitz, R. A. (1965). *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica.

Original recibido con fecha: 3-1-2012 Revisado: 30-1-2012 Aceptado para publicación: 20-2-2012

**Palabras clave:** Sueño, Evaluación neuropsicológica, Psicoterapia breve

**Key Words:** Dream, Neuropsychological assessment, Brief Psychotherapy  
*English Title:* The dream in brief psychotherapy and neuropsychology

**Cita bibliográfica / Reference citation:**

Delahanty, G. (2012). El sueño en Psicoterapia Breve en Neuropsicología. *Clínica e Investigación Relacional*, 6 (1): 93-98. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de [www.ceir.org.es](http://www.ceir.org.es) ]

## NOTAS

---

<sup>1</sup> Doctor en Psicología clínica por la Universidad Iberoamericana. Psicoanalista de la Asociación Mexicana para la Práctica, Investigación y Enseñanza del Psicoanálisis. Profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (México). Miembro del Cuerpo Académico Cognición y Afectos.

<sup>2</sup> Evaluación neuropsicológica realizada por la neuropsicóloga María del Rosario Ramos Cuevas con la asistencia de Jonatán Ferrer y Leonor Arellano.