



# Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado – Modalidad: Monografía

## *Mucho más que pesadillas*

Aproximación a los sueños en la niñez desde una perspectiva psicoanalítica

Estudiante Florencia Pérez Fernández

Docente Tutor: Gabriela Lilián Bruno Camares

Docente Revisor: Andrea Clara Bielli Pallela

2 de noviembre de 2023

Montevideo, Uruguay

## Resumen

Este trabajo final de grado, presentado en formato de monografía, se dedica a la revisión de algunas teorías relacionadas con el concepto del “sueño” en la infancia, fundamentalmente desde una perspectiva psicoanalítica. El interés por esta temática, ha generado una variedad de perspectivas, definiciones y debates de diversos autores (Freud, Winnicott, Convertini, Pelegri). Por eso, a lo largo del tiempo, el sueño ha mantenido su relevancia tanto para distinguidos académicos e investigadores como para la sociedad en general. En lugar de pretender agotar el tema, el enfoque, basado en una diversa revisión bibliográfica, busca introducir al lector en el concepto del sueño y algunas de las cuestiones que suscita desde múltiples abordajes.

Comenzamos con un análisis del desarrollo histórico del concepto del sueño, seguido por una exploración de la perspectiva biológica en las primeras etapas de la vida. Posteriormente, nos adentramos en el enfoque psicoanalítico del sueño para luego, abordar el tema desde la clínica psicoanalítica infantil. Finalmente, se buscará concluir con un análisis de dos disciplinas destacadas que trabajan en relación al tema: la psiquiatría y el psicoanálisis. Y expongo la frase “se buscará” porque considero que como primer acercamiento a esta temática, en lo que se refiere a dos disciplinas tan complejas, se necesita un trayecto extenso para poder comprenderlas en su totalidad y hacer una devolución al respecto. El propósito será abordar estas diversas alteraciones que pueden manifestarse durante el sueño, especialmente en la infancia, y que pueden afectar, como describen Barredo y Miranda (2014) diversos aspectos del desarrollo infantil.

**Palabras clave:** sueño, psicoanálisis, infancia, alteraciones.

## **Abstract**

This final degree project, presented in monograph format, is dedicated to assessing some theories related to the concept of “dream” in childhood, fundamentally from a psychoanalytic perspective. The interest in this topic has generated a variety of perspectives, definitions, and debates from various authors (Freud, Winnicott, Convertini, Pelegri, etc.). Therefore, over time, sleep has maintained its relevance both for distinguished academics and researchers and for society in general. Instead of attempting to exhaust the topic, the approach, based on a diverse bibliographic review, seeks to introduce the reader to the concept of sleep and some of the issues it raises from multiple points of view.

We begin with an analysis of the historical development of the concept of sleep, followed by an exploration of the biological perspective on the early stages of life. Subsequently, we delve into the psychoanalytic approach to dreams and address the topic from the child psychoanalytic clinic. Finally, we will conclude with an analysis of two prominent disciplines concerning the matter: psychiatry and psychoanalysis. I express the phrase “will be sought” because I consider that as a first approach to this topic, regarding two very complex disciplines, an extensive journey is needed to understand them entirely and give feedback on the matter. The purpose will be to address these several alterations that can manifest during sleep, especially in childhood, and that can affect, as described by Barredo y Miranda (2014), multiple aspects of a child’s development.

**Keywords:** dream, psychoanalysis, childhood, alterations.

## Índice

<b>Resumen</b> .....	<b>1</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>4</b>
<b>1. El sueño y el dormir</b> .....	<b>7</b>
1.1 Origen y concepto del sueño como actividad humana .....	7
1.2 El sueño en los niños: aspectos biológicos del sueño .....	10
<b>2. El sueño desde una perspectiva psicoanalítica</b> .....	<b>16</b>
2.1 Sueño manifiesto y latente .....	20
2.2 Trabajo del sueño ¿cómo se forma? .....	22
2.3 Proceso primario y secundario.....	25
2.4 El sueño en la infancia .....	27
<b>3. El sueño en la clínica psicoanalítica con niños</b> .....	<b>31</b>
3.1 Trastorno desde la psiquiatría vs desde el psicoanálisis. ....	35
3.2 Alteraciones del sueño .....	38
<b>Reflexiones finales</b> .....	<b>48</b>
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	<b>52</b>

## Introducción

Esta monografía es un trabajo final de grado que se enmarca en el proceso de formación como última instancia para acceder al título de licenciada de psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

El interés personal sobre esta temática, surge principalmente del acercamiento a la teoría sobre los sueños desde una formación académica centrada en temáticas de infancia. La mirada particular sobre esta franja etaria, pensada desde el psicoanálisis, se nutre de los acumulados obtenidos por la realización de diversas asignaturas optativas y de la práctica de graduación llevada a cabo desde el psicoanálisis y la primera infancia<sup>1</sup>, que han dejado en quien escribe un especial interés por las infancias no solo como objeto de estudio sino como futuro campo laboral.

El objetivo de esta monografía radica en abordar un tema que es de mi interés y que se encuentra en la cotidianidad del ser humano, como es el acto de soñar, en donde existen multiplicidad de miradas al respecto de esto.

Se puede decir, que en la medida que se sueña, el espectro del mundo onírico es infinito, encontrándose con sueños de deseo, de angustia, traumáticos; con sueños que quizás no se recuerden en su totalidad, y sueños que se quedan resonando en la mente por un largo rato. Muchas de esas veces se pasa por alto la importancia que tienen sobre los acontecimientos de la vida, se ignoran y se sigue adelante. Además, en los propios sueños se expresan cuestiones del pasado y del presente, porque tal y

---

<sup>1</sup> Las optativas: “Maternidad y Primera Infancia”, “Observar Según Bick y Pikler en 0-3 años”, “Suicidios en Niños y Adolescentes”, y la práctica de graduación “Intervenciones Psicopedagógicas en Educación Inicial” con niños de 3-4 años

como expresa Freud (1900/1991), en el inconsciente no hay temporalidad. Pero otras veces, hay quienes se detienen a pensar en el significado que tienen. Se detienen a pensar en el mensaje que transportan, e incluso, en las explicaciones que pueden darle.

La monografía se realizó basándose en una revisión bibliográfica, enfocándose fundamentalmente en el campo del psicoanálisis. Se expusieron escritos de autores clásicos como Sigmund Freud, Ana Freud, Donald Winnicott; así como autores más contemporáneos que exponen su interés por la temática, tales como: Matilde Pelegri, Arias y Unzueta, Medici, Castillo López, entre otros. Exponiendo las similitudes y discrepancias que existen entre ellos al abordar un tema por demás complejo. Muchos de estos autores contemporáneos se basan y apoyan en las teorías más antiguas y clásicas de Sigmund Freud, principalmente y como es previsto por la influencia de este autor.

El texto se estructuró en tres capítulos fundamentales, los cuales constituyen los ejes centrales de las temáticas a tratar que abordarán diversos puntos de relevancia en el contexto respectivo.

En el primer capítulo, se aborda la evolución histórica del concepto del sueño, la cual resulta interesante por su evolución en lo que se refiere a la conceptualización del acto de soñar, y el enfoque biológico del sueño de una forma genérica, para ir de a poco adentrándose en las etapas iniciales de vida.

Posteriormente, nos adentramos en el capítulo dos, donde se trabaja el sueño desde una perspectiva puramente psicoanalítica, con un enfoque en sus características

primordiales y existentes en la infancia. Explicando dentro de este, el sueño manifiesto, latente, el trabajo del sueño y el proceso primario y secundario.

En el capítulo tres, se desarrolla el sueño en el contexto de la clínica psicoanalítica infantil, mostrando las miradas desde la psiquiatría y la psicología, y desarrollando las distintas alteraciones del sueño que pueden llegar a acontecer en la infancia.

Todos los puntos mencionados anteriormente constituyen el resultado y la justificación del interés en la temática, además de la diversidad de opiniones que pueden surgir con respecto a ella.

Se espera que este trabajo sea un primer acercamiento en la temática y que acompañe al lector para lograr proporcionarle un aporte enriquecedor en la conceptualización del sueño, tanto en su dimensión histórica, biológica como desde la perspectiva principalmente psicoanalítica, la clínica y su relación con las distintas disciplinas que se involucran en su estudio.

## 1. El sueño y el dormir

En este capítulo se trabajarán distintas conceptualizaciones sobre el dormir y el soñar en la infancia, basándose en distintas disciplinas. Comenzando con un recorrido histórico de varios autores sobre el concepto sueño desde el psicoanálisis y finalizar con los aspectos biológicos del sueño, principalmente en la infancia, desde una perspectiva de la neurociencia del sueño. Desarrollando las fases del sueño y describiendo que ocurre dentro de cada una. Por eso se buscará compartir con el lector las diferentes miradas del sueño y el dormir desde estas dos interesantes disciplinas.

### 1.1 Origen y concepto del sueño como actividad humana

Las concepciones del sueño dentro del marco psicoanalítico se basan su gran mayoría en las teorías de Sigmund Freud, fundador y pionero de la teoría psicoanalítica. “El sueño es definido como la actividad anímica del durmiente cuando duerme”. (Freud, 1900/1991, p. 30) Gaione (2022) por su parte, plantea que el interés que emergió en Freud con relación a los sueños, comenzó a partir de 1896, luego del fallecimiento de su padre. En un momento de conmoción y desamparo es cuando surgió una de sus mayores obras: “La interpretación de los sueños” (Freud, 1900/1991). Los sueños para Freud parecen imponerle contenidos inquietantes, absurdos, angustiantes, perturbadores, entre otros. Y estos llamaban poderosamente su atención.

Con respecto a los orígenes de estos estudios, Arias y Unzueta (2005) describen que “hace 6000 años aproximadamente, se dieron las primeras interpretaciones de sueños con las primeras muestras de lenguaje escrito”. (p. 1) Es entonces, a partir de ese momento, que comenzaron a quedar mayores registros de estos interesantes descubrimientos. Freud (1900/1991) a su vez, propuso la existencia de un “primitivismo psicológico”. El nombre hace referencia a que existían características psicológicas más primitivas en comparación a la actualidad. Es decir, elementos menos desarrollados y próximos a etapas iniciales de la evolución humana.

El conocimiento sobre los sueños ha tenido una transformación a lo largo del tiempo, desde creencias más enfocadas en los dioses hasta explicaciones mucho más racionales. Anteriormente, en la cultura en general, se creía que los sueños eran una fuente de información, de carácter divino, atribuyéndole un significado especial y poderoso. Una especie de comunicación con fuerzas superiores y divinas (Freud, 1900/1991). Estas manifestaciones oníricas cumplían un rol fundamental en la vida de las personas.

A su vez, el autor señalaba que, en las ideas de los pueblos de la antigüedad clásica, se decía que los sueños estaban en constante relación con el mundo de seres sobrehumanos en los que la sociedad creía. Además, el sueño traía consigo mensajes importantes tales como, revelaciones de demonios y dioses.

Por su parte, Convertini (2006) diría que el sueño era poseedor de revelaciones divinas o demoníacas que podían tener la posibilidad de revelar el porvenir del sujeto que soñaba. Al anunciar el porvenir, era como una revelación mágica del futuro. Se creía que tenía un valor premonitorio y expresaba siempre lo verdadero, caracterizando

los sueños como alegóricos, metafóricos y simbólicos, representaciones puras de hechos futuros y divinos (Del Corno, 1975, en Arias y Unzueta, 2005) Es por eso que la actividad onírica, “ha tenido una especial connotación mítica y mágica” (Arias y Unzueta, 2005, p. 1).

En ese momento, Arias y Unzueta (2005) manifestaban que todas las culturas y libros sagrados hablaban del importante papel que tuvieron los sueños, siendo así la mejor prueba de la existencia del alma, de los dioses y de otra vida. Igualmente, Freud (1900/1991) expresaba que a raíz de la extraordinaria diversidad del contenido de los sueños y de la impresión que dejaban, volvió muy difícil que se formara una concepción unitaria acerca de ellos.

El problema está en la diferencia que tienen los sueños entre sí; podían existir sueños carentes de sentido y de difícil comprensión, o, por el contrario, esperaban conseguir esclarecimientos importantes basándose en eso. Freud (1900/1991) decía que, para esos sueños carentes de sentido, que no presentaban algo importante a simple vista, tenían el gran desafío de reemplazar el contenido incomprensible que manifestaba el sueño, por otro más transparente y de pleno significado.

Desde este mismo aspecto, pero desde la mirada del filósofo Aristóteles, se dice que “los sueños pasaron a ser una actividad del alma y no de los dioses” (Convertini, 2006, p. 1) En los escritos de este, donde trabajaban sobre el sueño, se plantea que no eran de índole divina, sino demoniaca. Además, Aristóteles creía que los sueños podían revelar los primeros indicios de una alteración corporal incipiente en lo que respecta la medicina (Freud, 1900/1991), y por ende, dar plantea del estado de salud de la persona y detectar posibles enfermedades que podía llegar a tener.

Y finalmente, desde Artemidoro hasta la actualidad, los sueños empezaron a ser interpretados y a transformarse en un lenguaje hablado a descifrar (Convertini, 2006). Tanto es así, que los sueños en el proceso psicoanalítico cumplen en la actualidad un rol fundamental.

En resumen, los autores previamente mencionados subrayan la persistente discusión en torno a los sueños a lo largo de la historia. Diversas perspectivas y enfoques se han movilizado con el fin de profundizar en la comprensión de este fenómeno enigmático. De hecho, incluso en la época actual, continúan surgiendo autores que cuestionan este tema.

## **1.2 El sueño en los niños: aspectos biológicos del sueño**

Se considera de vital importancia en este momento del documento desarrollar los aspectos biológicos del sueño en la infancia como un objeto de indagación científica y teórica, para comprender la temática desde una mirada más profunda y entender cómo se desarrolla el sueño desde esta perspectiva. El estudio del fenómeno del sueño ha experimentado una evolución que lo ha transformado en un campo de investigación abordado por diversas disciplinas y teorías, siendo comúnmente referido como la ciencia del sueño contemporánea.

El sueño es un estado completamente activo que da lugar a modificaciones en las funciones corporales y se tiene una “menor respuesta e interacción con el medio” (Convertini, 2006, p. 2). Existe una actividad cerebral vigorosa que involucra una función cortical superior, y al mismo tiempo, se producen cambios de diferente índole:

metabólicas, hormonales y bioquímicas, que son imprescindibles para tener un correcto funcionamiento del cuerpo durante el día. (Convertini, 2006)

Al respecto, Ziziemsky (1967) expresa que los patrones característicos que se cumplen al dormir, se van modificando consecutivamente a medida que la edad avanza. Los mismos están relacionados con el desarrollo típico que se produce en el sistema nervioso, pero los factores ambientales, como el aprendizaje, que también contribuyen significativamente.

Para comenzar a desarrollar, es importante hablar de las fases que componen los ciclos del sueño. Estas son la fase NREM (sin movimiento ocular rápido) y la REM (movimiento ocular rápido, "rapid eye movement"). Barredo y Miranda (2014) señalan que el sueño en los niños es una actividad en constante cambio, hasta el momento en el cual se establecen estas dos fases del sueño bien diferenciadas del adulto.

Convertini (2006) indica que la fase NREM es controlada por el tálamo, el hipotálamo y el prosencéfalo basal, el mismo es el responsable de la reparación física que acontece en el organismo. Tiene diversas funciones principales, tales como conservar la energía del cuerpo, regeneración y restauración orgánica, se encarga de aumentar la prolactina, del ácido nucleico y de la síntesis proteica, que es la encargada de formar las proteínas a partir de los aminoácidos, además es el responsable de la síntesis de la hormona del crecimiento y del estímulo del sistema inmunitario. Se caracteriza por tener movimientos oculares ausentes, un tono muscular normal, quietud, calma, un despertar relativamente sencillo y su ritmo cardiaco y respiratorio es lento y regular. Se pueden presentar algunos fenómenos como bruxismo, trastornos

nocturnos, somniloquias, sonambulismo y enuresis. Alteraciones del sueño que se detallaran de una forma más específica en el capítulo cuatro de esta monografía.

Asimismo, el sueño NREM se divide en pequeñas fases. Según López (2015), la fase 1 es considerada como la fase de sueño de onda lenta y del adormecimiento, esta refleja un paso notorio de la vigilia a un sueño más profundo. Es considerado el más ligero, por ende si la persona se despierta en el transcurso de la misma puede no darse cuenta de que ha estado dormida.

Con relación a los estímulos externos que pueden ocasionar el despertar en la fase uno, Ziziemsky (1967) expresa que el umbral en los niños para detectar estos estímulos externos es más bajo, y por esa razón puede ser despertado más fácilmente que en la fase 2, que es la fase que le sigue. Esta sería la fase de un sueño intermedio, “al interrumpir la fase 2 por estímulos externos, el niño queda prolongadamente irritable” (Ziziemsky, 1967, p. 2). A medida que el sueño logra hacerse más profundo, es cuando aparecen las últimas fases restantes, que son la 3 y 4 de ondas lentas.

Por último, la otra fase que compone los ciclos del sueño, denominada REM, aparece aproximadamente a unos 90 minutos tras el inicio del sueño y tras haberse alcanzado la máxima profundidad en la fase anterior. Así como también mutamos de fase, también se modifica la actividad cerebral cambiando súbitamente, ya que desaparecen las ondas lentas y aparece una señal muy similar a la que se tiene en el estado de vigilia (López, 2015).

En relación a este estado, se afirma que es comandado por el tallo cerebral y sus funciones principales consisten en la restauración y la maduración cerebral, regenerar procesos mentales tales como la fijación de la atención y habilidades

cognitivas finas, reprogramar la información recibida en la vigilia, proporcionarle al cerebro un estímulo endógeno para que mantenga la actividad cerebral necesaria durante el sueño, se consolidan las huellas mnémicas en el almacenamiento de memoria a largo plazo y una limpieza del cerebro denominado des-aprendizaje para que se mantenga cierta actividad durante el sueño.

Además, se caracteriza por tener movimientos oculares rápidos, movimientos corporales, algunos quejidos y vocalizaciones acompañadas de un despertar fácil. En lo que respecta al ritmo cardiaco y respiratorio es rápido e irregular y podría presentar algunos fenómenos como sueños y pesadillas, presentándose 3 o 4 veces durante la noche (Convertini, 2006).

Adentrándonos en el sueño de los niños recién nacidos, el mismo está fragmentado en periodos parcialmente breves que se distribuyen de forma irregular en las 24 horas del día. En las primeras dos semanas de vida, la cantidad total promedio es aproximada a 17 horas de sueño y solamente unas 7 horas en estado de vigilia. (Ziziensky, 1967)

Igualmente, “a medida que pasa el tiempo el niño puede mantener periodos más largos del sueño y vigilia que se distribuyen más ordenadamente”. (Ziziensky, 1967, p. 2) El autor menciona que, si bien estos cambios son notoriamente más rápidos en los primeros meses de vida, con el pasar del tiempo se tornan mucho más lentos.

En relación con las fases del sueño, Convertini (2006) menciona que, en el recién nacido, el sueño comienza específicamente en esta etapa REM. Su ritmo circadiano no está del todo establecido y el sueño es coordinado normalmente por la

alimentación del niño. A los dos meses de vida, ese despertar nocturno va desapareciendo, permitiendo así una consolidación más estable del sueño.

En este sentido, el niño suele responder mucho más al medioambiente y sus condiciones lumínicas, como el ciclo de luz-oscuridad. A los tres meses, el 71% de los niños ya pueden dormir toda la noche, a los seis meses, el sueño comienza en la fase NREM a semejanza del adulto, y a los nueve meses, el 90% de los niños duermen toda la noche.

Siguiendo con los aportes de Ziziemsky (1967), el autor plantea que al año de haber nacido, el niño disminuye la cantidad de siestas (periodos de sueños extra a los de la noche) de 3 a 2 y el tiempo de las mismas se reduce unas 4 horas aproximadamente, de 7 a 3 en las 24 horas del día. A su vez, el periodo más largo de sueño que tiene de forma ininterrumpida puede ser de 12 horas. “El tiempo total del sueño sigue disminuyendo desde la segunda infancia hasta la adolescencia pero mucho menos rápidamente” (p. 3)

Para finalizar este apartado, es importante colocar lo que López (2015) menciona respecto a que el paso de una fase a otra (NREM a REM) es tan deslumbrante que podría arribar a pensar que la persona se ha despertado, si este hecho acontece en la fase REM, es altamente probable que el individuo recuerde al despertar lo que está soñando.

Esto se debe a que la mayor parte de la ensoñación se produce justamente en esta fase. Ambas fases suceden en una noche de sueño, alrededor de unas 4-5 veces de una forma cíclica. Un ciclo de sueño comienza en la fase NREM y finaliza en el momento justo que acaba la fase de sueño REM, esto ocurre cada 90-120 minutos, y

tras cumplir un ciclo que se compone de estas dos fases, puede producirse un despertar espontáneo en el individuo.

Aunque es esencial abordar los aspectos biológicos previamente mencionados, resulta crucial destacar las divergencias existentes entre el modelo biomédico y el psicodinámico, ya que constituye el enfoque central de este documento.

Desde la perspectiva psicológica, se postula que diversas enfermedades, como los trastornos del sueño, tienen su origen en vivencias traumáticas previas, procesos psicológicos inconscientes reprimidos, conflictos internos, entre otros. En contraste, el modelo biomédico atribuye la responsabilidad de diversas enfermedades a factores como la genética, la fisiología, la anatomía, y otros.

Desde el punto de vista del abordaje terapéutico, el modelo biomédico hace uso de fármacos para tratar diversos síntomas, como, por ejemplo: medicamentos que ayuden a mejorar la calidad del sueño. En cambio, el modelo psicodinámico, se centra en el uso de terapias psicológicas, por ejemplo, la psicoanalítica. La idea es que a medida que el individuo se sumerge en su mundo interno y comprende mejor sus procesos inconscientes, se allana el camino para la resolución de los síntomas, incluidos los trastornos del sueño.

Para finalizar, también resulta imprescindible mencionar las convergencias existentes entre los dos modelos. Ambos enfoques si bien tienen muchas discrepancias, en muchos otros aspectos se relacionan, ya que son conscientes de la importancia de considerar al individuo en su totalidad, teniendo en cuenta los aspectos psicológicos, biológicos y sociales para realizar un estudio mas certero. Ambos son

conscientes que los factores ambientales, pueden influir en la salud de la persona, afectando así, el sueño y el buen dormir.

## **2. El sueño desde una perspectiva psicoanalítica**

Existen diversos enfoques teóricos y científicos que estudian e investigan los sueños, destacándose como un objeto de estudio de considerable interés. Este fenómeno, que en el pasado fue considerado desestimable y desechable, ha adquirido relevancia en el ámbito de la investigación. Entre las numerosas perspectivas que abordan este tema se encuentran la biomédica, psiquiátrica, filosófica, neurológica, psicodinámica, entre otras.

Partiremos de los aportes de Pelegri (2010) quien expresa que los sueños dejaron de ser “un mensaje de los dioses para convertirse en una manifestación del inconsciente”. (p. 156) Son considerados como un producto psíquico de pleno sentido, y se le puede otorgar un lugar específico en la actividad anímica durante la vigilia (Arias y Unzueta, 2005).

Por otra parte, Freud (1900/1991) era fiel creyente que en los propios sueños, se manifestaban deseos reprimidos (en su mayoría de naturaleza agresiva o sexual), e impulsos inconscientes que no podían ser visibles en la vida consciente. Es decir, que estos deseos reprimidos estaban en la categoría del inconsciente y se manifestaban solamente durante el sueño. Los sueños para él no solo fueron una vía regia al

inconsciente, sino también el impulso necesario para escribir y crear una teoría sobre ellos.

A través de estos, los deseos se manifiestan simbólicamente y se les da una salida de una forma disfrazada. Asimismo, el sueño hace acto de presencia como algo provisto de sentido, por esto, hay que destinarle un puesto específico dentro del ajetreo anímico de la vigilia. Freud explica que “todo lo que el sueño ofrece, toma el material para ello de la realidad y de la vida mental que se despliega en esa realidad”.

(1900/1991, p. 37)

Darles a estos fenómenos quizás no tan relevantes, un estatuto que revelaba algo más que una imagen que aporta un sentido, un deseo, era una afirmación demasiado osada. En consecuencia a esto, su obra anteriormente citada es uno de los descubrimientos más importantes.

Acompañado a lo anterior, Lacan (1958) enfatiza que el deseo constituye la base del fenómeno onírico y que estos sueños se presentan como comunicados encriptados del inconsciente. Sin embargo, señala la complejidad de identificar el deseo subyacente cuando cumple el rol de motor del sueño. Los símbolos presentes en los sueños resisten una reducción a significados estáticos y unívocos, dado que su interpretación está ligada al contexto y a las características individuales de cada sujeto.

Es relevante en este aspecto tomar los aportes de otro autor, como es el caso de Winnicott (1896/1971) que complementa y expresa manifestando que el sueño permite revelar detalles que previamente estaban confinados en la inmovilidad de la fantasía, y que ahora quedan liberados para ser experimentados y vividos.

El sueño continúa de cierta forma la vida de vigilia a raíz de representaciones que la conciencia tuvo en otro momento, pero si se hace una percepción un poco más exacta, se podría encontrar en la mayoría de las situaciones una conexión por él cual el mismo sueño que se tiene, logra relacionarse con las vivencias del día anterior, estas pueden ser imágenes que podrían considerarse y relacionarse con los restos diurnos.

De cierto modo, el contenido de los sueños siempre está condicionado por la personalidad de cada individuo, la edad del mismo, su cultura, sexo y la modalidad de vida habitual, junto con las experiencias vividas previas de la persona.

Retomando con los aportes de Freud (1900/1991) expresa que, con mayor frecuencia, se suele soñar con nuestras pasiones más ardientes. Por ende, esto puede significar que nuestras pasiones y deseos son la fuerza y el motor en la construcción onírica de los sueños, por eso se considera a los mismos, como cumplimiento de deseos. El Freud de esa época “No llega [...] a abandonar la idea de que todo sueño (aun de angustia) cumple o satisface deseos” (Medici, 2022, p. 131). Un ejemplo de esto es el sueño de angustia que relata Freud del pequeño Hans.

Hans se despierta a la mañana llorando; la mamá le pregunta por qué llora y él dice: “Cuando dormía he pensado que tú estabas lejos y yo no tengo ninguna mami para hacer cumplidos”. (como se cita en Pelegri, 2010, p. 158)

En lo que respecta a la teoría del deseo, con este sueño se afianza, ya que la angustia aparece porque el sujeto desea, ocasionando una fobia referida a la separación de la madre. (Pelegri, 2010)

Pero posteriormente, se comenzó a pensar que existen otros sueños, no solo sueños que expresan cumplimientos de deseos reprimidos en el inconsciente. Pelegri

(2010), dice que “hay sueños que son cumplimientos de deseos y otros que tienen que ver con temores, recuerdos, reflexiones”. (p. 159)

Freud (1900/1991) plantea que existen sueños de pleno sentido y sumamente coherentes, pero que producen un extraño efecto en la persona que vivencia esa experiencia onírica, por ejemplo cuando soñamos con un familiar fallecido. Estos sueños provocan un sentimiento de angustia, y esta angustia cumple el rol de sustituto de la desfiguración onírica.

Por otro lado, existen sueños donde el cumplimiento de deseo se encuentra disfrazado. Se encuentra presente una defensa contra ese deseo, y es por eso, que el mismo no pudo manifestarse de otra forma que no sea mediante la desfiguración.

Más adelante, el autor expone su texto “*Más allá del principio de placer*” (1920/1992), donde despliega los sueños traumáticos que le ocasionan un nuevo giro a su teoría sobre los sueños. Esta nueva creación cumple el rol de bisagra en uno de los temas más discutidos sobre la teoría Freudiana que define a los sueños como cumplimiento de deseos.

Estos sueños traumáticos son el caso atípico de la regla, y tienen como objetivo convocar nuevamente lo reprimido y olvidado en el inconsciente, intentando recuperar el control sobre el estímulo a través de un proceso de angustia que no se experimentó y que resultó en una neurosis traumática.

Desde otra perspectiva, pero ligado a lo dicho anteriormente, Ferenczi (1931), aborda la cuestión de los sueños traumáticos, sosteniendo que los restos diurnos, que amplía su concepto al referirse a los restos vitales, podrían ser interpretados como síntomas de la repetición de traumas.

El autor proporciona una definición de la función del sueño que va más allá de la simple realización de deseos. Explica que cada sueño, incluso aquellos que pueden ser desagradables, representa un esfuerzo por lograr un mayor control y una resolución de experiencias traumáticas. Esto se facilita en la mayoría de los sueños debido a la reducción de la instancia crítica y el predominio del principio de placer.

Sin embargo, Freud (1933/1991) expresa que una excepción a esta regla no es motivo para invalidarla. Sostiene firmemente que el sueño es la realización de un deseo, aunque aclara que, para abordar las últimas objeciones, se podría afirmar de todas formas que el sueño es el esfuerzo por cumplir un deseo.

## **2.1 Sueño manifiesto y latente**

En la experiencia onírica existen dos aspectos distintos llamados el sueño manifiesto y el sueño latente. Freud (1900/1991) plantea en su apartado “El trabajo del sueño” que el sueño manifiesto es “tal como lo presenta el recuerdo”. (p. 285) El sueño como lo recuerda y plantea la persona. Pelegri (2010) expresa que durante el relato del mismo, existen varios pensamientos cifrados que deben ser reflexionados y descifrados para su entendimiento.

Y el sueño latente, surge “entre el contenido onírico y los resultados de nuestro estudio” (Freud, 1900, p. 285). Lo latente, en consecuencia por las deformaciones de la censura, se convierte en manifiesto, realizar esta tarea, es lo que se trabaja en el proceso de análisis para llegar a los aspectos inconscientes que se encuentran en el mismo. “De este contenido latente y no del manifiesto es del que desarrollamos la solución del sueño” (Freud, 1900, p. 4).

Cuando se analiza un sueño, se trabaja sobre asociaciones libres, es decir, solicitando al paciente lo primero que se le venga a la cabeza, sin importar que tan absurdo sea. La asociación libre es entendida como un “Método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado [...] de forma espontánea”. (Laplanche y Pontalis, 1979, p. 37)

Comenzando con el contenido meramente manifiesto de la experiencia onírica, donde el analista va analizando poco a poco para llegar a lo reprimido, elemento que fue modificado por la censura. Freud (1900/1991) explica que la censura es la causante de que emerja un recuerdo o deseo reprimido que estaba ubicado en el inconsciente de una forma “disfrazada”. Freud (1920/1992) a su vez enfatiza que no es posible interpretar un sueño si no se tienen las asociaciones personales del soñador disponibles.

Estas conexiones traen consigo una amplia gama de elementos, como recuerdos recientes del día anterior o incluso del día del sueño, así como recuerdos de un pasado lejano. También incluyen reflexiones, conversaciones, confesiones y preguntas. Algunas de estas asociaciones surgen fácilmente en el paciente, mientras que otras pueden ser más difíciles de expresar. (Freud, 1920/1992)

Por último, el autor se refiere al proceso de transformar el contenido latente en contenido manifiesto como el “trabajo del sueño”. Por otro lado, describe el proceso opuesto, que implica llevar el contenido del sueño a su estado original, como el trabajo de análisis. (Freud, 1900/1991)

## 2.2 Trabajo del sueño ¿cómo se forma?

Freud (1900/1991) presenta cuatro componentes que conforman el trabajo del sueño: condensación, desplazamiento, miramiento por la figurabilidad y elaboración secundaria. Menciona que estos cuatro mecanismos del sueño hacen referencia a los procesos mecánicos y psicológicos que ocurren en el inconsciente durante la formación de los sueños. Estos son el resultado de deseos y pensamientos que se plantea a nivel inconsciente, y que se expresan como sueños manifiestos.

Comenzando con los mecanismos del sueño, se tiene, en primer lugar, a la condensación. La misma se podría explicar cómo el proceso mediante el cual varios elementos de los pensamientos oníricos latentes se unen en un solo elemento del sueño manifiesto. “La desproporción entre contenido y pensamientos oníricos lleva a inferir que en la formación del sueño se efectuó una amplia condensación del material psíquico” (Freud, 1900/1991, p. 287).

Por lo tanto, en los sueños los pensamientos y deseos más inconscientes se representan de una forma simbólica y condensada, logrando que varias representaciones le cedan toda su energía a una representación sola. Estos pensamientos, recuerdos, imágenes y emociones se fusionan en una sola imagen del sueño, creando así una representación simbólica más compleja. Igualmente, esta complejidad de la condensación, puede lograr que un sueño sea más enigmático o difícil de descifrar. (Freud, 1900/1991)

Como segundo elemento en el trabajo del sueño, se plantea al desplazamiento onírico o transferencia del acento. Freud (1900/1991) manifiesta que en los sueños, los

deseos inconscientes que se plantea son censurados para evitar un conflicto interno. Estos se desplazan hacia un elemento menos amenazante que se ve reflejado en el contenido manifiesto del sueño. Consiste en que la intensidad de una representación se traslada a otra que originariamente tendría menor importancia.

Ambas representaciones deben estar asociadas, es una forma de burlar la censura. Este proceso tiene un grado de participación variable en los sueños, pero se acepta que cuanto más oscuro y confuso sea, es más probable que el desplazamiento tenga un efecto significativo

Como tercer elemento, además de condensar y desplazarse en cadenas asociativas, está el miramiento por la figurabilidad. El mismo consiste en convertir el contenido latente en imágenes meramente visuales totalmente fragmentadas. Sierra (2009), manifiesta que las mismas dejan de presentar relaciones lógicas entre sí. Freud las define como metáforas visuales, que serían estos deseos inconscientes representados simbólicamente en el sueño.

Todo contenido que aparece durante el sueño, contiene un significado, “al que puede asignarse un lugar perfectamente determinado en la actividad anímica de la vida despierta” (Arias y Unzueta, 2005, p. 3). Ahí es donde entra el papel del analista en tratar de adjudicarle un sentido al mismo. Arias y Unzueta (2005), expresan que “el sueño es el resultado de nuestra propia actividad anímica, representado por imágenes visuales surgidas por representaciones involuntarias y [...] auditivas proyectadas en su espacio exterior”. (p. 2)

Los pensamientos oníricos más inmediatos que uno llega a desplegar por medio del análisis resultan con frecuencia llamativos por su insólita

vestidura, [...] están figurados más bien de una manera simbólica, mediante símiles y metáforas [...] El contenido manifiesto del sueño consiste las más de las veces en situaciones visuales; los pensamientos oníricos, por eso, tienen que soportar primero todo un acomodamiento que los haga aptos para ese modo de figuración. (Freud, 1900/1991, p. 641)

Y como último elemento, se presenta la elaboración secundaria o miramiento por la comprensibilidad que la hemos definido como el cuarto elemento formativo en relación con el contenido del sueño. Este cuarto factor busca configurar, con el material que se le ofrece, algo semejante a un sueño diurno (Freud, 1900/1991). Freud denomina sueño diurno (también conocidos como fantasma o fantasma diurno), a la escenificación imaginaria en estado de vigilia, estos también constituyen, como los sueños nocturnos, cumplimientos de deseo. Constituyen una parte esencial del material del sueño destinada a presentarlo con forma de guion de una manera más comprensible y con mayor coherencia, produciendo la última versión de este (Laplanche y Pontalis, 1979).

Freud (1900/1991) agrega que si nos apegamos a la definición conceptual que afirma que el trabajo del sueño se refiere al proceso de llevar los pensamientos del sueño al contenido del sueño en sí, es importante resaltar que este proceso no es creativo, no genera fantasías propias, y en general, su función principal es condensar, desplazar y remodelar el material en una forma que sea sensorialmente comprensible. Es verdad que en el contenido del sueño a menudo se encuentran elementos que podrían parecer el producto de un proceso mental más avanzado. Sin embargo, el análisis demuestra que estas operaciones mentales ya se habían llevado a cabo en los

pensamientos del sueño y que el contenido del sueño simplemente las recoge. Por lo tanto, el sueño no es más que una repetición de un razonamiento que ya estaba presente en los pensamientos del sueño

### **2.3 Proceso primario y secundario**

Es importante mencionar uno de los conceptos claves que Freud (1900/1991) sugiere, es la teoría de que la psique ejecuta de manera diferente en relación con cada uno de estos conceptos. Y estos son el proceso primario y el proceso secundario. Estos dos son los modos de funcionamiento del aparato psíquico y pueden ser radicalmente distinguidos:

El proceso primario rige en el inconsciente y opera con una energía psíquica libre y móvil. Es la forma en que los eventos psicológicos ocurren en el inconsciente (1900/1992). Laplanche y Pontalis (1979) lo definen desde el punto de vista tópico, que este se caracteriza el sistema inconsciente. Y desde el punto de vista económico-dinámico, la energía psíquica circula sin restricciones, moviéndose fluidamente de una representación a otra mediante los procesos de desplazamiento y condensación. Su tendencia es saturar completamente las representaciones asociadas con las experiencias satisfactorias que forman parte del deseo.

En contraste a esto, se plantea el proceso secundario, que controla la vida consciente normal durante la vigilia. Es más racional y opera con una energía psíquica ligada o en un estado de reposo (Freud, 1900/1992). Laplanche y Pontalis (1979) lo definen, desde el punto de vista tópico, como el sistema preconscious-consciente. Y

desde el punto de vista económico-dinámico, en un primer momento, la energía se encuentra vinculada antes de fluir de manera regulada; las representaciones adquieren una carga más duradera, y la satisfacción se aplaza, lo que permite la aparición de experiencias mentales que exploran diversas vías de satisfacción potenciales.

Dondo (2003) también menciona en su obra “Sueños en la infancia” estos procesos mentales. Describe que estas imágenes presentes en el sueño, creadas por el proceso primario acompañado de los mecanismos de condensación y desplazamiento, son transferidas al estado de vigilia a través de la elaboración secundaria. Esta última etapa se ajusta al proceso secundario, que gobierna los procesos del lenguaje y el pensamiento.

La oposición entre proceso primario y proceso secundario es correlativa de la existencia entre principio de placer y principio de realidad. (Laplanche y Pontalis, 1979, p. 314)

El examen y el análisis de los sueños llevan a Freud (1900/1991) a identificar este funcionamiento mental. El proceso primario opera desde el comienzo de la vida del individuo en su psiquismo, mientras que el proceso secundario se desarrolla más tarde, llegando a restringir, superponerse y finalmente controlar al proceso primario en plena madurez del individuo.

Los deseos que se forman en el individuo pueden entrar en conflicto en ocasiones con las expectativas del proceso secundario y, como resultado, son reprimidos. Por eso, la realización de estos deseos ya no generaría una sensación placentera, sino más bien de displacer, y este cambio es precisamente lo que llamamos y conocemos como represión. (Freud 1900/1991)

Unos breves comentarios ciertamente no son suficientes para abarcar la abundancia de las obras y teorías de Freud a lo largo de los años. El propósito aquí ha sido presentar de manera concisa su trabajo y la significativa contribución que ha aportado tanto al campo del psicoanálisis como al entendimiento del sueño en general.

## **2.4 El sueño en la infancia**

Antes de adentrarse en el concepto sueño como un objeto de indagación teórica y científica a como tal, considero de vital importancia destacar aspectos relevantes del dormir en la infancia, desde una perspectiva más psicoeducativa y pediátrica. Por eso, Barredo y Miranda (2014), mencionan que lograr un favorable dormir en la infancia, es uno de los pilares fundamentales tanto en el niño como en el entorno familiar, ya que, si se logra un buen concilio del dormir en el niño, prospera la estabilidad emocional en sus padres y aporta varios beneficios en el desarrollo del niño. Los autores expresan que es importante “por su impacto en el desarrollo del niño y en la calidad de vida de sus familiares”. (p. 175)

Además, relatan que un mal dormir en el infante, puede afectar su desarrollo y cotidianeidad. Influyendo en su comportamiento y estado de ánimo. Asimismo, puede afectar sus funciones cognitivas, logrando así una disminución notoria en la memoria y en su atención selectiva. A raíz de esto, también puede verse afectado su rendimiento académico. (Barredo y Miranda, 2014) Tan importante es conciliar un buen descanso, “que es una de las manifestaciones que puede reflejar perturbaciones en el desarrollo infantil”. (Convertini, et al., 2003, p. 99)

Existe una relación entre las actividades diurnas y las dificultades que pueden llegar a existir para concebir un buen dormir (Convertini, et al., 2003), y que se detallan a continuación:

- Conflictos familiares tales como: discusiones, separaciones, fallecimiento de algún allegado, mudanzas, etc.
- Maltrato infantil como cualquier acción, omisión o maltrato que ponga en riesgo su salud física o cause daño en el bienestar del infante. Además de abuso físico, también existe el emocional, psicológico, negligencia, abuso sexual, abandono. El maltrato infantil no solo puede ocasionar consecuencias de gravedad en la salud física, emocional y en el desarrollo cognitivo, sino también en el buen dormir.
- Trastornos del aprendizaje como una condición neurológica que afecta la forma en la que un niño puede adquirir, procesar y poner en práctica diversas habilidades académicas, por ejemplo.

Por otro lado, desde una perspectiva más psicológica, se puede mencionar a los sueños, expresando que los sueños en la infancia no presentan complejidades mayores. Según Matilde Pelegri (2010), los “sueños de niños no carecen de sentido, son actos anímicos de pleno derecho, comprensibles”. (p. 159) Siempre existe una evidencia del día anterior que explica el sueño, los restos diurnos que se ven reflejados. A la hora de analizarlos están desprovistos de desfiguración, por esa razón no necesitan de ningún trabajo interpretativo complejo.

En los niños, “un deseo no tramitado durante el día puede ser el excitador del sueño”. (Freud, 1985, como se cita en Pelegri, 2010, p. 156) Se creía que los sueños que tenían los niños eran “puros cumplimientos de deseo: son simples, breves, no tienen deformaciones”. (Medici, 2022, p. 128) Del mismo modo, Freud considero inicialmente a los sueños infantiles más simples que el de los adultos, ya que se ocultaban en ellos de una manera más torpe e inocente, el deseo frustrado. (Waserman, 2002)

Acompañado a esto, Medici (2022) expresa que el aparato psíquico de los niños no es complejo, por ende, tampoco lo serían sus configuraciones oníricas. En contraposición a esto, los sueños en el adulto son más complejos, así como también su aparato psíquico. Ese deseo que quedo pendiente por cumplir durante el día no basta para crear un sueño. (Freud, 2005, como se cita en Pelegri, 2010)

Desde el punto de vista emocional, el sueño tiene valor como defensa del mundo exterior, descarga y liberación de tensiones. Es una forma de integrar las huellas mnémicas dejadas por la actividad diurna. (Convertini, et al., 2003) Las huellas mnémicas son las percepciones que se plantea del mundo que quedan trabajando y en actividad, alteraciones como movimientos que quedan en el psiquismo.

En este sentido, vale decir que el sustantivo huella representa una marca que dejo algo que paso, demuestra la ausencia de ese algo. Según Laplanche y Pontalis (1979) es “la forma en la que se inscriben los acontecimientos en la memoria. Las huellas mnémicas se depositan, según Freud, en diferentes síntomas”. (p. 184) Se puede decir que tanto Pelegri como Convertini, comparten la idea de que el sueño se conforma por vivencias ocurridas anteriormente, que cumplen el rol de huellas.

Por otro lado, Medici (2022), plantea la posibilidad de problematizar el concepto “buenas noches, que sueñes con los angelitos”. (p. 128) ¿Dónde ubicamos los sueños malos, feos, los que conllevan un sentimiento de angustia, los traumáticos, las pesadillas? Estos sueños también acontecen en el psiquismo infantil y muchas veces son silenciados y reprimidos.

Se suele pensar que los niños siempre tienen sueños, o al menos deberían tenerlos, que se relacionan con cosas hermosas, simples y felices, como la idea de ángeles. En este contexto, algunas personas, arraigadas en la idea preconcebida de que estos sueños reflejan la pureza de los pensamientos y emociones en la psicología infantil, creen que los sueños de los niños están impregnados de su inocencia angelical.

El psicoanálisis brinda de alguna forma la posibilidad de saber y entender que los sueños que tienen los niños, no tienen por qué ser siempre lindos. “Detrás de esos angelitos, esconden muchos diablitos” (Medici, 2022, p. 128).

A grandes rasgos y para concluir este apartado, los sueños en los niños son restos de experiencias y vivencias que quedaron del día, que han dejado un lamento, un deseo incumplido o una añoranza. Es por eso que el sueño refleja y brinda directamente el cumplimiento no disfrazado, de ese deseo incumplido, además, estos sueños pueden pertenecer a la categoría de sueños lindos, como también existe la posibilidad de vivenciar una pesadilla, por ejemplo. Y, en muchas ocasiones, que los sueños pueden presentarse con un carácter de exceso, tal y como expresa Freud en el sueño de su hija Anna Freud con ese deseo de comer cerezas que se vio reflejado en el sueño mediante un festín. (Pelegri, 2010)

### 3. El sueño en la clínica psicoanalítica con niños

En la clínica psicoanalítica infantil, es común recibir motivos de consulta relacionados con los sueños y el dormir en los niños. Algunos de estos podrían ser: imposibilidad para conciliar el sueño, pesadillas o terrores nocturnos, llantos desconcertantes por no querer dormir solos en su habitación, miedo a la oscuridad, entre otros.

Estos miedos suelen ser parte del desarrollo y el crecimiento infantil y en la mayor parte de los casos, suelen ser transitorios y finalizan en un lapso de tiempo. Si estos miedos persisten o interfieren de una forma significativa en la calidad de vida del niño o de su familia, se deberá consultar con un profesional capacitado para obtener el asesoramiento indicado y encontrar la raíz o solución del problema.

Se considera relevante en este sentido, entender la diferencia que existe entre el dormir, como estado fisiológico, y el sueño, como una actividad mental que se representa a través de imágenes visuales (que pueden llegar a ser más complejas o menos complejas), que ocurren durante la actividad onírica, es decir, durante el sueño. (Arias y Unzueta, 2005)

En este capítulo y el siguiente nos enfocaremos específicamente en cómo se abordan las problemáticas relacionadas a la cuestión del sueño en la clínica psicoanalítica, y las diferencias que existen a la hora de definir algunos conceptos desde la psiquiatría y desde el psicoanálisis, en tanto si bien en muy pocas concepciones y abordajes coinciden, en la mayoría se oponen.

Sobre este aspecto, Pelegri (2010) explica que la clínica con niños radica en acompañarlos en un recorrido de la construcción de su neurosis infantil y que los sueños que ellos tienen, no carecen de sentido, son actos puramente comprensibles y anímicos de pleno derecho. En la mayor parte de los casos, existe una evidencia que ocurre el día anterior que devela el sueño, “para la comprensión de estos sueños no se requiere de ningún análisis, de ninguna explicación de una técnica” (Pelegri, 2010, p. 159).

Estos sueños, al estar desprovistos de desfiguración, no necesitan de ningún trabajo interpretativo complejo, puesto que el sueño del niño es la reacción que tiene de una vivencia ocurrida en la vigilia que ha dejado en él un deseo incumplido.

Adentrándonos directamente en el trabajo de la clínica psicoanalítica, el primer acercamiento hacia un profesional, mayormente ocurre por parte de las familias cuando se encuentran en una situación de incertidumbre y poco entendimiento por las dificultades que tienen sus hijos para iniciar y/o mantener el sueño.

Los referentes adultos consultan en busca de información y respuestas para llegar a una solución en torno a esta problemática. (Antón, 2014) En un primer encuentro con la familia, se busca llegar a la anamnesis, que es el ingrediente vital en el diagnóstico de los trastornos del sueño y normalmente viene dada por los padres del niño. (Barredo y Miranda, 2014)

Por otro lado, al parecer de Antón (2014): “No hace falta más que hacer entrar al consultorio al niño con sus padres para que el primero calle, el niño espera de ellos y se constituye en su discurso”. (p. 1) Resulta interesante pensar y problematizar esta frase que plantea el autor. ¿Qué tan beneficioso es que los padres acompañen al niño

en la primera consulta? ¿Condiciona parcialmente o en su totalidad el discurso del infante por causa de la presencia y opinión de sus padres?

Sobre esta cuestión, Medici (2022) expone que cuando se trabaja en la clínica psicoanalítica directamente con niños, además de jugar, dibujar y hablar con ellos, el soñar juega un papel esencial en la tarea a llevarse a cabo. Es más, poder incluir a los sueños en la consulta, facilita y abastece el incremento de la narración en el infante dentro de lo que es el desarrollo. Y que se encuentren los padres presentes en la consulta, puede llegar a entorpecer esto.

Para los profesionales que trabajan en la clínica psicoanalítica con niños “los sueños conservan un lugar privilegiado para el acceso a sus conflictos inconscientes”. (Castillo López, 2021, p. 1) Esto muestra el selecto lugar que ocupan las manifestaciones oníricas como puerta de acceso al inconsciente. Aunque por el lado del infante, el autor también menciona que uno de los elementos distintivos a tener en cuenta, es el inconveniente para lograr diferenciar entre lo que sería el sueño, la fantasía y la realidad.

En relación con esto, Medici (2022) declara que una de las fantasías que tienen los pequeños soñantes, es que todo lo pueden controlar. Y los sueños, como tal, son estructuras que escapan por completo de su propio control y dominio. Por eso, muchas veces, resulta más difícil colocar sobre la mesa y entablar una conversación con ellos sobre sus propios sueños. Si el mismo es vivenciado por el infante como un entrometimiento en el inconsciente (como resultado de la represión), el niño tratará con desesperación y urgencia de no recordar (Medici, 2022).

Por eso sucede que, cuando logran exteriorizarlos y traerlos a colación, no es de extrañar que rechacen drásticamente cualquier tipo de interpretación. Antón (2014), dice que cuando un niño logra poner en palabras y decir por ejemplo “le tengo miedo a la noche porque me asusta soñar con monstruos” es avanzado, ya que muchas veces sucede lo contrario y persiste esa imposibilidad de conectar con eso que tanto les angustia o les genera miedo.

Cuando se trabaja en el análisis con las pesadillas, terminan asociándose a lo largo del tiempo con recuerdos infantiles donde tanto el padre como la madre han ejercido sobre el niño alguna función prohibitoria. El autor expresa que “conectaría al superyó con el trauma” (López, 2021, p. 1).

Los deseos del niño se reflejan en los personajes de sus sueños, y es por eso que, cuando se trata de pesadillas o terrores nocturnos, muchos niños no pueden encontrar consuelo al despertar. Por esa razón, cada vez que un niño entra a un consultorio, tanto las experiencias infantiles como las traumáticas se activan y participan como posiciones subjetivas. (Antón, 2014).

Para finalizar, cabe destacar que la detección precoz de los problemas de sueño o de dormir en la infancia, es una responsabilidad fundamental del equipo de atención médica, ya que permite intervenir de manera eficaz y oportuna, lo que a su vez beneficia tanto al niño como a su familia, contribuyendo a una mejora significativa en su calidad de vida. (Convertini, 2003)

### 3.1 Trastorno desde la psiquiatría vs desde el psicoanálisis.

Existe una diferencia clara entre estas dos disciplinas: la psiquiatría lo define como trastornos del sueño y el psicoanálisis como síntoma. Arias y Unzueta (2005) nos relatan y afirman justamente eso, en el psicoanálisis definen a las complicaciones o alteraciones relacionadas con los sueños como síntomas y no como un trastorno en sí. Por otro lado, la Psiquiatría Clásica Alemana (PCA), interpretan y relacionan diversos fenómenos psicopatológicos tales como: las apneas del sueño, el insomnio, el sonambulismo, la hipersomnia, narcolepsia, entre otros, definiéndolos como signos.

En el psicoanálisis, el sueño como tal, tiene como función principal ser el guardián del dormir. Es un proceso psicológico que culmina con la realización de un deseo (Arias y Unzueta, 2005). Cuando lo define como “guardián del dormir” se refiere a que los sueños tienen una función protectora o reguladora durante el proceso de dormir. Nos protegen de esa censura consciente que muchas veces en la vigilia reprime deseos y pensamientos.

Y es en el momento del dormir donde estos pueden emerger disfrazados de sueños. Este guardián se encarga de que el material psíquico reprimido sea manifestado de forma “más segura”. Sin embargo, Arias y Unzueta (2005) nos expresan que “al acercarse demasiado a lo reprimido hace que el sujeto despierte”. (p. 13)

El psicoanálisis le atribuye a estas muestras sintomáticas que están correlacionadas con el sueño (como lo son las pesadillas, por ejemplo), distintas causas. Y en estos casos el sueño no logra con su cometido de salvaguardar el dormir. (Arias y Unzueta, 2005)

Por el contrario, los autores declaran que la Escuela Alemana de Psiquiatría, a la función del sueño como tal, le asigna una base puramente fisiológica y no psicológica, otro modelo existente sobre el sueño. Ya que está sujeta a reacciones neuroquímicas que son las que involucran la activación del estado del sueño o de vigilia.

Esta corriente aborda el sueño desde la ciencia/medicina y no desde lo denominado interpretación. Se basan en los signos que puedan dar planta de un posible trastorno a nivel fisiológico. “Al producirse un desequilibrio a nivel neuroquímico o una lesión fisiológica podrá aparecer un trastorno del sueño”. (Arias y Unzueta, 2005, p. 13)

Relacionado con cómo trabajar esto desde el psicoanálisis, Arias y Unzueta (2005) declaran que cuando estas manifestaciones sintomáticas se transforman en un síntoma de posible análisis, no buscan la disolución del mismo. Al contrario, si no que desde ese entonces, es que empieza el trabajo analítico para buscar y encontrar la raíz del problema.

¿Y cómo trabaja el psicoanálisis? Desde lo simbólico por medio de la asociación libre, definida por Laplanche y Pontalis (1979) como un método que busca expresar sin ningún tipo de filtro todos los pensamientos que se te vienen a la mente. Justamente es esta exploración de las experiencias del sujeto en el propio sueño, que pueden llevarlo a conectar con lo reprimido y generarle un malestar al individuo. (Arias y Unzueta, 2005)

En contraposición a esto, desde la psiquiatría, los trastornos del sueño deben ser diagnosticados y determinados por un profesional tratante y se emprende al objetivo de encontrar la causa que lo provoca. Estas alteraciones del sueño pueden

manifestarse por secuela de otras enfermedades médicas, como él: consumo de sustancias, abstinencia de las mismas, problemas psicológicos como ansiedad y depresión o por alteraciones del ritmo circadiano.

Estos trastornos del sueño se pueden dividir en cuatro grupos: “disomnias, parasomnias, alteraciones del sueño de origen médico-psiquiátrico”. (Arias y Unzueta, 2005, p. 11) De manera contraria al psicoanálisis, en esta corriente se recurre al uso de fármacos (sólo cuando es realmente necesario y requerido) para poder contrarrestar estos trastornos del sueño. Eso genera que se “desvincula al sujeto de la responsabilidad que posee ante su síntoma”. (Arias y Unzueta, 2005, p. 14) Heterogeneizando al individuo de su propio padecer, como si estuviese por fuera de lo que acontece respecto a sus trastornos del sueño.

Para finalizar, cabe destacar que en la década del 60 ambas corrientes se animan y deciden iniciar un futuro proyecto en común y que a pesar de las divergencias entre ambas corrientes y estar lejos de ser homogéneas, hay algo en lo que sí se relacionan, y es que tanto la psiquiatría como el psicoanálisis son capaces de reconocer sus límites y detectar cuando es necesario realizar una derivación.

Ninguna niega la función fisiológica ni psicológica del sueño, simplemente una de ellas se enfoca en trabajar el sueño desde lo psicológico y la otra desde la fisiología. La diferencia se encuentra y está presente, en la interpretación que se le da al sueño propiamente, o la causa de sus manifestaciones sintomáticas, del trastorno desde la psiquiatría o del síntoma desde el psicoanálisis. (Arias y Unzueta, 2005)

### 3.2 Alteraciones del sueño

Los sueños, como tal, se definen como caminos/vías. Caminos que te llevan a lo más profundo del inconsciente y junto con ello a la angustia, son una vía de acceso a lo real. El sueño como se planteó anteriormente, es definido como el guardián del dormir, pero al tener la posibilidad de llegar a pensamientos y deseos reprimidos, ese guardián fracasa, falla. (Santillán, 2008) Y ahí es donde se puede producir la angustia en el sujeto.

Por otra parte, Kushnir, Gothelf y Sadeh (2014) plantean que afrontar la noche e irse a dormir, representa en muchos casos un gran reto para muchos niños pequeños. Es por eso que “los trastornos del sueño son un motivo de consulta cada vez más frecuente en niños y adolescentes”. (Barredo y Miranda, 2014, p. 175)

Acompañado a lo anterior, los niños pueden experimentar condiciones psicopatológicas que detienen el desarrollo y provocan un grado de desorganización y/o caótica debido a la interrupción constante del dormir (Antón, 2014) Por su parte, Kushnir, Gothelf y Sadeh (2014) expresan que si bien en el proceso de desarrollo normal, es común que los niños experimenten miedos nocturnos leves y temporales, y en la mayoría de ellos logren superarlos.

En esta misma línea, Convertini (2003) invita a considerar que es de suma importancia detectar de forma temprana cualquier tipo de trastorno del sueño para mejorar significativamente la calidad de vida del sujeto y su entorno. Además, se ha comprobado que los niños que experimentan miedos nocturnos significativos/graves, también presentan niveles más altos de miedos en general y enfrentan desafíos y dificultades en su comportamiento y características temperamentales diarias.

Asimismo, desde el punto de vista psicológico, estos miedos nocturnos pueden servir como un indicador de vulnerabilidad a la ansiedad (Kushnir, Gothelf y Sadeh, 2014). Ligado a esto, el autor Ziziemsky (1967) habla sobre la incapacidad de conciliar el sueño y lograr dormir, el despertar prematuro y las frecuentes interrupciones del sueño.

En este sentido, dice que en niños mayores se puede deber a las mismas causas que en niños más pequeños, suele estar relacionado con niveles elevados de tensión emocional, causados por miedos y preocupaciones acerca de los padres, la escuela, las relaciones con compañeros, entre otros. Esto puede provocar y despertar sentimientos de culpa, inadecuación, inseguridad, y similares. Y es esta “excesiva tensión, la que activa al sistema de la vigilia”. (p. 5)

Ziziemsky (1967) añade que es posible que haya otros elementos que también puedan contribuir a este tipo de alteraciones del sueño, incluyen la sobre estimulación antes de acostarse y la formación de hábitos inadecuados, que a menudo se desarrollan debido a la preocupación excesiva o la excesiva indulgencia de los padres. Por ejemplo, algunos padres, ante el primer signo de inquietud de su hijo, pueden optar por levantarlo, hablarle o llevarlo a su propia cama.

Por su parte, López (2015) muestra que la dificultad que experimenta el niño al intentar conciliar el sueño sin la presencia de sus padres, así como los frecuentes despertares nocturnos, se manifiestan a través de la resistencia del niño a acostarse y su necesidad de estímulos, objetos o un ambiente específico para poder iniciar o regresar al sueño.

Estos problemas pueden evitarse brindando información a los padres sobre la importancia de establecer hábitos de sueño adecuados para los bebés, como mantener horarios regulares para acostarse, seguir rutinas de sueño y colocar al niño despierto en su cuna para que aprenda a conciliar el sueño por sí solo. Todos estos hábitos, que son considerados como inadecuados, hay que erradicarlos para que haya un buen concilio e higiene del sueño en el niño. Y tal como dice Wasserman (2002), “no instalado el dormir, el sueño no es el guardián de nada”. (p. 1)

Para adentrarnos en las alteraciones/trastornos del sueño, cabe explicar que los trastornos del sueño según el DSM V<sup>2</sup> afectan los procesos de sueño-vigilia (D'onofrio, 2019). En la infancia pueden existir varias alteraciones del sueño, tales como: el insomnio infantil, que según diversos estudios, puede tener diversas causas, ya sea de origen médico o conductual.

Desde la psicología, se ha observado que el insomnio es más común en niños que presentan patologías psiquiátricas o trastornos del neurodesarrollo, como el autismo. Se define como la dificultad recurrente para iniciar o mantener el sueño, o la alteración en la calidad del mismo, a pesar de que se apliquen las condiciones adecuadas para dormir.

Esto puede tener un impacto significativo en el funcionamiento diario del niño y su familia. Las causas más comunes de insomnio en niños y adolescentes son el insomnio debido a prácticas inadecuadas de higiene del sueño y el insomnio de origen conductual en la infancia. Algunas rutinas diarias que afectan negativamente la calidad e higiene del sueño, pueden ser tomar siestas durante el día o consumir cafeína antes

---

<sup>2</sup> Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría

de ir a la cama, así como asociaciones poco apropiadas con el inicio del sueño y la falta de límites establecidos. (Barredo y Miranda, 2014)

A su vez, existen las parasomnias, que dentro de ella se encuentran tres tipos: el sonambulismo, los terrores nocturnos y las pesadillas. Se refieren a alteraciones en la conducta o comportamiento que ocurren durante el sueño o en la transición entre el sueño y la vigilia, las cuales pueden perturbar el sueño.

El sonambulismo implica que el niño, sin estar completamente consciente, puede realizar diversas acciones durante el episodio, como sentarse en la cama, caminar, correr e incluso llevar a cabo conductas que ha aprendido mientras estaba despierto, como abrir puertas cerradas. (Barredo y Miranda, 2014)

Sobre este aspecto, Ziziemsky (1967) indica que es una experiencia frecuente durante la etapa escolar. Por lo general, después de transcurrir algunos minutos, los niños regresan a la cama por sí mismos o permiten ser guiados sin oponer resistencia. Al despertar al día siguiente, suelen no recordar absolutamente nada del episodio.

Mientras que Barredo y Miranda (2014) mencionan que los mismos ocurren mientras los individuos están en un estado de sueño profundo, generalmente en la primera mitad de la noche. A pesar de su actividad, es difícil despertarlos, y si se logra despertarlos, tal y como mencionaba también Ziziemsky, suelen experimentar amnesia del episodio y confusión.

Siguiendo con esta alteración, López (2015) revela, al igual que Barredo y Miranda, que el sonambulismo se refiere a la repetición automática de conductas aprendidas durante la vigilia mientras el niño duerme. A su vez, a la par que Ziziemsky,

López (2015) comparte que luego de unos 5 a 15 minutos, el niño regresa a su cama, vuelve a dormirse y no recuerda el episodio al día siguiente.

Este fenómeno suele manifestarse entre los 4 y los 8 años, y se observan antecedentes familiares en el 60% de los casos. En caso de episodios de sonambulismo, no se recomienda despertar al niño, pero se deben tomar precauciones para garantizar su seguridad en el entorno doméstico.

Acompañado a la alteración anterior, se encuentra la somniloquia, López (2015) define este fenómeno y manifiesta que puede manifestarse en cualquier etapa del sueño y se caracteriza por hablar mientras se está dormido, acompañado a menudo de risas, llanto o gritos, y generalmente no provoca que el niño se despierte. Cuando ocurre durante la fase de sueño paradójico, los contenidos suelen ser más elaborados y emocionales en comparación con cuando se produce en la fase de sueño profundo.

Prosiguiendo con las alteraciones, se abordará a continuación la mirada de los autores Barredo y Miranda (2014) respecto a los terrores nocturnos, que se caracterizan según los autores, por episodios en los que el niño llora o grita de forma alarmante, mostrando signos de miedo o pánico, pueden presentarse signos de sudoración y taquicardia. Después de estos episodios, los niños generalmente no recuerdan lo que ha sucedido, y suelen ocurrir durante la primera mitad de la noche, en las fases de sueño profundo.

En correlación con lo mencionado anteriormente, D'onofrio (2019) expresa por su parte que el DSM V señala que los terrores nocturnos, también conocidos como terrores del sueño, se caracterizan por despertares abruptos llenos de terror, que

generalmente comienzan con gritos de pánico. Estos episodios se manifiestan con una intensa activación del sistema nervioso autónomo y conductas de miedo extremo.

Durante estos episodios, resulta difícil despertar al individuo o consolarlo. Además, si la persona logra despertar después de un terror nocturno, suele tener una memoria vaga o nula del sueño y experimenta frecuentemente un profundo miedo acompañado de un fuerte impulso de escapar.

Desde otro aporte, Antón (2014) también habla de estos terrores nocturnos asociados a la infancia y manifiesta que “el pavor o terror nocturno infantil es un momento esperable y estructurante en la constitución psíquica, y habilita a pensar sus relaciones con los sueños traumáticos y pesadillas infantiles”. (p. 1).

Estos episodios, conocidos como terrores nocturnos, ocurren durante el sueño profundo o en un estado intermedio de somnolencia, y el sujeto permanece dormido sin despertar. En estos momentos, el niño puede saltar de la cama, pedir ayuda, gritar, experimentar visiones de persecución, no reconocer a los familiares, tener alucinaciones y, después de que la calma regrese tras unos 15 o 20 minutos aproximadamente, no recordar nada del episodio.

Vale decir a su vez que los terrores nocturnos en los niños no se presentan de manera aislada, sino que están relacionados con otros fenómenos y síntomas psicológicos. Estos episodios representan una perturbación en el estado de sueño, durante la cual se experimentan imágenes dispersas y confusas con la presencia de una figura o entidad perseguidora, de manera similar a las pesadillas: “tanto las pesadillas como los terrores nocturnos son manifestaciones de la angustia infantil y la expresión de un conflicto interno no resuelto”. (Antón, 2014, p. 1)

Ziziemsky (1967) por su parte, afirma que el terror nocturno es un fenómeno común en la infancia y se presenta con regularidad en niños saludables. Por lo general, es ocasional, pero adquiere relevancia clínica cuando se repite con frecuencia, ya que suele indicar una perturbación en el sueño y la existencia de alguna alteración psicológica que requiere corrección.

Cuando el niño se despierta durante un episodio de terror nocturno, experimenta miedo y muestra agitación, desorientación y posibles alucinaciones. Durante este estado, es posible que pronuncie palabras que no siempre son comprensibles y no logre reconocer a las personas a su alrededor.

En esta misma línea, López (2015) sostiene que los terrores nocturnos se caracterizan por un repentino y prolongado episodio de llanto inconsolable en el niño, acompañado de un intenso miedo, y afirma que durante este episodio el niño muestra síntomas vegetativos muy marcados.

Es importante destacar que durante este período el niño no reconoce a sus padres y no se calma con sus intentos de consuelo. Después de un lapso de tiempo que generalmente oscila entre 5 y 15 minutos, el episodio se disipa, el niño vuelve a dormirse y, al despertar al día siguiente, no recuerda lo ocurrido. Estos episodios son más comunes en niños de edades comprendidas entre los 2 y 4 años, y no es necesario despertar al niño mientras transcurre, pero se debe supervisar para evitar que se haga daño.

Y como último punto de estas parasomnias, se plantean las pesadillas. Estas son experiencias oníricas perturbadoras que generan miedo, lo suficiente como para interrumpir el sueño y despertar a la persona. Generalmente, la persona recuerda su

contenido y es consciente de lo que ha ocurrido, soliendo ocurrir durante la fase REM del sueño y más comúnmente en la segunda mitad de la noche. (Barredo y Miranda, 2014)

Las pesadillas se presentan como secuencias oníricas que se sienten como vivencias reales, generando en ocasiones ansiedad y emociones negativas, y por lo general, estas pesadillas llegan a su fin cuando el individuo despierta, volviendo rápidamente a un estado de completa alerta.

López (2015) expresa que el niño particularmente experimenta sueños aterradores que lo despiertan con miedo, y puede recordar y describir claramente estos sueños. Estos episodios de pesadillas suelen estar relacionados con sus experiencias diurnas, y son comunes entre los 4 y 8 años, no causando confusión ni desorientación, aunque volver a dormirse puede ser un desafío.

Además, en el contexto de las pesadillas, es común experimentar dificultades para gritar o llamar a un otro en búsqueda de ayuda (D'onofrio, 2019). Por otro lado, se plantea los movimientos rítmicos relacionados con el sueño (Barredo y Miranda, 2014), que suelen ser estereotipados y repetitivos de balanceo, ya sea de la cabeza o del cuerpo, a menudo acompañados de ruidos ásperos y graves provenientes de la garganta, utilizados en la conciliación del sueño o durante este. Pueden durar unos minutos o varias horas, no existe un tiempo predeterminado exacto para este fenómeno.

Existe en este marco también el síndrome de piernas inquietas y los movimientos periódicos de las mismas. El primero tiene una importancia clínica cada vez más significativa dentro de la infancia. Se describe como una urgente e

incontrolable necesidad de mover las piernas, acompañada de una sensación incómoda y a veces dolorosa que empeora cuando la persona está en reposo y mejora cuando se mueven las piernas. Ocasionalmente así, esta necesidad incontrolable de realizar el movimiento que dificulta el descanso, ya que el sujeto aún no logró ingresar en un sueño profundo y sigue parado en esa transición con la vigilia.

Estos síntomas pueden resultar en dificultad para conciliar un buen dormir, falta de concentración, comportamiento hiperactivo y una excesiva somnolencia durante el día.

Y los movimientos periódicos de las piernas es un suceso que se hace visible en un gran porcentaje de personas que padecen el fenómeno anteriormente mencionado.

Sobre esto, se plantea que son movimientos musculares cortos y rápidos en las piernas, involuntarios, que se caracterizan por la extensión del dedo pulgar del pie y la flexión del tobillo. Deben ocurrir en un número considerable durante la noche, al menos más de cinco repeticiones por hora y pueden producir pequeños despertares bruscos. (Barredo y Miranda, 2014)

Continuando con las alteraciones del sueño, se reconoce el síndrome de apnea obstructiva. Barredo y Miranda (2014) la definen como la aparición, durante el descanso, de episodios en los que la vía aérea se bloquea de forma total o parcial, lo que resulta en una perturbación de la respiración normal durante el dormir y, como resultado, la desorganización de la calidad del sueño, estando acompañado por ronquidos y despertares bruscos por la noche.

Por otra parte se plantea la narcolepsia como una alteración más, que afecta a un diminuto porcentaje en la población. Esta se destaca por tener una somnolencia

excesiva diurna como uno de sus síntomas principales, alucinaciones hipnagógicas, parálisis del sueño y sueño nocturno interrumpido. (Barredo y Miranda, 2014)

Una parálisis del sueño según el DSM V se define cuando puede haber discrepancias temporales entre la entrada en la fase REM y la completa relajación muscular. En estos momentos, se experimenta una incapacidad temporal para llevar a cabo cualquier tipo de movimiento voluntario.

Esto ocurre mientras la persona se encuentra completamente consciente, con plena capacidad auditiva y táctil, pero es incapaz de moverse o comunicarse verbalmente, y generalmente se asocia con un tipo particular de alucinaciones llamadas alucinaciones hipnagógicas.

A su vez, estas alucinaciones pueden manifestarse en forma de percepciones visuales o auditivas de objetos o sonidos inexistentes, o incluso en la creencia de que alguien cercano está presente. En algunas ocasiones, estas experiencias pueden ir acompañadas de una sensación de sofocación o asfixia.

No obstante, a pesar de que la duración de estos episodios generalmente no excede uno o dos minutos, para quien los padece, pueden sentirse significativamente más prolongados. La percepción del tiempo durante estos episodios no se ajusta a la conciencia habitual, aunque la persona sigue estando plenamente consciente, sino que durante estos episodios, la persona se encuentra inmóvil y despierta, pero incapaz de moverse, lo que podría interpretarse como un fallo en la función de protección del sueño. (D'onofrio, 2019)

Para finalizar, y en función de estas alteraciones que se han ido presentando y en relación al tratamiento de estas, vale decir que “la mayoría de los trastornos del

sueño en la infancia van a mejorar con medidas no farmacológicas de tratamiento, y solo en algunos casos concretos habrá que añadir fármacos". (Barredo y Miranda, 2014, p. 179). Dado que estas alteraciones pueden afectar el desarrollo del niño/a y su cotidianidad, resulta imprescindible que sea uno de los pilares fundamentales a tratar dentro de la clínica psicoanalítica.

## **Reflexiones finales**

El presente trabajo final de grado buscó comprender y ahondar sobre el concepto del sueño y sus alteraciones en los niños, fundamentalmente desde una mirada psicoanalítica, realizando un recorrido bibliográfico por diversos autores relacionados a la psicología y a otras disciplinas.

Persiguiendo este objetivo, en el capítulo uno se realizó un acercamiento a las conceptualizaciones históricas sobre el sueño, evidenciando las transformaciones que ha tenido este concepto a lo largo del tiempo. Los estudios realizados desde hace un siglo hasta hoy, dan plantea de la vigencia del enigma del inconsciente y las formaciones oníricas como arista fundamental de la psiquis del ser humano.

A su vez, en este trabajo se abordó la temática desde la neurociencia del sueño explicando los aspectos biológicos de este, y relacionándolo específicamente a la etapa inicial de vida, a la niñez. Desde lo expresado en el documento, puede observarse que existen cambios notorios desde el nacimiento hasta la adultez en lo que refiere al sueño, no sólo a nivel de la producción del mismo sino de sus fases, en tanto al no

estar del todo consolidadas como en el adulto, pueden influir a vivenciar determinadas alteraciones. Estas se desarrollaron en el último capítulo de la presente monografía.

En el segundo capítulo, se buscó desarrollar específicamente la mirada psicoanalítica sobre los sueños, que dejaron de ser un mensaje para los dioses para transformarse en una manifestación del inconsciente. Esto representa un cambio fundamental en la manera en que se analizan estos fenómenos oníricos, definiendo al sueño como un cumplimiento de deseo que muchas veces se encuentra disfrazado. Se considera desde lo presentado en este trabajo, que este cambio en la percepción de los sueños ha tenido un profundo impacto en el psicoanálisis y viceversa, puesto que permite explorar rincones más profundos de la mente humana a través de la interpretación de estos.

En lo que refiere específicamente a los niños, se logró llegar a la conclusión de que sus sueños resultan ser diferentes a los de los adultos, ya que en ellos los deseos se expresan más claramente por la vía verbal mientras están despiertos, y de una forma menos compleja. Esto muestra que así como el psiquismo infantil es menos complejo que el del adulto, también lo serían sus producciones oníricas.

Por otra parte, si bien Freud ubica a los sueños como un esfuerzo de cumplir un deseo, desde otros autores se plantea que estos van más allá de una realización de deseo, manifestando por ejemplo en los casos de sueños angustiantes, un esfuerzo por tener un mayor control de una situación, y de lograr una resolución de experiencias traumáticas.

Todos los elementos del sueño presentados en este capítulo, dan plantea de lo fundamentales que pueden llegar a ser en la clínica psicoanalítica a la hora de trabajar

en torno a la realidad de la persona en base a su mundo onírico. Específicamente en la infancia, el contexto de producción de los sueños desde un buen dormir es relevante para el desarrollo psíquico del niño. La contracara de ese buen dormir son las alteraciones del sueño que traen consecuencias en los hábitos del niño, tal como se abordaron en el último capítulo.

En el tercer apartado se presenta fundamentalmente la relevancia de trabajar los sueños en la clínica psicoanalítica infantil, ya que se despliegan aspectos inconscientes que permiten el acceso a diversos conflictos que puede estar afrontando el niño y que no ha sabido o no ha podido expresar. Las alteraciones tales como: insomnio, pesadillas o terrores nocturnos, entre otras, generan que los niños no puedan conciliar el sueño, y que vivencien despertares frecuentes, evitando el sueño para no transitar pesadillas aterradoras.

Estas alteraciones abordadas en este último capítulo, generan en el niño una mala higiene del sueño y hábitos negativos a la hora de dormir, transformándose en un punto importante por el cual comenzar para resolver estos conflictos no solo de la infancia sino de la adultez. Por ejemplo cuando se trabaja con el análisis de pesadillas que se asocian con recuerdos de la infancia, estas pueden ilustrar cómo nuestras experiencias tempranas pueden tener un impacto profundo en nuestra psiquis adulta.

Por último, en este apartado se desarrollan las diferencias existentes en torno a las alteraciones del sueño desde dos disciplinas: la psiquiatría y el psicoanálisis. Se evidencia desde ahí la importancia de hacer una detección temprana de cualquier tipo de alteración en el sueño que pueda mejorar la calidad de vida de la persona.

Como resultado de esta revisión bibliográfica, se puede concluir que tanto la psiquiatría como el psicoanálisis pueden brindar una comprensión más profunda en torno a la complejidad de las alteraciones del sueño en la infancia, y guiar hacia enfoques de tratamientos más integrales y efectivos.

Todas estas cuestiones a las que el presente trabajo solamente se aproxima, demuestran la necesidad de seguir ahondando en la formación y la producción de conocimiento desde la psicología en referencia a estos temas. El fenómeno del acto de soñar es una cuestión que atraviesa la cotidianidad de las personas, y eso debería ser un motivo suficiente para no subestimarlos, sino para profundizar en su estudio y comprensión.

En definitiva, desde la mirada de la clínica psicoanalítica será imprescindible cuestionar aspectos que no pertenecen a la categoría del desarrollo esperable del niño, y buscar orientación profesional para mejorar los aspectos que surjan de las alteraciones del sueño de los niños, en tanto este enfoque preventivo tiene como objetivo mitigar posibles complicaciones y desafíos más graves, que podrían surgir en el futuro en la psiquis del sujeto.

## Referencias Bibliográficas

- Antón, M. (2014). *Los monstruos de la infancia*. El Sigma.
- Arias, G. A., y Unzueta, C. (2005). *El sueño y sus trastornos: una perspectiva psiquiátrica y psicoanalítica*. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología, UCBSP*, 3(2), 1-18.
- Barredo, E., Miranda, C. (2014) *Trastornos del sueño en la infancia. Clasificación, diagnóstico y tratamiento*. Elsevier.
- Convertini, G. (2006). *El sueño en la infancia: su implicancia en el desarrollo*. Argentina, Córdoba. Congreso Argentino de Pediatría.
- Convertini, G., Krupitzky, S., Tripodi, M., Carusso, L. (2003). *Trastornos del sueño en niños sanos*. *Arch argent pediatr*.
- Dondo, G. (2003). Sueños en la infancia. *Revista Querencia* (6).  
[https://querencia.psico.edu.uy/revista\\_nro6/graciela\\_dondo.htm](https://querencia.psico.edu.uy/revista_nro6/graciela_dondo.htm)
- D'onofrio, F. (2019). *El mal dormir: Consideraciones sobre "unheimlich" en los trastornos del sueño*. El Sigma. <https://www.elsigma.com/colaboraciones/el-mal-dormir-consideraciones-sobre-lo-unheimlich-en-los-trastornos-del-sueno/13643>
- Ferenczi, S. (1931). *Obras Completas de Sandor Ferenczi. Sobre la revisión de la interpretación de los sueños*. Bibliotecas de Psicoanálisis.
- Freud, S. (1900/1991). *La interpretación de los sueños* (primera parte). En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 4, pp. 1-316). Amorrortu.
- Freud, S. (1933/1991). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. XXII, pp. 1-168) Amorrortu.

- Freud, S. (1920/1992). *Más allá del principio de placer*. Psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras. En J. L. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. XVIII, pp. 1-303). Amorrortu.
- Gaione, C. (2022). Los sueños en la experiencia analítica: Perspectivas Freudianas. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (134). 28-47
- Kushnir, J., Gothelf, D., y Sadeh, A. (2014). Nighttime fears of preschool children: A potential disposition marker for anxiety?. *Comprehensive Psychiatry*, 55(2), 336-341.
- Lacan, J. (1958/1959). Seminario 6, El Deseo y su Interpretación. En G. Arenas (Trad.) *Obras completas* (Vol. 6, pp. 1-581) Paidós SAICF.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1979). *Diccionario de Psicoanálisis*. Labor.
- López, M. (2021). *Sueños y pesadillas en los niños: Desafíos y recursos para su interpretación*. Blog Eleia. <https://www.centroeleia.edu.mx/blog/suenos-y-pesadillas-en-los-ninos-desafios-y-recursos-para-su-interpretacion/>
- López, S. A. (2015). Trastornos del sueño en la infancia. Documento Foro Pediátrico. Palencia, España. [https://spapex.es/sites/default/files/trastornos\\_suenyo.pdf](https://spapex.es/sites/default/files/trastornos_suenyo.pdf)
- Médici, C. (2022). Los niños y sus sueños. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (134). 127-151.
- Pelegri, M. (2010). Freud y los sueños de los niños. Su vigencia en la cura de los niños. *Revista de psicoanálisis*. 10, 155-165.
- Santillan, A. (2008). La angustia de la pesadilla: ¿Vía de acceso a qué? *Revista de Psicoanálisis con niños*. (10), 1. <https://www.fort-da.org/fort-da10/santillan.htm>

Sierra, M. (2009). Los sueños de Sigmund Freud. *Revista Historia y grafía*. (33), 85-111.

Waserman, M. (2002). Sobre los sueños y el dormir en la infancia. *Revista de psicoanálisis con niños*. (5), 1.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psa-11462>

Winnicott, D. W. (1896-1971). *Realidad y Juego*. Granica.

Ziziemsky, D. (1967). El dormir normal y anormal de la infancia. *Revista de Psicología*. 4, 111-118.