



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSICOPATOLÓGICOS DE LA
NARCOLEPSIA

PONCE SANGOQUIZA GENESIS JULEIDY
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2018



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSICOPATOLÓGICOS DE LA
NARCOLEPSIA

PONCE SANGOQUIZA GENESIS JULEIDY
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2018



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSICOPATOLÓGICOS DE LA NARCOLEPSIA

PONCE SANGOQUIZA GENESIS JULEIDY
PSICÓLOGA CLÍNICA

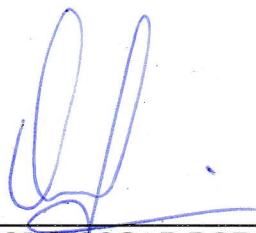
SERRANO POLO OSCAR RODOLFO

MACHALA, 05 DE JULIO DE 2018

MACHALA
05 de julio de 2018

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado Aspectos Psicológicos y Psicopatológicos de la Narcolepsia, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



SERRANO POLO OSCAR RODOLFO
0701356552
TUTOR - ESPECIALISTA 1



BATALLAS BORJA MARÍA JOHANNA
0704638055
ESPECIALISTA 2



CUEVA REY ANDREA STEFFANIE
0703801332
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: lunes 16 de julio de 2018 - 10:39

Urkund Analysis Result

Analysed Document: ensayo PONCE GENESIS.docx (D40210219)
Submitted: 6/16/2018 12:07:00 AM
Submitted By: gponce_est@utmachala.edu.ec
Significance: 2 %

Sources included in the report:

TRASTORNOS DEL SUEÑO_ CRESPO-SUMBA.pdf (D24743599)
https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/xml_Narcolepsia.xml

Instances where selected sources appear:

2

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, PONCE SANGOQUIZA GENESIS JULEIDY, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Aspectos Psicológicos y Psicopatológicos de la Narcolepsia, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 05 de julio de 2018



PONCE SANGOQUIZA GENESIS JULEIDY
0704397595

DEDICATORIA

Es inevitable no recordar cada palabra de aliento e inspiración que me brindó para poder continuar con mis estudios, el presente trabajo de investigación va dirigido a la mujer que siempre creyó en mí Sra. madre Laura Sangoquiza por ser un ejemplo de lucha constante y superación, por ser mi guía perpetua; con todo el amor y orgullo que invade en mi corazón podemos decir que lo cumplimos madre, sé que eres esa estrella que guiará nuestro camino siempre.

A mi esposo Kenin Nieves por ser mi compañero en largos desvelos, por ser mi apoyo incondicional, por estar ahí en cada decisión, por su paciencia y entrega durante todo el transcurso de mis estudios. A mis hermanos por ser fuente de motivación, carisma, por ser esa chispa que reconforta mis días.

Génesis Ponce Sangoquiza

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi tutor Dr. Oscar Serrano por todos sus conocimientos impartidos durante la realización del presente trabajo de investigación, a todos los docentes que forman parte de la carrera de Psicología Clínica que sin lugar a duda van dejando semillas en cada estudiante que son fuente de motivación e inspiración para obtener sus metas.

Génesis Ponce Sangoquiza

RESUMEN

El presente ensayo de carácter académico es un análisis sobre los aspectos psicológicos y psicopatológicos de la Narcolepsia, trastorno neurológico crónico e irreversible caracterizado principalmente por somnolencia excesiva diurna, con presencia de cataplejía, parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas y/o hipnopómpicas; partiendo con las conceptualizaciones de diferentes términos básicos permitiendo una mejor abstracción a la temática con el objetivo de caracterizar los principales síntomas psicológicos que se manifiesten en los pacientes con diagnóstico de narcolepsia, analizando la existencia de repercusiones clínicamente significativas que produce dicha patología, de hecho investigaciones han aportado con respecto a la importancia de la intervención del profesional en salud mental durante éste proceso, ya que el estilo y calidad de vida se encuentra deteriorados, es lógico pensar que durante los episodios de somnolencia excesiva diurna y cataplejía, el paciente es más propenso a sufrir o causar accidentes al verse limitado para realizar sus actividades diarias, por consiguiente es proclive a desarrollar problemas emocionales o del comportamiento por tal motivo el presente ensayo estuvo direccionado bajo revisión bibliográfica descriptivo con fundamento científico de los últimos años relacionado al tema, tomando como referencia los diferentes estudios realizados en su deterioro psíquico y psicológico de la narcolepsia, pese a que en la actualidad no exista una causa predominantemente establecida, es evidente que los efectos toman partida en el individuo, por tal motivo se culmina dicha investigación con la especificidad de líneas de intervención terapéutica tanto farmacológico y psicológico como método paliativo para mejorar la calidad de vida del paciente.

Palabras claves: narcolepsia, aspectos psicopatológicos, aspectos psicológicos, cataplejía.

ABSTRACT

This academic test is an analysis and review of the literature on aspects psychological and psychopathological of narcolepsy, neurological chronic and irreversible disorder primarily characterized by excessive daytime sleepiness, with presence of cataplexy, sleep paralysis and hallucinations hypnagogic or hypnopompic; starting with the conceptualizations of different basic terms that allow a better abstraction to the theme with the aim of objective research is to characterize the main psychological symptoms that manifest in patients diagnosed with narcolepsy, in fact research have provided regarding the importance of the intervention of the professional mental health during this process, since the style and quality of life is impaired, it is logical to think that during episodes excessive daytime sleepiness and cataplexy, the patient is more likely to suffer or cause accidents to be limited to carry out your daily activities, it is therefore prone to develop emotional or behavior problems, this test was directed under review descriptive with scientific basis for the past few years related to the topic, taking as reference the different studies and psychical and psychological deterioration of narcolepsy, despite the fact that today there is a cause predominantly established, it is clear that effects take departure in the individual, that is why this research culminates with the specificity of therapeutic intervention both pharmacological and psychological as palliative method lines to improve the quality of life of the patient.

Keywords: narcolepsy, psychopathological aspects, psychological aspects, cataplexy.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	5
ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSICOPATOLÓGICOS DE LA NARCOLEPSIA	7
CONCLUSIONES	14
BIBLIOGRAFÍA	15
ANEXOS	19

INTRODUCCIÓN

El sueño es un estado vital para la salud física y mental del individuo, permitiendo el desarrollo de diversas actividades diarias que llenan de satisfacción personal; lamentablemente existe un sin número de sujetos que se encuentran inmersos en los grupos de patologías del sueño como la Narcolepsia causando malestar físico, psicológico y social.

La Narcolepsia es una enfermedad neurológica causada por una deficiencia en el neurotransmisor de la hipocretina en el hipotálamo, es decir, que el individuo presenta ataques incontrolables y súbitos de sueño, generando un alto impacto sobre la salud en general de quien lo padece, según la segunda edición de la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño (ICSD2) y la Guía de Consulta de los Criterios Diagnóstico del DSM V, se caracteriza por presentar excesiva somnolencia diurna, cataplejía y parálisis del sueño clínicamente significativa que no se puede explicar por otra alteración fisiológica subyacente (Martins-da-Silva, y otros, 2014).

La Narcolepsia no es una enfermedad frecuente, sin embargo el impacto que presenta en la calidad de vida del paciente son considerables, al existir factores de riesgos psicosociales afectando su deterioro funcional, repercusiones en su rendimiento escolar, laboral, social, además de ser más propensos de causar y sufrir accidentes.

En cuanto al proceso metodológico, en el estudio de la narcolepsia se pretende desarrollar un compendio teórico de carácter complejo mediante un ensayo de investigación basada en revisión bibliográfica descriptivo con fundamento científico de los últimos años inmersos en el área de salud mental, dividido en tres fragmentos introducción, desarrollo y conclusiones, donde se puntualizan características, sintomatología, etiología, criterios diagnóstico y repercusiones psicológicas que afecta al individuo, concluyendo así con una propuesta de intervención psicológica.

Así, nuestro objetivo de estudio se centra en caracterizar los principales síntomas psicológicos que se manifiesten en la narcolepsia, enmarcando nuestro objeto de estudio

hacia la salud mental de los individuos que lo padecen, priorizando su bienestar psicológico que le permita mejorar su calidad de vida y relaciones sociales.

Si bien es cierto, el estudio de la Narcolepsia se encuentra enmarcado en un ámbito neurológico debido a su etiología, sin embargo al presentarse dificultades en la atención, concentración al verse afectada la cotidianidad del individuo yace la importancia de que los profesionales de la salud mental se encuentren inmersos en éste estudio (Medrano, Ramos, y Peraita, 2018).

En cuanto a las secuelas psicológicas de la narcolepsia resultan significativas para el paciente ya que interfieren en su diario vivir, de modo que sus relaciones sociales y laborales se tornan inestables visto que al experimentar episodios de cataplejía inesperados interrumpen sus actividades exponiéndose al peligro, en ciertas ocasiones los pacientes tratan de evitar situaciones que le produzca emociones fuertes ya que resulta vergonzoso vivenciar éstos episodios en público (Cruz, Arenas, y Amat, 2010).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y PSICOPATOLÓGICOS DE LA NARCOLEPSIA

La Narcolepsia es una enfermedad crónica perteneciente a la clasificación de los trastornos del sueño, caracterizada principalmente por una tétrada sintomática descrita como somnolencia excesiva diurna, acompañada de cataplejía, parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas desencadenado por emociones intensas como la risa, el llanto, sorpresa o la vergüenza, sin que el individuo pueda controlar los episodios (González, Sainz Gil, y Narváez, 2015).

La somnolencia excesiva diurna es la característica principal de la tétrada de la narcolepsia, es la tendencia de quedarse dormido durante horas de vigilia con “ataques de sueño” en momentos inapropiados ya sea en el trabajo, en la escuela hasta conduciendo interfiriendo en el estado de ánimo, en el rendimiento laboral y académico, trae consigo accidentes de tránsito afectando el bienestar del paciente (Pedemonte, Gandaro, y Scavone, 2014; Machado, Echeverri, y Machado, 2015).

Otro de los síntomas del trastorno de Narcolepsia es la cataplejía descrita como la pérdida del tono muscular partiendo desde los músculos voluntarios hasta la pérdida total excepto los respiratorios y el corazón provocado por emociones fuertes y en ciertas ocasiones por recuerdos afectivos que tiene los pacientes, consecuencia a ello, el individuo cae al suelo inmediatamente sin existir pérdida de la consciencia, la duración de éstos episodios bruscos oscilan de segundos a pocos minutos teniendo una recuperación inmediata y completa (Merino y Martínez, 2009).

Durante la parálisis del sueño surge la incapacidad repentina para realizar movimientos voluntarios que puede presentarse durante el despertar del sueño o dos horas después de lograr conciliar, sin verse afectado la sensibilidad del individuo, relacionándolo con la aparición de alucinaciones hipnagógicas que ocurre al inicio del sueño y alucinaciones hipnopómpicas que se da al despertar del sueño con una latencia de pocos minutos, desapareciendo automáticamente o con manipulación externa, manteniendo una consciencia y sensibilidad estable, cabe recalcar que su aparición no se encuentra ligada a las emociones a diferencia de la cataplejía (Marín y Vinaccia, 2005; Cueva, 2011).

Existen otros síntomas secundarios que resultan ser menos frecuentes en su aparición como cambios en la memoria, alteración en el sueño nocturno, diplopía el cual consiste en visualizar dos imágenes de un solo objeto, la prevalencia de dicha alteración es del 0.1% en igual proporción en hombres y mujeres (Chica , Escobar, y Echeverry, 2004).

Según Carretero, De los Santos, y Buela, (2016), manifiesta la presencia de un sistema de procesamiento en los pacientes con narcolepsia, donde establecen un sueño paradójico incompleto, éste es la fase donde existen movimientos oculares rápidos o también denominado sueño MOR, por ende prevalece un estrés que no ha sido procesado donde la desactivación de los músculos y ondas cerebrales son semejantes a los efectos que se experimentan en estado de vigilia, diferenciándolo en su atonía muscular naciendo la relación entre la atonía de un sueño MOR normal y las manifestaciones de la cataplejía.

Nuevas investigaciones afirman la existencia de un vínculo entre adicciones y los estados de sueño vigilia debido a que el sistema se encuentra regulado por la hipocretina localizado en el hipotálamo lateral, donde su deficiencia da lugar a la narcolepsia con cataplejía, es decir que cuando el individuo ingiere cantidades de sustancias psicoactivas al organismo provoca una deficiencia en la hipocretina ocasionando que el individuo se manifieste parte de la sintomatología de la narcolepsia anteriormente descrita (Cañellas y de Lecea, 2012).

El neurólogo, francés Gelineau tras varios estudios e investigaciones en el año 1880 fue el primer autor que propuso el término narcolepsia a la aparición repentina de sintomatología de episodios irresistibles y esporádicos de sueño diurno, seguido de una debilidad episódica en la masa corporal debido a emociones intensas denominada cataplejía, acompañada de parálisis de sueño y alucinaciones donde el autor denomina tétrada clínica (Guilleminault y Abad, 2011).

Durante la mitad del siglo XX, fueron irrelevantes las investigaciones sobre la narcolepsia, sin embargo, en el año 1934 el Dr. Daniels hizo hincapié sobre la tétrada clásica, posteriormente en 1953 Kleitman dio el surgimiento por la investigación, además estudios con análisis de EEG en pacientes registraron a la narcolepsia como una desregulación primaria del sueño REM (Kumar y Sagili, 2014).

La Narcolepsia se encuentra inmersa en el grupo de hipersomnias de origen central, según la segunda edición de la clasificación internacional de los trastornos del sueño en el año 2005 (ICSD) de la American Academy of Sleep Medicine, (Ver Anexo A) caracterizados específicamente por la constante aparición de somnolencia excesiva diurna que presentan estos trastornos del sueño (Pabón, García de Gurtubay, Morales, Urriza, y Imirizaldu, 2010).

Aunque exista una clasificación establecida la génesis de la narcolepsia aún es incierta, sin embargo existen teorías científicas donde prevalece un origen autoinmune basada en la relación con el HLA-DQB1*06:2 [4] (Human Leucocyte locus A), existiendo una carencia del neurotransmisor hipocretinérgica, es decir, la pérdida de neuronas productoras de hipocretina en el hipotálamo, éste es una de áreas primordiales del sueño y de alerta que tiene el ser humano, al existir un déficit en dicha área hace que el individuo presente cambios bruscos en su arquitectura del sueño (Peraita, Del Río, y Vela 2015; Arias, 2010).

Investigaciones desarrolladas dentro del estudio de la narcolepsia afirman que dicho trastorno del sueño no se encuentra ligada a un origen hereditario, al contrario, maneja la hipótesis de un patrón autoinmune que se encuentra afectado debido a una deficiencia en la hipocretina de hipotálamo (Salín, 2004).

En base a los síntomas descritos anteriormente son los que componen el cuadro clínico principal de la narcolepsia, por ello según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), publicado por American Psychiatric Association (APA), establece los siguientes criterios para un correcto diagnóstico como referéndum en salud mental (Anexo B), es necesario especificar la modalidad de narcolepsia según lo que presente el paciente (Anexo B figura 2) (American Psychiatric Association, 2013).

Así también, resulta necesario puntuar los criterios diagnósticos según la ICSD (International Classification of Sleep Disorders, American Academy of Sleep Medicine) en el año 2005 (Anexo C), siendo necesario e imprescindible que el diagnóstico sea confirmado mediante Polisomnografía nocturna seguido de un test de latencias múltiples de sueño con profesionales de salud capacitados en el área (Vico , Monzó , Cuenca , y Domingo, 2013).

La Organización Mundial de la Salud, mediante la Clasificación de trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10) describe criterios diagnósticos para Narcolepsia (Anexo D),

recalcando que los criterios diagnósticos de las diferentes entidades citadas anteriormente cuentan con su propio modelo de diagnóstico, sin embargo coinciden con la tétrada sintomática de dicha alteración que conllevan a un individuo a ser diagnosticado con Narcolepsia (Organización Mundial de la Salud, 1994).

Las repercusiones de la narcolepsia son significativas, puesto que afecta su bienestar físico y psicológico, estudios confirman que pacientes con dicha alteración son más propensos a desencadenar cambios en su estado de ánimo, dificultad para mantener relaciones sociales, además de ser proclives a sufrir accidentes de tránsito, puesto que los ataques de sueños son inesperados (Lucero, y otros, 2014).

Resulta peligroso que un individuo con narcolepsia conduzca un vehículo, ya que se encuentra afectada su atención y concentración en el transcurso de la actividad, al no estar alerta a situaciones que necesariamente implica de responsabilidad siendo más propenso a causar o sufrir accidentes provocando daños materiales y consecuencias letales (Rey de Castro y Rosales, 2009).

Según Vico , Monzó , Cuenca , y Domingo (2013), en su investigación detallan el estudio de dos casos clínicos diagnosticados con Narcolepsia atendidos en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Hospital Clínico Universitario de la ciudad de Valencia, donde afirman que es necesario que dichos trastorno del sueño sean conocidos por los médicos laborales, ya que su desempeño podría verse afectado en las actividades donde es necesario que el individuo brinda su total responsabilidad y cuente con sus funciones en buen estado, evitando así accidentes laborales poniendo en riesgo su vida y su área de trabajo en general.

El exceso de sueño diurno resulta desfavorable para el desarrollo de la competitividad personal que muchas de las veces no le permitirá al individuo realizar a cabalidad las actividades que tenía previsto, causando impacto en su calidad de vida, puesto que al experimentar un episodio sintomático de narcolepsia causa vergüenza, frustración, deterioro de su autoestima y disfunciones sexuales, consecuencia a ello, el sujeto opta por aislarse de sus relaciones sociales (Jara , Castillo , y Margarita, 2004).

El aprendizaje, la memoria, la atención forman parte de las funciones afectadas del individuo al sobrellevar un trastorno del sueño, resultando complicado rendir exitosamente en sus áreas de desenvolvimiento a comparación de las personas que no tienen el trastorno (Solari, 2015).

Cuando el individuo pretende realizar alguna actividad donde necesite su atención de forma inmediata el asunto no se vuelve problemática presentando un rendimiento de memoria normal, sin embargo cuando la tarea a realizar denota complejidad, su memoria y su atención se ven afectadas; el estrés es caracterizado por un estado de cansancio mental que se encuentra inmerso en las repercusiones psicosociales de la narcolepsia causado singularmente por la represión social, puesto que al quedarse dormido inesperadamente en público causa etiquetas concibiendo como un acto ridículo siendo más propenso al desarrollar estrés (Carretero, De los Santos, y Buela, 2016).

Se ha desarrollado otros métodos poligráficos a medida de excesivo sueño durante el día (EDS) en narcolepsia, como la latencia de sueño en el mantenimiento de la prueba, donde se da instrucciones al paciente, sin embargo este método nos ayuda a evaluar el efecto de tratamiento con los psicoestimulantes (Nishino y Mignot, 2005).

El test de latencias múltiples de sueño (TLMS) es uno de los métodos esenciales para confirmar o excluir si la sintomatología que ha desarrollado el paciente pertenece al diagnóstico de narcolepsia, puesto que se encarga específicamente de la somnolencia excesiva diurna (Londoño, y otros, 2016).

Con respecto a las evaluaciones para determinar la calidad de sueño que mantiene el paciente, la Polisomnografía (PSG) es una prueba nocturna que toma mediciones múltiples continuas mientras el paciente duerme para determinar su latencia y continuidad al determinar si mantiene un sueño normal o la existen de anomalías en las fases del sueño REM y NREM (Malagon, 2017).

Para los autores Pabón, García, Morales, Urriza, y Imirizaldu (2010), el TLMS consiste en registrar canales de electroencefalograma, electromiograma, electrooculograma, electromiograma de mentón y elencefalografía durante 5 siestas con duración de 20 minutos

cada uno en tiempo de 2 horas, para ello los pacientes deben evitar el consumo de fármacos y realizar actividad física 2 semanas antes.

Una de las pruebas que va acompañado de los estudios polisomnográficos y prueba de latencias múltiples es la escala de somnolencia de Epworth (ESE), aplicado para determinar el nivel de somnolencia diurna que presentan los individuos con trastorno de sueño, consistiendo en evaluar la diferenciación entre quedarse dormido y el sentirse cansado después de realizar diferentes actividades cotidianas, los puntajes oscilan entre una escala de 0 a 24, donde equivale un puntaje mayor a 11 se refiere mayor afectación requiriendo atención médica (López, y otros, 2006).

La escala de Stanford, aplicada desde 1972 comprende su evaluación en la existencia del incremento de la somnolencia a partir de que el paciente se encuentra en un estado de alerta y en actividad hasta que ya no puede mantenerse despierto, donde el paciente debe puntuar a las características que haya experimentado en las situaciones que se producen (Rosales y Rey De Castro , 2010).

En la evaluación del psicólogo se encuentra inmersa la aplicación de la historia clínica para conocer específicamente la caracterización de trastorno de sueño que presenta, además de detallar sus patrones o higiene de sueño habituales como horarios y latencias que ocurre en el proceso de somnolencia excesiva diurna durante las actividades que presenta ya sea en el día o la noche, además de conocer los antecedentes personales y familiares que permitan al profesional llegar a un diagnóstico eficaz (García, 2007).

Con respecto al tratamiento farmacológico complementario con estimulantes para la Narcolepsia, existe una limitación en medicamentos dentro de su comercialización, donde constan medicamentos para contrarrestar la sintomatología principal, como es la somnolencia excesiva diurna y la cataplejía, así como también los clásico (metilfenidato, clomipramina) y los nuevos pero costosos (modafinilo, oxibato sódico), puesto que la parálisis del sueño requiere de un tratamiento independiente en derivados tricíclicos (Santamaría, 2012).

Es recomendable que el paciente desarrolle una higiene del sueño compaginando con el tratamiento farmacológico, puesto que desde la perspectiva conductual el sujeto debe evitar realizar diferentes actividades que pongan en riesgo su vida, además de insertar siestas

programas de unos 15 a 30 minutos varias veces al día para combatir y contrarrestar la somnolencia diurna mejorando la estabilidad del paciente (Aquino y Alonso, 2005).

El papel del psicólogo dentro de la intervención que necesitan los pacientes diagnosticados con Narcolepsia, es crucial para su inserción y adaptación a su nuevo estilo de vida, la psicoeducación como herramienta psicológica permitirá que el sujeto conozca todo lo que acontece con el trastorno que padece, en cuestión de sintomatología, causas, efectos y tratamiento tanto para el paciente como a su familia (Jara, Castillo, y Margarita, 2004).

Es importante que las personas que interactúan con el individuo conozcan sobre la alteración que presenta, ya sea en su área escolar o laboral con el objetivo adecuar sus horarios y tareas dirigidas para mejorar su funcionamiento, rendimiento escolar y sus relaciones sociales, las redes de apoyo contribuyen a que el paciente mantenga un estado emocional equilibrado, comprendiendo mejor su sintomatología (Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria, 2011).

Resultados de investigaciones han demostrado la estrecha relación entre la calidad del sueño y el bienestar físico y psicológico, de manera que es un factor predisponente para que el individuo mantenga un buen estado de ánimo y factores cognitivos estables que permitan un desempeño personal, de allí radica la importancia de un abordaje terapéutico integral y personalizado al paciente para una mejor asimilación al respecto de sintomatología, repercusiones psicosociales, sin la necesidad de aislarse a la sociedad y que desarrollen otras patologías emocionales que afecten el cuadro clínico del mismo (Miró, Cano, y Buela, 2005).

CONCLUSIONES

En el transcurso de la investigación se logró caracterizar la existencia de repercusiones psicológicas en gran medida, afectando significativamente al paciente diagnosticado con narcolepsia, puesto que tras la denotación de la sintomatología que invaden al paciente limitan su producción en el área en que se desenvuelven, por ejemplo el área laboral es una de las donde el sujeto se siente aludido por la presencia brusca de la somnolencia excesiva diurna acompañada de episodios catapléjicos que impiden que el individuo finalice una actividad que necesite la responsabilidad y la atención permanente para un buen resultado, es decir mientras conduce o esté manipulando algún objeto peligroso, pudiese verse afectado y poner en peligro la integridad personal y su ambiente.

El estado de ánimo se encuentra inmerso en las repercusiones psicológicas, puesto que los pacientes tienden a experimentar vergüenza, timidez y en ciertas ocasiones optan por aislarse de sus relaciones sociales causando cambios en su estado de ánimo, en su rendimiento académico y autoestima, siendo importante la intervención de profesionales de salud mental en pacientes con narcolepsia, orientándose a la aceptación de la patología que padece, brindando información y apoyo emocional tanto al paciente como a sus familiares con el fin de mejorar sus relaciones con los demás de forma efectiva, mejorando su calidad de vida.

Para finalizar, el sueño es un estado de recuperación física y mental para el ser humano, permitiendo que éste produzca funcionalmente, sin embargo al verse afectado causa malestar relevante hacia las actividades diarias que debe ejercer cada individuo, es allí donde la salud mental en los individuos debe prevalecer indudablemente para un correcto funcionamiento físico y mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo. (2011). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Vico , B., Monzó , M., Cuenca , F., & Domingo, J. (2013). Adaptación de puesto de trabajo en dos casos de narcolepsia. *16(2)*, 87-89.
- American Psychiatric Association. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5.
- Aquino , J., & Alonso, C. (2005). Un Trastorno del sueño poco frecuente pero interesante: La Narcolepsia. *Redalyc, 4(5)*, 1-14.
- Arias, O. (2010). Narcolepsia y sistema hipocretinérgico. *Revista Médica de la UAS, 1(4)*.
- Carretero, H., De los Santos, M., & Buela, G. (2016). Narcolepsia, Emoción, Conciencia y su Hipotética Relación. *S.E.N, 10(1-2)*, 1-7.
- Chica , H., Escobar, F., & Echeverry, J. (2004). Evaluación clínica del hipersomnio. *Scielo, 33(1)*, 45-63.
- Cruz, E., Arenas, M., & Amat, V. (2010). Cómo afecta la narcolepsia a la vida de una persona. *Revista de Fundamentos de Psicología, 2(1)*, 35-44.

- Cueva, J. (2011). Parálisis del Sueño. *Elsevier*, 3(2), 14-18.
- González, I. R., Sainz Gil, V., & Narváez, M. (2015). Somnolencia cataplejía o sd.de Gelineau en urgencias de Atención Primaria. *Elsevier*, 1-3.
- Guilleminault , C., & Abad, V. (2011). Narcolepsia. *Elsevier*, 377.
- Jara , C., Castillo , R., & Margarita, L. (2004). Aproximación a los rasgos de personalidad de pacientes con narcolepsia. *Redalyc*, 22(1), 43-56.
- Kumar, S., & Sagili, H. (2014). Etiopathogenesis and Neurobiology of Narcolepsy: A Review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(2), 190-195.
- Londoño, N., Hidalgo, P., Páez, S., Sánchez, C., Paz, J., Bazurto, M., y otros. (2016). Guía para la certificación de servicios diagnósticos de trastornos del sueño en Colombia (Incluye estándares para Servicios Pediátricos). *Scielo*, 62(3), 439-454.
- Lucero, C., Buonanotte, C., Perrote, F., Concari, I., Quevedo, P., Passaglia, G., y otros. (2014). Trastornos del sueño - vigilia en alumnos de 5º año de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba y su impacto sobre el rendimiento académico. *Elsevier*, 4, 184–192.
- Machado, M., Echeverri, J., & Machado, J. (2015). Somnolencia diurna excesiva, mala calidad del sueño y bajo rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Elsevier*, 3, 137–142.
- Malagón, J. (2017). Hipersomnias. *Pediatr Panamá*, 46(2), 58-62.

- Marin, A., & Vinaccia, S. (2005). Modelo Cognitivo Comportamental del Síndrome de Narcolepsia- Cataplejía: Exposición teórica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(3), 153-172.
- Martins-da-Silva, A., Lopes, J., Ramalhe, J., Carvalho, C., Cunha, D., P. Costa, P., y otros. (2014). Utilidad de la caracterización genética de la narcolepsia y la hipersomnia en la definición del fenotipo: estudio en pacientes portugueses. *Rev. Neurol.*, 2(58), 49-54.
- Medrano, P., Ramos, M., & Peraita, R. (2018). Alteraciones neuropsicológicas en la narcolepsia con cataplejía: una revisión. *Rev. Neurol*, 3(63), 89-96.
- Merino, M., & Martínez, A. (2009). Narcolepsia con y sin cataplejía: una enfermedad rara, limitante e infradiagnosticada. *Elsevier*, 71(6), 524–534.
- Nishino, S., & Mignot, E. (2005). Narcolepsy. *Elsevier*, 6.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento.
- Pabón, R., García de Gurtubay, I., Morales, G., Urriza, J., & Imirizaldu, L. (2010). Narcolepsia: actualización en etiología, manifestaciones clínicas y tratamiento. *Servicio de Neurofisiología Clínica*, 2, 191-201.
- Pedemonte, V., Gandaro, P., & Scavone, C. (2014). Trastorno de sueño en una población de niños sanos de Montevideo. *Scielo*, 85(1), 4-8.
- Peraita, R., Del Rio, R., & Vela, A. (2015). Factores ambientales en la etiología de la narcolepsia- cataplejía. Estudio de caso y controles de una serie. *Rev. Neurol*, 12, 529-534.

Santamaría, J. (2012). Actualización diagnóstica y terapéutica en narcolepsia. *Scielo*, 54(3), 25-30.

Solari, F. (2015). Trastornos del sueño en la adolescencia. *Rev. Med. Clin. Condes*, 26(1), 60-65.

ANEXOS

Anexo A

CLASIFICACIÓN SEGÚN ICSD2

Figura 1. Hipersomnias de origen central no debidas a trastornos del ciclo circadiano de sueño, trastornos respiratorios relacionados con el sueño u otras causas de alteración del sueño nocturno.

Hipersomnias de origen central no debidas a trastornos del ciclo circadiano de sueño, trastornos respiratorios relacionados con el sueño u otras causas de alteración del sueño nocturno.

- Narcolepsia con cataplejía
- Narcolepsia sin cataplejía
- Narcolepsia debida a condiciones médicas
- Narcolepsia inespecífica
- Hipersomnia recurrente:
 - Síndrome de Kleine-Levin
 - Hipersomnia catamenial
- Hipersomnia idiopática con tiempo de sueño largo
- Hipersomnia idiopática sin tiempo de sueño largo
- Síndrome de sueño insuficiente inducido por comportamiento
- Hipersomnia debida a condiciones médicas
- Hipersomnia debida a drogas
- Hipersomnia no debida sustancias o condiciones fisiológicas conocidas
- (Hipersomnia no orgánica)
- Hipersomnia fisiológica (orgánica)

Fuente: Pabón, R., García de Gurtubay, I., Morales, G., Urriza, J., & Imirizaldu, L. (2010). Narcolepsia: actualización en etiología, manifestaciones clínicas y tratamiento. Servicio de Neurofisiología Clínica, 2, 191-201.

CRITERIOS DEL DSM V

Figura 1. Trastorno Narcolepsia.

TRASTORNO NARCOLEPSIA
<p>A. Períodos recurrentes de necesidad irrefrenable de dormir, de abandonarse al sueño o de echar una siesta que se producen en un mismo día. Estos episodios se han de haber producido al menos tres veces por semana durante los últimos tres meses.</p>
<p>B. Presencia de al menos una de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Episodios de cataplejía, definida por (a) o (b), que se producen como mínimo algunas veces al mes:<ol style="list-style-type: none">a. En los individuos con enfermedad de larga duración, episodios breves (segundos o minutos) de pérdida brusca bilateral del tono muscular con conservación de la consciencia que se desencadenan con la risa o las bromas.b. En los niños o en otros individuos en los seis meses posteriores al inicio, episodios espontáneos de muecas o de abrir la boca y sacar la lengua, o hipotonía general sin un desencadenante emocional evidente.2. Deficiencia de hipocretina, según el valor de inmunorreactividad de hipocretina-1 en el líquido cefalorraquídeo (LCR) (inferior o igual a un tercio del valor en individuos sanos analizados con la misma prueba, o inferior o igual a 110 pg/ml). La concentración baja de hipocretina-1 en el LCR no se ha de observar en el contexto de lesión, inflamación o infección cerebral aguda.3. Polisomnografía nocturna con latencia del sueño REM (movimientos oculares rápidos) inferior o igual a 15 minutos, o una prueba de latencia múltiple del sueño con un valor medio inferior o igual a 8 minutos y dos o más períodos REM al inicio del sueño.

Fuente: American Psychiatric Association. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM

V

Figura 2. Especificidad de la Narcolepsia

NARCOLEPSIA ESPECIFICAR SI
<p>347.00 (G47.419) Narcolepsia sin cataplejía pero con deficiencia de hipocretina: Se cumplen los requisitos del Criterio B de concentración baja de hipocretina-1 en el LCR y polisomnografía/ prueba de latencia múltiple del sueño positiva, pero no existe cataplejía (no se cumple el Criterio B1).</p>
<p>347.01 (G47.411) Narcolepsia con cataplejía pero sin deficiencia de hipocretina: En este raro subtipo (menos del 5% de los casos de narcolepsia), se cumplen los requisitos del Criterio B de cataplejía y polisomnografía/prueba de latencia múltiple del sueño positiva, pero la concentración de hipocretina-1 en el LCR es normal (no se cumple el Criterio B2).</p>
<p>347.00 (G47.419) Ataxia cerebelosa autosómica dominante, sordera y narcolepsia: Este subtipo está causado por mutaciones del exón 21 del ADN (citosina-5)-metiltransferasa-1 y se caracteriza por la presencia de narcolepsia de inicio tardío (30-40 años de edad) (con concentración baja o intermedia de hipocretina-1 en el LCR), sordera, ataxia cerebelosa y finalmente demencia.</p>
<p>347.00 (G47.419) Narcolepsia autosómica dominante, obesidad y diabetes de tipo 2: En raras ocasiones, se ha descrito narcolepsia, obesidad y diabetes de tipo 2, y concentración baja de hipocretina-1 en el LCR y se asocia a una mutación del gen de la glucoproteína de la mielina de los oligodendrocitos.</p>

347.10 (G47.429) Narcolepsia secundaria a otra afección médica: Este subtipo corresponde a la narcolepsia que se desarrolla de forma secundaria a afecciones médicas que destruyen neuronas secretoras de hipocretina por causa infecciosa (p. ej., enfermedad de Whipple, sarcoidosis), traumática o tumoral.

Nota de codificación (en el CIE-9-MC el código es únicamente **347.10**): En primer lugar, se codificará la afección médica subyacente (p. ej., 040.2 enfermedad de Whipple; 347.10 narcolepsia secundaria a la enfermedad de Whipple).

Especificar la gravedad actual:

- a. Leve:** Cataplejía poco frecuente (menos de una a la semana), necesidad de siestas sólo una o dos veces al día, y menos alteración del sueño nocturno. Trastornos del sueño-vigilia.
- b. Moderado:** Cataplejía una vez al día o cada pocos días, alteración del sueño nocturno y necesidad de múltiples siestas al día.
- c. Grave:** Cataplejía resistente a los fármacos con múltiples accesos diarios, somnolencia casi constante y alteración del sueño nocturno (es decir, movimientos, insomnio y sueños vívidos).

Fuente: American Psychiatric Association. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V

Anexo C

CRITERIOS SEGÚN ICSD2

Figura1. Narcolepsia con cataplejía y Narcolepsia con cataplejía.

NARCOLEPSIA CON CATAPLEJIA	NARCOLEPSIA SIN CATAPLEJIA
<p>A. El paciente se queja de excesiva somnolencia diurna, que ocurre casi diariamente durante al menos tres meses</p> <p>B. Una historia de cataplejía definida como episodios repentinos y transitorios de pérdida del tono muscular desencadenados por emociones</p> <p>C. En la medida de lo posible, debería confirmarse el diagnóstico mediante: – PSGn seguida de una PMLS: la latencia media de sueño debe ser menor o igual a ocho minutos con dos o más entradas en REM, tras seis horas o más de sueño nocturno</p> <p>– Niveles de hipocretina-1 en LCR menores o iguales a 110 pg/mL o un tercio de los valores normales de los controles</p> <p>D. La hipersomnia no es explicada por otro trastorno del sueño, neurológico o mental, por uso de medicamentos o trastorno de abuso de sustancias.</p>	<p>A. El paciente se queja de excesiva somnolencia diurna, que ocurre casi diariamente durante al menos tres meses</p> <p>B. No existe cataplejía o los episodios son dudosos</p> <p>C. En la medida de lo posible, debería confirmarse el diagnóstico mediante: – PSGn seguida de una PMLS: la latencia media de sueño debe ser menor o igual a ocho minutos con dos o más entradas en REM, tras seis horas o más de sueño nocturno</p> <p>D. La hipersomnia no es explicada por otro trastorno del sueño, neurológico o mental, por uso de medicamentos o trastorno de abuso de sustancias</p>

Fuente: Vico , B., Monzó , M., Cuenca , F., y Domingo, J. (2013). Adaptación de puesto de trabajo en dos casos de narcolepsia. *16(2)*, 87-89.

Anexo D

CRITERIOS SEGÚN CIE 10

Figura 1. Narcolepsia

NARCOLEPSIA	
A.	Ataques de sueño reparador irresistible que aparecen diariamente durante un mínimo de 3 meses.
B.	Presencia de uno o ambos de los siguientes síntomas. <ol style="list-style-type: none">1. Cataplejía. (es decir, episodios breves y súbitos de pérdida bilateral del tono muscular, la mayoría de las veces en asociación con emociones intensas).2. Instrucciones recurrente de elementos del sueño REM en las fases de transición entre el sueño y la vigilia, tal y como indican las alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas a la parálisis del sueño al principio o al final de los episodios del sueño.
C.	La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directo de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. (1994). Décima Revisión de la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento. (CIE-10).