

Hemodiálisis y sueños

Haemodialysis and dreams

Carlos MINGOTE ADAN (*); María BARREDA MARINA (**);
Concepción PELLICER ZAMORA (***) y José RALLO ROMERO (****)

RESUMEN

Los aspectos psicopatológicos de la hemodiálisis (HD) son brevemente expuestos. La escala de Van de Castle fue aplicada al contenido de los sueños.

Las consecuencias traumáticas de la HD, la incidencia sobre la estructura de personalidad, y el reajuste libidinal que tiene lugar como una manera de elaborar la ansiedad, aparecen en los sueños.

Se observa un fracaso en la función del preconscious, así como una regresión estructural de la personalidad del paciente (P).

Finalmente, se enfatiza la utilidad de los sueños como indicadores precoces del desequilibrio psicopatológico y su posible utilidad para el proceso terapéutico.

ABSTRACT

The psychopathological aspects of haemodialysis (HD) patients (P) are briefly reviewed. The Van de Castle's scale has been applied to dream content.

The traumatic consequences of HD, its incidence in the personality structure, and the libidinal adjustment that takes place as a way to elaborate the anxiety appears in the dreams.

We observed a failure in the preconscious function, as well as structural regression of the patient's personality.

Finally, we emphasize: 1) The usefulness of dreams as early indicators of psychopathological imbalance, and 2) The possible psychotherapeutic efficiency for the treatment process.

PALABRAS CLAVE

Diálisis. Sueños. Estructura de personalidad. Preconscious.

KEY WORDS

Dialysis. Dreams. Personality structure. Preconscious.

INTRODUCCION

Nos propusimos investigar la hemodiálisis (HD) como resto diurno tal y como aparece en el contenido manifiesto (CM) de los sueños de los pacientes (P). Analizar su repercusión emocional para prevenir una posible descompensación psicopatológica y actuar de modo psicoterapéutico.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE EN HD

La diálisis como forma de vida implica importantes cambios para el P y su familia

(*) Psiquiatra adjunto. Servicio de Psiquiatría. Hospital "12 de Octubre".

(**) Psiquiatra adjunta. Centro de Salud Mental. Salamanca-Chamartín.

(***) Psiquiatra psicoanalista. Sociedad Psicoanalítica de Madrid.

(****) Jefe del Servicio de Psiquiatría "Fundación Jiménez Díaz".

y condiciona diferentes aspectos emocionales.

CZACZKES y RAPAPORT (1 y 2) exponen que existen, al menos, seis fuentes de *stress*:

- 1) Pérdida o riesgo de pérdida de objetos externos.
- 2) Restricciones.
- 3) Conflicto con la dependencia.
- 4) Aumento de la agresión.
- 5) Riesgo de muerte.
- 6) Cambios en la imagen corporal.

A estos factores se añade como fuente de *stress* la relación paciente-equipo médico.

Aunque se puede definir la diálisis como un proceso de pérdida, son de subrayar la pérdida del trabajo u ocupación, la de relaciones interpersonales o grupales y las pérdidas en relación a la expectativa de vida o de partes y funciones del cuerpo.

Las restricciones más significativas son: en la dieta, que tiene las características de ser muy concreta y limitada. En los desplazamientos o viajes, que afectan la planificación de las actividades diarias.

Los dos tipos de restricciones tienen carácter diferente: las de la dieta es de privación, mientras que la restricción de movimiento supone una pérdida de libertad y la necesaria inclusión en una rutina diaria.

Ambas crean gran frustración en los pacientes e incremento de la agresión.

Desde los primeros estudios psiquiátricos se destaca el problema de la dependencia: la forma de vida depende de otros, familia, equipo y, en último término, la sociedad que paga el tratamiento.

Esta forzada dependencia es reseñada como ansiogena en mayor o menor medida, según la aceptación de esta necesidad.

Algunos estudios demuestran que estos pacientes tienen un alto nivel de agresión y que su manejo les resulta muy angustioso.

En pocos estudios la agresión fue medida encontrándose niveles dentro de un rango normal (FIRHMAN y SCHNEIDER, 1972), sin embargo, múltiples comportamientos son descritos como manifestaciones de un incremento de agresión (HALPER, 1971; TARKOW, 1972) y de la dificultad y el peligro de expresarse a nivel de la conducta (MCNAMARA, 1967; HALPER, 1971).

El *acting-out* de la agresión ha sido descrito como una de las razones del abuso de la dieta en forma autodestructiva.

El riesgo de muerte ha sido descrito como fuente de angustia, debido a la alta mortalidad de estos pacientes y su expectativa de vida a corto plazo.

Asimismo, son descritos, como importante factor de ansiedad, los cambios debidos a la imagen corporal. Entre éstos destacan: el cambio de imagen al ser conectado el paciente a la máquina y recircular la sangre; los debidos a las repetidas operaciones (fis-tulas AV externas); en la apariencia física (tinte amarillento, olor especial); en la capacidad de orina.

Todos estos factores de ansiedad van a provocar un alto nivel de frustración en el paciente, aumentan sus demandas afectivas, se acentúa la ambivalencia hacia los objetos de los que depende y la relación se establece matizada según los diferentes niveles de regresión estructural del *self*.

Para la adaptación a este nuevo tipo de vida es necesario un reajuste libidinal donde el cuerpo, la familia, el equipo asistencial y la máquina ocupan un lugar prioritario.

IMPORTANCIA DEL CONTENIDO DE LOS SUEÑOS

La interpretación de los sueños (3), publicada en 1900, fue para FREUD la piedra angular, el centro de la teoría y técnica psicoanalítica, y mostró las analogías entre los sueños y los sín-

tomas psiconeuróticos, así como sus mismas raíces en el inconsciente reprimido.

Con el método científico de la asociación libre, FREUD demostró que es posible rehacer el trabajo del sueño a partir del contenido manifiesto hasta llegar al contenido latente, y que el sentido del sueño consiste en la realización, alucinatoria y deformada, de un deseo infantil reprimido, reactivado por un resto diurno reciente.

Posteriormente se ha visto que el CM no es sólo una fachada engañosa, sino que tiene importancia como contenido significativo, siempre que se encuadre en la globalidad del sueño y en la biografía del soñante (4).

El sueño como guardián del dormir tiene una función traumatológica y elaborativa, integra las diversas fuerzas psíquicas en conflicto y, por tanto, incluye una función comunicativa (intrapísica y relacional) (4 y 5).

La injuria narcisista de la HD, las pérdidas del *self* y del objeto, y la amenaza a la identidad personal en los vínculos de integración espacial, temporal y social (6) condicionan un incremento de ansiedad para el P.

Pensamos que a través del estudio de los sueños se aprecia la elaboración de esta conflictiva.

La diferente estructura de personalidad del paciente condicionará los distintos cuadros psicopatológicos, así como la fenomenología de los sueños.

Este trabajo forma parte de la trilogía sobre la metodología de estudio del CM de los sueños (7 y 8).

OBJETIVO

El objetivo del trabajo es el análisis de las categorías formales que aparecen en el contenido manifiesto de los sueños, y su relación con las distintas variables de la estructura de personalidad (conflictos psíquicos, mecanismos de defensa y pulsiones), con la psico-

patología clínica y aspectos personales del soñante, así como con su enfermedad renal y tratamiento actual de HD.

MATERIAL Y METODOS

Características y recogida de la muestra

Se entrevistaron un total de 60 enfermos, durante un período de 30 meses, con un total de 400 entrevistas de una hora de duración. Las entrevistas se realizaron cara a cara y en el marco de una relación asistencial psicoterapéutica.

De los 60 enfermos entrevistados 24 (40 %) eran conscientes de ser soñantes; 12 varones y 12 mujeres; 15 casados y nueve solteros; con una edad media de 32 años, entre un máximo de 52 y un mínimo de 18.

Se recogieron 52 sueños, siendo el promedio de 2,16 sueños por soñante.

Escala aplicada

Para el análisis de los datos se aplicó la escala de Van de Castle (9), de categorías formales, que a través del lenguaje intentan sintetizar la escena del sueño y los afectos suscitados.

Los parámetros aplicados y los resultados se observan en las tablas.

TABLA 1

FECHA	
	(%)
No precisada	80,8
Precisada	19,2
Víspera	5,8
-1 año	7,7
+1 año	3,8
Concreta	1,9

TABLA 2

REPETIDOS	
	(%)
Sí	44,2
No	55,8

TABLA 3

TIPO	
	(%)
Sensorial	100
Conceptual	0

TABLA 4

ESTRUCTURA	
	(%)
Completo	88,8
Fragmentario	11,2

TABLA 5

ESPACIO	
	(%)
Externo	9,6
Interno	18,5
Conocido	22,4
Desconocido	9,5
No precisado	40,0

TABLA 6

OBJETOS	
	(%)
No referencia	51
Referencia	49
Naturales	27
Parte del cuerpo	17,4
Geológicos	9,6
Artificiales	22
Diálisis	18,0
Otros	4,0

TABLA 7

PERSONAJES	
	(%)
Soñante	82,7
Familiares	28,8
Desconocidos	15,4
Conocidos	7,7
Amigos	3,8
Enemigos	7,6
Muertos vivos	7,8
Fantásticos	3,9

TABLA 8

ACCION	
	(%)
Desplazamiento	12,2
Actividad física	2,0
Actividad sexual	1,9
Actividad laboral	5,7
Actividad diálisis	17,4
Actividad sociopolítica	0
Estudios-exámenes	0
Juego-diversión	2,0
Competitividad	0
Agresión-daño corporal con muerte catástrofe	43,5
Amistad	13,4
Cambio-metamorfosis	0
Intervención médica con éxito ..	3,9

TABLA 9

RESULTADO DE LA ACCION	
	(%)
Inhibición-frustración	17,5
Fracaso (depende del sujeto)	2
Desgracia (no depende del sujeto) ..	47,1
Exito (depende del sujeto)	7,7
Suerte (no depende del sujeto) ..	22
No precisada	3,7

TABLA 10

AFECTOS	
	(%)
Placer físico	4,8
Bienestar-alegría	29,0
Tristeza	3,0
Angustia-miedo	46,0
Extrañeza-confusión	2,5
Agresividad-rabia	5,7
Admiración-envidia	4,2
Impotencia	4,8

TABLA 11

CONTINUIDAD DEL SUEÑO EN LA VIDA VIGIL	
	(%)
Apreciado	48,1
No apreciado	51,9
El sueño despierta	19,3
No despierta	80,7

TABLA 12

CORRELACION	
	(%)
Acción-afecto contrario	3,9
Asociaciones	37,0

COMENTARIOS

Tabla 1.—FECHA

Se destaca la escasa referencia al tiempo como dimensión limitante del sueño. Este hecho se puede explicar como resultado de la intensificación de la negación frente a angustias de muerte, que se reactiva por la amenaza de perder la vida, es decir, ante la confrontación con el límite del tiempo personal.

Los sueños de la víspera de la consulta psiquiátrica (5,8 %) se refieren al

ingreso médico, al montaje de la máquina, a la posible muerte y a contenidos transferenciales con el equipo médico.

CASO N.º 1

“El día anterior de hacerme la primera diálisis soñé que montaba la máquina muy bien, tranquilamente y con ganas... Mi mujer ha soñado esto mismo, pero nerviosa y con temor”.

En el sueño se observa cómo la angustia es proyectada en la mujer. Se trata de un varón de 42 años, que tiene un hermano tres años mayor. Antes de ellos su madre tuvo cuatro hijas que murieron al nacer. Su madre murió hace nueve años de un ACVA y su padre hace cuatro años de un edema pulmonar. Está casado y tiene dos hijos.

Fue diagnosticado de hipertensión arterial hace cuatro años, deteriorándose la función renal de modo paulatino.

En la entrevista comenta: “A mí, no me comentaron nada del problema del riñón artificial hasta hace unos meses, por ser muy sensible y hasta suspicaz. Me costó mucho encajar el golpe. Antes siempre había estado sano... Me fui haciendo a la idea, me siento muy arropado por mi familia, en particular por mi mujer, que está aprendiendo a dializarme para hacerlo en casa, lo fundamental es que me encuentro ahora, físicamente, mucho mejor que cuando estaba enfermo”.

Se encuentra de momento bien adaptado a la diálisis, y ubica la angustia en su esposa. Entre ellos existía previamente una buena relación emocional, de forma que ella funciona como continente eficaz de las ansiedades intolerables de él.

El que aparezca en los sueños el pasado obedece a mecanismos regresivos donde el pasado, en el que el paciente no se dializaba, aparece idealizado y representa un intento de negación del

paso del tiempo frente a la ansiedad del tiempo presente (10).

Tablas 2, 3, 4.—REPETIDO, TIPO Y ESTRUCTURA

La brevedad de los sueños y su marcado carácter sensorial (100 %) es explicable por la intensa angustia que liberan, siendo, por tanto, sueños traumáticos (FREUD), crudos (MARTY) (10) o evacuativos (GRINBERG) (11).

Tabla 5.—ESPACIO

En la mayor incidencia de espacios interiores (18,5 %) y conocidos (22,4 %) intervienen varios aspectos:

a) La limitación física impuesta por el deterioro corporal progresivo y por el horario de las diálisis que suponen una restricción importante del desplazamiento con riesgo en la deambulación. Además, existe un aumento de angustia por lo que significa lo exterior como desconocido (agorafobia).

b) El espacio limitado significa también la necesidad de control de impulsos.

c) Son, por último, vivencias de encierro claustrofóbico como representación del espacio donde se realiza la diálisis.

Los espacios exteriores van unidos a objetos y situaciones de características muy persecutorias, y en todos los casos es significativo que el paciente está solo y en situaciones de riesgo: precipitaciones por barrancos, descarrilamiento de trenes, objetos móviles que caen sobre el paciente y escenas de lucha a muerte.

Cuando aparece el espacio exterior se da una gran angustia de separación y abandono que es vivida como muerte inmediata, no siendo posible reclamar atención ni ayuda. Estos sueños son semejantes a los sueños de caída por barranco ya descritos por FREUD.

En un caso aparece el cielo como forma de negación de la enfermedad y regresión a un pasado idealizado.

Tabla 6.—OBJETOS

Existe un alto porcentaje de sueños referidos a partes del cuerpo (17,4 %). De éstos, la fístula aparece y se estropea en el 5,4 % o el paciente se desangra (2 %).

En el 10 % restante aparecen otras partes del cuerpo agujereadas, o sometidas a cortes y amputaciones. Estas fantasías son representaciones primitivas de objeto parcial.

Sólo en un caso la amenaza de muerte aparece representada en una relación objetual interpersonal (intento de ahogo por la garganta).

CASO N.º 2

María relata: "Sueño con la fístula, estaba estropeada y me la limpiaban, pero me la dejaban abierta y me desangraba. Yo les decía: «No me dejéis así, no me dejéis sola»... Era gente desconocida, no llevaban bata... Creo que entre la gente estaba mi mamá... Es un sueño confuso, la sangre se me iba saliendo y temía desangrarme y morirme".

Se trata de una mujer de 28 años, casada, con dos hijas. Su padre sufre una enfermedad de Parkinson muy invalidante. Los padres viven en otra ciudad y los echa mucho de menos.

Se le practicó un aborto terapéutico a los cinco meses de gestación que asocia en relación al sueño: "Me tuvieron que transfundir porque si no me iba".

La paciente tiene problemas con la fístula y está muy pendiente de la máquina durante la diálisis.

En el sueño se observa la intensa angustia de separación abandono y muerte.

La angustia del conflicto actual en la diálisis aparece condensado con el

conflicto infantil en relación a la madre.

CASO N.º 3

Juana refiere dos sueños.

En el primero dice: "Sueño que van a tirar una bomba atómica, la veo caer y no puedo correr".

En el segundo: "Sueño con una máquina de hacer patatas fritas, van entrando enteras por un lado y salen partidas en rodajas por el otro. En el sueño, temo que me pueda pasar a mí lo mismo en la diálisis".

Se trata de una mujer de 23 años, soltera. Es la menor de siete hermanos, sus padres viven. Desde hace ocho años padece su enfermedad. Le fue amputada una pierna.

La enferma comenta, con conciencia dolorosa, su desinterés por las cosas y el abandono sistemático de todo lo que empieza. Este hecho lo relaciona con la actitud controladora y sobreprotectora de su madre.

En el primer sueño predomina la proyección de la agresión y la angustia de castración reactivada por su invalidez corporal.

En el segundo sueño aparece la identificación proyectiva con la patata a la que hacen rodajas en un intento de elaborar la angustia de castración.

CASO N.º 4

Asunción refiere: "Tomé dos veces un valium y soñé que me caía por un abismo muy profundo... Era una pesadilla. Otra noche veía mi pierna llena de agujeros, no me podía dormir, estaba muy triste".

Se trata de una mujer de 28 años, casada, con una hija.

Tiene una sintomatología fóbica ante los agujeros y que relaciona con el hecho de ser pinchada: "Busco los agujeros en cualquier sitio, en las paredes del autobús, en las migas de pan, en

la piel de las personas, en las superficies rugosas...".

El aspecto a destacar en este sueño es el fracaso relativo del preconscious ("agujereado"), para lograr un mejor control de las fantasías inconscientes persecutorias que invaden la conciencia de la soñante y la despiertan.

Dentro del esquema de BION (12, 13) pensamos que en estos casos el preconscious presenta un fracaso de la función para-excitación y de la barrera de contacto.

El exceso de impresiones sensoriales y experiencias emocionales conflictivas ligadas a la diálisis, quedan sin elaborar y se traducen en la clínica por insomnio, episodios confuso-oníricos y actuaciones psicopáticas.

Según las aportaciones de M. KLEIN (14, 15) se produciría una reactivación de la ansiedad de fragmentación propia de la fase esquizo-paranoide, en la que la presencia de un "pecho malo, persecutorio" aparecería representado por la máquina como objeto de proyección y retaliación de la angustia de disolución y muerte.

El predominio de objetos artificiales (22 %) confirma las fantasías anteriormente expuestas.

De éstos, el 18 % están referidos a la diálisis, haciendo referencia explícita a la máquina en un 13 %. La máquina se estropea, se para, o se transforma en un objeto peligroso para el paciente.

En el 4 % restante, los objetos son agresivos: cuchillos, bombona que estalla, descarrilamiento de trenes...

CASO N.º 5

José relata: "Entraba en diálisis y según llegaba me metían vestido en un cuarto horrible, en el que caía agua como de unas duchas de brazos que estaban en las paredes. Me calaba todo y me ponía muy nervioso porque el agua subía. No me podía ir a casa, que-

ría llamar a mi mujer para que me trajera unos pantalones”.

Asocia: “Tengo mucha angustia con el aparato, ya que a veces me salpico de agua. Al principio era terror lo que sentía aquí, inmóvil. Pensaba que en un segundo podía quedarme muerto. Me gustaría abrir un *coil* (filtro) con un cuchillo para verlo por dentro y comprobar que no tiene fallo”.

“También soñé que venía a dializarme y que no había aparato para mí, tenía que esperar que terminasen los demás. Yo les decía que me tocaba hoy, que no podía esperar. Por fin me dieron un aparato que era monstruoso, como una locomotora, con muchas tomas de sangre y mucho lío, era horroroso. Luego no había sitio donde poner la máquina donde instalarme, me hacían empujar el aparato de una habitación a otra y no había sitio. Me desperté muy mal”.

Se trata de un varón de 50 años, casado, es el segundo de cuatro hermanos. Cedido cuando tenía 10 años, con importante experiencia de privación y de abandono emocional. Es un enfermo caracterial, obsesivo, melancólico, que ha utilizado la hiperactividad compulsiva como defensa hipomaníaca y la inhibición de la agresión.

Sus ansiedades de separación y abandono constituyen el núcleo traumático presente en sus sueños, así como la intolerancia a la pasividad y a la dependencia respecto del objeto externo.

Pensamos que el alto porcentaje de aparición de la máquina, es debido a la simbiosis enfermo-máquina en el momento de la diálisis.

La máquina aparece como una parte del *self* perdido del paciente (los riñones) y como objeto de proyección de sus emociones, esto es semejante a lo descrito por TAUSK en el delirio de la máquina de influencia. La máquina es necesitada y odiada de forma ambivalente. Ante ella, el paciente se encuentra solo y no existen elementos

posibles de comunicación con otras personas.

CASO N.º 6

Vicenta refiere: “Estalla una bomba y mis niños están allí”.

Se trata de una mujer casada que enfermó a consecuencia de un parto con feto muerto en el que tuvo una fuerte hemorragia: “Me dejaron mucho los médicos... no se creían que estaba muerto. Cuando al final me lo sacaron, tuve una hemorragia muy grande y se me oprimieron los dos riñones, de tanto destriparme me estropearon los riñones, se me quedaron sin jugo porque perdí toda la sangre, el chorro de sangre salía como un brazo. Yo les decía: «Terminad conmigo». Luego perdí el conocimiento”.

Aparecen distintos elementos importantes. En especial la necesidad de elaborar los aspectos persecutorios y protectores del objeto, desplazado en los médicos, así como la culpa persecutoria en relación con la pérdida sufrida (feto y riñones), donde el conflicto entre el Super-yo persecutorio y el Yo aparece en la frase “Terminad conmigo...” como forma de expiación.

La condensación del vientre-bomba con el estallido-hemorragia representa la angustia de aniquilación y constituye el núcleo traumático melancólico en el que se centran las fantasías básicas de la paciente. También aparecen fantasías de escena primaria como confusión destructiva y aniquilante.

La conexión a la máquina supone un ataque a la identidad espacial del *self* representada por la piel como envolvente que contiene las distintas partes del *self* entre sí, mantiene la cohesión y diferencia el *self* del no-*self*.

El ataque de un objeto exterior (máquina) que forma parte del propio cuerpo, moviliza las ansiedades más primitivas, y el Yo utiliza entonces defen-

sas de disociación, proyección y negación, como forma omnipotente de control de la ansiedad.

La imagen corporal se disocia en máquina-sistema-cuerpo, perdiéndose la capacidad de contención de la piel (16). Se incrementa la angustia de confusión de identidad constituyendo una amenaza de gran intensidad para el Yo que puede manifestarse clínicamente por cuadros de despersonalización y episodios psicóticos transitorios.

El conflicto se da entre la necesidad de introyección de un objeto bueno y el peligro de reintroyección de las propias proyecciones.

Según BOUVET (17) la situación de grave herida narcisista situada a nivel de la diferenciación del Yo/no Yo, y de la desaparición de los límites reales del cuerpo, unido al cambio de imagen corporal, reactivan fantasías de unión a una madre destructiva. Estos serían los conflictos básicos que condicionan los cuadros de despersonalización, caracterizados por un sentimiento desagradable de cambio y de alteración en la percepción de la realidad externa y del propio Yo corporal y mental. Experimentándose sentimientos de incapacidad de respuesta afectiva.

Se da una disociación entre un Yo observador y un Yo que sufre una regresión profunda en un intento de restablecer un contacto entre la realidad externa y la realidad interna.

La conexión a la máquina crea un espacio particular donde el adentro es también el afuera, con posibilidad de que se desdibuje y borre el límite entre lo real y lo imaginario, de modo que el proceso de regresión del Yo puede afectar la capacidad perceptiva. Aparecería, por tanto, lo descrito por FREUD como el sentimiento de lo siniestro.

Lo extraño e inquietante aparece siempre que se pierde la distancia emocional a la que normalmente se sitúa el objeto, porque el espacio perdió su dimensión limitante habitual.

Tabla 7.—PERSONAJES

En la Tabla 7 la suma de porcentajes excede del 100 %, ya que los personajes se repiten y aparecen combinados en los sueños.

La aparición de la propia imagen se da en el 82,6 % de los sueños, sola o acompañada. Los familiares y el equipo asistencial en el 28,8 %.

En los sueños en que aparecen la imagen del soñante, esta es reconocida como propia, mantiene la misma apariencia física y conserva las características de dimensión, edad, sexo y situación social del soñante (autoimagen figurada).

La autoimagen forma parte del trabajo del sueño y es uno de los elementos estructurantes del mismo.

Según A. SIROTA (18) el grado de certeza de ser uno mismo en el sueño se considera ligado al sentimiento de identidad.

El soñante ve su sueño, por lo que el sueño crea un adentro y un afuera. Este afuera es la pantalla del sueño.

En el caso de la autoimagen corporal se crea otro espacio dentro del sueño: el soñante ve el afuera del sueño en la pantalla, se siente parcialmente incluido en ella y desde el adentro de sujeto soñado vive el afuera de la escena onírica.

La autoimagen figurada amplía la posibilidad de visualizar partes de la imagen corporal que son imposibles de ver en la realidad, por ejemplo, verse conectado a la máquina.

La autoimagen corresponde a la representación de un continente interno capaz de integrar la producción onírica cargada de angustia.

De especial valor es la repetición de la autoimagen o de la agresión a la misma con un desencadenamiento brusco de angustia que lleva al despertar; porque supone un intento de elaboración del ataque a la integridad corporal.

La presencia de familiares y equipo asistencial se explica por el incremento de las necesidades de dependencia narcisista.

Los médicos y ATS forman parte de las figuras omnipotentes, conservadoras que contrarrestan las fantasías persecutorias de la máquina, estableciéndose con ellos una relación muy ambivalente marcada por la amenaza de pérdida y retaliación.

CASO N.º 7

Nicasia cuenta: "Esta noche soñé que estaba ingresada en el hospital y había médicos, enfermeras, mucha gente que entraba y salía. Yo pensaba en la vida del hospital".

Asocia: "El ver que dependo de tanta gente me agobia. El depender de mi marido y de la máquina me hace sentir inútil".

La paciente es una mujer de 25 años, casada, es la mayor de cinco hermanos. Desde los 14 años enferma de riñón, comienza en diálisis hace unos meses. Cedida intrafamiliarmente de los tres a los siete años. Se trata de una estructura fóbico-paranoide con importante fondo melancólico.

Los desconocidos (15,4 %) y enemigos (7,6 %) están ligados a situaciones de temor y descontrol de la agresión.

Las personas muertas reaparecen como personajes vivos (7,8 %) en un intento de negación de la pérdida y de la muerte.

La importancia de la familia y el equipo es fundamental, ya que de ellos depende la supervivencia y los aportes narcisistas básicos, sin los cuales se produciría la muerte.

Las personas especialmente investidas como figuras clave, refuerzan el sentimiento de identidad de la misma forma que la madre lo recrea en el niño.

La posibilidad de una mínima frustración puede ser vivida como un ata-

que retaliativo contra el *self*, reactivándose sentimientos de muerte, odio y agresión, difíciles de contener por la familia.

Tabla 8.—ACCION

Las situaciones de actividad están muy disminuidas, como manifestación del reajuste libidinal y repliegue narcisista sobre el propio *self* enfermo.

Los desplazamientos aparecen en un 12 %, como deseo de descarga motriz. La vuelta al trabajo en un 5,7 % como sueño de realización de deseos.

Las situaciones de pasividad ligadas a agresión, daño corporal y muerte catastrófica aparecen en un 41,5 % y las diálisis en un 17 %.

Estos resultados son indicativos de los temores ligados a una dependencia pasiva extrema de la que el soñante no puede defenderse.

Tabla 9.—RESULTADOS DE LA ACCION

El resultado de la acción no depende del sujeto sino del azar en un 21,1 %, siendo el final desgraciado en un 46,1 %.

El conflicto básico, como en el apartado anterior, se centra en torno a la dependencia de un medio hostil no controlable, ante el que el paciente está inerte y sin posible reacción.

Tablas 10, 11, 12.—AFECTOS, CONTINUIDAD DEL SUEÑO EN LA VIDA VIGIL Y CORRELACION

El afecto predominante es la angustia (46 %), que irrumpe masivamente y llega a despertar en un 19,5 % de los sueños.

Estos resultados muestran la masividad de la angustia desencadenada por la enfermedad y la diálisis y el fracaso de la elaboración onírica.

Los afectos de bienestar y alegría aparecen en un 29 %, como forma de

realización de deseos y negación de la enfermedad.

En el 37 % de los casos se pudieron recoger asociaciones al sueño en relación a la enfermedad y a la diálisis. En el 48 % es posible decir que existe continuidad del sueño con la vida vigil del paciente.

VALORACION

En relación con las consideraciones precedentes podemos concluir que:

1. La HD y la pérdida de funciones corporales debidas a la uremia, actúan como factores traumáticos permanentes que inciden directamente en los sueños.

2. Es necesaria una adaptación emocional del P a su nueva condición de vida, que dependerá de la estructura previa de personalidad y de la calidad de sus vínculos afectivos.

3. La estructura psicósomática de personalidad de los P (hipertensos con IRC), o el olvido como negación del sueño, pueden condicionar que el 60 % de los P no sean conscientes del soñar.

4. El contenido del sueño es significativo de una descarga de ansiedad no elaborada que corresponde a la descripción de sueños traumáticos, crudos o evacuativos.

5. La aparición de sueños traumáticos se considera un indicador precoz de descompensación psicopatológica.

6. Desde el punto de vista psicopatológico, la existencia de sueños traumáticos se relaciona con la desestructuración de la personalidad del P empobrecida y limitada por la HD.

7. Esta desestructuración puede ori-

ginar cuadros de ansiedad, depresivos o episodios psicóticos transitorios.

8. Se observa un desfallecimiento de la estructura del preconsciente y un relativo fracaso en su función de simbolización.

9. La HD como injuria narcisista incrementa la angustia paranoide reactivando las fantasías de vaciamiento, fragmentación, vampirismo y muerte catastrófica.

10. Frente al aumento de la angustia paranoide se movilizan los mecanismos de defensa específicos de la etapa esquizo-paranoide del desarrollo libidinal tales como la renegación, disociación, proyección y *splitting*.

11. El predominio de la angustia paranoide puede condicionar, a nivel estructural, una regresión simbiótica masiva, en la que el equipo médico asistencial y las personas afectivamente significativas actúan como figuras omnipotentes que aseguran la vida del P.

12. La amenaza de pérdida o abandono, de estas figuras de las que depende, supone un riesgo de muerte inminente.

13. Existe una continuidad entre la vida vigil y onírica del P que éste es capaz de vincular mediante asociaciones.

14. La comprensión de la dinámica intrapsíquica y relacional del P es fundamental para una atención psicoterápica preventiva.

15. En esta intervención el equipo asistencial de la HD forma un sistema de paraexcitación y contención de la ansiedad del P.

16. La intervención psicoterapéutica está encaminada a posibilitar la elaboración de las emociones del P y a movilizar sus iniciativas y aspectos activos.

BIBLIOGRAFIA

- (1) CRACZKES y KAPLAN DE NOUR: *La diálisis como forma de vida*. 1970.
- (2) RAPAPORT: *A second look at life*. Grune and Stratton. New York. 1973.
- (3) FREUD, S.: *La interpretación de los sueños*. O. C. Madrid. 1982.
- (4) RALLO, J. y cols.: "Les revès comme unité et continuité de la vie psychique". *Revue Française de Psychanalyse*, 38, 5-6, págs. 821-962. 1974.
- (5) RALLO, J. y cols.: "El doble contenido latente del sueño". *Revista de Psicoanálisis de Madrid*, núm. 4, págs. 49-62. 1986.
- (6) GRINBERG, L.: "Vínculos de integración"; en: *Identidad y cambio*. Paidós. 1980.
- (7) MINGOTE, C. y cols.: "Valor en clínica del CM de los sueños". *Revista Clínica Española*, 152, 2, págs. 85-91. 1979.
- (8) GIMÉNEZ, M. A. y cols.: "Metodología de estudio del CM de los sueños". *Revista de la A.E.N.*, núm. 25, págs. 267-280, junio. 1988.
- (9) VAN DE CASTLE, R. L.: "Temporal patterns of dreams". Hartman, E. (Ed.): *Sleep and Dreams*. 1970.
- (10) MARTY, P.: "Comentarios sobre los sueños de los enfermos somáticos". *Primer Simposio Internacional sobre el sueño*. Murcia. 1984.
- (11) GRINBERG, L.: "Función del soñar. Clasificación clínica de los sueños en el proceso analítico"; en: *Psicoanálisis*. Paidós. 1981.
- (12) GRINBERG, L. y otros: *Introducción a las ideas de Bion*. Paidós. 1980.
- (13) BION, W. R.: *Aprendiendo de la experiencia*. Paidós. 1980.
- (14) SEGAL, A.: *Introducción a la obra de M. Klein*". Paidós. 1984.
- (15) KLEIN, M.: *Obras completas*. Paidós. 1983.
- (16) ANZIEU, D.: *Le moi peau*. Dunot. 1984.
- (17) BOUVET, M.: "Depersonnalisation et relations d'objet". *XXI Congrès des Psychanalyses de Langues Romaines*. Presses Universitaires de France. 1974.
- (18) SIROTA, A.: "Sobre la autoimagen onírica, el dormir y el soñar". *Psicoanálisis*, Revista de la A. Psicoanalítica de Buenos Aires. 1983.

Dirección para correspondencia: María Barreda Marina. Centro de Salud Mental. Salamanca-Chamartín. C/. Marqués de Ahumada, 11 - 28028 Madrid.

Fecha de recepción: 15-3-1990. Fecha de aceptación: 1-10-1990.