

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES/ FACULTAD DE MEDICINA
Magíster en Psicología Clínica de Adultos**

**Tesis para optar al Grado de Magíster
En Psicología Clínica de Adultos**

**Análisis de un caso clínico: la pérdida de trasplante en un sujeto
con insuficiencia renal crónica terminal.**

Victoria Ruiz Razeto

Profesor patrocinante:

Alejandro Reinoso

**Marzo del 2012
SANTIAGO**

A Elba por los almuerzos y conversaciones infinitas de su infancia en Valdivia de Paine.

“Es un hecho de observación:
en la mayoría de los casos
el alma no sufre pasión alguna
ni cumple acción alguna
que no interesa al cuerpo.”

Aristóteles

Sobre el alma

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la ciencia y sus consecuencias técnicas ofrecen al sujeto sobreponerse a los límites del cuerpo y la existencia, de este modo, para todo aquello que puede significar la presencia de lo real y de la muerte, la ciencia parece tener la respuesta exacta para eliminar sus efectos y asegurar un equilibrado estado de salud. Bajo el argumento de mejorar la calidad de vida, o de salvarla, el desarrollo de las biotecnologías, de la genética y de la robótica, buscan a como de lugar mejorar las capacidades del cuerpo, prolongar la vida pretendiendo eliminar la muerte y así, “reparar” nuestra condición de mortales, siguiendo a Michel Foucault estas serían nuevas formas de gestión y de control del cuerpo por el biopoder.

El cuerpo biomédico es el objeto de la medicina contemporánea, y como tal, es una construcción que se caracteriza por responder a las exigencias del modelo científico, reduciendo las diferencias e imponiendo un prototipo de carácter normalizador, que excluye todo lo relacionado con la subjetividad y el goce.

El cuerpo al que se refiere la ciencia es fruto de la oposición psique / soma del pensamiento occidental, y es como efecto de una relación histórica al cuerpo, que la medicina toma, a este último, como un objeto de la naturaleza para describir objetivamente los fenómenos que lo afectan y principalmente su enfermedad. El sujeto, figura central del psicoanálisis, habita este mismo cuerpo de descripción y de normalización a partir del cual la medicina hace una ciencia; por su parte, el sujeto organiza su deseo a partir de esta misma premisa biológica que llamamos cuerpo, es así como surge a partir de estas reflexiones el interés por aproximarse al modo en que el sujeto - del psicoanálisis – enferma somáticamente.

El psicoanálisis ha ido ampliando su campo, orientándose hacia la posibilidad de pensar distintas problemáticas sociales, lo cual ha contribuido a una expansión de los campos en los que se hace pertinente y necesario su modo de operar. Esta disciplina, a diferencia de las ciencias médicas, no considera al cuerpo como de naturaleza inmutablemente objetiva, sino como un concepto construido social y subjetivamente, tanto en lo que implica la relación con otros, como en la relación que mantiene con el sujeto que lo encarna.

Los cambios en la aplicación del psicoanálisis, han permitido reestablecer los márgenes que nos permiten definir una práctica como analítica. Por otro lado, la implementación del psicoanálisis en instituciones de salud pública y privada, fomenta el cuestionamiento de sus nuevas aplicaciones, tanto en la teoría como en la técnica. De este modo, la incorporación de una escucha analítica, en este contexto, implica la presencia de un saber y un discurso distinto al médico, dicho de otro modo, el psicoanálisis aporta una concepción particular de sujeto, que inaugura un espacio para que éste pueda hablar de su cuerpo en un discurso propio. El sujeto no debería ser hablado por el discurso biomédico ni reducido a las leyes

fisiológicas, ya que eso equivaldría a despreciar el lugar de la subjetividad, negando la importancia del deseo que constituye al sujeto.

El avance de la metapsicología permite conceptualizar campos marginales del psicoanálisis, entre los que se encuentra la enfermedad somática, como una lesión en el cuerpo real del sujeto. Esta enfermedad no pertenece al campo de la psicósomática, porque no tiene como causa única la incidencia psíquica sobre el cuerpo; tampoco es posible considerarla como perteneciente a la clínica del síntoma, ya que la enfermedad en si misma no contiene un significado oculto que requiera ser descifrado, es decir, padecer una disfunción de órgano, no necesariamente, constituye un valor de síntoma. Es así como la enfermedad somática se presenta como un campo de desarrollo altamente complejo dentro del psicoanálisis, dado su condición marginal – ¿límite? – haciendo necesario redoblar los esfuerzos para pronunciarse sobre este campo.

Dentro del mismo ámbito marginal es posible situar el trasplante de órgano. Para Le Breton (2000), los trasplantes han conducido a sustituir la noción de lo sagrado del cuerpo humano, por la noción moderna de dignidad del cuerpo humano. Esta migración del mundo de la fe hacia el mundo de la técnica, ha abolido lo sagrado del cuerpo, el cual no está lejos de convertirse médica y potencialmente en un producto industrial y comercial. El trasplante de órgano es un procedimiento técnico y quirúrgico del tratamiento de un cuerpo enfermo a través del fragmento del cuerpo de otro sujeto, esta intervención en lo real del cuerpo implica además un compromiso psíquico por parte del sujeto.

El problema a trabajar en la tesis surge de la experiencia clínica al interior de un centro de diálisis, que corresponde a un contexto institucional de salud, donde se trata a personas con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRC-T). Esta enfermedad consiste en la pérdida irreversible y total de la función renal, cuya única forma de tratamiento es la diálisis o el trasplante. En Chile, la IRC-T es padecida por 16.300 personas, con un incremento de 800 casos anuales; se estima que esta cifra seguirá creciendo en la medida que la esperanza de vida en la población aumente. Como consecuencia de esta patología, 5.949 personas recibieron un trasplante renal el año 2009, de los cuales un 59% mantuvo el trasplante y un 26% lo perdió. En relación a esta última información, el Registro Nacional de trasplante no menciona las causas de la pérdida funcional del injerto, razón por la cual se desconoce si el origen de las pérdidas es de carácter biológico o psíquico. Este es, justamente, el ámbito en el que se inserta la pregunta de investigación, ya que pretende analizar las causas psíquicas del rechazo de un trasplante renal biológicamente bien implantado. Como es posible apreciar, esta problemática es de gran relevancia para las políticas de salud pública y por ende constituye una preocupación permanente para el Estado.

La realización de un trasplante tiene como objetivo, bajo una perspectiva médica la pura funcionalidad biológica del órgano, sin detenerse a pensar sobre los factores de orden psíquico que la determinan. Este hecho despierta el interés de una aproximación psicoanalítica a la cuestión de lo individual,

volviéndose relevante interrogar al propio sujeto acerca del lugar que asigna a su enfermedad y al órgano trasplantado.

Esta investigación se aproxima comprensivamente a la complejidad psíquica de un sujeto sometido, durante once años, a tratamiento de diálisis, luego de haber sido trasplantado y haber vivido durante un año y medio con un trasplante renal, el cual, posteriormente, perdió a causa de la suspensión del tratamiento antirrechazo que se había indicado. A partir del caso, se intenta reflexionar entorno a los fenómenos inconscientes, que operan en este sujeto al momento de dejar caer el trasplante, arriesgando, de este modo - además de su vida - la única posibilidad de permanecer alejado de la diálisis. Siguiendo esta lógica, resulta pertinente cuestionar los mecanismos psíquicos que subyacen a esta conducta “negligente” del sujeto, cuestionando simultáneamente el modo en que se establece su particular forma de adherir, o no, al tratamiento.

Para lograr el objetivo de la investigación, el análisis se basa en la articulación de elementos teóricos con la construcción del caso clínico arriba mencionado. Esta construcción permitirá analizar las formas discursivas del sujeto entorno a la temática del trasplante y su posterior rechazo; de este modo se intentará determinar el estatuto que tiene el riñón trasplantado para este sujeto en particular.

Entendiendo que la relación del sujeto con el órgano trasplantado es, a la vez, imaginaria, simbólica y real, y que cualquier intervención sobre esta relación implica, por lo tanto, el compromiso de estos tres registros, la problemática se centra, entonces, en el modo particular en que estos se anudan en un sujeto con IRC-T que perdió el trasplante renal. Esto nos permite arribar a la siguiente pregunta:

¿Cuál es el estatuto del riñón trasplantado en un sujeto con IRC-T, quien lo ha perdido por no adherir al tratamiento?, ¿qué lugar ocupa este órgano trasplantado en un sujeto que no pudo conservarlo?

En este punto se abren otras interrogantes que podrían ser abordadas: ¿Cuál es la característica del goce, en relación al cuerpo, que se pone en juego en este sujeto?

Con la incorporación del psicoanálisis a este contexto, se inaugura la posibilidad de plantear una práctica terapéutica, tomando en consideración las alteraciones pulsionales, así como también, los aspectos desligados y destructivos de la pulsión de muerte. Incorporar estos conceptos a la clínica, abre la posibilidad de ver el impacto del goce en la economía psíquica de un sujeto que no pudo incorporar el trasplante renal de un modo subjetivo; bajo esta misma lógica, la cura aparece como un proceso de ligazón, reconstrucción y resimbolización subjetiva.

En este caso, el equipo médico hizo múltiples intentos por “hacer tomar consciencia”, a este sujeto, de la importancia que tienen los medicamentos

para la permanencia del trasplante en su cuerpo. Cabe destacar que todos los intentos de la medicina por generar conductas de autocuidado, están orientados a un cuerpo biomédico, construido por la medicina, distinto al cuerpo del que se ocupa el psicoanálisis. Por esta razón, la mayor parte de los esfuerzos psicoeducativos resultan infructuosos. De este modo, es posible hipotetizar que la premisa con la que funcionan estas instituciones, concibe una individualidad radicalmente consciente de su padecer y, por lo tanto, el comportamiento de ésta – interrupción del tratamiento antirechazo, por ejemplo- es interpretado como la expresión de su voluntad. Esto último constituye una visión limitada del sujeto, desconociendo la existencia de los aspectos inconscientes que determinan su forma de gozar y que otorgan un carácter subjetivo al padecimiento corporal.

La evolución de las publicaciones nacionales en este tema se ha caracterizado más por el interés en la calidad de vida y el autocuidado de los pacientes, en el plano psicosocial, que por un estudio profundo de las manifestaciones intrapsíquicas. Debido a ello, fue necesario buscar bibliografía proveniente de otros países, tales como España, Bélgica y Francia, ya que cuentan con mayor cantidad de investigaciones destinadas a comprender al sujeto con este tipo de enfermedad somática. Dominique Cupa, Cecile Causeret, Karl-Leo Schwering, son algunos de los autores que aportan con producciones teóricas de orientación psicoanalítica y técnicas actuales en el tratamiento de dichas afecciones. Debido a esto, la utilización del material requirió de un importante esfuerzo de traducción, ya que en la actualidad sólo existen en su lengua de origen; por otra parte, su lectura fue de gran utilidad, ya que resulta muy estimulante percibir el interés y la profundidad con la que, estos autores introducen al sujeto como centro de su estudio, incorporando el lugar inconsciente que tiene el cuerpo y sus distintos registros, en un sujeto con Insuficiencia renal crónica que fue trasplantado.

El alcance ético que tiene este tema es profundo, ya que nos invita a reflexionar sobre el lugar del psicoanálisis en las políticas de salud pública y cómo éste puede contribuir a la comprensión analítica de los factores psíquicos que inciden en la adherencia hacia un tratamiento médico, cuando la propia vida está en juego. También se plantea un análisis, en relación a los mecanismos inconscientes que están implicados en la incorporación psíquica de un órgano trasplantado y que, al no estar presentes, podrían causar la consecuente pérdida del trasplante. Sería un aporte invaluable que el psicoanálisis se pronunciara respecto del sujeto que es candidato a trasplante, en este sentido, podría ofrecer una escucha distinta, propiciando, en el mejor de los casos, una incorporación psíquica del trasplante más acabada. La presencia del psicólogo en este contexto hospitalario, significa la inclusión de un saber y un discurso distinto al saber médico y, de este modo, una apertura a un nuevo espacio, a una nueva forma de abordar al sujeto.

Este trabajo está dividido en cuatro capítulos, el primero de ellos está destinado a describir la enfermedad y su tratamiento, explicando desde una mirada biológica, en qué consiste la IRC-T, la diálisis -como tratamiento de soporte vital- y el trasplante renal. Además se realizará un breve análisis de la IRC-T en Chile, mostrando su incidencia y prevalencia en la población.

También se mostrará el número de trasplantes renales que se realiza a nivel nacional, detallándose el porcentaje de trasplantes funcionales y el porcentaje de los que presentaron pérdida funcional. Por último, se presentarán algunas investigaciones chilenas y extranjeras que han abordado esta temática, con la finalidad de contextualizar y dar a conocer el estado en que se encuentra la producción de conocimiento en esta materia, además de una presentación del interés que este campo ha suscitado en otras disciplinas y en el propio psicoanálisis.

En el segundo capítulo, se lleva a cabo un recorrido por el concepto de cuerpo, a partir de las propuestas teóricas de Freud y Lacan, de este modo, se intenta destacar la forma en que el cuerpo ha sido conceptualizado a lo largo de la literatura psicoanalítica. Esto servirá como antesala para plantear, en el tercer capítulo, una breve presentación del caso clínico, poniendo énfasis en el impacto psíquico que la enfermedad y el trasplante significa para el sujeto. Posteriormente, se pretende desarrollar una articulación teórico-clínica que permita analizar el discurso del sujeto, sobre el planteamiento teórico de distintos autores, que han aportado a la aplicación del psicoanálisis en este campo. Por último, en el cuarto capítulo, se dará paso a las reflexiones y conclusiones finales del presente trabajo.

CAPITULO 1:

LA ENFERMEDAD Y SU TRATAMIENTO.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

El presente capítulo tiene el propósito de ilustrar las características de la Insuficiencia Renal Crónica. En la primera parte se abordan los aspectos biológicos de la enfermedad, el déficit que implica y su tratamiento. Luego se enfatiza en Trasplante renal y diálisis como dos formas de tratamiento de la IRC-T en Chile. Por último se revisan las últimas publicaciones que se han realizado, tanto en Chile como en el extranjero, en torno a este tema.

1. Riñones

La Insuficiencia Renal Crónica afecta el funcionamiento de los riñones, estos son un par de órganos que forman parte del aparato urinario, el cual está involucrado en la eliminación de productos de deshecho del funcionamiento del organismo, además de los riñones, el aparato urinario está compuesto por uréteres, vejiga y uretra. Por ambos riñones fluye a diario la cantidad de 1.700 litros de sangre, los corpúsculos renales se encargan de filtrar el líquido plasmático cuyo resultado es la orina. Gracias a este sistema, los riñones mantienen en equilibrio el contenido de agua y sales del organismo, influyendo de manera decisiva en la presión arterial y en la desintoxicación de la sangre por los desechos metabólicos. (Sperschneider, 2002)

También tienen una función endocrina que secreta hormonas importantes en la regulación del equilibrio del organismo, tales como la renina y eritropoyetina -hormonas que participan en la estimulación de la producción de glóbulos rojos-, además participa en el metabolismo de la vitamina D, activándola para cumplir funciones de absorción y reabsorción del calcio. (Sperschneider, 2002)

Cuando se produce una falla en la función excretora de la orina, aumenta la concentración plasmática de las sustancias tóxicas y disminuye paulatinamente la capacidad de orinar hasta perderse por completo. En relación a la función endocrina, disminuye la producción de eritropoyetina lo que genera en la mayoría de los casos un cuadro anémico; también se altera la producción de renina, incidiendo en la generación de hipertensión arterial. (Sperschneider, 2002)

2. Insuficiencia Renal Crónica (IRC)

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC), corresponde a la situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo a

la que puede llegarse por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito y/ o hereditario como adquiridas. En su etapa terminal, requiere tratamiento de sustitución renal por diálisis o trasplante renal. Las causas varían de un país a otro y dependen de diversas razones tales como epidemiológicas, socioeconómicas, genéticas y/o raciales¹.

La insuficiencia Renal Crónica, es una enfermedad que muestra mayor incidencia en el grupo etáreo comprendido entre los cincuenta y los setenta años de edad. El cuadro clínico de la IRC en su etapa avanzada es el *Síndrome Urémico*, que consiste en un conjunto de signos y síntomas resultantes del efecto tóxico producido por las concentraciones elevadas de productos de deshecho en la sangre, tales como urea, creatinina y ácido úrico. La sintomatología que compone este cuadro es muy amplia, comprometiendo el funcionamiento del organismo a todo nivel. (Zawada, E. en Daugirdas; 1996)

La IRC es un cuadro que evoluciona a través de cuatro etapas hacia la fase Terminal.

Etapa I: Leve disminución de la función del riñón (70% del funcionamiento normal), sin repercusiones clínicas. En esta etapa el déficit renal sólo es detectable mediante exámenes de laboratorio.

Etapa II: Moderada disminución de la función del riñón (del 70% al 40% del funcionamiento normal), sin presentar síntomas.

Etapa III: Avanzada disminución de la función del riñón (del 40 al 10% del funcionamiento normal). En esta etapa los síntomas son manejados con tratamiento médico no dialítico de reemplazo.

Etapa IV: Corresponde a la insuficiencia renal crónica Terminal, en la que el funcionamiento renal se reduce al 10% del normal o bien se anula por completo, provocando la destrucción irreversible del tejido renal. Esto implica una disfunción permanente del riñón y la causa inminente de muerte. Sin embargo a través del tratamiento sustitutivo, el paciente puede sobrevivir un tiempo bastante prolongado con la enfermedad, se considera que la expectativa de vida de los pacientes con tratamiento sustitutivo es de diez años en promedio. (Sperschneider, 2002)

3. Tratamiento de la IRC

La insuficiencia renal crónica en su etapa Terminal requiere de un tratamiento sustitutivo de la función del riñón y las únicas alternativas terapéuticas son el trasplante renal y la diálisis.

Trasplante renal:

¹Ministerio de Salud. Guía Clínica Prevención de Enfermedad Renal Crónica. 2010.

El trasplante de órganos representa uno de los logros más relevantes e importantes de la medicina actual. El poder recuperar con éxito la función de un órgano lesionado de forma irreversible, mediante la colocación de otro órgano procedente de otro individuo representa un hito difícil de imaginar hace 50 años. En la actualidad, el trasplante de órganos está completamente aceptado como tratamiento de elección en caso de insuficiencia de algún órgano y su práctica extendida en todo el mundo occidental. (Andreu, 2001)

El trasplante renal consiste en la extracción de un riñón de un individuo previamente sano (cadáver o vivo) y su colocación en un enfermo con insuficiencia renal crónica Terminal. La procedencia del injerto renal puede ser de donante vivo emparentado – relación consanguínea- o de cadáver con muerte cerebral. En caso de injertos procedentes de cadáver con muerte cerebral es imprescindible asegurar la normalidad en la función renal del donante, la ausencia de enfermedades infecciosas, la autorización familiar para la extracción de órganos y mantener la confidencialidad del donante. (Sperschneider, 2002)

La selección del receptor se realiza fundamentalmente sobre la base de criterios de compatibilidad antigénica entre donante y receptor, además de criterios de compatibilidad, también se pueden utilizar otros criterios médicos, como similitud de edad y características antropométricas entre donante y receptor.

La terapia inmunosupresora se inicia en el postrasplante inmediato y en muchos casos previamente a la cirugía, la finalidad principal de este tratamiento es evitar la activación del sistema inmunitario del paciente y el desarrollo de rechazo agudo del injerto renal. Resulta imprescindible la administración de estos fármacos en el postrasplante inmediato, ya que en caso de no administrarlos la incidencia de rechazo y pérdida de injertos es del 100% de los casos.

Se establece un equilibrio inestable entre tolerancia y rechazo, sobre la base de la reactividad inmunológica del paciente y del tratamiento inmunosupresor administrado; en caso de predominio de la reactividad se desarrolla un rechazo, y en caso contrario se consigue la normofunción del injerto. La incidencia máxima de rechazo se produce dentro de los tres primeros meses postrasplante, pero el receptor no está nunca libre de poder desarrollar un rechazo agudo, lo que obliga a mantener la terapia inmunosupresora durante toda la vida del injerto renal y a seguir controles periódicos de función renal. (Sperschneider, 2002)

Es relevante considerar que esta opción no constituye una solución definitiva; el órgano transplantado puede durar entre cinco y diez años, y ocasionalmente puede llegar a durar 15 años. (Drukker, W.; Parsons, F. y Maher, J.; 1982)

El paciente trasplantado renal experimenta una progresiva normalización en el funcionamiento de su organismo, con recuperación de todas sus funciones y sistemas. No se trata exclusivamente de una liberación respecto de

las sesiones de diálisis, sino de una notable mejoría de su estado general, tanto físico como psíquico. El paciente trasplantado renal deja de estar urémico, desapareciendo también todos los síntomas asociados a la uremia. La diálisis, como tratamiento sustitutivo, permite al paciente sobrevivir, en mejor o peor condición según cada caso, y esperar la posibilidad de un trasplante renal para obtener la curación “temporal” de su enfermedad renal. (Andreu, 2001)

Más del 50% de los pacientes dializados está en condiciones de ser sometido a un trasplante, las restricciones de antaño frente a esta posibilidad quirúrgica han disminuido considerablemente. Los resultados actuales de supervivencia del injerto renal y del receptor han mejorado de forma significativa en la última década, desde la introducción de la Ciclosporina, como principal fármaco inmunosupresor. (Andreu, 2001)

Los inmunosupresores desarrollan un efecto no selectivo sobre el sistema inmunitario, disminuyendo las defensas de todo el organismo. Hasta la actualidad el efecto inmunosupresor produce una situación de inmunodeficiencia secundaria, que predispone al paciente a desarrollar infecciones oportunistas. La Ciclosporina tiene como principales limitaciones su efecto nefrotóxico, la inducción de hipertensión arterial, la hipertrofia gingival (aumento de tamaño de la encía) y el desarrollo de hirsutismo (aparición de pelos en lugares del cuerpo donde no había). (Andreu, 2001)

Diálisis:

Consiste en un método empleado para eliminar líquidos y productos de deshecho que se acumulan a raíz de la falla renal, con el propósito de mantener la vida y el bienestar del paciente. Es un procedimiento que realiza la purificación de la sangre a través de una máquina que podría considerarse un riñón artificial, el cual funciona como un filtro formado por varios miles de fibras de celofán, permitiendo que el exceso de agua e impurezas salgan de la sangre del paciente, de este modo, la filtración disminuye los volúmenes de líquido en el cuerpo acercándolos a lo normal. (Drukker, W.; Parsons, F. y Maher, J.; 1982)

La diálisis se aplica con una frecuencia de tres veces por semana en un centro especializado, durante cuatro horas cada vez, siendo indispensable la rigurosidad en la asistencia a las sesiones de tratamiento, debido a que se corren serios riesgos para la salud en caso de no hacerlo. Este tratamiento “permite una rehabilitación y esperanza de vida razonable, sin embargo no cura la nefropatía ni puede compensar la pérdida de las actividades endocrinas de los riñones”. (Brunner, L; Suddarth, D.; 1994).

La realización de la diálisis requiere un acceso vascular llamado fístula para conectar la circulación del paciente a la máquina de diálisis. La fístula es la unión de una vena y una arteria en el antebrazo del paciente, este acceso vascular debe poder recibir dos agujas de gran calibre, introduciéndose en el brazo para lograr un flujo sanguíneo adecuado que permita pasar los litros de sangre del cuerpo por la máquina dializadora.

Los problemas que se producen más frecuentemente en diálisis, son los relacionados con la hipotensión o disminución de la presión arterial, la cual si no está asociada a causas específicas, es generalmente secundaria a la reducción aguda del volumen sanguíneo debida a la extracción brusca de líquido y electrolitos. Las reacciones a la disminución de la presión arterial en los pacientes van desde una sensación de malestar difuso, hasta vómitos y estado de somnolencia. Los calambres musculares son también frecuentes y se deben a la misma causa que la hipotensión, aunque no constituyen un riesgo para la vida, pueden interferir seriamente con el bienestar y la rehabilitación del paciente. (Daugirdas, J. e Ing, T.; 1996)

Este procedimiento altera todas las actividades cotidianas, principalmente el segundo día posterior a la diálisis, donde se manifiesta la sintomatología del déficit funcional del riñón, como es la retención de líquido y cansancio, entre otros, alterando así las actividades cotidianas y provocando cambios, sociales, familiares, económicos y laborales muy importantes, que deterioran significativamente la calidad de vida de la persona y su familia. (Ruiz et al., 2007)

Dentro de los requerimientos del tratamiento se incluye un programa alimenticio, el cual implica restricciones y ajustes en la nutrición de los pacientes, debiendo excluir de su dieta una amplia gama de alimentos por contener sustancias nocivas para ellos, tales como sodio, fósforo y potasio. Para disminuir los niveles de potasio en la sangre, se debe limitar el consumo de verduras, papas, legumbres, algunas frutas como plátano, kiwi, durazno y naranja, tampoco deben consumir frutos secos ni productos integrales. Con el objeto de evitar niveles altos de sodio, deben evitar el consumo de sal. También deberán restringir el aporte de fósforo en las comidas, para lo cual resulta decisivo evitar el consumo de productos tales como leche, productos lácteos, queso, pescados y cecinas de cualquier tipo. (Sperschneider, 2002)

La disminución de la ingesta de líquido es importante, debido a que la falla renal no permite la eliminación del exceso de agua, por lo que ésta se acumula en los tejidos, produciéndose un aumento de peso, lo cual significa la acumulación de líquido en los pulmones produciéndose una dificultad respiratoria severa. (Daugirdas, J.; 1996)

En el ámbito de la sexualidad, es posible observar con gran frecuencia disfunciones sexuales, considerando que el setenta por ciento de los pacientes de sexo masculino desarrolla disfunción eréctil y en las mujeres se observa una disminución de los orgasmos durante las relaciones sexuales. (Andreu, 2001)

En la mujer con insuficiencia renal crónica Terminal, las alteraciones hormonales, provocan una pérdida de la libido, alteraciones menstruales y disminución de la fertilidad. Durante la terapia de diálisis, estas alteraciones se agravan, siendo frecuentes ciclos menstruales anovulatorios; no obstante, hay que considerar la posibilidad de embarazo, dado que éste puede representar un grave riesgo para la mujer, debe aconsejarse la utilización de métodos anticonceptivos. (Andreu, 2001)

La causa de la disfunción sexual es orgánica en la mayoría de los casos, ya que se relaciona con los cambios hormonales asociados a la uremia, anemia o con el uso de antihipertensivos. Sin embargo, los factores psicológicos también están involucrados; existen algunos factores como la depresión, el cambio en el rol familiar debido a la pérdida de la fuente laboral, en la mayoría de los casos, y el impacto de dejar de orinar -considerando que en el hombre el órgano urinario es también el órgano sexual- pueden contribuir en conjunto al desarrollo de la disfunción sexual. Las disfunciones sexuales inciden desfavorablemente, en la posibilidad de relacionarse en pareja del mismo modo que en el tiempo previo a la enfermedad. En este sentido el trasplante renal mejora notablemente las disfunciones sexuales, ya que restituye la secreción hormonal tanto en el hombre como en la mujer. (Andreu, 2001)

En relación a la dimensión psicológica, se ha descrito que la depresión es la alteración más frecuente de los pacientes en diálisis. Algunas de las manifestaciones de esta patología se observa en la baja adherencia a los requerimientos médicos propios del tratamiento, también está asociada a una considerable incidencia de suicidio. Respecto de la conducta suicida, algunos estudios han incluido no sólo el acto suicida directo, sino también la muerte como resultado de una clara decisión de descuidar los procedimientos necesarios para la preservación de la vida. (López, 2000)

El interés por el estudio de la depresión se ha incrementado debido a la existencia de investigaciones chilenas que relacionan la depresión con el acortamiento del tiempo de sobrevida de los pacientes, incluso se descubrió que la depresión era el mejor predictor de mortalidad en relación con la edad y las variables biológicas. (Achondo, 2008)

Luego de haber realizado una descripción biológica de la enfermedad y sus posibles tratamientos, se dará paso a la presentación de la realidad chilena en relación a la IRC-T y su incidencia en esta población.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA y TRASPLANTE EN CHILE

A modo de contextualización se presentará una descripción general en torno a la realidad actual de la Insuficiencia Renal Crónica en Chile. La población chilena está envejeciendo, experimenta una fase de transición epidemiológica caracterizada por un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Durante los últimos 50 años, Chile ha sufrido transformaciones en el ámbito sanitario y demográfico, grandes logros como la reducción de la mortalidad materna e infantil y el riesgo de enfermar y morir por enfermedades infecciosas, lo sitúan hoy como uno de los países con mayores expectativas de vida de Latinoamérica (Ministerio de Salud [MINSAL] 2010).

De acuerdo al último censo realizado en Chile el año 2002,² hay un aumento de la población adulta y adulta mayor; que acompañado de un aumento de la esperanza de vida se traduce en un envejecimiento de la población y un aumento en las patologías crónicas (Ministerio de Salud [MINSAL], 2010). Las enfermedades crónicas se caracterizan por ser permanentes, dejar discapacidad residual, ser causadas por una alteración anatómico-patológica irreversible y requerir capacitación especial del paciente para su rehabilitación (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010). Entre las patologías crónicas, consideradas por el Ministerio de Salud (MINSAL), se encuentra la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), constituyéndose en un problema de salud pública, debido a su creciente prevalencia en la población, su pobre pronóstico y alto costo del tratamiento.³

En Chile, tal como sucede a nivel mundial, existe un ascenso progresivo de los pacientes que requieren diálisis; la razón de esta tendencia es el aumento de la sobrevivencia en la población.⁴

Según el registro anual de la sociedad chilena de nefrología, existen 16.300 chilenos con IRC-T, apreciándose una incidencia de 903 personas por millón de habitantes y un aumento aproximado de 800 casos nuevos cada año, cifra que se correlaciona positivamente con patologías como diabetes mellitus que corresponde al 6% de la población, e hipertensión arterial que representa al 20% de la población.⁵ Lo anterior, junto a la mayor facilidad de acceso a la terapia de diálisis en los últimos 20 años, ha generado un aumento rápido y progresivo de personas que tienen acceso a este tratamiento, tanto en el sistema público como privado. (Poblete, 2010)

Los pacientes con nefropatía crónica avanzada tienen una expectativa de vida significativamente reducida en comparación a la población general, en Chile, la mortalidad bruta anual de pacientes en diálisis es aproximadamente 11%. (Poblete, 2010)

² Comisión Nacional del XVII Censo de Población Y VI de Vivienda. 2003

³ Sociedad Chilena de Nefrología. Dr. Hugo Poblete Badal. Registro de Diálisis. XXX Cuenta de Hemodiálisis Crónica en Chile. (Al 31 de Agosto de 2008).

⁴ Ibidem.

⁵ Ibidem.

La IRCT se considera una enfermedad de gran impacto en la salud y presupuesto familiar de la población chilena, por esta razón, la terapia de sustitución renal (diálisis o trasplante), está incorporada en el listado de condiciones con garantías explícitas de salud (GES) desde 2005⁶. La diálisis, tiene un costo de \$530.000 persona/mes y representa el 22% del presupuesto GES. Por otra parte, se observa un crecimiento sostenido, tanto en el número, como en la tasa de personas que requieren diálisis, lo que representa un incremento de 78,1% en el número de pacientes. Sólo estas cifras hacen que cualquier mejoría en el tratamiento de la IRC sea altamente deseable.⁷

Para referirse al trasplante renal en Chile, es relevante destacar que, a principios de los años setenta, seguía siendo una intervención experimental de alto riesgo, ya que, entre un 35% y 40% de los trasplantados fallecían dentro del primer año. En el transcurso de los últimos veinticinco años, la mortalidad ha ido disminuyendo de forma notable y actualmente es del 5%, e incluso menos en pacientes sin enfermedades asociadas. (Andreu, 2001)

En relación al tipo de donante, cabe destacar que, el 68% de los riñones trasplantados proceden de donante cadáver, es decir, fallecidos de muerte cerebral o en accidentes que no hayan dañado el tejido renal. Sin embargo en los últimos cinco años, el número de trasplantes renales procedentes de personas vivas ha aumentado considerablemente, alcanzando el 32% de los trasplantes en Chile durante el año 2010.⁸

Un trasplante de riñón llevado a buen término, ofrece al enfermo mejores expectativas en cuanto a esperanza y calidad de vida. Según el último Registro Nacional de Trasplante de Órganos, durante el año 2010, se trasplantaron 7.092 órganos en Chile, de los cuales el 84% corresponde a trasplante renal, lo que equivale a 5.949 trasplantes.⁹

Del total de 5.949 personas trasplantadas renales, 3.509 continúan con función renal luego de un injerto exitoso, lo que equivale al 59% de la población en seguimiento. Sin embargo 1.546 personas perdieron la función renal del trasplante, lo que representa el 26% de la población estudiada, por otro lado el 15% falleció después de la intervención quirúrgica, lo que corresponde a 892 personas.¹⁰

⁶ Ministerio de Salud 2005. 1er Regimen de Garantías en Salud. www.minsal.cl

⁷ Guía Clínica 2010 Prevención Enfermedad Renal Crónica, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública.

⁸ Opcit. p. 4

⁹ Registro Nacional trasplante de órganos. Sección de histocompatibilidad departamento de inmunología. Instituto de Salud Pública de Chile 2009.

¹⁰ Opcit. p. 3

PUBLICACIONES EN RELACION A LA IRC-T

En Chile la mayor parte de las investigaciones se han producido fundamentalmente desde el interés de las ciencias médicas por estudiar esta temática, lo que ha significado que diversas revistas científicas aborden la calidad de vida y los factores psicosociales en pacientes renales como un tema digno de ser explorado.

El año 2009 Alarcón realizó en Chile una investigación acerca de los Factores que influyen en la percepción de la calidad de vida de personas adultas en diálisis.

Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto de calidad de vida relacionado con la salud [CVRS], como un modo de referirse a la percepción que tiene la persona de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. (Alarcón, 2009)

En relación a la dimensión psicológica, este estudio aborda específicamente el tema de la calidad de vida en un grupo de 75 personas sometidas a diálisis, en dicha investigación se afirma que la mayor pérdida en calidad de vida se percibe en relación a las limitaciones que sufren a la hora de realizar actividades físicas del diario vivir y en relación a su desempeño laboral. Además hubo una apreciación de deterioro en sus relaciones sociales a causa de su condición de salud. La presencia de depresión y la pérdida del nivel de autosuficiencia fue un hallazgo frecuente en estas personas, a modo de conclusión se postula que los estados depresivos pueden afectar las conductas de las personas en relación a su actitud y cumplimiento con la terapia dialítica. (Alarcón, 2009).

En la Universidad Católica de Chile se desarrolló una Tesis de Magíster en psicología de la Salud que intenta hacer una asociación entre representación de enfermedad y percepción de calidad de vida en los pacientes sometidos a hemodiálisis crónica.

Esta investigación realizada por Pérez el año 2007, intenta explicar las conductas de enfermedad considerando a la persona como un ente activo que desarrolla sus propias teorías en torno a su estado de salud, lo que le permite elaborar una representación cognitiva de su enfermedad, es decir, sus creencias y opiniones de cómo la enfermedad afecta su cuerpo, son un valioso aporte para conocer en un ámbito biopsicosocial a la persona sometida a diálisis.

Las teorías desarrolladas por el paciente tienen un gran valor porque son los principales determinantes de la conducta del sujeto respecto de su salud. El análisis se centra en recoger los factores que el enfermo juzga importantes, como la causa de la enfermedad, su evolución y duración, entre otras. Los pacientes que relacionan el origen de su enfermedad con "haber tenido una

vida licenciosa” viven con grandes montos de angustia y culpa, aludiendo a que ahora estarían “pagando” por lo que hicieron. Este tipo de representación de enfermedad es asumido como un castigo merecido, razón por la cual no se esfuerzan por mantener una mejor adherencia al tratamiento, considerándola una “batalla perdida”. (Pérez, 2007)

En la misma línea están los pacientes que representan la IRCT como una maldición, “yo me siento elegida desde lo negativo, si existe algún ser superior definitivamente soy su elegida para sufrir”, estos pacientes viven con mucha rabia y con esa misma emoción rechazan todo intento del equipo médico por ayudarlos, presentan escasa adherencia, faltando frecuentemente a las sesiones de diálisis. (Pérez, 2007)

Hay pacientes que saben que el origen de la enfermedad es producto de una enfermedad congénita, ellos logran aceptar la enfermedad de un modo más natural y se resisten menos a realizar el tratamiento que se les indica. “yo sabía que tenía vejiga neurogénica y que iba a dializarme algún día, así que sólo me queda asumir”. Lo mismo sucede con pacientes que tienen familiares en diálisis, de algún modo reconocen que hay elementos genéticos que condicionan la enfermedad. (Pérez, 2007)

Existe otro grupo que representa la IRCT, como una prueba encomendada por Dios o algún ser espiritual. “Dios me dio esta enfermedad como una prueba para que yo pusiera en práctica mi fe”, hay algunos que siguen las indicaciones sin objetar el tratamiento y otros no muestran adherencia alguna, asegurando que “fue Dios quien me dio la enfermedad y será él quien me sane finalmente”. (Pérez, 2007)

En la literatura se encuentra un gran número de investigaciones centradas en los factores clínico biológicos que afectan a estos sujetos, sin considerar cómo representan su enfermedad a través de teorías propias en relación al porqué y cómo enferma su cuerpo.

La representación de la enfermedad es un factor que influye en el control de la patología, ya que el paciente acepta consejos y recomendaciones de tratamiento que sean consistentes con su representación de enfermedad, las cuales van a estar directamente relacionadas con una mejor adherencia al tratamiento. (Pérez, 2007)

Algunos psicoanalistas se han interesado en el ámbito de las enfermedades crónicas y han producido trabajos acerca de la IRC-T. Desde una perspectiva Kleiniana, Ferreira publicó el 2002 en Buenos Aires una interpretación psicoanalítica de los aspectos psicológicos en enfermos crónicos, profundizando en aspectos específicos de la IRC-T.

El autor señala que el encuentro con la muerte, la pérdida de la función renal, la dependencia permanente al tratamiento, y la disminución de la libertad anterior son causas de alteración profunda y desestabilización psíquica; fundamentando que “esta cadena de pérdidas y el hecho de conectarse a la máquina de diálisis, produce en este grupo de pacientes, una regresión que

podría homologarse a la dependencia extrema que implica la lucha por la vida y el temor a la muerte que aparece en la posición esquizo-paranoide de los primeros estadios del desarrollo descrito por M. Klein.” (Ferreira, 2002 p. 5)

La injuria orgánica actúa como pérdida narcisística del yo, de esta forma, el yo debe luchar contra la posibilidad de aniquilamiento externo y con las exigencias de los requisitos del tratamiento, teniendo además que enfrentarse a un mundo interno impotente y dependiente. (Ferreira, 2002)

La situación de dependencia con la máquina puede representarse en el inconsciente del dializado como unido a la madre que le dio la vida a través de su sangre. Aludiendo a lo anterior, estos pacientes podrían inconscientemente sentir a la máquina dializadora, como una madre que desintoxica; sin embargo este estado de extrema dependencia genera un conjunto de ansiedades de carácter muy primitivo que no son metabolizadas y que podrían desencadenar reacciones distintas en cada sujeto. (Ferreira, 2002)

El cuerpo del sujeto dializado es pinchado, lavado, atendido, monitoreado y también hablado, estos modos de asistencia corporal lo llevan a sentirse totalmente pasivo. Es así como el sujeto se recluye a una posición de objeto, de cuerpo absoluto, que hace pensar en el primer momento del Edipo, donde el niño es totalmente devorado por la madre. (Ferreira, 2002)

Otro estudio psicoanalítico reciente realizado en Chile es “Defensividad de la atención en salud: Procesos Inconscientes en Hemodiálisis”, realizado por Readi el año 2009, en una muestra de 24 pacientes. El objetivo de este trabajo fue conocer las dinámicas inconscientes que se producen entre el paciente y el equipo médico, así como incorporar un análisis comprensivo entorno a los fenómenos grupales al interior de un centro de diálisis.

Se constató que las emociones involucradas en el tratamiento son extremas y que la relación establecida entre el paciente y el equipo de salud tendría una carga emocional significativa, siendo mucho más que una simple dinámica de entrega y recepción de un procedimiento médico. (Readi, 2009)

El paciente revisita conflictos primarios entre la vida y la muerte, y entre la dependencia y la autonomía, los cuales pueden despertar modalidades primordiales para lidiar con tal escenario. La escisión, en ocasiones, es necesaria para darle una estructura básica a estos sentimientos caóticos (Klein, 1946). Esto podría resultar en una ambivalencia significativa hacia el tratamiento y hacia las personas que lo llevan a cabo. “Lo concreto de cómo se vivencian las bondades y “maldades” del tratamiento inducen el reestreno de un modo de funcionamiento esencial y primitivo. Klein y Bion argumentaban que la ambivalencia original se relaciona con la experiencia de una situación muy persecutoria, en la cual la maldad tiende a ser ubicada afuera a través de mecanismos proyectivos. De este modo, el equipo médico es objeto de múltiples proyecciones por parte de los pacientes, atribuyéndoles elementos negativos y positivos que tienen un sustrato eminentemente inconsciente”. (Readi, 2009 p.20)

Al pensar sobre las complejidades que afectan a los grupos, podemos entender que incluso en organizaciones en que la interacción dentro del grupo esta explícitamente regulada, la dimensión inconsciente no se puede evitar. (Readi, 2009 p.22) El trabajo de Bion sobre grupos fomentó el desarrollo del abordaje psicoanalítico para los fenómenos sociales y grupales. La idea de que la vida emocional de un grupo puede ser entendida como actitudes regresivas basadas en mecanismos psicóticos, ha servido como fundamento para un entendimiento más profundo de los encuentros interpersonales. (Readi, 2009 p. 21)

Ferreira y Readi han desarrollado una lectura psicoanalítica que intenta comprender los fenómenos psíquicos que se presentan en los sujetos que sufren IRC-T, y su relación con la terapia dialítica. Si bien esta lectura se sustenta en la teoría Kleiniana y de relaciones objetales, distinta a la que adscribo, me parece importante explicitarlas porque constituye parte importante de lo que el psicoanálisis ha podido decir respecto de la IRC-T.

PUBLICACIONES EN RELACIÓN AL TRASPLANTE DE ÓRGANO

Distintas disciplinas se han interesado en el estudio del trasplante de órganos, tal es el caso de la antropología y la sociología que buscan comprender, entre otras cosas, la significación don en la cultura occidental. El año 2007 Vélez publicó un artículo llamado “Donación de órganos, una perspectiva antropológica”. Este trabajo realiza una aproximación antropológica de la donación de órganos, que tiene como finalidad captar cómo se estructura la situación sociocultural de la donación.

Utilizando una metodología cualitativa narrativa se recogieron las impresiones sobre el fenómeno de la donación entre 47 pacientes trasplantados. En este ensayo se analiza el concepto de donación, como acto individual y hecho social, así como también los distintos motivos que condicionan las diferentes representaciones de la donación. Aunque la donación de órganos es un hecho físicamente individual, es básicamente un acto social, ya que se hace por y para la colectividad.

Es en este contexto donde el don generoso -don sin retorno-, en el que se encuadra la donación de órganos, se solicita nuevamente para ayudar a resolver problemas de la sociedad. (Vélez, 2007)

Siguiendo uno de los postulados de Levi-Strauss, la sociedad se funda en el intercambio; y la donación de órganos, como hecho social, es una combinación de intercambios en los que rige el principio de reciprocidad, del que dependen en gran medida las relaciones solidarias entre los individuos y los grupos. La donación de órganos actúa como un compromiso adquirido en términos morales que obliga a la reciprocidad, en términos de colectividad; por lo tanto no es individual porque los órganos se donan a la sociedad, representada por la institución, y no para alguien en particular. (Vélez, 2007)

Para que la donación sea efectiva es preciso el intercambio entre quienes donan, quienes reciben y una tercera parte para que lo donado circule socialmente, creándose así el compromiso social, que convierte la donación en una institución fundamentada en crear vida a partir de la muerte. Sobre este argumento se basan muchos de los mensajes y propagandas que lanzan las organizaciones responsables de la donación para estimular una atmósfera de donación.

Como conclusión se podría afirmar que la donación de órganos es un acto social individual, se realiza desde la intimidad del individuo y se expresa por y mediante la colectividad. La donación de órganos, como hecho social, vincula a sujetos abstractos y ejerce un compromiso moral que conlleva a la reciprocidad.

En el marco de un estudio que se realizó en el departamento de Urología del Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile el año 2004, titulado "Autopercepción de pacientes trasplantados renales sobre algunos aspectos laborales y socio-familiares en el período de diálisis y trasplante".

El estudio describe la percepción que tienen los pacientes trasplantados renales en el proceso de la reinserción laboral, social y familiar, comprándose con ellos mismos en la etapa de diálisis. El universo de este estudio está constituido por todos los pacientes trasplantados renales adultos en control en el servicio de urología del Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile. La muestra es de 116 personas, con un tiempo mínimo de 6 meses de trasplante renal, en relación a la actividad laboral los resultados arrojaron que el 89% de las mujeres realizaban alguna actividad laboral antes de enfermarse; el 46% de ellas se mantuvo trabajando mientras estaba en hemodiálisis y el 93% se reincorporó al trabajo después del trasplante renal. De los hombres el 94,7% trabajaba antes de enfermarse; el 55% se mantuvo trabajando durante el período de diálisis y el 94,7% se reincorpora al trabajo después del trasplante renal. (Pinto, 2004)

El estudio "Paciente trasplantado renal: Valoración diagnóstico y consejería", se llevó a cabo en el departamento de Urología del Hospital Base de Valdivia durante el año 2005. El propósito de este estudio es dar a conocer la experiencia de enfermería en el control de salud de los pacientes con trasplante renal, a través de la consejería personalizada como estrategia metodológica.

La consejería Personalizada es el método de intervención utilizado en cada control de salud, donde se interactúa con el paciente en un plano que va más allá de la problemática de la enfermedad. Se centra en la persona, considerando sus particularidades e intereses, estableciendo un rapport, que permite el trabajo en un ambiente terapéutico. (Schencke, 2005)

Por otra parte, la actitud del profesional de colocarse en el lugar del paciente, de entender su visión de mundo y reconocer la importancia de sentirse comprendido, facilita la comunicación empática necesaria en toda relación enfermera-paciente, que permite planificar, ejecutar y evaluar un

cuidado coherente con las necesidades y potencialidades individuales. (Schencke, 2005)

Una actividad fundamental en esta investigación fue elaborar una hoja de registro que permitiera orientar, jerarquizar y programar la intervención de enfermería, considerando la percepción de necesidades del paciente. Para ello se establecieron en la recolección de información, antecedentes generales y sociodemográficos del paciente, creencias en relación al origen de su enfermedad, vivencias acerca de la tolerancia a la hemodiálisis, antecedentes psicológicos, sociales y laborales. (Schencke, 2005)

En cada control de salud del paciente trasplantado se utilizó la estrategia metodológica de la consejería, identificando sentimientos y necesidades derivadas de la situación de salud, del ambiente familiar y físico; del cumplimiento de indicaciones médicas, creencias erróneas, ausencia o déficit de conocimientos y habilidad para afrontar crisis.

Es importante destacar que la aplicación del Modelo permitió una intervención de acuerdo a las necesidades individuales de cada persona, de esta forma se pudo dar cuenta de ciertos aspectos que permanecen invisibles en la mayoría de los controles de pacientes trasplantados, a saber, conductas negativas de salud como suspensión del tratamiento farmacológico o perturbaciones mentales que pueden pasar desapercibidas y que si no son detectadas a tiempo, pueden poner en peligro el trasplante. (Schencke, 2005)

La Tesis "Perfil de salud en pacientes sometidos a trasplante renal" de la Universidad Católica de Chile, realizada por Araya el 2003, tiene por objeto describir el perfil de salud, es decir la percepción que tienen los individuos respecto a su propio estado de salud, en un grupo de pacientes trasplantados renales.

En cuanto a la mejoría psicológica se constató que los pacientes trasplantados tienen una evolución positiva en autoestima, independencia y depresión; sin embargo se detectaron trastornos de ansiedad asociados a la posibilidad de perder el injerto. (Araya, 2003)

A pesar de lo óptimo que resulta el trasplante, se deben considerar dos puntos críticos; la intervención quirúrgica y la terapia farmacológica posterior al trasplante. En relación al primer punto, si el paciente acepta la intervención pueden aparecer una serie de miedos: miedo a la lesión corpórea, a no despertar después de la anestesia, al dolor, a despertar durante el acto quirúrgico, a la experiencia hospitalaria, a la pérdida del trabajo y a la muerte. En cuanto al segundo punto, la adherencia al tratamiento farmacológico es imprescindible para el éxito del trasplante, éxito que está sujeto al modo particular en que el paciente supera y acepta una serie de efectos adversos del inmunosupresor en su organismo. (Araya, 2003)

Los resultados muestran que la peor percepción de salud en los pacientes trasplantados corresponde a los adolescentes, concluyéndose que este grupo etáreo no muestra un mejor perfil de salud después del trasplante,

dado que se resisten más a las alteraciones físicas que produce el tratamiento farmacológico, entendiendo que el cambio de apariencia les perturba de forma especial. En los pacientes en que el trasplante renal fue rechazado y que se vieron obligados a reiniciar el tratamiento de hemodiálisis, se observa una tendencia a la depresión, decayendo notablemente el compromiso con el propio tratamiento. (Araya, 2003)

El rechazo puede significar un efecto devastador no solo en el paciente, si no que se extiende también al desgaste familiar y de los recursos del sistema público de salud. Debido a que existen pacientes que no cumplen el tratamiento post trasplante, por negligencia o incapacidad para el autocuidado, se puso en evidencia la necesidad de tomar en cuenta los aspectos psicológicos que influyen en la adherencia al tratamiento inmunosupresor. (Araya, 2003)

Conceptualmente resulta difícil identificar medidas objetivas para medir el nivel de adherencia al tratamiento de una persona, ya que esto se fundamenta en la personalidad de cada individuo. De este modo se hace necesario que otras disciplinas contribuyan a desarrollar instrumentos que permitan evaluar los aspectos psicológicos de los pacientes. (Araya, 2003)

El estudio llamado “Adherencia al tratamiento de pacientes con trasplante renal” llevado a cabo por Morales el año 2007 en Chile, describe y evalúa los factores que podrían influir en la adherencia al tratamiento inmunosupresor, considerando como factor importante el nivel educacional de los pacientes trasplantados.

A pesar de obtener cada vez mejores resultados con el trasplante renal, el factor limitante fundamental y que está siempre presente es el rechazo, por esta razón la adherencia al tratamiento inmuno supresor, que es de por vida, es fundamental para el éxito del trasplante. La terapia inmunosupresora tiene como función asegurar la supervivencia del injerto. Esta terapia está influenciada por factores no deseados, que están relacionados con los efectos directos que el medicamento produce en el organismo.

La adherencia se define como la medida en que el paciente trasplantado continúa el tratamiento, tratándose de un fenómeno complejo donde el individuo muestra un comportamiento consistente con sus propias definiciones y creencias de salud. (Morales, 2007)

En una muestra de 105 personas trasplantadas en el Hospital clínico de la Universidad de Chile. El 61,9% del grupo en estudio refiere cambios físicos como hirsutismo, obesidad y acné. Ante la pregunta de si habían suspendido el tratamiento, el 90% responde que nunca y el 10% restante reconoce haberlo discontinuado en algún momento. Morales explicita que los cambios en la apariencia física producidos por la acción de los medicamentos es causa de abandono de tratamiento, especialmente en los adolescentes.

La consecuencia de no adherir al tratamiento inmunosupresor es el rechazo, de esta forma surge la necesidad de identificar los factores que influyen en la adherencia a este tratamiento, con el fin de favorecer la salud del paciente fomentando el autocuidado, a través de un proceso educativo el cual se debe iniciar, en el momento en que el paciente se inscribe en un programa de trasplante. (Morales, 2007)

Ciertas corrientes psicológicas pueden caer en visiones reduccionistas en relación al trasplante de órgano, enfocándose sólo en cómo mantener y promover la salud, combatir el rechazo y recuperar el funcionamiento pleno de la persona a través de intervenciones psicoeducativas. Por su parte, el psicoanálisis se cuestiona desde otra perspectiva el trasplante de órgano, incorporando la dimensión inconsciente del sujeto.

Fue posible encontrar dos estudios psicoanalíticos en población chilena que centran sus esfuerzos en un análisis comprensivo acerca del trasplante renal. El primero de ellos es un texto llamado "*Reflexiones en torno a una experiencia de psicoterapia breve con un grupo de pacientes en espera de trasplante renal*", que fue publicado el año 2001 en la Revista Chilena de Psicoanálisis. Sus autores Staforelli y Suarez, plantean que la motivación de este estudio radica en el inquietante número de cuadros psiquiátricos que se presentan previos al período de trasplante y, lo que es aún más desconcertante, la existencia de un número sustancial de cuadros depresivos, después de trasplantes exitosos desde el punto de vista médico.

Este estudio se realizó en un marco de terapia grupal con frecuencia semanal, en el cual participaban 35 pacientes que se dializan en el Hospital Salvador. Los contenidos expresados en la primera sesión hablan de la espera por el órgano: "Para nosotros las fechas de navidad y año nuevo son especiales porque, como todos saben, aumentan los accidentes y también los donantes. Es difícil la espera, no es que uno desee que hayan accidentes, pero tampoco se puede decir que nos sea indiferente". Otro paciente dice: "no había pensado en eso, pero se me imaginan unas hienas esperando su presa".

Esto se puede interpretar como que necesitar y desear un órgano trasplantado para seguir viviendo, los hace sentir como hienas o animales de carroña, alejándose de su condición de humanos. Con este ejemplo se observa la dificultad para integrar el deseo natural de querer seguir viviendo, de preservar la vida y por lo tanto desear un órgano. (Staforelli, 2001)

Otra persona agrega: "no sé, yo creo que uno tiene derecho a vivir, yo lo encuentro así como lo de los uruguayos, ¿se acuerdan? Ellos tuvieron que comer a sus amigos para poder vivir". Otra interpretación podría ser que a pesar de que la incorporación del riñón es por vía quirúrgica, ellos lo viven como devorar a otra persona, y esto lo pueden sentir como si dentro de su cuerpo este órgano se pudiera vengar. (Staforelli, 2001)

Es así como pudo ser dicha la fantasía más aterradora en la espera de un riñón: Sentirse como hienas que deseaban la muerte de otro, para lograr sobrevivir. Esto es vivido en la fantasía de un modo mágico, donde la vivencia

es de una incorporación oral canibalística, con la consecuente destrucción objetal y miedo retaliativo. De esta forma se desencadena no sólo la culpa persecutoria, productora de posibles estados psicopatológicos como los cuadros depresivos antes mencionados, sino que también puede generarse una dificultad inconciente para recibir un órgano implantado, lo que podría influir en complicaciones postoperatorias, eventuales rechazos o pérdida del órgano por dificultades para cuidar de él. (Staforelli, 2001)

Se concluye que la fantasía central tenía relación con una regresión oral canibalística vinculada a la espera de un donante. Dicha espera desencadena una compleja red de sentimientos ambivalentes en tanto implica la muerte de otro para poder sobrevivir. (Staforelli, 2001)

El año 2009 se publicó en Chile un artículo llamado "Representaciones inconcientes del trasplante renal: una experiencia intrahospitalaria" llevado a cabo por nefrólogos y psiquiatras del Hospital Sótero de Río. Este escrito está conformado por el discurso de 15 pacientes que fueron trasplantados en este hospital.

Según este estudio, el trasplante exige un interjuego de defensas útiles: una regresión saludable que permita el cuidado, una cuota de negación, y por otra parte, una actitud proactiva en el cumplimiento de las indicaciones. Cada paciente, con su enfermedad, sus características de personalidad, su núcleo familiar, y las características de la sociedad y la cultura a la que pertenece, logrará o no los mayores beneficios que esta técnica ofrece. (Soto, 2009)

Dentro de las temáticas discursivas más frecuentes se destacan las fallas de los mecanismos de adaptación, manifestados la mayor parte de las veces en cuadros depresivos, abandono de tratamiento y trastornos psicóticos transitorios durante el postoperatorio. (Soto, 2009)

Los conflictos más mencionados, tanto en mujeres como en hombres, son la limitación en la capacidad de trabajo, los cambios de roles en el ámbito familiar y la sexualidad. El trasplante tiene, desde el punto de vista psicológico, correlatos, sentidos y significados diversos para cada sujeto, razón por la cual se generan tipos de conflictos distintos en cada uno de ellos. (Soto, 2009)

Para los sujetos que se inscriben en lista de espera para trasplante, se abre una nueva posibilidad de vivir con mayores libertades y no resignados a la diálisis. Este procedimiento origina ansiedades peculiares, entre las más movilizadoras está desear que alguien muera para obtener un órgano o la necesidad de conocer la identidad del donante. Estas ansiedades se manifiestan a través de fantasías de robo, de cuerpo habitado y muchas veces en sueños o, incluso, ilusiones en las cuales el paciente supone ver la cara o el cuerpo del donante. (Soto, 2009)

A continuación se mostrará, a través de viñetas clínicas, las diversas fantasías que se despiertan en relación al riñón recibido en sujetos trasplantados.

Fantasía de robo y sueños en relación a la identidad del donante:

“Para mí fue muy difícil dejar de sentir que le había robado el riñón a un hombre joven. Me explicaron incansablemente que había sufrido muerte cerebral, pero igual se me aparecía en sueños con cuerpo de niño, eran sueños llenos de angustia”, “sentía la presencia de la persona que había muerto... estaba convencido de que me venía a quitar el riñón que le había robado, porque ahí estaban depositados sus sentimientos”

El cuerpo habitado por otro:

“Yo me imaginaba que me habían puesto un trozo de carne de otra persona y que ese pedazo había estado muerto, entonces me puse a pensar que también yo había contribuido para que esa persona siguiera viviendo dentro de mí.”

“Cuando me trasplantaron sufrí no solo un cambio de mi organismo, sino que cambió mi temperamento, o sea, mi carácter. Sorprendentemente yo, que era iracundo, me puse más tranquilo y menos explosivo, averiguando por aquí y por allá, encontré un libro de filosofía y medicina oriental donde decía que el riñón es el depósito de las emociones. Así que tengo la certeza que al ponerme el riñón de otra persona, también cambiaron mis sentimientos, en el fondo sigo siendo yo pero los sentimientos se apaciguaron.”

También se abordan en este trabajo, las representaciones de ser receptor de un órgano:

Volver a nacer:

“Sentí que gracias al trasplante la vida me dio otra oportunidad, este riñón me duró 18 años y eso me cambió la forma de valorar las cosas. El trasplante me permitió disfrutar el nacimiento de mi hijo y verlo crecer”.

Un familiar donante:

“Recibí el trasplante donado por mi papá; el riñón funcionó bien, pero era muy grande para mí y me produjo una compresión de venas profundas; hubo que reoperarme a las 12 horas, solucionándose todo sin problemas. Viví 12 años con el riñón de mi papá en el cuerpo y nunca voy a cansarme de agradecerse”.

Restitución de algunas funciones:

“La primera vez que fui a hacer pichí sin sonda, lloré de alegría; algo que por naturaleza lo hacemos todos los días, pero volver a poder hacerlo, significó sentirme el hombre más feliz del universo.”

“Gracias al trasplante pude recobrar no sólo el deseo sexual sino que la erección y mi capacidad de procrear, fue cumplir un sueño tener mi tercer hijo y sobre todo volver a tener la intimidad que había perdido con mi señora.”

Depresión postrasplante:

“No se porqué, después del trasplante me empecé a decaer, como si después de haber conseguido lo que quería, hubiera perdido la motivación por la vida... ahora estoy en un tratamiento psicológico porque me dijeron que tenía depresión, me parece raro, jamás pensé que me podía pasar esto, ponerme mal de estar bien”

La observación clínica ha mostrado la aparición de cuadros depresivos o de procesos de duelo en pacientes trasplantados, sin embargo no hay claridad en los factores intrapsíquicos que pudieran provocar esta alteración anímica. (Soto, 2009)

Luego de haber realizado una revisión bibliográfica actualizada de las investigaciones que se han hecho en Chile, en relación directa o tangencial a la IRC-T y el trasplante renal, se vuelve indispensable realizar un recorrido por las teorías propuestas por Freud y Lacan entorno al cuerpo, con el objeto de dilucidar ciertos conceptos que permitan profundizar la comprensión analítica sobre la temática en cuestión.

CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO.

EL CUERPO EN FREUD

En este apartado se realizará un recorrido por la obra de Freud en busca de conceptos psicoanalíticos vinculados al cuerpo, que contribuyan a desarrollar una comprensión más profunda y acabada sobre él.

En el *Tratamiento psíquico tratamiento del alma*, escrito en 1890, Freud plantea que los médicos se vieron frente a la tarea de investigar el origen de las manifestaciones patológicas en el caso de las personas “nerviosas” o neuróticas llegando al descubrimiento que, en algunos de estos pacientes, los signos patológicos no provienen sino de “un influjo alterado de su vida anímica sobre su cuerpo.” (Freud, 1890 p 31) De este modo la ciencia médica habría hallado aquí el anudamiento para atender un aspecto descuidado hasta entonces: la relación recíproca entre cuerpo y alma.

Con esto agrega que los afectos se caracterizan por una relación muy particular con los procesos corporales, manifestando que “en rigor, todos los estados anímicos, son en cierta medida «afectivos», y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos” (Freud, 1890 p. 31)

Freud refiere que los dolores corporales tienen una evidente dependencia hacia las condiciones anímicas; en relación a este tema agrega que el dolor producto de influencias anímicas es tan real como el dolor proveniente de una herida o dolencia física:

“Los legos, que de buena gana resumen tales influencias anímicas bajo el nombre de «imaginación», suelen tener poco respeto por los dolores debidos a la «imaginación», a diferencia de los provocados por una herida, una enfermedad o una inflamación. Pero es una evidente injusticia, cualquiera que sea su causa, aun la imaginación, los dolores no dejan de ser menos reales ni menos fuertes”. (Freud, 1890 p. 32)

También comenta que los procesos de la voluntad y de la atención son capaces de influir profundamente sobre los procesos corporales y de desempeñar un importante papel como promotores o inhibidores de enfermedades físicas:

“Reclama nuestro mayor interés el estado anímico de la *expectativa*, por medio de la cual una serie de las más eficaces fuerzas anímicas pueden ponerse en movimiento hacia la contracción o la curación de afecciones corporales”. (Freud, 1890 p. 33)

En relación a la expectativa confiada destaca las llamadas «curas milagrosas» como una incidencia psíquica que proporciona la cura mediante la sugestión o la efectividad del ensalmo:

“Las curas milagrosas ocurren realmente, lo hicieron en todas las épocas y no conciernen sólo a achaques de origen anímico, cuyo fundamento es la «imaginación» (...), sino que también a estados patológicos de raíz «orgánica» que antes se habían mostrado refractarios a todos los empeños médicos”. (Freud, 1890 p. 33)

A partir de lo anterior Freud asegura que se comienza a comprender la importancia del «ensalmo» de la palabra y su innegable efectividad sobre algunos casos:

“Las palabras son, sin duda, los principales mediadores del influjo que un hombre pretende ejercer sobre los otros; (...) por eso ya no suena enigmático aseverar que el ensalmo de la palabra puede eliminar fenómenos patológicos físicos, tanto más aquellos que, a su vez, tienen su raíz en estados anímicos”. (Freud, 1890 p. 33)

En el texto *neuropsicosis de defensa* (1894) se manifiesta que Freud creía posible enunciar los hechos de la psicología en términos neurológicos, y sus esfuerzos, en tal sentido, culminaron precisamente en el *Proyecto de psicología* (1950 [1895]): “el «Proyecto» fue abandonado, y en los años siguientes haría escasa referencia a la base neurológica de los sucesos psicológicos, salvo en relación con el problema de las «neurosis actuales»”. (Freud 1894, p.14)

Al desechar la idea de una noxa neurológica para la psicopatología, el autor se centró en el estudio de la conversión histérica, lo que permitió -más adelante- acceder a la estructura simbólica del cuerpo.

Con la finalidad de realizar una distinción entre organismo y cuerpo, cabe destacar el *estudio comparativo entre las parálisis motrices orgánicas e histéricas* realizado por Freud en 1893, en el cual se propone estudiar los rasgos distintivos de cada manifestación:

“La parálisis histérica es, entonces, de una delimitación exacta y de una intensidad excesiva; posee esas dos cualidades a la vez, y en esto reside su mayor contraste con la parálisis cerebral orgánica, en la cual estos dos caracteres no están asociados”. (Freud 1893, p 53)

Para Freud la lesión de la parálisis histérica será, entonces “una alteración de la concepción {representación}; de la idea de brazo. Pero, ¿de qué índole es esta alteración para producir la parálisis? considerada psicológicamente, la parálisis consiste en que la concepción del brazo no puede entrar en asociación con las otras ideas que constituyen al yo, del cual el cuerpo del individuo forma una parte importante.” (Freud 1893, p 55)

De este modo, para Freud la inaccesibilidad asociativa está dada por el valor afectivo conferido a la representación:

“Si la concepción del brazo está envuelta en una asociación de gran valor afectivo, será inaccesible al libre juego de las otras asociaciones. El brazo estará paralizado en proporción a la persistencia de este valor afectivo”. (Freud 1893, p 55)

Ya en el texto *Comunicación preliminar*, en 1893, junto con Breuer, Freud plantea que estudiando la histeria ha podido percatarse de que en ella se presentan grupos de representaciones, imposibilitadas de asociarse con el resto de los grupos, pero asociables entre sí y que, dada su organización pueden entenderse como un estado de conciencia independiente, una conciencia segunda. Esta forma, en la cual el sistema psíquico muestra una división, es decir, una disociación, será para el autor característica de la neurosis en general:

“Contenido esencial de un ataque histérico es el retorno de un estado psíquico que el enfermo ya ha vivenciado antes. En otras palabras: *el retorno de un recuerdo. El recuerdo que forma el contenido del ataque histérico es un recuerdo inconciente.*” (Freud 1893, p50)

En *estudios sobre la histeria* (1893-95) el autor plantea que frente al recuerdo traumático se activa un mecanismo defensivo llamado conversión, que consiste en la trasposición de excitación psíquica en un síntoma corporal permanente. “La excitación que parte de la representación afectiva es «*convertida*» en un fenómeno corporal”. (Freud 1893, p58). Dicho de otro modo, el funcionamiento histérico convierte el afecto en la inervación somática alterada, así el mecanismo de defensa debilita el recuerdo, quitándole el afecto para que no se manifieste en la conciencia.

El órgano implicado en la manifestación conversiva se facilita por complacencia somática, de esta forma, se establece un encadenamiento inconciente a través de las representaciones: “Todo síntoma histérico requiere de cierta *solicitud somática*, brindada por un proceso normal o patológico en el interior de un órgano del cuerpo, o relativo a ese órgano. Pero no se produce más que una sola vez -y está en el carácter del síntoma histérico la capacidad de repetirse- si no posee un significado psíquico, un *sentido*. *El* síntoma histérico no trae consigo este sentido, sino que le es prestado, es soldado con él, por así decir, y en cada caso puede ser diverso de acuerdo con la naturaleza de los pensamientos sofocados que pugnan por expresarse”. (Freud, 1905, p.10)

En relación a la etiología de la histeria, el autor reconoce el importante papel de la sexualidad. “La mayoría, y las más importantes, de las representaciones combatidas por la defensa y convertidas poseen contenido sexual”. (Freud 1893, p71)

Con su teoría acerca de la histeria, Freud mostró el juego del inconciente en el cuerpo del sujeto, convirtiéndolo en un lenguaje que habla acerca de un

saber oculto y del deseo, permitiendo pensar el cuerpo como resultado de las inflexiones de la historia personal del sujeto. Desde 1895, en los *Estudios sobre la histeria*, se instauró un aspecto subyacente al cuerpo que hizo posible una mirada diferente, introduciendo su dimensión simbólica.

En Fragmentos de la correspondencia con Fliess (1950[1892-99]), Freud realiza una comparación sistemática entre la histeria y la neurosis de angustia:

“En ambas se observa una acumulación de excitación (en lo cual quizá tenga su fundamento la ya descrita semejanza entre los síntomas); en vez de un procesamiento psíquico, en ambas interviene una desviación de la excitación hacia lo somático. La diferencia reside solo en que la excitación, es puramente somática en la neurosis de angustia (excitación sexual somática), mientras que en la histeria es psíquica (provocada por un conflicto)”. (Freud 1894, p. 28)

En relación a la etiología de las neurosis de angustia *Freud* plantea que existe una tensión sexual que –por alguna razón- no puede ir por el camino psíquico y a raíz de ello permanece recluso al ámbito físico: “todo lo que aparte de lo psíquico la tensión sexual somática, ya sea un comercio sexual con satisfacción insuficiente, el desvío del interés psíquico respecto de la sexualidad, etc., son factores etiológicos específicos de la por mí llamada «neurosis de angustia»”. (Freud 1895, p 29)

El autor agrega que si se examina más de cerca los síntomas de la neurosis de angustia, descubre que en ella se presenta: disnea, palpitaciones, sensación de angustia, y una combinación de estas manifestaciones y al mirarlas con más atención, es posible ver que estos son los caminos de inervación que sigue también la tensión psicosexual presentes en el coito. (Freud1894)

Apropósito de las neurosis de angustia se explica bajo qué mecanismos la tensión física se muda en angustia:

“La tensión física crece, alcanza su valor de umbral con el que puede despertar afecto psíquico, pero el anudamiento psíquico que se le ofrece permanece insuficiente, es imposible llegar a la formación de un *afecto sexual* porque faltan para ello las condiciones psíquicas: así, la tensión física no ligada psíquicamente se muda en angustia. De este modo se puede asegurar que en la neurosis de angustia se presenta un déficit de afecto sexual, de *libido psíquica*.” (Freud 1894, p62)

A partir de lo anterior se puede asegurar que la neurosis de angustia se ha generado a partir de una nocividad sexual actual, razón por la cual se clasifica dentro de las *neurosis actuales* descritas por Freud en el texto *Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de la neurosis (1906[1905])* donde explicita que “los factores etiológicos permitieron contraponer las neurosis actuales, en cuanto su contracción respondía a una etiología actual, a las psiconeurosis, cuya etiología debía buscarse sobre todo en las vivencias sexuales de un tiempo anterior. (Freud 1905, p 77)

Las primeras preocupaciones nosográficas de Freud llevaron a la distinción entre afecciones en las que se evidenciaban mecanismos psicógenos y aquellas en las que no, dando lugar a la separación entre las psiconeurosis y las neurosis actuales. Él pensaba que en las primeras el factor causal era el conflicto psíquico, mientras que en las segundas -la neurosis de angustia y la neurastenia- lo determinante era el componente somático:

La distinción fundamental, que posibilita la organización de un esquema psicopatológico, es la que separa aquellas patologías en que puede postularse la ingerencia de un proceso psíquico en el origen del síntoma, la neuropsicosis –o psiconeurosis- de defensa, de aquellas que, por el contrario, evidencian en sus formaciones sintomáticas una insuficiencia del trabajo psíquico, es decir, las neurosis actuales. (Freud, 1905)

En *Esbozos para una teoría de la neurosis de angustia* (1894) Freud asegura que dentro de las neurosis actuales se puede incluir tanto la neurastenia como la neurosis de angustia, especificando que:

Se genera neurastenia toda vez que la acción sexual adecuada es sustituida por una menos adecuada, o sea, cuando al coito normal, realizado en condiciones favorables, lo reemplaza una masturbación o una polución espontánea; en cambio, llevan a la neurosis de angustia todos los factores que estorban el procesamiento psíquico de la excitación sexual somática. (Freud 1894)

Avanzada su propuesta teórica, hace referencia directa a la relación del cuerpo con el yo, y cómo esta instancia psíquica se configura, en gran parte, gracias a las sensaciones corporales:

El yo es la proyección de una superficie, o sea que el yo deriva en última instancia de sensaciones corporales, principalmente las que parten de la superficie del cuerpo, es como si de este modo se demostrara que el yo conciente es sobre todo un yo-cuerpo. (Freud, 1923)

Al respecto señala en *el yo y el ello* (1923), que el cuerpo y su superficie es un lugar desde el cual emergen simultáneamente percepciones internas y externas:

"El cuerpo es visto como un objeto otro, pero proporciona al tacto dos clases de sensaciones, una de las cuales puede equivaler a una percepción interna. [...] También el dolor parece desempeñar un papel en esto, y el modo en que a raíz de enfermedades dolorosas uno adquiere nueva noticia de sus órganos es quizás arquetípico del modo en que uno llega en general a la representación de su cuerpo propio". (Freud, 1923 p. 29)

Resulta imposible abordar el concepto de cuerpo sin considerar la noción pulsional que lo constituye profundamente y que es uno de los conceptos del deslinde de lo anímico respecto de lo corporal, por esta razón a continuación se propone señalar la evolución de la teoría de las pulsiones.

Freud plantea el concepto de pulsión en *Tres ensayos sobre una teoría sexual* (1905), definiéndola como un impulso que se origina en una excitación intrasomática que moviliza al organismo para conseguir suprimir el estado de tensión en el que se encuentra a partir de esta excitación, por otro lado, agrega que el fin o meta de la pulsión es la reinstalación del equilibrio previo al inicio del estado de tensión. (Freud, 1905)

El objeto “es lo más variable en la pulsión; no está enlazado originariamente con ella, sino que se le coordina sólo a consecuencia de su aptitud para posibilitar la satisfacción. No necesariamente es un objeto ajeno si no que también puede ser una parte del cuerpo propio”. (Freud 1915, p29) En la misma línea explicita que la *fente* de la pulsión es un proceso excitador en el interior de un órgano o una parte del cuerpo y su meta inmediata consiste en cancelar el estímulo de órgano. (Freud, 1915)

La concepción de Freud acerca de las pulsiones evolucionó progresivamente, sufriendo cambios significativos que culminaron en 1920 con la formulación de su teoría pulsional definitiva.

En su primera formulación (1905), Freud contrapone las pulsiones sexuales a las pulsiones de autoconservación: “He propuesto distinguir dos grupos de tales pulsiones primordiales: las *pulsiones sexuales* y las *pulsiones yoicas* o *de autoconservación*.” (Freud 1915, p30)

En esta aproximación las primeras representan los intereses de la especie, mientras las segundas representan al conjunto de necesidades ligadas a las funciones corporales indispensables para la conservar la vida.

El autor denominó *libido* a la energía propia de las pulsiones sexuales, mientras que la energía de las pulsiones de autoconservación las designó como *interés*. La relación original entre estos dos grupos de pulsiones se establece a través del concepto de *apuntalamiento*, es decir, las pulsiones sexuales -que sólo secundariamente se vuelven independientes- se apuntalan inicialmente en las funciones somáticas vitales; al respecto agrega que la separación de las pulsiones sexuales respecto de las yoicas responde al distingo entre hambre y amor. (Freud, 1905)

A partir de 1914, con la publicación de *Introducción al narcisismo* se inicia la segunda etapa de la teoría pulsional. En este texto Freud plantea una subdivisión de las pulsiones sexuales en función de su objeto de elección distinguiendo, por un lado, la libido del Yo o libido narcisista -si el objeto de destino de la libido es el propio Yo- y libido objetal si el destino de la misma es un objeto externo.

Sin embargo, Freud reconoce que sólo es posible distinguir las pulsiones yoicas de las libidinales cuando éstas invisten al objeto, ya que si la libido inviste al Yo, sus efectos resultan indiferenciables de las pulsiones del Yo:

“Ahora bien, la libido yoica sólo se vuelve accesible al estudio analítico cuando ha encontrado empleo psíquico en la investidura de objetos sexuales, vale

decir, cuando se ha convertido en *libido de objeto*. La vemos concentrarse en objetos, fijarse a ellos o bien abandonarlos, pasar de unos a otros y, a partir de estas posiciones, guiar el quehacer sexual del individuo, el cual lleva a la satisfacción, o sea, a la extinción parcial y temporal de la libido". (Freud 1905, p60)

A partir de 1920 en su libro *Más allá del principio del placer*, Freud contraponen la pulsión de muerte a la pulsión de vida, introduciendo con ello un cambio fundamental en la teoría pulsional:

"Reconoce que deben admitirse dos variedades de pulsiones, un grupo que trabaja en el fundamento sin ruido y persigue la meta de conducir al ser vivo hasta la muerte, por lo cual merecería el nombre de «*pulsión de muerte*» y el otro grupo sería las pulsiones libidinosas sexuales o de vida, cuya mejor designación sería la de «*Eros*», y su propósito sería configurar a partir de la sustancia viva unidades cada vez mayores, para obtener así la perduración de la vida". (Freud 1922, p73)

En *Doctrina de las pulsiones* (1938) tras su segunda teoría de las pulsiones, Freud manifiesta que ha resuelto aceptar sólo dos pulsiones básicas: *Eros y la pulsión de destrucción*, en relación a la primera señala que "la antítesis entre las pulsiones de autoconservación y las de conservación de la especie, así como la antítesis entre el amor al Yo y el amor a los objetos, quedan incluidos en Eros" (Freud, 1938 p43).

De acuerdo a este planteamiento, la pulsión de muerte corresponde a un principio fundamental de desunión, atacando esencialmente los vínculos: "La meta del Eros es establecer unidades cada vez más grandes y, por lo tanto, conservar la ligazón. La meta de la otra pulsión, por el contrario, es la disolución de las conexiones, destruyendo así las cosas del mundo." (Freud, 1938 p43).

En *Más allá del principio del placer* (1920) explica que existe un territorio de la pulsión de muerte, donde impera el principio de nirvana, que tiende al cero absoluto, a la reducción completa de las tensiones, donde se anula la diferencia, la individualidad y donde lo vivo muere. Existen profundas consecuencias en la reflexión freudiana acerca de lo postulado en este texto, entre ellas la concepción de una pulsión de muerte que surge del reconocimiento de la compulsión a la repetición y de la necesidad de radicalizar la teorización a propósito de la agresión y la destructividad humanas.

Al reformular su primer dualismo pulsional, Freud propone por una parte una fuerza creadora de vida y por otra una fuerza de desunión que tendería al reposo absoluto, es decir, se basa en la idea de que todo ser viviente nace de la materia inanimada- lo que implica también un retorno a lo inanimado-, idea que va a desarrollar hasta el final de su obra. Esta misma idea se puede encontrar desarrollada en *las Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis* (1932): "Si es verdad que una vez- en épocas inconcebibles y de un modo irrepresentable- surgió la vida de la materia inanimada, según nuestra hipótesis, tuvo entonces que nacer una pulsión (instinto) que quiere suprimir de

nuevo la vida y restablecer el estado anorgánico. Si en esta pulsión (instinto) conocemos la autodestrucción por nosotros supuesta, podemos ya considerarla como manifestación de una pulsión (instinto) de muerte que no dejamos de hallar en ningún proceso vital". (Freud, 1932, p. 3161)

También muestra, en su texto sobre "la negación" (1925), que la pulsión de muerte no tiene por única finalidad la reducción de las tensiones y el reestablecimiento de un estado anterior, sino que devendría, interactuando con las pulsiones de vida, generadora de diferenciación, de distanciamientos, y también de desequilibrios, de este modo, propone un juego pulsional que da paso al carácter positivo y hasta creativo de la pulsión de muerte.

Otra hipótesis en la doctrina de las pulsiones, que no es posible omitir aquí, trata de la importancia de la excitación sexual localizada en ciertas *zonas erógenas* y cómo la pulsión va colonizando el cuerpo a través de ellas. Para profundizar en este tema es indispensable incluir la teoría sexual infantil y sobre todo destacar el valor de las zonas erógenas en el desarrollo psicosexual.

"Los órganos del cuerpo brindan excitaciones de dos clases, basadas en diferencias de naturaleza química. A una de estas clases de excitación la designamos como la específicamente sexual, y al órgano afectado, como la «zona erógena» de la pulsión parcial sexual que arranca de él". (Freud, 1905, p.44)

El autor utiliza el chupeteo como modelo de las exteriorizaciones sexuales infantiles: "El chupeteo, que aparece en el lactante, puede conservarse hasta la madurez o persistir toda la vida. Este consiste en un contacto de succión con la boca (los labios), repetido rítmicamente, que no tiene por fin la nutrición". (Freud 1905, p. 47)

"La acción de mamar con fruición cautiva por entero la atención y lleva al adormecimiento o incluso a una reacción motriz en una suerte de orgasmo. No es raro que el mamar con fruición se combine con el frotamiento de ciertos lugares sensibles del cuerpo, el pecho, los genitales externos. Por esta vía, muchos niños pasan del chupeteo a la masturbación". (Freud 1905, p47)

Esto último "nos autoriza a considerar el chupeteo como una exteriorización sexual, y a estudiar justamente en él los rasgos esenciales de la práctica sexual infantil". (Freud 1905, p47)

Al considerar más a fondo este ejemplo, se observa que el carácter más llamativo de esta práctica sexual, es el hecho de que la pulsión no está dirigida a otra persona sino que se satisface en el propio cuerpo, es decir, es autoerótica. En este punto resulta pertinente aclarar que el autoerotismo es la cualidad de un comportamiento sexual infantil precoz mediante el cual una pulsión parcial, ligada al funcionamiento de un órgano o a la excitación de una zona erógena, encuentra su satisfacción en el mismo lugar, es decir, sin recurrir a un objeto exterior. (Freud, 1905)

El autoerotismo se encuentra en el momento, siempre renovado más que localizable de una determinada época de la evolución, en que la sexualidad se desliga del objeto natural, entregándose a la fantasía y por esto mismo creándose como sexualidad.

En un principio “la satisfacción de la zona erógena se asoció con la satisfacción de la necesidad de alimentarse. El quehacer sexual se apuntala {*anlehnen*} primero en una de las funciones que sirven a la conservación de la vida, y sólo más tarde se independiza de ella”. (Freud 1905, p48)

Todavía se puede extraer muchos elementos del ejemplo del chupeteo con la finalidad de caracterizar lo que es una zona erógena. Dicho por Freud “es un sector de piel o de mucosa en el que estimulaciones de cierta clase provocan una sensación placentera de determinada cualidad”. (Freud 1905, p48)

El trato del niño con la persona que lo cuida es para él una fuente continua de excitación y de satisfacción sexuales a partir de las zonas erógenas, y tanto más por el hecho de que esa persona -por regla general, la madre- dirige sobre el niño sentimientos que brotan de su vida sexual, lo, acaricia, lo besa y lo mece, y claramente lo toma como sustituto de un objeto sexual de pleno derecho. (Freud 1905, p62)

Puede aseverarse entonces que “la excitación sexual fluye de variadas fuentes. Sobre todo, produciría satisfacción la apropiada excitación sensible de las llamadas zonas erógenas; al parecer, pueden actuar en calidad de tales cualquier órgano de los sentidos y probablemente cualquier órgano; no obstante, existen ciertas zonas erógenas privilegiadas cuya excitación estaría asegurada desde el comienzo por ciertos dispositivos orgánicos”. (Freud 1905, p62)

Un aspecto importante a considerar es la *erogenidad* entendida como la actividad por la cual un lugar del cuerpo envía a la vida anímica estímulos de excitación sexual, considerando que las zonas *erógenas* pueden subrogar a los genitales y comportarse de manera análoga a ellos. De este modo es posible considerar la *erogenidad* como una propiedad general de todos los órganos, lo que permite hablar de un aumento o una disminución de ella en determinada parte del cuerpo. (Freud 1914)

En *Introducción del narcisismo (1914)* Freud hace alusión directa a la enfermedad del cuerpo, señalándola como un elemento fundamental en relación al narcisismo: “para aproximarse al conocimiento del narcisismo es de utilidad tener en consideración la enfermedad orgánica, la hipocondría y la vida amorosa de los sexos”. (Freud 1914, p21)

A partir de lo anterior el narcisismo, sería “el complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación, de la que justificadamente se atribuye una dosis a todo ser vivo”. (Freud 1914, p19) En el mismo texto el autor considera también importante la influencia de la enfermedad orgánica sobre la distribución de la libido: “Es sabido -y nos parece un hecho trivial que

la persona afligida por un dolor orgánico y por sensaciones penosas resigna su interés por todas las cosas del mundo exterior que no se relacionen con su sufrimiento.” (Freud 1914, p21)

Una observación más precisa nos enseña que, mientras sufre la persona, también retira de sus objetos de amor el interés libidinal, es decir, cesa de amar. Con esto se podría asegurar entonces que “el enfermo retira sobre su yo sus investiduras libidinales para volver a enviarlas después para curarse (...) Un intenso egoísmo protege contra la enfermedad; pero, al fin y al cabo, hemos de comenzar a amar para no enfermarnos y enfermamos en cuanto una frustración nos impide amar.” (Freud 1914, p 21)

Como una forma de ilustrar lo que provoca el dolor en términos psíquicos, Freud escribe acerca del poeta con dolor de muelas: “En la estrecha cavidad de su muela se recluye su alma toda. Libido e interés yoico tienen aquí el mismo destino y se vuelven otra vez indiscernibles”. (Freud 1914, p21)

En la *Conferencia 26 La teoría de la libido y el narcisismo*, Freud aclara que “Una enfermedad orgánica, una estimulación dolorosa, la inflamación de un órgano, crean un estado que tiene a todas luces por consecuencia un desasimiento de la libido respecto de sus objetos. La libido recogida se reencuentra en el interior del yo como una investidura reforzada de la parte enferma del cuerpo. Desde aquí parece abrirse un camino para la comprensión de la hipocondría, en la cual de manera similar un órgano atarea al yo, sin que para nuestra percepción esté enfermo.” (Freud 1916, p52)

El decaimiento de la disposición a amar, por obra de perturbaciones corporales y su sustitución repentina por una indiferencia total, es una característica típica del que padece una enfermedad orgánica. (Freud 1914)

Más tarde, en *El Malestar de la Cultura*, volvió sobre esta temática, señalando que “Ya nuestra constitución limita las posibilidades de dicha. (...) Desde el cuerpo propio amenaza el sufrimiento, que destinado a la ruina y la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma”. (1929, p77)

En este mismo texto asegura que” Aún si continuáramos preguntando por qué es tan difícil para los seres humanos conseguir la dicha. Ya dimos la respuesta cuando señalamos las tres fuentes de donde proviene nuestro penar: la hiperpotencia de la naturaleza, la fragilidad de nuestro cuerpo y la insuficiencia de las normas que regulan los vínculos (...). Respecto de las dos primeras, nuestro juicio no puede vacilar mucho; nos vemos constreñidos a reconocer estas fuentes de sufrimiento y a declararlas inevitables. Nunca dominaremos completamente la naturaleza; nuestro organismo, él mismo parte de ella, será siempre una forma perecedera, limitada en su adaptación y operación”. (Freud 1929, p 23)

A modo de síntesis es importante destacar que psicoanálisis fue más allá del paradigma del dualismo clásico que oponía el cuerpo a la psique, Freud transformó ese dualismo mostrando la estructura simbólica del cuerpo a

través del caso clínico de la conversión histérica y de su reflexión teórica acerca de la pulsión. En el caso de la histeria constató que existe una sensibilidad del cuerpo a las representaciones inconscientes y que los síntomas eran portadores de un mensaje, además planteó la pulsión como un concepto límite entre lo psíquico y lo somático, constituyendo una delegación energética de una excitación somática de origen interno en el psiquismo, de este modo, el cuerpo sería un cuerpo atravesado por el placer y el goce, dicho de otro modo, el cuerpo es para el psicoanálisis un cuerpo erotizado y erógeno.

EL CUERPO EN LACAN

El cuerpo es un concepto que tradicionalmente se ha opuesto al de psiquismo. Este dualismo fue transformado, en un primer momento, tras la introducción por Freud de los conceptos de conversión histérica y de pulsión y, en un segundo momento, tras la elaboración por Lacan de los conceptos de imagen especular, cuerpo simbólico, cuerpo real y objeto a.

A partir de sus primeras interrogaciones clínicas, las histéricas le permitieron descubrir a Freud la sensibilidad particular de su cuerpo frente a las representaciones inconscientes. En 1905, precisó que las representaciones reprimidas se expresaban en el cuerpo: “estas formaciones de pensamiento que han quedado relegadas al estado de lo inconsciente aspiran a una expresión proporcionada a su valor afectivo, a una *descarga*, y en el caso de la histeria la encuentran en el proceso de la *conversión* en fenómenos somáticos”. (Freud, 1905 p.10). Ese mismo año, Freud formuló el concepto de pulsión, que se encuentra en el límite entre lo psíquico y lo somático que designa a la carga energética en el psiquismo de una excitación somática de origen interno. Poco después en *Tres ensayos sobre una teoría sexual (1905)*, plantea la existencia de zonas erógenas y una economía libidinal que comanda la vida psíquica del sujeto. De gran relevancia fue el giro dado a partir de su texto *Introducción al Narcisismo (1914)* en el que se observa una revisión acuciosa de la construcción de la teoría que hizo del cuerpo y para finalizar, su teoría de la *pulsión de muerte (1920)*. Podríamos decir que la teoría y clínica freudiana hacen referencia constantemente al cuerpo, pudiendo encontrar alusiones a este concepto de principio a fin de la obra.

Lacan al igual que Freud, se adentró en esta problemática, y es justamente esa la finalidad de este capítulo; comprender cuál ha sido su posición respecto del cuerpo.

Este capítulo comienza con el cuestionamiento que hace Lacan al dualismo cartesiano, en relación a la dicotomía psique/soma y con ello la necesidad de subvertir la representación tradicional que existe del espacio. Luego se realizará un recorrido por los momentos teóricos en los que el autor hace alusión al cuerpo, en un intento quizás, más cronológico por situar los conceptos que desarrolla.

A lo largo de su teoría, Lacan intentó trazar pasajes entre el sujeto y su cuerpo. En distintos momentos expresó su desacuerdo con la concepción binaria del cuerpo y relativizó el dualismo cartesiano imperante, consiguiendo comprender de otra manera la cuestión del cuerpo y respondiendo al dualismo psique/ soma con la producción de un sistema ternario.

“Ha proscrito al cuerpo la dicotomía cartesiana del pensamiento y de la extensión. Ese cuerpo no se caracteriza simplemente por la dimensión de la extensión: un cuerpo es algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo. La dimensión del goce está completamente excluida por lo que he llamado la relación epistemo-somática”. (Lacan, 1966, p. 92)

Así, se da lugar a nuevos modos de pensar el cuerpo, concibiéndolo de una manera diferente de lo que corresponde a la res extensa.

En su seminario *Problemas cruciales para el psicoanálisis*, relativiza la separación binaria de la res extensa y la res cogitans, manifestando la “ausencia de trama común entre ambas”. (Lacan 1965 p. 25)

Agrega que “La cogitación continúa estando pegoteada por un Imaginario que es, como lo he sugerido desde hace mucho, Imaginario del cuerpo; lo que se cogita es, de alguna manera, retenido por lo Imaginario como enraizado en el cuerpo”. (Lacan, 1975, p. 58)

Y en su seminario *R. S. I.*, dirá con el anudamiento de los registros Real, Simbólico e imaginario, que “muy lejos de haberse separado, como lo supone Descartes, el pensamiento no es más que extensión, y aún le es precisa una extensión que no es cualquiera: una extensión de dos dimensiones, una extensión que pueda embadurnarse”. (Lacan, 1975, p.32)

Expresada la postura de Lacan en relación a las bases paradigmáticas que subyacen su pensamiento, es posible adentrarse en sus producciones teóricas. No es fácil saber con certeza qué lugar tiene el cuerpo en la obra de Lacan, sin embargo, es posible asegurar que es un lugar extenso, porque del comienzo al fin de sus escritos y en gran parte de sus seminarios, incluso en los inéditos, no cesó de hablar de él.

Un recorrido por los textos de J. Lacan

En este recorrido es posible observar que Lacan no hizo una teoría del cuerpo; sino que habló de él siempre en relación a otros conceptos que iba desplegando. Es decir, el cuerpo no es para Lacan un concepto al modo en que lo es el inconsciente, la transferencia y el significante, sino que hace alusión a él a lo largo de su obra, pero siempre en función de otras conceptualizaciones. (Soler, 1993)

Lacan planteó en 1936 el efecto de la imagen en ciertos momentos del desarrollo del ser humano, lo que constituye el fundamento del estadio del espejo. A saber, el hombre nace en un estado de prematuración:

“La función del estadio del espejo se nos revela entonces como un caso particular de la función de la *imago*, que es establecer, una relación del organismo con su realidad. Pero esta relación con la naturaleza está alterada en el hombre por cierta dehiscencia del organismo en su seno, que confirma este punto de vista que formulamos como el dato de una verdadera *prematuración específica del nacimiento* en el hombre”. (Lacan, 1936, p. 88)

Es debido a la discordancia intraorgánica y relacional del infans, que se produce la identificación, entendida como la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen. “El hecho de que su imagen especular sea asumida jubilosamente por el ser sumido todavía en la impotencia motriz y la dependencia de la lactancia que es el hombrecito en ese estadio *infans*, nos parecerá por lo tanto que manifiesta, en una situación ejemplar, la matriz simbólica en la que el yo [*je*] se precipita en una forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto.” (Lacan, 1936, p. 87)

A partir de la imagen, Lacan aborda el problema del cuerpo; considera que para hacer un cuerpo se precisa un organismo vivo más una imagen, es decir, atribuye a la unidad de la imagen el sentimiento de unidad del cuerpo, unidad que es dada por una *gestalt* visual y aprehendida por el sujeto a partir de la unidad de su forma en el espejo. Esto último queda expresado en la siguiente cita:

“Es que la forma total del cuerpo, gracias a la cual el sujeto se adelanta en un espejismo a la maduración de su poder, no le es dada sino como *Gestalt*, (...). Así esta *Gestalt*, simboliza la permanencia mental del yo [*je*] al mismo tiempo que prefigura su destinación enajenadora. (Lacan, 1936, p. 87)

Lacan evoca el estado de malestar del sujeto, cuando el organismo no está coordinado con esta imagen, que le hace tomarse como un conjunto y lo abandona a un despedazamiento primario en relación a la imagen.

El sujeto anticipa una unidad para la que no tiene en ese momento los medios (neuronales ni motores) y esta unidad anticipada descubre, a su vez, un cuerpo que, por el hecho de acceder a esta nueva reflexividad, va a sentirse despedazado. (Lacan, 1936). El despedazamiento es entendido como el choque retroactivo de esta unidad dada demasiado temprano en la imagen. El Yo (Je) es el resultado de ese estadio del espejo en tanto va a ser símbolo de una unidad irreducible, que no es ya la de la imagen sino la de un “*reflejo de la imagen en el cuerpo*”. (Lacan, 1936, p. 87)

Imaginario significa efecto de una imagen; en este sentido cabe señalar que el cuerpo es imaginario, es decir, que la imagen es asumida por el sujeto a través de una serie de identificaciones. “Hay aquí una primera captación por la imagen en la que se dibuja el primer momento de la dialéctica de las identificaciones. (...) Es esta captación por la *imago* de la forma humana, la que entre los seis meses y los dos años y medio domina toda la dialéctica del comportamiento del niño en presencia de su semejante. Durante todo ese período se registrarán las reacciones emocionales y los testimonios articulados

de un transactivismo normal. El niño que pega dice haber sido pegado, el que ve caer llora. (Lacan, 1948, p. 41)

Así en esta época, la relación del hombre con su cuerpo se hace por la imagen especular; la causalidad psíquica es la imago o representación inconsciente. Habría que aclarar que lo especular es una especie de engaño, ya que esto se proyecta en el espejo que es nuestro semejante. "El sujeto se identifica en su sentimiento de sí con la imagen del otro, y la imagen del otro viene a cautivar en él este sentimiento". (J. Lacan, 1946, págs. 171).

Lacan desarrolla la relación del cuerpo y del imaginario, esto lo logra retomando ciertos conceptos mencionados años atrás en su obra y profundizando sobre ellos en conceptualizaciones posteriores.

En el Seminario "*Los Escritos Técnicos de Freud (1953-1954)*" se pone énfasis en el hecho que el sujeto toma conciencia de su cuerpo como totalidad: "el sólo hecho de ver la forma total del cuerpo humano da al sujeto una matriz imaginaria de su cuerpo" (Lacan, 1954. p. 128)

La imagen del cuerpo tiene un lugar muy importante, al punto que Lacan dirá que " la imagen de sí, la imagen del cuerpo, de alguna manera viene a dominar todo " (Lacan, 1958, p. 118)

Agregaré en su seminario *La Relación de Objeto*, que la imagen del cuerpo "es una producción a propósito de la cual, no se puede hablar de realidad ni de irrealidad. (...) Así es como se expresa con mucha pertinencia el señor Winnicott, Los objetos transicionales son esos objetos, medio reales, medio irreales a los que el niño se aferra por medio de una especie de enganche". (Lacan, 1957, p.46)

En este punto, Lacan asemeja la imagen del cuerpo al espacio transicional, con lo que está diciendo que la imagen del cuerpo se sitúa en un lugar de objetividad- subjetividad que permite al infans cierta continuidad necesaria en momentos que debe transitar de un estadio a otro, además sitúa al cuerpo en un lugar de realidad e irrealidad simultánea que sólo se da en los objetos transicionales.

Otro aspecto de importancia en este concepto, viene dado por el hecho que es la imagen del cuerpo "que ofrece al sujeto la primera forma que le permite ubicar lo que es y lo que no es del yo" (Lacan, 1954, p.36)

En este sentido, la imagen del cuerpo tendría para Lacan características transicionales, por un lado y una función delimitadora, por otro.

Se podría decir que, después de Lacan, la función esencial de una imagen es la de dar forma. A grandes rasgos, es posible decir que la imagen otorga una forma al sujeto, y es lo que posibilita el proceso de identificación con ella. La cita que mejor expresa esta idea es la siguiente:

"Es la imagen de su cuerpo quien está al principio de toda la unidad que percibe en los objetos (...) El objeto está siempre más o menos estructurado como la imagen del cuerpo del sujeto" (Lacan, 1955 p.78)

En *Los escritos técnicos de Freud* (1954), Lacan enuncia una posición con relación al cuerpo, otorgando sentido a lo que será su apuesta, a saber, la búsqueda de la verdad, que no es solamente por el verbo sino también por el cuerpo. Esto último queda expresado en la siguiente cita:

"El descubrimiento freudiano nos conduce pues a escuchar en el discurso esa palabra que se manifiesta a través, o incluso a pesar del sujeto. El sujeto no nos dice esta palabra sólo con el verbo, sino con todas sus restantes manifestaciones. Con su propio cuerpo el sujeto emite una palabra que, como tal, es palabra de verdad, una palabra que él ni siquiera sabe que emite como significante. Porque siempre dice más de lo que quiere decir, siempre dice más que lo que sabe que dice" (Lacan, 1954, p. 387)

El narcisismo primario no cesará de ser un objeto de interés para Lacan y su elaboración sobre este tema continuará, pero ya no desde una visión biológica del desarrollo, sino desde una posición más estructural que enuncia una nueva perspectiva, que se expresa en el texto *Función y Campo de la Palabra y del Lenguaje en Psicoanálisis*, donde Lacan plantea claramente el lugar entre palabra-lenguaje-cuerpo:

"La palabra en efecto es un don de lenguaje, y el lenguaje no es inmaterial. Es cuerpo sutil, pero es cuerpo. Las palabras están atrapadas en todas las imágenes corporales que cautivan al sujeto; pueden preñar a la histórica, identificarse con el objeto del *penis-neid*, representar el flujo de orina de la ambición uretral, o el excremento retenido del gozo avaricioso. (Lacan, 1953, p.289)

En el mismo texto, Lacan introdujo un principio fundamental en el desciframiento de la obra freudiana que consistió en reconocer en el trabajo de las formaciones del inconsciente, el trabajo de los mecanismos significantes. Se produce entonces un viraje en su descripción y considera que es el significante el que introduce el discurso en el organismo. El primer cuerpo, es el lenguaje, es decir, lo que llamará más tarde, el cuerpo simbólico:

"El primer cuerpo, es un cuerpo de algún modo subjetivizado. Lacan evoca la subjetividad del niño que registra como victorias y derrotas el gesto de la educación de sus esfínteres, gozando allí de la sexualización imaginaria de sus orificios cloacales, haciendo agresión de sus expulsiones excrementicias, seducción de sus retenciones, y símbolos de su relajación. Este es el cuerpo tal como Lacan lo presenta en los primeros momentos de su enseñanza. Es un cuerpo subjetivizado, un cuerpo cuyos orificios, cuyos objetos, cuyos avatares del desarrollo son retomados como subjetividad y reciben sentido. Entonces, es un cuerpo significantizado y subjetivizado". (Miller, 1998 p.1)

El lenguaje es cuerpo según expresa el autor en esta cita: "El cuerpo del simbólico, cuerpo incorporeal, que al incorporarse les da cuerpo." (Lacan, 1970, p.156)

A partir de esta proposición, es posible enunciar otras: decir "este cuerpo es mío", es posible, ya que el lenguaje es quien me lo da. Más aún, es porque uno lo dice que se constituye el cuerpo como un hecho. Esta tesis de Lacan postula que solamente hay hechos si son dichos; el cuerpo, si es *Uno*, el nuestro, es porque nosotros lo decidimos, porque le atribuimos una singularidad. (Soler, 1993)

Se debe convenir que lo que nos permite decir que tenemos un cuerpo, es decir, tomar nuestro cuerpo como un atributo en lugar de tomarlo como nuestro ser mismo, es que como sujetos podemos prescindir de él, como sujetos del significante estamos separados del cuerpo.

En esta misma línea de pensamiento, podemos afirmar que el animal no tiene cuerpo; porque es su organismo. Si el hombre puede decir "tengo un cuerpo", es porque para un organismo hay un significante que lo hace uno. Durante este período Lacan se consagra a desarrollar lo que en ello es del orden del inconsciente y podemos percibir que su manera de aproximarse al cuerpo está modificada por ello:

"Podríamos contentarnos con decir que desde la apertura que encuentra el significante con la entrada de lo imaginario, todo anda solo. En efecto, todas las relaciones con el cuerpo propio establecidas a través de la relación especular, todas las pertenencias del cuerpo, entran en juego y quedan transformadas por su advenimiento al significante". (Lacan, 1957, p. 69)

Muchos elementos ligados con la estructura corporal así como con la experiencia vivida del cuerpo, son utilizados para alimentar lo simbólico, por ejemplo, los excrementos son el objeto que simboliza el don:

"Que los excrementos se conviertan, durante algún tiempo, en objeto preferente del don no ha de sorprendernos, ya que evidentemente es en el material a su disposición en relación con su cuerpo donde el niño puede encontrar lo real adecuado para alimentar lo simbólico" (Lacan, 1957, p. 70)

Las diversas partes del cuerpo, en efecto, pueden servir de significantes, es decir, ir más allá de su función en el cuerpo vivo.

"El goce buscado en la masturbación por una parte del cuerpo juega un rol (...), comprenderán rápidamente que no es la función la que hace al órgano, sino el órgano quien hace la función. Posición que va en contra el oscurantismo en el que nos bañamos ". (Lacan, 1976 p.98)

Es así que el falo, a partir del órgano corporal, el pene, se vuelve el significante principal con el cual el cuerpo va a ser identificado. Esta idea Lacan la desarrolla claramente en la siguiente cita:

"Falo: en el origen para el sujeto no es algo distinto a un punto de voluptuosidad de su propio cuerpo y, seguramente mucho menos sujeto a caducidad que otros elementos; que tuvieron alcance de significativo en su demanda anterior a este elemento; este punto de su cuerpo por su relación orgánica con él mismo, es más que cualquier otro; de manera que en la aprehensión de una cadena metafórica en la metáfora paterna, debe jugar como tal su rol para hacer un significativo que al mismo tiempo, se vuelva un significativo absolutamente privilegiado de esta relación con el Otro; del Otro, que haga un significativo absolutamente central del inconsciente". (Lacan, 1958, p. 204)

En *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano*, comunicado en 1960, Lacan especifica que "El psicoanálisis implica por supuesto el real del cuerpo y el imaginario de su esquema mental. Pero para reconocer el alcance en la perspectiva que autoriza en él por el desarrollo, hay que darse cuenta primero que las integraciones más o menos parcelarias que parecen constituir su ordenación, ahí, funcionan ante todo como los elementos de una heráldica, de un blasón del cuerpo" (Lacan, 1960, p. 783)

Esta cita expresa que hay insignias que quedan en el cuerpo como trazos de la biografía y del desarrollo libidinal, en el que las zonas erógenas se manifiestan como colonizaciones del cuerpo predeterminadas por las necesidades biológicas, que dejan una impronta a nivel del cuerpo gracias a la libido depositada en cada zona.

En 1966 Lacan fue invitado a participar de la mesa redonda *Psicoanálisis y medicina*, allí señala que existe un cuerpo que la ciencia impone "El cuerpo en su registro purificado posible de radiografiar, calibrar, diagramar, y susceptible de condicionar" (Lacan, 1966, p. 92) El cuerpo del que tratará este trabajo no es sólo fisiológico, si no que principalmente tratará de la carne atravesada por el significativo.

Es a partir de 1964, que Lacan relativiza la idea que sólo la palabra sea fundamento. Todo el esfuerzo, en esta época, de Lacan consiste en mostrar los límites de la palabra; lo que hace el límite de un tierra, es el litoral, lo que hace el límite de una palabra es lo literal. (Miller, 1998)

Es necesaria otra lógica basada en el Otro. Es por esta barra del Otro A, es decir, que puede haber falta en el Otro, que Lacan ve la posibilidad de pasar de la palabra - lo simbólico- a lo Real. El gran Otro no es solamente el lugar de los significantes, sino del cuerpo.

"Allí sostuvimos por primera vez que ese lugar del Otro ha de tomarse en el cuerpo y no en otra parte, que no es intersubjetividad, sino cicatrices sobre el cuerpo, tegumentos, pedúnculos que se enchufan en sus orificios para hacer las veces de toma corriente, artificios ancestrales y técnicos que lo roen" (Lacan, 1967, p 59)

En el seminario *La lógica del fantasma* (1966-67), Lacan plantea parte de esta nueva articulación:

“Para aquellos que vuelven hoy después de haber seguido un tiempo mi enseñanza, es preciso que señale lo que introduje de nuevo en estas últimas veces como nuevas articulaciones. Una importante que data de nuestro antepenúltimo encuentro, es seguramente haber designado (...) el lugar del Otro: en el cuerpo. El cuerpo mismo es este lugar de origen, este lugar del Otro, en tanto que es ahí que, de origen, se inscribe la marca en tanto que significativa”. (Lacan, 1967, p. 101)

En otro extracto enfatiza lo dicho anteriormente:

“En este punto, entonces, ¿qué es este Otro? ¿Cuál es su sustancia? (...). El Otro, finalmente, y si ustedes no lo han adivinado ¡el Otro es el cuerpo! (...) no es más que a partir de esto, que desde el principio el cuerpo, nuestra presencia de cuerpo animal es el primer lugar donde meter inscripciones, el primer significativa”. (Lacan, 1967, p. 96)

En este período, Lacan esboza lo que será el camino del último tramo de su enseñanza. El cuerpo por la operación significativa forma el lecho del Otro, de ese efecto queda un pedazo como causa del deseo. Luego desarrolla la idea que el cuerpo es el lugar del Otro, se trata de un desarrollo que se inicia a partir de que Lacan introduce la dimensión del objeto *a*. En realidad lo que plantea es la sustitución del objeto *a* al lugar del Otro. (Soler, 1993)

Debemos tener en cuenta que en la pulsión existen dos aspectos. El aspecto significativa de la pulsión, en tanto inscribe un rasgo unitario, pero al mismo tiempo concierne al objeto *a*, al que Lacan finalmente llamará plus-de-goce. Esto último lo expresa, claramente, en el siguiente extracto: “Alrededor del plus de gozar se juega la producción de un objeto esencial cuya función se trata ahora de definir: el objeto *a*”. (Lacan, 1968, p.4)

Lacan menciona en el seminario XVI, que el plus de goce es el que otorga forma al goce: “Es precisamente por allí que él no es informe; el goce tiene aquí ese alcance que nos permite introducir esta función propiamente estructural, que es la del plus de gozar. Ese plus de gozar apareció en mis últimos discursos, en función de homología por relación a la plusvalía marxista”. (Lacan, 1968, p.13)

Lo que es un “plus” corresponde a un “menos” que le precede. Dado que anteriormente el significativa ha introducido una pérdida, en palabras de Lacan: “La pérdida que apuntamos, aquella que apuntamos en el horizonte, (...) aquella que constituye el plus de gozar”. (Lacan, 1968, p. 45), sin embargo, existe algo que se restituye, es decir, una cierta compensación: “El plus de gozar que es la apuesta que constituye la postura para la ganancia del otro goce”. (Lacan, 1968, p.132)

“Es a la vez un objeto perdido, imposible de ser recuperado, que se sitúa en la serie de los (-) y al mismo tiempo está repositivizado de alguna manera en tanto restituye un cierto coeficiente de goce”. (Soler, 1993, p. 7)

Más adelante, en el mismo texto, señala que el síntoma es resultado del plus-de- goce:

“El modo en que cada uno sufre en su relación al goce, en la medida en que no se inserta allí más que por la función del plus de gozar. He ahí el síntoma y el síntoma en tanto que él aparece a partir de esto”. (Lacan, 1968, p.11)

El plus de gozar, al igual que el síntoma, se presenta par ser decodificado por un Otro, como un mensaje. “El plus de gozar está siempre allí. Se trata de saber para quién”. (Lacan, 1968, p.125)

Existen otras reflexiones que conciernen al cuerpo, una por la dimensión de la fantasía y la otra por la dimensión del goce.

La fantasía contiene al objeto (*a*) como causa de deseo; para realizar la fantasía es necesario el cuerpo: “el seno, el escíballo, la mirada, la voz: éstas piezas desprendibles, sin embargo, enteramente ligadas al cuerpo. He aquí de lo que se trata el objeto (*a*)”. (Lacan, 1966, p. 4)

Respecto al goce, Lacan instaura al Otro como valor de goce, señalando que “*no hay otro goce que el de mi cuerpo*” (Lacan, 1967, p. 54)

En Medicina y Psicoanálisis Lacan señala que: “Pues lo que yo llamo goce en el sentido en que el cuerpo se experimenta, es siempre del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Incontestablemente, hay goce en el nivel donde comienza a aparecer el dolor, y sabemos que es sólo a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada”. (Lacan, 1966 p. 95)

Plantea también el goce como una propiedad del cuerpo viviente, que sólo sabe lo que es estar vivo a través del goce. “la sustancia del cuerpo, se define sólo por lo que se goza y no sabemos qué es estar vivo a no ser por esto, que un cuerpo es algo que se goza. No se goza sino corporeizándolo de manera significativa”. (Lacan, 1973, p.11)

Agrega que: “La definición misma de un cuerpo, es que éste sea una sustancia gozante(...) es la única cosa que con excepción del mito sea verdaderamente accesible a la experiencia. Un cuerpo goza de él mismo; él goza bien o mal, pero es claro que este goce lo introduce en una dialéctica donde es preciso indiscutiblemente otros términos para que eso se sostenga en pie, a saber, nada menos que este nudo”. (Lacan, 1974, p.46)

En este punto es importante aclarar, que sería erróneo identificar al ser vivo con el cuerpo; es más, lo real del ser vivo, según Lacan, se diferencia y queda excluido de la noción de cuerpo, lo que es expresado por el autor como “si hay algo que pueda definirse como el cuerpo, no es la vida”. (Lacan, 1974, p.46)

Siguiendo la misma lógica, en el Seminario Aun (1973), explica que existe una cohesión del organismo; sin embargo, esta cohesión no basta para

constituir un cuerpo: “Lo importante es que todo eso encaja lo suficiente para que el cuerpo subsista, si no hay, como se dice, accidente externo o interno. Lo que quiere decir que el cuerpo es tomado como se presenta ser, como un cuerpo cerrado” (Lacan, 1973, p. 47)

Por esta razón, se debe distinguir entre el organismo y aquello a lo que se denomina cuerpo. El cuerpo, a diferencia del organismo, sufre una reorganización que lo desnaturaliza al hacerlo sensible y maleable a la complejización de los signos lingüísticos.

El autor plantea que el cuerpo no es primario, en tanto lo viviente no es el cuerpo. Por lo tanto, la individualidad debe construirse, y esta construcción sólo comienza con la emergencia, de una categoría fundamental que llamamos representación. Para que la individualidad orgánica se convierta en un cuerpo es preciso que el significante introduzca el *Uno*:

“El saber del uno resulta que no viene del cuerpo. El saber del uno, por lo poco que cabe decir de él, viene del significante Uno”. (Lacan, 1973 p. 60)

Un aspecto fundamental en la obra de Lacan son los orificios del cuerpo, que surgen principalmente en relación a las pulsiones.

“Ellos no se imaginan que las pulsiones son el eco en el cuerpo del hecho que hay un decir, pero que este decir, para que resuene, para que consuene es preciso que ahí el cuerpo sea sensible, y que lo es, es un hecho. Es porque el cuerpo tiene algunos orificios de los que el más importante es la oreja, porque no puede cerrarse, por esa causa responde en el cuerpo lo que llamé la voz”. (Lacan 1976, p. 4)

Que para Lacan el cuerpo tenga agujeros, implica una comprensión no esférica del cuerpo, y una concepción distinta del espacio, lo que lo conduce a enunciar una nueva afirmación: *el cuerpo tiene una estructura tórica*.

“Así hay evidentemente dos cosas: hay dos espacios de agujeros: el agujero que se abre a lo que se llama el exterior. Eso da cuenta de lo que se trata en cuanto al espacio (...) Este toro en cuestión, no parece ser enseguida lo que se llama cuerpo. Pero vamos a ver que es suficiente con darle la vuelta, no como se da la vuelta a una esfera, porque un toro se voltea de otra manera”. (Lacan, 1976, p 3)

La existencia de los agujeros del cuerpo permiten concebirlo como una estructura tórica, que permite la comunicación entre interior y exterior.

El autor agrega que el cuerpo puede ser percibido en un primer momento, como una bolsa que contiene los órganos, poniendo énfasis en la superficie del cuerpo, es decir, la piel. Sin embargo, al profundizar en esta idea señala que:

“El viviente se considera a sí mismo como una bolsa, pero con el tiempo a pesar de todo, se da cuenta que no lo era, porque no se había dado cuenta que estaba organizado, quiero decir, lo que se ve del cuerpo viviente, como lo que llamé trique el otro día (...) Es bien evidente que es de esa manera como se construye,

lo que conocemos del cuerpo como consistente. Aquí está la boca y aquí la boca exterior". (Lacan, 1976, p. 5)

Cuando Lacan recurre a la inversión de la envoltura, de la superficie del toro, es decir, que hace pasar del interior al exterior y del exterior al interior; no trabaja más sobre la imagen en el espejo, como lo hacía en la época del esquema óptico; esta nueva forma de concebir el cuerpo como estructura tórica, lo conduce a articularlo no más con relación a la dimensión imaginaria como única o principal, sino en función del Imaginario, del Simbólico y del Real, estando cada uno de estos registros en igualdad con los otros dos. (Miller, 1998)

Existe una equivalencia entre los tres registros: Imaginario, Simbólico y Real. Podemos pensar el término cuerpo como un término operatorio que designa de entrada la consistencia topológica de cada uno de los tres registros, considerados cada uno de ellos una unidad, pero también y sobre todo la consistencia del nudo como tal; el anudamiento, que hace sostenerse en conjunto las tres consistencias de manera que no se disipen. Es decir, lo que hace a la subjetividad. (Tizio, 2007)

Lacan da gran importancia al nudo borromeo, pero su preocupación parece ser el anudamiento del nudo, en particular del simbólico al imaginario, y del imaginario al real. (Miller, 1998).

Cada una de las nominaciones real, simbólico, imaginario se soporta de un cuerpo y cada una tiene una consistencia propia. "Hay un cuerpo el imaginario, un cuerpo del simbólico, es la lengua y un cuerpo del real del que uno no sabe cómo él sale" (Lacan, 1976, p 3)

En este recorrido se pudo observar, cómo Lacan salió de la problemática cuerpo-alma, al instaurar el cuerpo en el lenguaje. En este sentido, es posible decir que Lacan, efectivamente, dio un lugar al cuerpo en su teoría analítica y con ello puso en discusión el binarismo que aqueja, en ocasiones, a la llamada clínica de lo somático, posibilitando de este modo, una clínica de las afecciones corporales, analítica y no médica.

Al establecer las articulaciones entre el gran Otro, el objeto (a), el inconsciente y el cuerpo; Lacan pone al cuerpo del lado del psicoanálisis y no del lado de la psicología o de la biología, es de esta manera que el cuerpo tiene un lugar en la apuesta lacaneana.

CAPÍTULO 3:

ARTICULACIÓN TEÓRICO CLÍNICA

Luego de establecer un recorrido por los textos de Freud y Lacan, permitiendo de esta manera delimitar y definir el lugar que ocupa el cuerpo en el psicoanálisis, corresponde hacer referencia a la producción teórica de los autores que han realizado una actualización de la teoría, llevándola al particular contexto de la diálisis. De este modo, en el siguiente apartado se realizará una presentación de los conceptos fundamentales sobre los que han trabajado dichos autores, para, posteriormente, ponerlos en juego en el análisis de este trabajo.

De los autores revisados para esta investigación, Dominique Cupa y Cécile Causeret, son los que mayor atención han destinado a la profundización de los fenómenos psíquicos que se presentan en el sujeto con IRC-T, y su relación con la terapia dialítica. Ambos autores son psicoanalistas francesas, pertenecientes a la Universidad Paris X-Nanterre y al laboratorio de psicopatología psicoanalítica de afecciones somáticas e identitarias, y trabajan además en el servicio de psico-nefrología AURA-Paris.

Dominique Cupa (2009) señala que el trabajo psíquico, en relación a la enfermedad, es complejo para el sujeto con IRC-T, ya que implica una renuncia, por medio del duelo, a la salud, es decir, a la integridad narcisística.

En relación al narcisismo primario manifiesta que la investidura del propio cuerpo es correlativa a la investidura del cuerpo-objeto del infante. La preocupación por la enfermedad proviene de la madre internalizada, la identificación primaria con la madre amorosa que cuida de la vida y de la salud de su hijo. El autor también plantea una lectura psicoanalítica que intenta explicar cómo el sujeto desarrolla una capacidad autoescópica, que le permite sentir su cuerpo interno y alertarse, o no, frente a ciertas señales; para referirse a esta capacidad propone el concepto de auto-observación hipocondríaca: "producto de la internalización de la ausencia de la madre, el trabajo psíquico concerniente a la salud del sujeto se arraiga en la auto-observación hipocondríaca presente en cada uno como guardián de la vida en la esfera narcisística". (Cupa, 2009 p. 89)

También señala que el narcisismo como guardián de la vida es central para la autoconservación, ya que implica cuidar de sí mismo. En el sujeto dializado, la capacidad de autoconservación falló, sintiéndose incapaz de valerse por sí mismo, lo que aumenta su dependencia al Otro. (Cupa, 2009)

A propósito del encuadre analítico, Cupa (2008) indica que es un crisol para la imagen del cuerpo, dándole fuerza a la interioridad psíquica y otorgando además un fondo de continuidad. La presencia del psicólogo permite que se inicie un proceso de subjetivación que lo constituye como depositario del horror ligado a los temores de la muerte y de los dolores ligados a la enfermedad y la diálisis.

Causeret (2009) señala que en la enfermedad orgánica, la libido se moviliza hacia la lesión, ya que el efecto de la herida de órgano consiste en producir una sobre investidura narcisista del órgano padeciente. La enfermedad retrae el interés objetal - contrariamente a como se desarrolla la libido en el adulto- retrae pensamientos, fantasías y emociones sobre el propio cuerpo. Este autor señala que el encuentro con la muerte, la pérdida de la función renal, la dependencia permanente al tratamiento, y la disminución de la libertad anterior, son causas de alteración profunda y desestabilización psíquica. "Se produce una hemorragia narcisista y libidinal causada por la pérdida del objeto amado, es decir, la pérdida de una parte del cuerpo." (Causeret, 2009, p8)

Cuando hay una enfermedad orgánica, el ideal alcanzado hasta entonces sufre una caída. Tal proceso se relacionaría con la noción de ausencia de salud, que marca la pérdida del ideal del yo, como un quiebre que infligiría la herida narcisista.

De esta forma, el yo debe luchar contra la posibilidad del aniquilamiento externo y con las exigencias de los requisitos del tratamiento. Además debe enfrentarse a un mundo interno impotente y dependiente, por otro lado la aceptación del tratamiento conlleva una dependencia ineludible con el centro de diálisis y la máquina, para seguir viviendo, convirtiéndose en un cuerpo sufriente como si careciera de deseo. "En casos extremos, los pacientes se pueden sentir deshumanizados, ya que por fuerza pasan gran parte de su vida conectados a una máquina que impone una vida dominada por la circularidad y la repetición" (Causeret, 2009, p.10). De acuerdo a lo anterior, señala que cierto grado de masoquismo es indispensable para soportar el dolor y el sufrimiento que implica dializarse. Este masoquismo conlleva un aspecto regulador que permite un mantenimiento correcto de la actividad pulsional y la erotización en el sujeto.

Para Françoise Doltó "Las afecciones orgánicas pueden provocar trastornos del esquema corporal, y éstos, debido a la falta o interrupción de las relaciones de lenguaje, pueden acarrear modificaciones pasajeras o definitivas de la imagen del cuerpo". (Dolto, 1986 p. 18) De este modo, Doltó refiere que en el caso de una enfermedad orgánica la imagen corporal vivencia una herida, que incide en el ideal alcanzado previamente.

El cuerpo en este sentido, adquiere un estatuto que traspasa al cuerpo orgánico, ligándolo a una operación de inscripción psíquica que resulta de la eficacia de la palabra de amor al Otro. Ningún cuerpo que no reciba la palabra de amor podrá formar una imagen del cuerpo. (Doltó, 1986)

Por otro lado, el cuerpo como concepto, está muy vinculado a la Imagen del cuerpo, la que se define como "*la imagen de cada uno, que está ligada al sujeto y a su historia*" (Doltó, 1986 p. 21) En otras palabras "*es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones eróticas electivas, arcaicas o actuales, considerándosela como la *encarnación simbólica inconciente del sujeto deseante**". (Dolto, 1986 p. 21)

A propósito del mismo concepto agrega que “es en la imagen del cuerpo libidinal donde se inscriben las experiencias relacionales de necesidad y deseo, narcisizantes y/o desnarcisizantes” (Dolto, 1986). De este modo es posible pensar el cuerpo bajo el influjo del inconsciente y conceptualizar la percepción que cada sujeto tiene sobre su imagen. Esta forma individual de mirarse es de gran relevancia a la hora de pensar el lugar simbólico que ocupa el cuerpo para cada sujeto.

Schwering ha dedicado dos de sus trabajos teóricos a intentar despejar la pregunta por el modo de incorporación psíquica de un órgano trasplantado: *Le traitement psychique de l'organe transplanté: ingestion, incorporation, sexualisation* (2001) y «L'inquiétante étrangeté» de la transplantation d'organes (1999). El considera el trasplante como un atentado corporal grave que implica un acto quirúrgico invasivo, una hospitalización larga y la incertidumbre del pronóstico, surgiendo la pregunta por la confrontación a un nuevo órgano; elemento necesario y esperado pero fuente de múltiples inquietudes y fantasías.

El autor propone un modo de incorporación del trasplante renal, que va desde un polo más fantasmático a un polo menos fantasmático, esta forma deviene una noción útil para pensar los contextos clínicos donde el trasplante se impone en sus tres dimensiones, real, imaginaria y simbólica. En este sentido una incorporación quirúrgica, ineludible como evento, es decir real, debe – es por lo menos su hipótesis- ser acompañada o seguida de una incorporación psíquica. “Ahora bien, estamos de pronto en el corazón de la problemática: más o menos fantasmática, la incorporación como proceso presenta una doble polaridad que no deja de tener consecuencias en la clínica”. (Schwering, 2001, p 154)

En el caso que sea el polo menos fantasmático el que predomine, el sujeto sólo habría realizado una ingestión de un objeto – órgano- de la realidad, es decir el órgano trasplantado quirúrgicamente, sin que haya un trabajo psíquico. Para que exista este tipo de incorporación, el sujeto debe poder fantasmaticar el órgano trasplantado, apropiárselo a través del fantasma de manera de conocer un destino psíquico que lo arranque de su inherencia material. De este modo “la incorporación psíquica del órgano trasplantado puede advenir sólo con la condición que el evento del trasplante venga a insertarse, incluirse y entonces a tomar sentido en la búsqueda existencial del sujeto, y en la constitución o consolidación/reorganización de su personalidad”. (Schwering, 2001, p 164)

Otro autor que contribuye a profundizar en la comprensión del caso clínico es Colette Soler, quién plantea que la madre, como ser de palabra, deja su marca en el niño, siendo imposible ignorar que, a nivel de las primeras necesidades vitales del organismo y de los cuidados que reclama, entra en juego una relación de objeto en lo real. Sin embargo en este vínculo no sólo se juega el modo asistencial del cuerpo, si no también la emergencia del sujeto y la huella que éste recibe del Otro. “Es cierto que el cuerpo está concernido en el sentido de organismo sexuado, es decir, organismo que hay que hacer vivir,

pero sobre todo organismo que hay que civilizar y someter a los usos prescritos. Para ello se necesita del lenguaje en el que se articula la demanda, la cual es la única que permite a ese cuerpo corporizarse de manera significativa". (Soler, 2006, p.132)

También permite adentrarse en los distintos modos de maternidad, pudiendo dilucidar de qué modo una madre hace uso de su hijo, ya que hay más de una manera. Soler manifiesta que "el servicio sexual de la madre, cuando no se encuentra a nivel del puro real, se entiende como servicio fálico.

Me parece que se puede utilizar la diferencia entre órgano y significante para distinguir dos polos de esta utilización del niño. El niño órgano es el cuerpo tomado como muñeca erótica, a este nivel muchos abusos están permitidos y el principio-antisadico, según el cual nadie tiene derecho a disponer del cuerpo de otro, encuentra ahí un límite verdadero, puesto que esta relación, bajo el manto del amor y de la educación, deja la puerta abierta a los excesos". (Soler, 2006, p. 147)

Maleval (2005), en su obra "Locuras histéricas y psicosis disociativas" explica las diferencias y similitudes entre ambas productividades delirantes. El cuerpo fragmentado del neurótico puede sacrificar partes sin perder su unidad, en tanto que en el psicótico se hallaría una imposibilidad de reestablecer un vínculo entre la parte y la totalidad, una incapacidad para acceder a la noción de unidad corporal.

También compara la profundidad y la gravedad del proceso disociativo en ambos estados: en los esquizoides o esquizofrénicos la disociación es persistente, con frecuencia permanente, es decir, definitiva, por el contrario, en el grupo de las afecciones llamadas histéricas, la disociación es esencialmente superficial y temporal. (Maleval, 2005, p. 52)

El autor enfatiza en que los elementos constitutivos del delirio histérico parecen emanar de las significaciones esenciales de la historia del sujeto, relacionados principalmente con temas edípicos, castración, culpabilidad y satisfacción narcisista. (Maleval, 2005, p. 30) destina gran parte de su obra a que la especificidad del delirio histérico está vinculada sobre todo con la puesta en juego de un mecanismo proyectivo particular, que puede hacer surgir fantasmas oníricos en la realidad, e incluso generar yoos desdoblados. (Maleval, 2005, p. 54)

Estas lecturas contribuyen a pensar al sujeto con disfunción renal sin el sesgo propio de las ciencias biológicas. Más que adherir por completo a estas consideraciones, se trata de generar una discusión en torno a la experiencia que arroja el trabajo directo con este sujeto y la teoría que se ha desarrollado hasta el momento.

El caso cumple una función relevante en la argumentación ya que constituye la fuente del material analítico. Por un lado sirve para apuntalar la teoría, para pensarla de un modo situado, pero a su vez, y esto es sumamente interesante, permite en sí mismo la emergencia de nuevo material, lo que permite, a la luz de los conceptos teóricos que se presentan, articular un

conocimiento nuevo. Se trata de un caso que, por supuesto, no pretende ser concluyente, sino más bien una apertura a la complejidad que instala el trabajo con la vida, la muerte y el cuerpo.

1. PRESENTACIÓN DEL CASO

El caso clínico tiene un carácter extensivo en su presentación ya que se pretende facilitar, de este modo la observación del trabajo de elaboración psíquica por parte del sujeto.

La construcción de este caso se basa en el discurso de Carmen, una mujer de veintisiete años, soltera y sin hijos, que vive en casa de sus padres con dos de sus hermanos y sus respectivas familias.

La madre es el primer miembro de la familia que menciona en análisis, actualmente tiene sesenta y seis años y está casada hace cincuenta con el padre de Carmen. La relación entre ambas ha estado marcada por el favoritismo de la madre por su hijo menor, en desmedro de los cuidados requeridos por la paciente. *“Víctor es el regalón de mi mamá, para ella es su hijo preferido, cuando éramos chicos siempre hacía diferencias entre él y yo, por ejemplo los dos nacimos en el mismo mes y a él le hacía torta, invitaba a todos sus amigos y a mí con suerte me hacía un regalo”*.

El padre tiene ochenta y siete años, acerca de él comenta que al ser la hija menor siempre la regaloneaba y le daba en el gusto. *“A mí me tocó un papá distinto que a mis hermanos mayores, conmigo era como un abuelo, en cambio con ellos fue muy castigador.”* Durante toda la infancia de Carmen su padre trabajó en farellones, lo que significaba que por temporadas enteras no tenían noticias de él, *“cuando iba a la nieve desaparecía, no mandaba plata ni nada para nosotros, por eso mi hermano mayor tuvo que hacerse cargo de la casa, ponerse a trabajar desde chico para mantenernos.”*

Hace cuatro años el padre comenzó a perder la memoria por una demencia senil, que ha ido evolucionando hasta dejarlo relegado a un lugar de gran pasividad, sin embargo Carmen se ha hecho cargo de él asistiéndolo en todo lo necesario.

Carmen es hija biológica de Hernán, un vecino muy cercano a la familia, este vínculo es ocultado por la madre durante doce años, hasta que una sobrina del padre biológico le cuenta la verdad, *“cuando era más chica no me explicaba porqué este caballero era tan amoroso conmigo si no era de la familia, solo con los años me fui dando cuenta que esta situación era fuera de lo común, hasta que un día una vecina amiga mía, me dijo que éramos primas, que en verdad yo era hija de su tío. Escucharlo fue como un balde de agua fría, pero al mismo tiempo era algo que yo ya sabía, es verdad eso de los secretos a voces.”* Es muy llamativo cómo la madre se niega a hablar de Hernán a pesar de la inquietud e insistencia de Carmen por saber más de él.

Carmen es la quinta de seis hermanos, el mayor de todos es Nicolás, quién falleció a los treinta años debido a una septicemia producto de una negligencia médica, sucedida hace catorce años. El segundo de los hermanos se llama Danilo, tiene cuarenta años, vive con su mujer y sus seis hijos en el segundo piso de la casa que comparte con Carmen y sus padres. La tercera hija es María, de treinta y ocho años, quien se independizó de sus padres hace once, está casada y tiene dos hijas de las que Carmen es madrina. Luego viene Ximena que tiene veintinueve, convive con su pareja hace siete años y está embarazada de su segundo hijo. Víctor el menor de todos, tiene veinticuatro años, es el único que terminó los estudios superiores recibiendo de ingeniero eléctrico, continúa viviendo en casa de sus padres con su propia familia, compuesta por su mujer y una hija.

La relación que Carmen tiene con María es mucho más estrecha que la que tiene con su madre, ella siente que es María quién la crió cuando niña y a quién le debe todo lo que es. *“Para mí mi mamá es la Mari, porque al final la que estaba conmigo si me enfermaba o cuando tenía que hacer las tareas, la que me bañaba y la que me retaba cuando hacía alguna embarrada era ella, siempre fue ella.”*

La Insuficiencia Renal Crónica Terminal irrumpió en la vida de la paciente, a los dieciséis años, cuando estaba en segundo año de enseñanza media *“en ese momento estábamos en el primer semestre de la práctica para ser Auxiliar de Párvulos, al final salí súper bien evaluada y estaba orgullosa de haber hecho todo igual que mis compañeras, a pesar de estar enferma”*. La manifestación de la enfermedad ocurre seis meses después que María decidiera independizarse e ir a vivir con su pareja fuera del núcleo familiar. También coincidió con el estado depresivo en el cual estaba sumergida su madre a raíz de la muerte de Nicolás, *“mi hermano murió dos años antes que yo me enfermara, durante ese tiempo mi mamá estuvo muy deprimida, lloraba todos los días y nunca pudo superar ese dolor. Cuando yo me enfermé ella recién pudo desviar su atención hacia otra cosa, creo que en ese sentido mi enfermedad la hizo volver a la vida. Igual siento que al final yo pagué el pato, porque su forma de salir de la pena fue volcando sobre mí toda su atención y eso me empezó a ahogar.”*

Carmen estuvo dos años en diálisis, hasta que la llamaron de la unidad de trasplante del Hospital Sótero del Río, diciendo que se había donado un riñón que tenía gran compatibilidad con ella, *“no tenía miedo de operarme en ese momento, era algo feliz de lo que todos se emocionaban, quizás más que yo”*.

El trasplante cumplió la función renal en el organismo de Carmen durante un año y medio, período en el cual conoció a Eduardo, quien es su pareja hace nueve años y con quien se inicia sexualmente. Esta etapa es señalada como feliz por Carmen, hasta que comienzan a manifestarse los primeros indicios de rechazo renal, *“los doctores buscaban saber porqué estaban saliendo malos mis exámenes y ahí se dieron cuenta que no me estaba tomando los remedios”*. A raíz del tratamiento y su acción inmunosupresora se produce una serie de efectos secundarios, tales como,

edema facial, hirsutismo y gingivitis. Estos cambios corporales generaron un impacto en la economía psíquica de Carmen, que tuvo como consecuencia el abandono del tratamiento farmacológico, significando finalmente la pérdida del riñón trasplantado.

Así es como debe volver a la diálisis, restableciendo una rutina que por tanto tiempo anheló poder dejar; actualmente han pasado siete años desde la pérdida del trasplante, tiempo durante el cual ha manifestado episodios depresivos y crisis de angustia bastante recurrentes.

Hace cuatro años asiste a psicoterapia una vez por semana en la misma institución donde se dializa, llevándose a cabo un proceso analítico que le ha permitido elaborar aspectos relacionados directamente con la pérdida del trasplante, su deseo de ser madre y la idea de volver a trasplantarse, temáticas que han constituido un eje fundamental a lo largo de este proceso.

2. ANÁLISIS

Con la finalidad de ordenar el material clínico, el siguiente apartado se subcapitará en cuatro partes. El análisis se llevará a cabo articulando el discurso del sujeto con la teoría presentada anteriormente, la forma de dar a conocer este discurso será por medio de viñetas clínicas, que aportan un gran valor cualitativo ya que permite acceder directamente a los significantes que el sujeto ha utilizado para referirse a su historia, lo que permite situar el análisis en un discurso particular.

1. Inicio del proceso analítico

Carmen decide iniciar un proceso analítico, porque después de la pérdida del trasplante, comienza a inquietarse durante las sesiones de diálisis y pide recurrentemente al enfermero que la desconecte de la máquina en mitad del proceso de diálisis, refiriendo sentir angustia. Estas crisis, como ella las llama, le han ocurrido con mucha frecuencia durante los siete años que lleva dializándose, después de haber perdido el trasplante.

El proceso que se inicia permite entonces que el sujeto, más allá de sus sufrimientos, alcance un cierto placer al interesarse en su propio funcionamiento psíquico y al reencontrar su propia historia. Así se puede reestablecer una homeostasis narcisística en el sujeto y hacer que la herida narcisista, que constituye la enfermedad, sea menos dolorosa.

La primera entrevista con Carmen tiene un valor de paradigma, ya que permitió conocer su estilo asociativo, así como los contenidos privilegiados que formarán los límites de su trabajo psíquico. A posteriori, podemos decir que ésta entrevista prefigura las líneas generales de las entrevistas siguientes, que constituirán avances decisivos en el universo del cuerpo y de la enfermedad.

“Necesitaba hablar con usted, porque estoy muy nerviosa, me pongo a llorar en diálisis y me bajonea tener que venir, además siento que yo no debería estar aquí, cuando pienso en eso me falta el aire, me ahogo y me dan unas ganas terribles de salir corriendo de acá. Antes de mi enfermedad tenía más personalidad, hablaba más fuerte, era más segura, ahora me siento débil y muy frágil.”

En esta entrevista, dos temas se entrelazan apareciendo en forma de demanda manifiesta: el rechazo a la diálisis y el deseo de tener un hijo. Ambos contenidos le producen desolación y profunda tristeza, sin embargo, pueden ser interpretados como elementos fundamentales de su goce, que al tiempo que la hacen sufrir, activa el goce que la retrata en su plena subjetividad.

“Otra cosa que me quita el sueño es la idea fija de ser mamá, me gustaría tanto tener un hijo para tener algo mío, alguien por quien vivir y que me devuelva el amor a la vida, me encantaría cuidarla y que dependiera de mí para todo. No se si voy a tener la posibilidad de sentir la vida moverse en mí, con esta enfermedad es bien difícil y sobre todo muy riesgoso. El doctor me dijo que tengo que estar trasplantada para tener un embarazo sano, por eso nunca me voy a perdonar haberme farrariado el trasplante.”

Aquí se observa que Carmen, en el registro imaginario, ubica al recién nacido en una posición pasiva de Objeto real en manos de la madre, quien mucho más allá de lo que exigen los cuidados, puede usarlo como una posesión, para gozar y hacer gozar. La maternidad es entendida no como un fin en sí mismo, sino como una forma de restituir el amor por la vida y otorgarle un sentido a su existencia. Así la idea de ser madre no está del lado de dar vida a otro sujeto, sino de recobrar un sentido perdido en su propia vida. “La primera humanización del cuerpo está abierta a los excesos y a las transgresiones, ya que el infans se encuentra a merced de los cuidados que le entrega la madre y por ende al servicio sexual de ella, en posición de fetiche y a veces de víctima” (Soler, 2006, p. 143). Se puede afirmar entonces que Carmen desea tener un hijo para recuperar el objeto de su falta.

Simultáneamente a las conflictivas anteriores, surge una demanda que consiste en la necesidad de comprender su incapacidad de cuidar el trasplante y de sostenerlo como algo valioso dentro de su cuerpo. Por otro lado, manifiesta su preocupación por no dejar caer nuevamente una oportunidad de trasplante.

“Me da miedo no poder cuidar un nuevo trasplante, me da terror que me vuelva esa locura de sentirme inmortal y carretear para evitar pensar en la realidad. Pienso que un segundo trasplante sería la última oportunidad de salvarme de la diálisis, es decir, de no condenarme para siempre. Por eso necesito que usted esté cerca, que me prometa que no se va a ir, porque si me trasplantan por segunda vez, usted me va a poder decir si estoy cambiando de nuevo las cosas dentro de mi cabeza”.

Desde la primera entrevista, Carmen hace mención de sus estados disociativos, en los cuales, reconoce perder cierto sentido de la realidad. A

propósito de esa *locura*, ella pide que se le ayude a enjuiciar la realidad para no distorsionarla nuevamente, de este modo en su discurso pareciera comprender que sus *locuras* intentan decir algo acerca de ella y que es posible darle un sentido una significación a posteriori.

“Con el tiempo que llevo en terapia, empecé a distinguir mis estados de ánimo, creo que ahora me conozco un poco más y se reconocer cuando me empiezo a alejar de todo. Eso me da un poco más de confianza en mí y me da la tranquilidad de que, tal vez, yo pueda cuidar ese riñón en mi cuerpo.”

Después del primer año de psicoterapia, decide ir en busca de una segunda oportunidad de trasplante, comenzando por hacerse los exámenes para volver a figurar dentro de la lista de personas que están a la espera de un nuevo riñón.

“Me estoy haciendo los exámenes para volver a estar en la lista, aunque se que es difícil que vuelvan a creer en mí, igual tengo la corazonada de que me pueden llamar por un trasplante, como cuando me llamaron la primera vez, ando con el celular en la mano, todo el día y toda la noche. Cuando tengo que ir a diálisis esa ilusión se acaba y me voy al suelo, porque me hace reconocer que nada de lo que espero o sueño es real. Entonces todo se me echa a perder”.

El análisis permite al sujeto centrarse en el saber, lo que implica saber más sobre su muerte y por consecuencia sobre si mismo, este deseo de saber, lo conduce a investigar y le permite no debilitarse demasiado psíquicamente, surgiendo un espacio de búsqueda como un espacio de reanimación psíquica. De la escucha propuesta puede surgir una actividad interpretativa en el sujeto que se interroga sobre su sufrimiento, sus deseos y su historia, lo que conduce a una dinámica auto-transformadora. Cupa, (2008)

El reconocimiento por el sujeto de sus deseos inconcientes conduce a una modificación de su funcionamiento psíquico, en el caso de Carmen se logró que cuestionara, en parte, su modo de percibir la realidad y sobre todo fue capaz de dar un sentido a sus manifestaciones delirantes, comprendiendo que esos estados disociativos remitían a otra cosa. Poder otorgarles un sentido, fue aliviador para ella, ya que comenzó a sentir que contaba con los elementos internos necesarios para enfrentar un nuevo trasplante y hacerse cargo de él, es decir, atesorarlo como un objeto valioso.

2. La Infancia

2.1. El cuerpo y la madre

Para abordar el ámbito de la relación primaria, se mostrará – a través de extractos discursivos- el modo en que se produce la investidura del cuerpo de Carmen por su madre y cómo, posteriormente, este modo se internaliza en el sujeto, determinando así la relación con su propio cuerpo.

En esta familia los hijos menores aparecen como cuerpos sin investir por la madre, cuerpos que pueden ser repartidos a otros, sin importar que ese otro tenga o no las capacidades suficientes para hacerse cargo de un recién nacido.

“Aunque vivíamos todos en la misma casa, mi mamá nos repartió. Cada hermano mayor se hizo cargo de un hermano chico y así se fueron haciendo como núcleos dentro de la familia. El Nico, mi hermano mayor, la Mari y yo somos un núcleo, somos de una misma crianza. Como mi mamá se dedicó al Víctor, mi hermano chico, nos dejó a todos los demás de lado, por eso la Mari pasó a ser mi mamá cuando ella tenía apenas diez años.”

El temprano desprendimiento materno permite inferir que, en ocasiones no había otra persona que prestara su voz a los primeros imperativos de Carmen, y que otorgara continuidad a su aparato psíquico inmaduro, devolviéndole una totalidad de su cuerpo. En relación a este tema, Dominique Cupa (2002) señala que la madre o su sustituto, debe prestar su voz a las primeras necesidades de regulación, contención y sensaciones corporales internas del pequeño. Ella no debe actuar en el silencio de los hábitos reglados, porque se necesita del lenguaje para que se articule la demanda, la cual es la única que permite a ese cuerpo corporizarse de manera significativa.

“Cuando yo era chica a mi mamá sólo le preocupaba que estuviera bien de salud y cuando me enfermaba era el único momento en que me regalaba y me hacía cariño en la cabeza. Ahora me doy cuenta, que para ella sólo vale la enfermedad del cuerpo, lo psicológico no es importante, porque de eso uno no se muere, dice ella. Ahora que estoy en diálisis es igual conmigo, parece que no le preocupa cómo estoy de acá (Se toca el pecho, para indicar el corazón) la pena que siento por no poder hacer una vida normal, lo chata que estoy de venir a las diálisis y sentir que no tengo energía para ¡nada más!. Siempre dice que está mucho más tranquila de que yo siga en la diálisis, en vez de trasplantarme. A veces pienso que a ella le sirve tenerme enferma a su lado”.

El cuerpo de Carmen es considerado un objeto del Otro, investido por la madre sólo en tanto cuerpo enfermo. En algunos casos, al momento de la constitución psíquica, el otro aparece de forma irregular sin considerar la demanda de amor del recién nacido; arbitrariamente llega la madre y atiende sus necesidades, sin embargo, la demanda no es escuchada. Siguiendo a Doltó (1986) habría entonces una atención asistencial del cuerpo, pero no una respuesta a la demanda en su dimensión imaginaria, la leche se entrega para saciar el hambre, mas el pecho nunca se queda para satisfacer la necesidad de afecto y aún menos se acompaña de palabras que le presten significantes.

Mucho dependerá, entonces, del lugar que el inconciente materno reserve a este objeto surgido en lo real, en el caso de que le reserve uno, ya que también, “hay madres que no son más que ponedoras de objetos que luego abandonan, y para quienes, por el hecho de ser un sustituto fálico, el hijo no es más que un pedazo de carne. En la mayoría de los casos, es la solución

materna a la falta fálica y el modo en que el niño está ubicado allí, lo que marcará su destino". (Soler, 2006, p. 135)

Con esta cita se pretende mostrar algunos elementos que puedan dar cuenta de la configuración psíquica de Carmen y de la relación con su madre. Esta relación se caracteriza por la dificultad para aceptar las diferencias y por ende para reconocer en el otro un sujeto. La simbolización debe estar mediatizada por una actitud materna que permita la aparición de un momento subjetivo fundamental, que la madre le otorgue un sentido a través de la palabra a las expresiones de su hijo, pudiendo reconocer un sujeto en él.

"Para algunas cosas se convierte en una tirana, no acepta que yo piense distinto a ella, pero con los demás está siempre dispuesta a evitar problemas".

Abolidas las diferencias, ella trata de ser lo que la madre tiene en mente, la hija debe anticiparse al deseo de la madre, y convertirse en lo que la madre espera. La permanencia del otro está condicionada por la capacidad de complacencia o de anticipación a su deseo, de este modo, se pone en juego la condicionalidad del vínculo y el amor del otro.

"Cuando chica mi mamá me zamarreaba mucho, me acuerdo patente de cuando una vez ella le compró dulces al Víctor porque estaba enfermo y yo quería uno, pero ella no me dio porque yo no estaba enferma. Entonces empecé a hacer cosas para enfermarme, me mojaba los pies y después me ponía las zapatillas para resfriarme, pero nunca caía en cama."

Carmen, muy tempranamente, se da cuenta que la enfermedad es un elemento que mediatiza la relación con su madre. Esta última sólo tenía demostraciones de afecto cuando algo en el orden del cuerpo se desajustaba, de este modo, las manifestaciones afectivas están sujetas a un compromiso corporal y por ende vital del otro.

"Me acuerdo que una vez, mi mamá me mandó sola y chascona, a una presentación de fin de año del colegio, ni siquiera se preocupó de peinarme. Me dio mucha pena ver cómo todas mis amigas llegaban con sus papás y por primera vez sentí lástima de mí. Al principio pensaba que su lejanía era por algo malo que yo había hecho, pero con los años y después de preguntarme infinitas veces qué era lo que a mi mamá no le gustaba de mí, me fui dando cuenta que ella no puede ser de otra manera. También he pensado que su forma de ser conmigo puede tener que ver con que soy ilegítima, o sea, que soy hija de otro hombre, no sé."

Su discurso muestra un cuerpo postergado y descuidado por la madre, prácticamente desinvertido por ella. Tras varios intentos, Carmen busca explicar la conducta de su madre, dándole un sentido a su rechazo, finalmente, lo atribuye a su origen, haciendo alusión directa a la escena primaria y culpando a su progenitor, de este modo, no sólo remite a la sexualidad adulta de sus padres biológicos, sino que además se posiciona en un lugar distinto al de sus hermanos, surgiendo, así, el sentimiento de exclusión.

Dominique Cupa (2009) señala que la investidura del propio cuerpo es correlativa a la investidura del cuerpo-objeto del infante. La preocupación por la enfermedad proviene de la madre internalizada, la identificación primaria con la madre amorosa que cuida de la vida y de la salud de su hijo, sin embargo, ella puede abandonar algunas zonas del cuerpo que le evocan sufrimiento, ya que no está libre de ambivalencias. También señala que “producto de la internalización de la ausencia de la madre, el trabajo psíquico concerniente a la salud del sujeto se arraiga en la auto-observación hipocondríaca presente en cada uno como guardián de la vida en la esfera narcisística, de este modo, se repliega sobre el yo produciendo *un aumento a escala gigantesca de las sensaciones corporales*, tal como lo dijo Freud”. (Cupa, 2009 p. 89)

“Cuando recién me descubrieron la enfermedad, los doctores estaban sorprendidos de que estuviera en pie, no podían creer que no tuviera malestares, decían que yo era de esos pacientes asintomáticos; que cualquier persona que tuviera ese nivel de toxinas en la sangre, habría estado prácticamente muerta.”

Existe una sintonía o una convergencia entre la relación con la madre y el cuerpo del sujeto, en este caso la convergencia está dada por la incapacidad de Carmen para sentir las señales del cuerpo, e interpretarlas de un modo que signifique un resguardo vital para ella, es decir, la auto-observación hipocondríaca no se internalizó porque la identificación primaria con su madre fue ajena a los cuidados corporales y la preocupación por la salud de su hija.

El modo en que la madre inviste el cuerpo de su hijo, es el modo en que el sujeto investirá su propio cuerpo. Es posible plantear, además, que la madre puede abandonar la investidura del cuerpo-objeto de su hijo, generando en el sujeto la ausencia de sensibilidad frente a las manifestaciones internas del cuerpo. Por otro lado el proceso de simbolización -producto de la internalización de la ausencia de la madre- asegurará un trabajo psíquico favorable al narcisismo, ya que el sujeto podrá desplegar una auto-observación hipocondríaca que le permita tener la sensibilidad necesaria para captar la información proveniente del interior de su cuerpo.

En el caso de Carmen, el trabajo de la hipocondría sigue un camino que toma, sin duda, las modalidades de investidura que fueron propuestas por su madre, permitiendo una escasa sensibilidad a las señales que emanan de su cuerpo.

“La escucha hipocondríaca es una sobreinvestidura perceptiva, que procura una sensibilidad a las excitaciones internas y a los mensajes procedentes del cuerpo”. (Cupa, 2009, p. 98). Carmen, por su parte, tiene una investidura narcisística deficiente de su cuerpo, razón por la cual su escucha hipocondríaca está disminuida y no logra mantener un estado de alerta que le permita detectar oportunamente el peligro frente a desequilibrios somáticos.

“Durante el período que me falló el trasplante, nunca tuve noticias de eso, no tenía síntomas de estar disminuyendo su función, nada indicaba que

estaba fallando, sólo los exámenes de sangre, pero si no fuera por eso, yo no me habría enterado."

Se puede hipotetizar que Carmen no tuvo una identificación con la madre amorosa que cuida de la vida y de la salud de su hijo. En este sentido es posible afirmar que su sensibilidad corporal se ve comprometida, evidenciando una insuficiente percepción de sus manifestaciones somáticas.

Otra situación extrema que da cuenta de cómo opera la ley materna en este caso, trata de la legitimación de conductas autodestructivas llevadas al acto por Carmen. A los seis meses después del trasplante, Carmen comienza a dejar los medicamentos antirrechazo, razón por la cual, los médicos percibieron alteraciones en los exámenes de rutina que se le hacía como parte del seguimiento: *"Los doctores me querían hospitalizar porque se dieron cuenta, por lo exámenes, que no me estaba tomando las pastillas, entonces me citaron para que un grupo de psiquiatras me evaluaran y decidieran si me hospitalizaban o no. Ese día fui con mi mamá al hospital y ella se opuso a que me hospitalizaran, así que le hicieron firmar una carta donde decía que ella se hacía responsable en caso de que se produjera un rechazo, estoy segura que si hubiera ido con la Mari, ella me habría hospitalizado, porque se habría dado cuenta de que yo estaba mal."*

Este aspecto es muy relevante porque refleja cómo la madre autoriza el actuar de su hija, siendo finalmente cómplice de la pérdida del riñón. En este caso no opera la ley del padre en la madre, por eso constituye una palabra vacía sin función simbólica. Finalmente es María -su hermana mayor- quién encarna el *no* del padre, sin embargo tras su partida del hogar, Carmen se siente a merced del deseo de su madre, en otras palabras, queda presa de su ley mortífera que no le ofrece otro destino que volver a la diálisis. Cupa (1992), señala al respecto que esta situación es aún más difícil cuando, frente a la imagen dañada de su cuerpo, el sujeto vive la mirada del otro como un verdadero dominio.

2.2. El lugar del padre

Las posibilidades de resolver la entrada en la subjetivación son múltiples e inciden en la inclusión del niño en la estructura de acuerdo a la particular posición de la madre frente a la falta. La madre, en el mejor de los casos, debe poder incorporar el significante paterno, abrir el espacio entre su cuerpo y el de su hijo, espacio subjetivante que le permite al niño no ser gozado por ella.

En *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis* (1955), Lacan manifiesta que la metáfora paterna, en la que la madre funciona en un primer momento a través de su deseo sin ley, se articula luego al significante del Nombre- del- Padre. Así enfatiza la importancia de visualizar cómo la madre valida o no la palabra del padre y su autoridad, es decir, "el lugar que ella reserva al Nombre-del-Padre en la promoción de la ley" (Lacan, 1955 p. 216).

El tema de mayor relevancia en este apartado es cómo la madre de Carmen inscribe, o no, un significante paterno que simbolice la promoción de una ley que, a su vez, inaugure un límite al goce materno, es decir, a ese primer momento caracterizado por la devoración: "la madre es una mujer a la que suponemos ya en la plenitud de sus capacidades de voracidad femenina..." (Lacan, 1958, p. 89). Lo expuesto anteriormente se aprecia en la capacidad materna de tergiversar la realidad y manipularla según su deseo sin ley, evidenciando, de esta forma, una omnipotencia subyacente.

"Hay un tema bien delicado que es un secreto en la familia, mi papá no es mi papá biológico, yo soy la única que no es hija de sangre con él. Mi papá, el que me crió, nunca va a saber que no era hija suya, como ahora está con demencia senil ya no va a enterarse... me da pena porque mi mamá nunca le quiso decir, ella es la que mantiene en silencio todo esto, aunque quizás fue mejor que no supiera".

La madre excluye al padre de la verdad, dejándolo relegado a un lugar de ignorancia en relación a su paternidad, a raíz de ello es posible hipotetizar que la madre posee elementos perversos de personalidad que la conducen principalmente a la devoración de su hija, manifestándose insaciable y amenazadora en su omnipotencia sin ley.

Aquí la madre no logra transmitir el significante del Nombre- del- Padre, a través de su deseo de mujer; ya que, es el significante paterno, el que introduce el deseo en la madre, constituyéndola mujer como sujeto deseante. Sin embargo, en este caso clínico, no existe un significante paterno inscrito por la madre, razón por la cual, Carmen se transforma en el objeto del deseo de su madre.

"Mis hermanos no saben que Hernán es mi papá, todo este tiempo mi vieja lo mantuvo en secreto. Él era vecino nuestro de toda la vida, yo de él sólo tengo recuerdos vagos, como que iba a dejarme dulces al colegio o que de repente me lo encontraba en la calle y siempre me saludaba de forma especial, no como a las demás niñas"

A esto hay que agregar que, nuevamente la madre margina al padre, en este caso al biológico, de establecer una relación con Carmen y de hacerse un lugar en su vida, así como también le impide ejercer una presencia simbólica. En este sentido, la madre es una figura eminentemente castradora, que no sólo desautoriza a ambos padres, sino que los excluye de la verdad.

Por otro lado, el padre biológico está ubicado desde el lugar del cuerpo, desde la compatibilidad y el vínculo sanguíneo: *"Cuando me enfermé busqué a Hernán, para saber si era compatible conmigo y preguntarle si quería donarme un riñón, era la única esperanza que tenía. Hace tiempo que no sabía nada de él, así que me comuniqué con su hermana y me contó que había fallecido hace dos años. Ella había querido avisarme pero mi mamá no la dejó hablar conmigo. Cuando supe la noticia se me derrumbó el mundo, él era el único que me podía dar un riñón. Fue además muy triste saber que nunca más iba a verlo, porque a pesar de todo, yo lo quería mucho."*

En el momento en que la consanguinidad, era la única posibilidad de buscar una alternativa a la diálisis, el padre biológico aparece muerto sin poder ofrecerle nuevamente la vida. Esto constituye una gran desilusión para Carmen, ya que, nuevamente su madre entorpece y manipula la verdad, ocultándole la noticia de su fallecimiento.

“Creo que mi mamá nunca estuvo enamorada de Hernán, mi papá biológico, por eso sigo sintiendo que estoy mal hecha, porque no me hizo con amor, sólo así me explico ser la única de mis hermanos con problema a los riñones. Todo esto me hace sentir maldita, estoy segura que mi mamá no estaba enamorada cuando quedó embarazada”.

La enfermedad se origina por la relación entre dos cuerpos que gozan sin amor, a partir de esta premisa Carmen plantea que haber nacido producto del encuentro sexual de su madre con un hombre que no amaba, la habría condenado desde su origen a la enfermedad. Esta forma de hacer alusión a la escena primaria y poner en primer plano la sexualidad de los padres es un modo histérico de plantear el origen de su disfunción renal. Para articular este aspecto que se vincula con la estructura psíquica de la paciente, es pertinente citar a Maleval (2005), quien en su obra “Locuras histéricas y psicosis disociativas” explica que las fantasías edípicas, así como, las manifestaciones delirantes, la culpabilidad sexual y la falización del cuerpo propio, son elementos bien conocidos del discurso de los histéricos. Más adelante se profundizará sobre la hipótesis estructural de Carmen y las manifestaciones psíquicas que permiten pensar en una estructura histérica.

Volviendo al tema central de este capítulo, Carmen señala sentirse maldita y presa de un destino que ella no forjó para sí, de este modo, es posible urdir una trama con lo que plantea Cupa, en relación a las fantasías inconcientes que surgen en las personas con afecciones somáticas: “Ellos se sienten víctimas de un destino ineludible que los castiga e impide tener la vida que debían tener o podrían haber tenido, además se sienten portadores de una falla, de una pérdida con la cual deben aprender a vivir”. (Cupa, 1992, p 35)

2.3. El surgimiento de la enfermedad

El contexto vital en el que surge la IRC-T, es significativo ya que existe un acontecimiento del cuerpo que está vinculado a un acontecimiento de la subjetividad. La relación psique-soma toca en algún punto al psiquismo, es decir, el acontecimiento somático no se encuentra descontextualizado de la subjetividad.

La enfermedad es concebida un proceso con un devenir temporal, dicho de otro modo, es un acontecer, una sucesión de hechos en el tiempo, dentro de esta sucesividad, puede aparecer el acontecimiento somático, más allá de las distintas organizaciones psíquicas. El acontecimiento somático es un hecho que irrumpe y se instala en el devenir temporal. En el momento en que surge el acontecimiento somático se genera un quiebre subjetivo, que queda como una

marca indeleble en el cuerpo y en la historia del sujeto. En efecto, es una herida lo que en un momento dado llega a cortar la continuidad corporal y a desregular la historia, así como a marcar la posición subjetiva. (Cupa, 1992)

Es posible destacar que los fenómenos somáticos son perturbaciones orgánicas cuya irrupción comúnmente se intenta situar en la historia del sujeto, de este modo se pretende dar una inscripción en significantes. Por eso, aun cuando no se le conceda un carácter metafórico, es importante preguntar por las coordenadas de ocurrencia: el momento, las circunstancias, lo sucedido antes y después.

La enfermedad se manifiesta después de la muerte de su hermano Nicolás y luego que María partiera del hogar para formar su propia familia, es decir, cuando los dos hermanos que conforman su “núcleo” se van de la casa parental.

Esta pareja de hermanos son los que ejercen, tempranamente, el decir o actuar significativo de la función simbólica. Las prohibiciones que ellos imponen constituyen ley y permiten el desarrollo de la individuación de Carmen.

“Cuando nació la Mari tenía diez años, desde ese momento pasé a ser su guagua, nuestra relación es mucho más profunda que la que tengo con mis otros hermanos. Como fui criada por ella y el Nico, siempre me sentí fuera de contexto en mi propia familia. La Mari me vestía, me bañaba, me peinaba, se preocupaba que hiciera las tareas y que comiera bien, era tanto nuestro apego que dormíamos juntas hasta que cumplí doce años. El Nico crió a la Mari y ella me crió a mí, por eso siento que hay algo que nos diferencia de mis otros hermanos, somos un núcleo aparte. Pa’ mí fue terrible cuando el Nico se murió, nadie lo podía creer, en ese momento yo tenía catorce años y fue muy fuerte saber que nunca más iba a verlo.”

María y Nicolás invisten el cuerpo de Carmen, otorgándole una inscripción psíquica y ejerciendo una función simbólica. Estos imagos parentales ejercen la castración en tanto tiene un valor de prohibición, que habilita simultáneamente un goce parcial. En palabras de Doltó “La castración es generadora de una manera de ser nueva frente a un deseo que se torna imposible de satisfacer en la forma con que hasta entonces se satisfacía. Las castraciones – en el sentido psicoanalítico- son difíciles pruebas de partición simbólica. Son un decir o un actuar significativo, irreversible y que constituye ley, que por tanto tiene un efecto operativo en la realidad”. (Doltó, 1986 p. 69)

Cuando ambos hermanos, de distinto modo, parten del lado de sus padres, irrumpe en la vida de Carmen una enfermedad que es vivida por ella como una limitación a su propia independencia.

“El período en que me enfermé fue una pesadilla, creo que lo viví a medias, como cuando ves una película, no sabes si es verdad o mentira. Ese año se casó la Mari y se fue de la casa, pasaron seis meses desde que ella se fue y yo me enfermé de los riñones, de ahí mi vida nunca volvió a ser la misma. Sentía que la Mari me había dejado sola, aunque me iba a ver todos los días,

era una pena tan grande que me traspasaba el pecho, yo tenía dieciséis años y hasta ese momento no había sentido nunca tanta soledad. Cuando se fue la Mari, sentí que algo cambió entre mi mamá y yo. A pesar que cuando chica ella era una tirana conmigo y no estuvo para mí, ahora de grande, soy la persona que tiene más cerca. Nuestra relación es una soldadura, he pensado irme a vivir con mi pololo, pero se que ella me necesita mucho.”

No solo surge la IRC-T como una limitación a su independencia, si no que el significante *tirana* opera como una dominación del deseo de la madre por sobre el propio. Ella quiere trasplantarse nuevamente y tiene la posibilidad de hacerlo, porque cuatro de sus hermanos están dispuestos a ser donantes, sin embargo la dificultad está en contrariar la ley materna, que se caracteriza por tener una tendencia tanática.

“La Mari, la Juana, el Juan y el Víctor se ofrecieron para ser donantes pero mi mamá dice que no porque jamás me perdonaría que le pasara algo a otro hijo. En el fondo no puedo contar con el ofrecimiento de mis hermanos, porque sería un suplicio tener a mi mamá todo el día sacándome en cara que uno de mis hermanos se puede enfermar por mi culpa.”

A raíz de lo anterior, el cuerpo de Carmen está privado de la posibilidad de trasplantarse por segunda vez, debido a la fuerza que ejerce la ley materna sobre ella, dicho de otro modo, estar sometida a la madre equivale a quedar sometida permanentemente a la dependencia de la diálisis.

La irrupción de la IRC-T cuestiona la continuidad de la existencia, es decir, el seguir siendo se ve enfrentado de pronto, a lo definitivo que significa un diagnóstico de enfermedad Terminal. Sin embargo, esta enfermedad es al mismo tiempo Crónica, porque cuenta con un procedimiento que permite al paciente continuar vivo mientras siga dializándose con la frecuencia requerida. Esto permite cierta continuidad en el sujeto, mas no es una existencia permanente que sostenga una identidad como algo estable en tiempo y espacio, sino un continuo trabajo de seguir con vida, es lo que la paciente llama *“ir en busca de vida cada vez que uno se dializa”*.

2.4. Nivel Relacional y Familiar

La disfunción de un órgano actúa como lugar de centramiento narcisista, lo que tiene un impacto también a nivel relacional, ya que si el cuerpo doliente se desarticula de la red vincular, deja de tener la garantía de seguir conectado a su contexto. En cierto grado esto ocurre con Carmen, ya que comienza a marginarse de su círculo de amistades, aspecto importante a considerar, sobre todo por lo que significa para un adolescente el sentido de pertenencia que proporciona el grupo.

“Desde que me enfermé algo cambió en mí, sentía que la gente podía hacerme daño con pequeños comentarios acerca de mi enfermedad, entonces decidí no decirle a nadie del colegio que me estaba dializando y empecé a

alejarme de mis amigas, ya no iba a los cumpleaños ni cuando me invitaban a carretear.”

La conexión con el contexto, se lograría por medio de los cuidados requeridos y dispensados por el rol protagónico del grupo familiar en el momento de la dolencia, los cuales también tienen relevancia en la conservación de la identidad del sujeto. (Cupa, 2008)

“Cuando volví a la casa, me di cuenta que mi familia me trataba distinto, estaban muy sobreprotectores conmigo. Antes yo hacía muchas cosas, lavaba mi ropa, planchaba, ayudaba a cocinar, hacía el aseo y todo, después no me dejaban hacer nada. Ese fue un cambio muy brusco, me sentía inútil, además empecé a carretear con gente que conocía en la noche, como una forma de liberarme del encierro lleno de reglas y prohibiciones que tenía en mi casa. De verdad que estar en mi lugar era insoportable, porque mi mamá estaba en cima mío todo el día, pendiente de lo que hacía y de que me tomara los remedios cada tres horas.”

La actitud de sobreprotección por parte de la familia transmite la imagen de un cuerpo imposibilitado e incapaz de realizar actividades cotidianas, en otras palabras, un cuerpo que se agota totalmente en su condición de enfermo.

La mirada de los seres queridos, sobre el cuerpo actual, demarcaría su nueva imagen. La mirada interviene en lo más originario de la experiencia de dolor, si llega a perderse de vista el objeto de amor, el yo terminaría por desvitalizarse completamente. (Cupa, 2008)

Dicho de otra manera, sería solo el seguir relacionado al entorno, lo que permitiría al yo preservar su integridad desde el otro de los afectos. La enfermedad tendría un valor relacional, ya que, en ocasiones, el cuerpo doliente permanecería como garantía de un seguir vinculado al otro.

“No me voy de la casa porque a veces pienso que mi vieja siente que soy lo más cercano que le va quedando, como que ahora tengo que aprovechar de estar con ella, porque está viejita y también ella tiene que aprovechar de estar conmigo, porque con esta enfermedad en cualquier momento... uno nunca sabe qué puede pasar en la diálisis.”

De este modo se manifiesta que la enfermedad de Carmen, es un elemento que viene a justificar su incapacidad para desvincularse de la madre. Es a través de la IRC-T que ella argumenta su dificultad para independizarse con su pareja y comenzar una vida fuera del hogar. Al seguir en la casa materna, continúa ubicándose en el lugar de hija, supeditada a la ley de la madre, que como se ha podido observar, dificulta su manifestación subjetiva.

En el ámbito del dolor físico, Cupa (2008) afirma que el dolor se refiere al afecto del displacer, por el cual el sujeto tiene acceso al sentimiento de sí, también permite el asidero del sujeto en una relación -a través del cuerpo sufriente- con el objeto de la pérdida y el Otro.

“Cuando me hicieron la fístula supe que me iban a tener que pinchar para filtrar la sangre, me daba terror pensar en dos pinchazos cada vez que fuera a dializarme. El dolor me hace estar de mal genio, me pongo tensa y no logro pensar en otra cosa”.

En relación a esto último, es posible observar cómo incide en la esencia del sujeto el dolor moral que es ocasionado por el dolor físico. En palabras de Cupa (2008), el dolor moral alude a una especie de dolor del ser mismo, ocasionando un compromiso inherente al mismo existir. Es evidente el costo subjetivo que implica el dolor de los “pinchazos” para Carmen, a tal punto, que reconoce una interferencia del pensamiento como producto de la tensión que significa la recurrencia del dolor.

3. La enfermedad

3.1. Herida Narcisista y el Narcisismo guardián de la vida

Al declararse la enfermedad, Carmen se enfrenta a la pérdida de una función del cuerpo, que se presenta como una herida narcisística. “Se produce una hemorragia narcisista y libidinal causada por la pérdida del objeto amado, es decir, la pérdida de una parte de uno mismo que se produce de pronto.” (Causeret, 2009, p.8)

“Es triste saber que ya no voy a poder hacer pipí, que en algún minuto mis riñones no van a funcionar más y que toda el agua que tome me va a quedar atrapada en el cuerpo”.

En la enfermedad orgánica, la libido se retira del mundo exterior y se moviliza hacia la lesión, ya que el efecto de la herida de órgano consiste en producir una sobreinvestidura narcisista del órgano sufriente. (Causeret, 2009)

En “Introducción del narcisismo” Freud indica cómo el órgano enfermo conduce a ciertas modalidades específicas de investiduras del yo y del otro. El paciente abandona su interés por las cosas del mundo exterior, porque ellas no se relacionan con su sufrimiento, deja de amar sus objetos de amor tanto tiempo como dure su padecer, replegándose sobre el yo. “La movilización mencionada por Freud adquiere aquí todo su valor autoconservador, los lazos con el cuerpo no tienen otra finalidad que hacerlo permanecer con vida.” (Cupa, 2009, p. 102)

El diagnóstico de una enfermedad Terminal, significó para Carmen una herida narcisística profunda donde ella resulta cuestionada en sus capacidades más importantes de autoconservación. Toda la potencia infantil, presente en ella, se desestabiliza, además la diálisis le recuerda constantemente su mortal condición, iniciando así un duelo infinito.

“A veces quiero de verdad morirme... nunca pero nunca me imaginé que iba a estar amarrada a un aparato que hiciera por mí algo tan natural, tan necesario para vivir. Es como decir que ya no me vasto a mi misma, necesito

un suple, un repuesto que haga por mí algo que antes mi cuerpo hacía automáticamente. Es un retroceso horrible depender de algo para vivir. Después anduve un buen tiempo con miedo a salir a la calle, como aprensiva y con la idea que algo malo me iba a pasar. Le preguntaba todo a mis hermanas, me bajó como un miedo a tomar decisiones, no sé... creía que por todo me iba a equivocar. ”

“El narcisismo como guardián de la vida es entonces central. La autoconservación implica cuidar de si mismo, preservarse y protegerse. En el sujeto dializado, la capacidad de autoconservación falló y puede sentirse particularmente incapaz de hacerlo, dejando a otro esta tarea, lo que aumenta su dependencia. Es entonces aún más importante para él tomar el control de su tratamiento y sentir la capacidad de protegerse”. (Cupa, 2009 p. 104)

El narcisismo de Carmen está muy debilitado, siente que no sólo es incapaz de protegerse, sino que, además, no se basta a si misma para vivir. Esto último propicia el surgimiento de una inseguridad fundamental que le impide cuidar de sí, al menos en un primer momento, para decirlo en otros términos, su narcisismo no está operando como guardián de la vida. Por otro lado, depender de la máquina de diálisis le hace sentir incompleta, llevando a cuestras una falla que requiere de una extensión artificial de su cuerpo, instalándose la máquina como una prótesis transitoria, que es sentida por Carmen como un “suple”.

El sufrimiento es lo experimentado en un proceso de vaciamiento interno por un quiebre libidinal. El sujeto, en efecto, se siente como en estado de incompletitud y esto, en cierto modo, actúa sobre él como déficit pulsional. (Causeret, 2009). El sujeto sufre por no poder hacer lo mismo de antes y por no ser el mismo de antes, viéndose confrontado a un vacío pulsional.

“No podía creer que el resto de mi vida fuera así, jamás pensé que algo tan definitivo podía pasarme, no es algo que pueda curarse o tenga un tratamiento, realmente es una maldición.”

El yo corporal, que hasta ese momento ha adquirido cierta fortaleza, requiere recorrer el camino nuevamente hacia la libidinización de sí mismo y hacia la vinculación con el otro de los cuidados.

Vale la pena detenerse en la sensación de retroceso al cual se hace referencia en el discurso: *“Es un retroceso horrible depender de algo para vivir”*, aquí Carmen parece estar apuntando justamente al recorrido inverso que tiene que realizar la libido, puesto que, vuelca sobre su afección somática la libido que, hasta ese momento, investía sus proyectos y sus anhelos futuros. También se replantea la importancia del otro que proporciona los cuidados, ya que, la inseguridad y la sensación de no poder cuidar de sí misma hace brotar una dependencia no sólo física hacia el otro, sino también subjetiva.

La enfermedad es una vivencia amenazante hacia la unidad corporal. La lesión se manifiesta no solo por el dolor de la pérdida de la función de un órgano, sino por el dolor moral, por la pérdida del ideal de la imagen corporal,

así como también, por las angustias narcisistas propias del temor a dejar de existir.

Cuando hay una enfermedad orgánica, el ideal alcanzado hasta entonces, sufre una caída. Tal proceso se relacionaría con la noción de ausencia de salud, que marca la pérdida del ideal del yo, como un quiebre que infligiría la herida narcisista. De acuerdo a lo anterior, Doltó (1986) plantea que también la imagen corporal vivencia una herida, que incide en el ideal alcanzado previamente.

“Antes tenía proyectos para mí, quería ser parvularia porque me encantan los niños. Además quería tener mis propios hijos, siempre me vi rodeada de hartos niños, pero después de la insuficiencia renal dejé de soñar con eso, porque es imposible para mí cumplirlo”.

Para el sujeto, el trauma se inscribe a través de una falla narcisista, es decir, una crisis en la relación del yo con su ideal, cuando esto se produce emerge el sentimiento de autodesvalorización, como un siniestro especular, donde el sujeto se ve confrontado al vacío de forma desgarradora. (Cupa, 2009)

En este punto corresponde preguntarse por el lugar donde se sitúa Carmen cuando surge la manifestación somática y cuando internamente el ideal del yo se aleja del yo. Sólo así es posible entender que haya desechado su deseo de ser madre y parvularia. Ambos deseos frustrados, tanto en el ámbito afectivo como académico, implican una postergación importante de sí misma, alejándose radicalmente del ideal que ella se había forjado. Es claro que, al surgimiento de la enfermedad, deja caer dos partes de sí misma que había sostenido con tesón durante mucho tiempo, a través de las cuales esperaba trascender como sujeto.

Cuando la idealización del cuerpo se corrompe por un estado de enfermedad, comienzan a diluirse también los modelos propios, y este cuerpo comienza a reflejar los temores, la inseguridad y la desvalorización. Ello se traduciría en un sentimiento de impotencia, de no poder conservar el cuerpo ideal. (Causeret, 2009)

Carmen siente temor frente a una relación afectiva, que le demande ser y sentirse atractiva para otro, porque siente que después de su enfermedad, la seducción cambió, como si complacerse a sí misma y a una eventual pareja se le transformara en algo cada vez más difícil. “Como la capacidad de encontrar placer en sí mismo es cada vez menor y la imagen de sí mismo reenviada por los otros decae, el sujeto tiene cada vez menos posibilidades de restablecerse narcisísticamente. Puede entonces aparecer el sentimiento doloroso de decadencia, es decir, la incapacidad de forjarse una imagen de sí mismo suficientemente digna”. (Cupa, 2009 p. 104)

“Muy seguido sueño con que vuelvo a ser sana, me gusta quedarme dormida recordando cómo era la vida sin ataduras, libre para ir y venir a

cualquier parte, soñaba de chica viajar por el mundo, conocer muchos países con distintas culturas. Echo de menos mi vida, la de verdad, la de antes.”

La nostalgia es como el extrañar agudo de un cierto pasado que se supone pleno de los sentimientos más actuales de un objeto ausente. (Cupa, 2009) Por lo tanto, el sujeto que padece una afección somática, sufre más de la presencia invasora del objeto de la falta, que de la ausencia del objeto faltante.

La noción de ausencia de salud por la pérdida del cuerpo idealizado y la nueva dependencia a los cuidados del otro, son los elementos que detonarían el sentimiento de nostalgia. Este último entendido como la hiperpresencia del objeto ausente, en este caso, la disfunción del órgano que arremete incansablemente en el psiquismo del sujeto en forma de fantasía, ensoñación o recuerdo, transformándose en la añoranza del objeto perdido.

3.2. Depresión

Las marcas de la enfermedad son múltiples, la fístula y las constantes punciones van dejando rastros sobre el cuerpo y la psiquis. Estos signos forman parte de la depresión más o menos importante que existe en los sujetos con IRC-T. “El paciente que se dializa es un depresivo crónico, esto se explica por el hecho que la disfunción renal conduce a lo que nosotros llamamos un duelo de órgano”. (Cupa, 1992, p. 36)

“Últimamente en todos los exámenes, me ha salido el potasio altísimo, porque no hago la dieta y sigo comiendo de todo. En una de estas me va a resultar eso de irme pa’l otro lao, porque estoy tan cansada de la diálisis, que hasta me gusta la idea. Cuando pienso en eso, siento que podría descansar de las exigencias que significa vivir”

Los contenidos depresivos están claramente expresados por Carmen al considerar la muerte como una forma de terminar con su sufrimiento. La idea que subyace a su discurso, es que vivir significa una exigencia permanente, ya que, implica un despliegue de energía psíquica para tolerar las diálisis y su frecuencia invasora. Así es como la muerte se ofrece como una posibilidad real a la cual no es difícil acceder.

“Se que no sería difícil morirme cuando yo quiera, sólo tengo que comerme dos plátanos, una naranja y una palta, con eso tengo suficiente potasio para parar mi corazón.”

Aquí se aprecia cómo expone su vida de forma permanente, al modo de una ruleta rusa, esperando ver en qué momento la cantidad de potasio en su organismo podría detener su corazón. Esta conducta temeraria equivale a un acto suicida, sin embargo no resulta evidente a los ojos de quien no conoce los peligros de esta enfermedad, así, Carmen se expone a la muerte diariamente, de un modo silencioso, sin generar sospecha en quienes la rodean. “En ocasiones, cuando un paciente tiene el potasio alto, resulta ser correlativo a momentos depresivos, y se hace entonces la pregunta por una tendencia

suicida, tendencia que se interpreta como un pedido de ayuda”. (Cupa, 1992, p. 36)

“A veces me da miedo, uno nunca sabe cómo va a salir de la diálisis, es impredecible, antojadiza y finalmente ella hace lo que quiere con uno. Se puede portar bien y uno sale feliz sin molestias, sin dolor de cabeza, sin náuseas, pero otras veces te deja no caut, o sea como un trapito que con suerte puedes estar en pie.”

Las diálisis son portadoras de amenazas de muerte real que son siempre susceptibles de aparecer y que, además, son la antesala de la angustia de muerte. “Del fantasma aterrador, potencialmente fuente de sufrimiento o sea de angustia psíquica, en el sentido Freudiano del término”. (Causeret, 2009, p. 14)

La angustia de castración se manifiesta, en este caso, como una consecuencia de la castración real que significa la IRC-T.

“El riñón faltante, castración real, puede activar o reactivar una angustia de castración que está en un nivel simbólico. Otras pérdidas y limitaciones que son el resultado de la castración real, tales como, la pérdida del empleo o la postergación de los estudios y la pérdida de la producción de orina, pueden reforzar la angustia de castración.” (Causeret, 2009, p. 8) Sin duda hace falta el desgarramiento, es decir, un efecto de castración real, para que se revele la fragilidad narcisista hasta entonces latente.

Frente a la enfermedad somática esta angustia de castración vuelve a cobrar cuerpo y en ocasiones se potencia por una serie de otras castraciones que impone la enfermedad en sí misma y su tratamiento. La pérdida de la satisfacción pulsional que proporcionan ciertas zonas erógenas, también podrían reforzar la angustia anteriormente nombrada. El placer inherente a las zonas erógenas del cuerpo está muy limitado, por ejemplo, el placer oral generalmente es insatisfecho, debido a las restricciones sobre el agua y los alimentos, el placer uretral se pierde debido a la disminución progresiva de la diuresis. Causeret, señala además que “el placer sexual se encuentra limitado debido a los cambios hormonales, que con frecuencia disminuyen el deseo sexual”. (Causeret, 2009, p.10)

En el caso de las enfermedades crónicas y terminales, no se trata sólo de castración simbólica o de muerte simbólica sino de castración real, de muerte real. La amenaza de muerte real refuerza la angustia de muerte psíquica que puede llevar a un estado de desamparo, “Cada sesión llega a una acumulación de micro traumatismos que terminan por erosionar psíquicamente al paciente, lo que refuerza su sentimiento de inseguridad y agrava su estado de angustia.” (Causeret, 2009, p.4)

3.3. Lo regresivo y la diálisis

El cuerpo pulsional comprende un nivel inconciente, que lleva a concebir la enfermedad orgánica, desde un retorno hacia los primeros objetos de satisfacción. Los movimientos regresivos de los pacientes dializados, son frecuentes en relación a la situación de dependencia y de pasividad a la cual los confina la diálisis.

“Hay un retorno al vínculo primario, lo que conduce a una modificación de las investiduras de ciertos tipos de placer y permite al yo una relación más idealizada, pero al mismo tiempo más terrorífica, ejemplo de ello es, que el paciente necesita sentirse protegido por un equipo médico muy poderoso y sin embargo sigue sintiendo un gran desamparo”. (Cupa, 2009 p 104)

El dolor físico avala la vuelta a la experiencia de contactos corporales, en los que uno es mirado, sostenido y tocado, por el objeto amparador. En este sentido la enfermedad no es otra cosa que una vuelta, una regresión hacia el primer desamparo. En relación a este concepto, cabe destacar la intensa vulnerabilidad que experimenta Carmen durante las diálisis, ya que es la dependencia a la máquina lo que la relega a un lugar de objeto, quedando a merced de otro que la asista frente a cualquier malestar.

“Cuando el enfermero o la enfermera salen de la sala empieza mi angustia, es una sensación de desprotección, o sea más que nada, de terror a que me pase algo y la enfermera no esté ahí para atenderme. Yo sé que cuando salen es por un par de minutos, pero me da mucho miedo, se me acelera el corazón y me cuesta volver a tranquilizarme. Me empiezo a sentir mal en cuanto desaparece por la puerta, pero cuando me toman la presión está normal, entonces me doy cuenta que es algo psicológico. Lo que hago es taparme la cabeza con la frazada durante toda la diálisis, porque así no sé si la enfermera está o salió de la sala, es la única forma que conozco para no angustiarme”.

Carmen establece una estrategia, finalmente poco económica en términos de energía psíquica, escondiendo su cabeza debajo de una frazada durante cuatro horas, con la finalidad de no saber si la enfermera está o no en la sala. Esto apunta a que la separación se vuelve para ella insostenible, al igual que la dependencia hacia otro, que porta un saber del cual ella depende para sobrevivir. En relación a este tema Cupa (2009), manifiesta que los pacientes que tienen su narcisismo fragilizado por la enfermedad y la cronicidad viven la separación de manera particularmente dolorosa. La separación puede llegar a ser una verdadera hemorragia narcisística que desestabiliza profundamente su organismo psíquico.

La transferencia que se produce con los sujetos que dializan, es decir, con los enfermeros y enfermeras, se caracteriza por ser una relación de gran carga afectiva. “Ellos son objeto de múltiples proyecciones que se despliegan en la relación transferencial, permitiendo identificar su lugar en la repetición de los conflictos infantiles” (Causeret, 2006)

“Muchas veces me desespero y me levanto del asiento llorando para que me desconecten, ahí reconozco que me descontrolo, no puedo pensar bien. Mi

reacción depende mucho del enfermero que esté en la sala, por ejemplo cuando está Don Alfonso me quedo más tranquila porque se que él no me va a desconectar de la máquina, va a conversar conmigo pero no me va a sacar, en cambio con la Sra. Ana es distinto, si me ve llorando me desconecta. Alfonso es como un papá conmigo, él no me saca de la máquina y eso me da mucha rabia en el momento, lloro, le suplico y me enojo con él porque no hace lo que le pido, pero después me siento más segura. Con él no saco nada llorando porque no me va a desconectar aunque patalee, entonces no me queda más que tranquilizarme. En cambio la señora Ana me ha desconectado varias veces de la máquina. Es contradictorio porque la persona que hace lo que le pido me da más inseguridad, que la que no me hace caso, es difícil de explicar.”

No se puede comprender la relación transferencial del paciente con la persona que lo dializa, si se aborda de forma general, ya que esta se establece en referencia a la historia propia de cada persona. Causeret (2006), señala que la manera en que esa relación es vivida por el paciente depende de todo lo que fue vivido por él en su vida, de la manera en que él se constituyó psíquicamente a través de la relación con sus padres y más precisamente de la manera en que su cuerpo y su psique fueron investidos por ellos, sabiendo que eso se enraíza en un linaje transgeneracional.

Causeret, (2006), utiliza el concepto de rêverie para reflexionar en torno a la relación transferencial que se instala entre el paciente y los enfermeros/as. Este concepto le permite realizar una analogía con el vínculo establecido entre el sujeto y su madre, de este modo, el autor señala que puede ser preferible que la rêverie materna esté cargada de proyecciones de odio, en vez de una falta de rêverie. En el primer caso, el sujeto se ve lleno de poder aunque sea de poder negativo, mientras que en el segundo, la relación estéril puede generar una sensación de inexistencia.

Sólo de este modo, es posible comprender la ambivalencia de Carmen con Alfonso, por una parte, le despierta sentimientos de odio porque él no accede a desconectarla, sin embargo, simultáneamente deposita en esta relación una seguridad especial, que no está presente en la relación con la Sra. Ana, quien se angustia con las reacciones de Carmen y accede a su petición, poniendo en acto algo que no logra modular. Por el contrario, Alfonso soporta su angustia y la metaboliza a través de la palabra, logrando transformarla en un producto que Carmen es capaz de tolerar, entregándosela en forma de palabra y escucha, lo que la legitima como sujeto, y la aleja de la posición de objeto que abunda en este contexto.

El cuerpo del sujeto queda reducido a la pasividad, porque no tiene más alternativa que dejarse puncionar y conectar a la máquina, siendo asistido si muestra signos de malestar durante la diálisis, esta situación puede ser vivida como desubjetivante, dado el automatismo con el que es tratado. El sujeto se ve reducido a las leyes fisiológicas como capaces de determinar toda causalidad, eso equivaldría a despremiar el lugar de la subjetividad, negando la importancia de todo deseo y sentido. Es así como queda recludo a una posición de cuerpo absoluto, siendo devorado por el Otro y ubicado en un lugar

de desamparo frente al deseo del Otro, es decir, en el lugar de mayor vulnerabilidad psíquica.

“Yo se que la diálisis me hace vivir y me hace sentir mejor, porque me saca el agua, me siento más liviana, pero lo que me angustia es no saber quién me va a dializar, uno no sabe qué enfermero está en la sala hasta que llega. Siempre entro al centro de diálisis con la guata apretada, hasta que veo quién está conectando. Si es don Alfonso soy feliz, porque él tiene la mano suavcita y reacciona rápido cuando a uno le baja la presión, así no permite que las cosas pasen a mayores. En cambio otras enfermeras te hacer doler demasiado cuando te pinchan y además se demoran mucho en ponerte el suero, entonces la sensación de náusea aumenta y sientes que te vai a morir.”

Las fantasías que surgen de los pacientes, durante las sesiones de diálisis, hacen pensar a los enfermeros como una madre omnipotente y al paciente, en su dependencia absoluta, como el recién nacido. “La figura del enfermero es vista por el paciente como un objeto ambivalente, a la vez tranquilizante y terrorífico, son ellos los que cuidan y permiten la vida, pero son también los que pinchan y producen dolor”. (Cupa, 2009 p. 92)

3.4. El saber

El saber-poder del *experto* recibe un lugar definido culturalmente, donde el *paciente* plantea una demanda de atención profesional, pero también de reconocimiento subjetivo. Es en este dominio donde el lazo intersubjetivo se expresa como transferencia, es decir, como una estructura relacional fundada, en el mejor de los casos, por la palabra y el diálogo.

Lacan (1966) señala que “el enfermo no espera del médico pura y simplemente la cura, sino que coloca al médico ante la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, frente a lo cual, muchas veces, en forma inconciente el paciente viene a demandar que lo autentifiquen como enfermo, decidido a seguir siendo una persona bien instalada en su enfermedad”. (Lacan 1966 p. 91)

Un punto a considerar, en este momento, es la identidad que se forja en el paciente, a través de los tratos que recibe y del lugar en que él mismo se ubica en relación al Otro. En el punto de su cuerpo enfermo también el sujeto se encuentra afectado, el sujeto cambia su nombre propio por un nombre común que absorbe su identidad, es decir, su identidad queda comprometida en un órgano.

La posición existencial del sujeto que se dializa, está atravesada por la dependencia que se genera hacia los que ejercen el saber de mantenerlos con vida, llevando a cabo el tratamiento. Este último, por momentos intolerable, puede engendrar pasos al acto, como por ejemplo no ir a dializarse, lo que sería una reivindicación de cierta libertad perdida. (Cupa, 2009)

Una forma de diferenciarse del tratamiento y manifestar algo de libertad, es no seguir las indicaciones médicas. *“Se supone que sólo puedo comer algunas frutas y algunas verduras, porque todas tienen mucho potasio y siempre existe el riesgo que por exceso de potasio te de un infarto. Tampoco se puede tomar bebida ni comer demasiadas galletas porque te sube el fósforo, entonces uno empieza a dejar de vivir, a restringirse en todo y a debilitarse. No me gusta sentir que me dicen o me obligan a hacer cosas que no quiero. Me siento bien cuando me tomo una coca-cola es como estar libre por un minuto, haciendo lo que yo quiero”.*

Me parece interesante proponer aquí una reflexión sobre el funcionamiento psíquico de Carmen a partir del eje limitación y libertad. Esta actitud de no adherencia al tratamiento es muy criticada por el equipo médico en diálisis, sin embargo, resulta importante escuchar este discurso como un acto subjetivante, y no necesariamente como una falta de compromiso por parte del paciente con su salud.

“Cada sujeto va a intentar encontrar una estrategia de libertad frente a la inmensa limitación de la diálisis. La no-adherencia puede ser considerada como un espacio de libertad en relación a las prescripciones médicas impuestas”. (Cupa, 1992, p. 35)

Lo que se manifiesta, en este caso, es una situación de transgresión en relación a los límites y a las restricciones de la interdicción médica, lo que simboliza además una manifestación contraria a la ley materna. Estos juegos de transgresiones, son un modo de revelarse frente al deseo del Otro, que es vivido como un dominio permanente. La no-adherencia al tratamiento, puede interpretarse de diferentes modos, en un momento puede ser un primer signo de libertad y en otro momento puede ser una manifestación depresiva.

Causeret en *Relations corps-machine chez des patients hémodialysés* (2006), expresa que algunos sujetos luchan activamente contra la dependencia al tratamiento y sus limitaciones, sin soportar el control que la máquina ejerce sobre su cuerpo y el control de éste -el cuerpo- sobre ellos mismos.

Es muy interesante la distinción de niveles que establece Causeret, ya que diferencia el control del cuerpo ejercido por la diálisis, del control que ejerce sobre el sujeto. El autor no homologa al sujeto con el cuerpo, porque corresponden a registros distintos, dicho de otro modo, el sujeto no es su cuerpo, sino que –a diferencia de los animales- el sujeto posee un cuerpo. De este modo, el sujeto puede tomar al cuerpo como objeto y hablar sobre él, interpretarlo e incluso proyectarle aspectos inconcientes.

“Aquí no hay excepciones tengo que venir sí o sí, eso es lo que más me desespera y angustia, cada día, cada diálisis es un castigo, apenas llego, me quiero ir. Ahora mi vida no depende de mí, de si cuido o no mi cuerpo, depende de un aparato! y de alguien que lo haga andar.”

En esta viñeta se puede reconocer que Carmen no acepta fácilmente la dependencia impuesta por la diálisis, esta actitud es considerada un factor

favorable, ya que simboliza una disposición activa frente a su situación, aunque sea movilizada por la rabia. También se observa la diferencia de niveles que menciona Causeret, es evidente que Carmen siente el control que ejerce su cuerpo enfermo sobre su subjetividad, por esta razón, emerge la angustia como signo de alarma -emitida por el yo para señalar un peligro intrapsíquico- que en este caso, es la imposibilidad de conservar su autonomía.

3.5. La máquina y lo ominoso

La diálisis vuelve difusos los límites del cuerpo en sus funciones de contenido, ella cuestiona particularmente los límites entre lo que es exterior y lo que es interior. “Ni adentro ni afuera la máquina es heterogénea al cuerpo, no es una prótesis implantada en su interior y tampoco totalmente externa, anexada de cierta manera al cuerpo, ella sustituye al riñón sin poder reemplazarlo totalmente.” (Causeret, 2009, p.5)

La piel, delimita – cada vez menos eficientemente- un exterior de un interior, límite que es interrogado constantemente por Carmen debido a los cambios en el flujo de contenidos corporales. La sangre que, normalmente, tiene su lugar en el interior, fluye ahora externamente por la máquina.

“La primera vez que entré al centro de diálisis me recibió la sra. Claudia y me explicó de qué se trataba, yo miraba pero no entendía nada, veía la sangre pasar por unas mangueras y palpar como un corazón fuera del cuerpo, era muy raro. En ese momento yo no estaba pensando bien, estaba confundida, mirando de afuera lo que le pasaba a mi cuerpo, era como un espectador de mí.”

Esta inversión de los límites impuestos por la máquina entre lo que es interno y externo al cuerpo puede conducir a sentimientos de extrañeza. Tal como Freud lo expresa en *Lo ominoso*: “todo lo que debería permanecer en secreto, o en lo oculto, ha salido a la luz” (Freud, 1919, p. 61)

Ver, sentir, oír la sangre que circula fuera del cuerpo en las mangueras que vibran al ritmo de los latidos del corazón puede provocar una confusión entre el cuerpo y la máquina, de manera que el paciente no sabe bien dónde empieza uno y dónde continúa el otro, lo que puede conducir a un estado de angustia mental de connotación ominosa. Es posible observar en Carmen la acción de un mecanismo defensivo que la conduce a un estado disociativo, este mecanismo, le permite tolerar la violencia autoescópica que significa ver fuera de su cuerpo el flujo sanguíneo que siempre permaneció oculto. “De este modo, se interrumpe el curso natural de la funcional ignorancia de uno mismo, imponiéndose a la conciencia cierta realidad de la anatomía que, por lo general, se le escapa al sujeto, alterando así su identidad de base”. (Cupa, 2009 p. 91)

3.6. Fantasías entorno a la Máquina

Existen muchas formas en las que la máquina puede ser fantaseada por los pacientes en diálisis, “algunos tienen fantasías aterradoras, por ejemplo que la máquina puede roer su cuerpo hasta el punto de consumirlo. Pero también pueden fantasearla de modo más tranquilizador, como un compañero que asegura la vida y purifica el cuerpo.” (Causeret, 2009, p2)

La fantasía inconciente que predomina en este caso es la de una posición sacrificial, en la cual el cuerpo de Carmen es entregado al dolor: *“Me sentía crucificada en el sillón de diálisis, la única diferencia es que en vez de clavos son agujas. Al principio me daban crisis y me angustiaba mucho cuando estaba conectada a la máquina, sentía que me podía chupar la sangre y dejar vacía, como que no entendía que después la misma máquina me devolvía la sangre que me había sacado. Pero, aunque me devolvieran la sangre por mangueras, nadie me podría devolver a la persona que yo era”.*

Para expresar esta idea hace alusión tangencialmente, al sufrimiento de Jesús en la cruz, como figura de sacrificio. Simultáneamente, plantea la fantasía de vaciamiento o drenaje, es decir, su angustia comienza cuando siente que la máquina, a través del proceso de diálisis, podría *chupar* su sangre y dejarla *vacía*. Causeret (2009), señala que la pérdida de peso, como la pérdida temporal de sangre puede reforzar, en un registro fantasmático, la angustia de drenaje, poniendo a prueba las funciones de continencia del cuerpo.

La angustia de Carmen se activa al sentir que la máquina podría dejarla desprovista de todo lo que ella alcanzó a ser subjetivamente, hasta antes de su enfermedad, absorbiendo no sólo su sangre, sino los elementos psíquicos que la constituyen. Frente a este empobrecimiento y desvitalización subjetiva, ella da cuenta de una discontinuidad en su identidad, que le impide sentirse la misma de antes.

Otra dimensión de la relación cuerpo-máquina, es la que se refleja en cómo Carmen vivencia las diálisis y cuales son las fantasías inconcientes que surgen en relación a ella: *“Al entrar al centro de diálisis se me acelera el corazón, el olor a sangre me hace sentir mal, mareada, con náuseas, y empiezo a sentirme encerrada. Al conectarme a la máquina me da claustrofobia, porque siento la máquina enganchada a mí, eso es lo que me intranquiliza, no puedo zafar de ella, no me puedo mover, es muy desesperante porque no hay forma de escapar”.*

Aquí me permitiré una interpretación ligada a la intrusividad de la máquina sobre el cuerpo de Carmen. Esta máquina, de la cual no hay forma de escapar, puede estar representando una madre intrusiva que, sin conocer los tiempos del recién nacido, impone una forma de satisfacer sus necesidades, sin embargo, no logra satisfacer la demanda de amor del pequeño. Otra fantasía asociada al tratamiento, está dada por la expectación ansiosa que producen estos procedimientos en Carmen.

“Además yo no puedo dormir en diálisis, mucha gente duerme las cuatro horas, pero yo no puedo bajar la guardia. Me pongo a transpirar de solo pensar

que tengo que ir a dializarme, de hecho los días de diálisis son perdidos para mí porque estoy todo el día pensando que tengo que ir y eso me cambia el ánimo, me pongo explosiva y de mal humor. Incluso la noche anterior a la diálisis duermo pésimo, me despierto a saltos muchas veces en la noche.”

Resulta llamativa la expresión “no puedo bajar la guardia” que utiliza para referirse a su incapacidad de dormir en diálisis, esto hace pensar que ella se siente en un enfrentamiento, en un verdadero cuerpo a cuerpo con la máquina, que no le permite descuidarse, porque en cualquier momento la podría dejar “nocaute”, término que utiliza para referirse a las hipotensiones que pueden llevarla a la inconciencia si no actúa a tiempo.

3.7. La fístula

La máquina marca al cuerpo con la fístula, dejando una impronta que recuerda de por vida la sumisión frente a ella. Carmen otorga un lugar especial a su fístula en el análisis, presentándolo como un tema de gran carga afectiva.

“A veces me pongo un pañuelo de seda en el brazo para no ver la fístula y para que mi pololo tampoco la vea. Pero la mayor parte del tiempo me acomplejo, es demasiado fea, es como tener una raíz de árbol viejo en el brazo.”

La cicatriz es un acontecimiento que nunca puede no haber pasado, ella absorbe todo el significado del recuerdo. La cicatriz como marca de la historia, es un acontecimiento único donde está lo real. (Cupa, 1992)

La fístula es el único rastro visible de esta enfermedad silenciosa, la insuficiencia renal es siempre perceptible por la cicatriz de la fístula y luego por su engrosamiento en los puntos de punción. Carmen intenta borrar esta evidencia ocultándola y apartándola de su vista y la de su pareja, sin embargo este mecanismo de negación no es efectivo ya que por más que intente ocultarla, ella sabe que ahí está latiendo permanentemente en su brazo. Existe ambivalencia en relación a la fístula ya que a pesar de los sentimientos de rechazo que despierta en ella, la fístula es una zona del cuerpo cuidadosamente investida por Carmen y considerada “la única forma para vivir”.

“El cosquilleo de la fístula es lo que indica si está viva y mientras funcione bien, yo puedo vivir, a pesar de lo horrible que es, la cuido mucho. A veces la escucho y la toco para asegurarme que palpita, también le hago masaje, porque hay que domesticarla.”

Para Carmen el cosquilleo y los ruidos de la fístula indican, primero que nada, la presencia de vida en ella. Si suena la fístula es porque el torrente sanguíneo está circulando y eso es signo de vitalidad. La investidura de la percepción del ruido tranquiliza a Carmen, la apacigua. Dominique Cupa (2009) considera que la relación del sujeto con su fístula está asociada al contacto

auto-erótico que delimita el interior del cuerpo, otorgándole una investidura especial que es nombrada por el autor como “piel psíquica”.

“Mi pololo se queda la mayoría de las noches a dormir conmigo y en mi casa no me dicen nada. Podemos estar muy embalados haciéndonos cariño, pero cuando me acuerdo de la fístula se me mueren las pasiones, siempre estoy pendiente de que no me la vaya a tocar, porque pienso que le puede dar nervio o asco, eso me desconcentra y no puedo conectarme con mi cuerpo ni disfrutar mucho del momento. Él me insiste en que no le importa, pero yo no le creo.”

Se revela algo de lo real en torno a la fístula, volviéndose un elemento muy presente al momento del encuentro sexual, lo que genera una interferencia en el placer sexual. Carmen proyecta sus sensaciones de displacer y rechazo por la fístula en su pareja, argumentando que él podría sentir “nervio” o “asco” al tocarla. Si se considera que la fístula es el orificio por donde se introduce la máquina en el cuerpo del sujeto, cabe pensarla como un orificio nuevo que se inviste de forma distinta en cada sujeto. Este agujero también puede hacer posible las salidas y las entradas de la pulsión, de esta forma se hace del cuerpo orgánico un cuerpo de orificios a través de los cuales el sujeto va a gozar.

3.8. La pareja

Cupa (2009) argumenta que las relaciones sexuales, propias de las relaciones amorosas adultas, se ven perturbadas en el paciente dializado por razones biológicas y psicógenas. Un tercio de las mujeres dializadas tienen menstruaciones anormales y la mitad presentan una disminución en la libido y dificultades para lograr el orgasmo.

“Cuando dejo de pensar en la fístula puedo relajarme y pasarlo bien en la cama, pero cuando me pongo a pensar en el tema, no me puedo concentrar en mi cuerpo. Igual, la mayoría de las veces no tengo ganas de hacer el amor, como que no me nace, al final es el Edu el que me busca y yo accedo pero no siempre tengo ganas de verdad”.

La observación de su disfunción de órgano, refuerzan la angustia de castración ligada a la dificultad de encontrar una satisfacción orgásmica. Carmen reconoce que, en la mayoría de los encuentros sexuales con su pareja, ella no tiene deseo sexual y que accede sólo por satisfacer el deseo del Otro. Si la mujer se inscribe en la pareja sexual sólo por dejarse desear, su posición como partenaire del deseo masculino deja en la sombra la cuestión del deseo propio que condiciona ese consentimiento. “Sobre este punto Lacan distingue muy categóricamente el modo mujer y el modo histérica, aunque se puedan combinar. Porque identificarse con el deseo, en el caso de la histérica, excluye identificarse con el objeto de goce”. (Soler, 2006, p. 49)

“Hace nueve años que estamos juntos con Eduardo, lo conocí después del primer año de trasplantada. Al principio, no quise contarle nada de mi

enfermedad, porque no me parecía justo que tuviera que cargar con alguien enfermo. Al no contarle quería evitar que me tratara distinto y que pudiera dejar de gustarle, es decir, que me dejara de ver como mujer por estar enferma.”

Continuar siendo el objeto del deseo del otro, es fundamental para Carmen, incluso está dispuesta a postergar la durabilidad de su trasplante con tal que su cuerpo no deje de despertar el deseo en su pareja. En este sentido, no se debe concluir que el sujeto histérico es un sujeto que se niega a todo goce. Es un sujeto que consume la falta y eso es también un goce, pero no es el goce viviente. Para decirlo de otro modo, gozar de la falta y gozar de la carne son dos cosas muy diferentes. Esta voluntad de no satisfacer el goce es lo que, de manera precisa define la posición histérica. En otros términos, “a falta de poder ser La mujer, queda la posibilidad de ser “una” mujer, elegida por un hombre. Ella toma prestado el “uno” al Otro, para asegurarse de no ser un sujeto cualquiera, que es lo que es desde el momento en que es un ser hablante sujeto al falicismo, sino por ser, además, identificada como una mujer elegida” (Soler, 2006, p.82)

Gustarle a su pareja, implica mantener en silencio la imagen de un cuerpo incompleto, que tuvo que recibir un órgano de otra persona para seguir funcionando. Al callar esta verdad, Carmen se identifica con su madre y con su modo omnipotente, resulta evidente que ambas silencian la verdad para negar su condición. Como fundamento de este actuar, subyace la idea que en la medida que algo no se nombre, es menos real, o que en la medida que el otro no sepa, el hecho real pierde valor, y de algún modo, desaparece parcialmente de la vida de Carmen.

“Después que perdí el riñón terminé con Eduardo, porque creía que era injusto para él estar conmigo en esas condiciones, decidí terminar para protegerlo de lo que significa estar con una persona que tiene una enfermedad crónica y terminal. Después volvimos porque él me convenció que por voluntad propia quería estar conmigo.”

Carmen se siente culpable de estar enferma, se siente una *carga* para su pareja, razón por la cual sueña con un nuevo trasplante que signifique “*un borrón y cuenta nueva*”, esperando que su vida se transforme, de este modo, en un verdadero renacimiento.

El trasplante es fantaseado como algo que *deja como nuevo*, lo que, por fin, cura el cuerpo, reanima la psique y libera del control de la dependencia a los tratamientos. El trasplante está sujeto a la idealización y el temor a perderlo es tan grande como las esperanzas de conservarlo por mucho tiempo. (Cupa et cols., 2008)

4. El trasplante

4.1. La incorporación psíquica del órgano transplantado

Se intenta comprender este caso clínico, a la luz de una serie de consideraciones teóricas que apuntan a esclarecer los procesos psíquicos que implica un trasplante de órgano. En este punto la problemática se centra en la incorporación psíquica del injerto, de este modo, surge la pregunta por la confrontación a un nuevo órgano: un trozo del cuerpo de otro sujeto alojado en el propio cuerpo, un intruso necesario y esperado pero fuente de múltiples inquietudes.

Para hacer referencia al concepto de incorporación se utilizará la noción planteada en los escritos freudianos, específicamente en los *Tres ensayos sobre teoría sexual* (1905):

“Una primera organización sexual pregenital es la *oral* o, si se prefiere, *canibálica*. La actividad sexual no se ha separado todavía de la nutrición, ni se han diferenciado opuestos dentro de ella. El objeto de una actividad es también el de la otra; la meta sexual consiste en la *incorporación* del objeto, el paradigma de lo que más tarde, en calidad de *identificación*, desempeñará un papel psíquico tan importante. El chupeteo puede verse como un resto de esta fase hipotética que la patología nos forzó a suponer; en ella la actividad sexual, desasida de la actividad de la alimentación, ha resignado el objeto ajeno a cambio de uno situado en el cuerpo propio”. (Freud, 1905, p. 53)

Es entonces dentro de la fase oral que tiene lugar la noción de incorporación, de pronto el estatuto de esta última, se revela compleja porque debe ser situada en relación a dos actividades que todavía no están diferenciadas. Se trata de la actividad sexual por una parte, y de la actividad alimentaria por otra. Esta indiferenciación se marca precisamente por el hecho que las dos actividades recaen sobre el mismo objeto, de lo cual el objeto alimentario sería el prototipo. “Indiferenciación fundamental dado que es portadora de una ambigüedad que habla de un proceso por el cual el individuo, en un modo *más o menos fantasmático*, hace penetrar y guardar un objeto al interior de su cuerpo”. (Schwering, 2001, p. 154)

Más o menos fantasmática, la incorporación deviene una noción útil para pensar los contextos clínicos donde el umbral somato-psíquico está en cuestión. Con este umbral se relaciona el trasplante, donde una incorporación quirúrgica, ineludible como evento, debe ser seguida, en el mejor de los casos, de una incorporación psíquica.

Si es el polo menos fantasmático el que predomina, entonces el sujeto se satisfará, de cierta manera, con la ingestión de un objeto de la realidad – en este contexto el órgano transplantado quirúrgicamente – sin que haya un trabajo psíquico concomitante. Este último estaría caracterizado, por el polo más fantasmático de la incorporación donde el objeto se ve retrabajado por el fantasma de manera de obtener un destino psíquico que lo arranque de su inherencia material.

4.2. Relectura del primer dualismo pulsional

Esta doble polaridad entre un más y un menos fantasmático nos lleva a evocar otra polaridad con la que se podría relacionar, y que revela ser el organizador central del capítulo de los Tres ensayos nombrado anteriormente. Se trata del primer dualismo pulsional, que ve oponerse las pulsiones del yo o de autoconservación a las pulsiones sexuales.

De echo, es a esta primera pareja de pulsiones, que Freud hace referencia cuando evoca la actividad alimentaria – las pulsiones del yo o de autoconservación, en esta etapa, no estarían todavía separadas de una actividad sexual – de las pulsiones sexuales – la cual, de acuerdo con el modelo de apuntalamiento, se despliega plenamente en un segundo tiempo.

“Con miras a una caracterización general de las pulsiones sexuales puede enunciarse lo siguiente: son numerosas, brotan de múltiples fuentes orgánicas, al comienzo actúan con independencia unas de otras y sólo después se reúnen en una síntesis más o menos acabada; sólo tras haber alcanzado una síntesis cumplida entran al servicio de la *función de reproducción*, en cuyo carácter se las conoce comúnmente como pulsiones sexuales. En su primera aparición se apuntalan en las pulsiones de conservación, de las que sólo poco a poco se desasen; también en el hallazgo de objeto siguen los caminos que les indican las pulsiones yoicas”. (Freud, 1915, p.32)

Hacer una relectura del primer dualismo pulsional, aplicado al trasplante, volvería a concederle un alcance clínico, proponiendo un modelo para pensar la oposición entre el registro de las pulsiones de autoconservación, entendidas como funcional/vital y el registro de las pulsiones sexuales, entendidas como pulsional/sexual. En este caso, el acto quirúrgico es suficiente en el registro funcional/vital pues se centra sobre un objeto permitiendo la autoconservación del sujeto, mientras que el trabajo psíquico de incorporación se centra en un objeto en cierta manera sexualizado por la pulsión.

Si la primera meta era la ingestión del órgano, mediante el acto quirúrgico; la segunda meta deviene la incorporación psíquica del riñón, como una forma de subvertir su predeterminación biológica gracias a la intervención del fantasma. La fantasía, o el fantasma, no es simplemente la imaginación de lo real, no es simplemente el aspecto psíquico del fenómeno somático. El fantasma permite ir de la ingestión a la incorporación, es decir, de lo autoconservativo a lo sexual, en otras palabras el fantasma permite la psiquización del órgano. (Schwering, 1999)

En un primer momento el riñón queda como un objeto funcional/vital que se impone como tal al sujeto, resistiéndose aparentemente a toda traducción simbólica.

Schwering (1999), señala que de pronto lo vital se impone y el cuerpo con sus manifestaciones desconocidas genera malestares que reflejan el desequilibrio metabólico. Todo esto pasa a estar en el centro de las preocupaciones del sujeto, dicho de otro modo, se trata de un cuerpo que necesita cuidados médicos constantes porque el peligro de muerte lo acecha.

Sin embargo, no todos los pacientes cuentan con los mecanismos psíquicos necesarios para captar el peligro, en forma de señales, que emanan de su cuerpo.

En el caso de Carmen no es la pulsión de autoconservación la que predomina, por el contrario, existe una desconexión con las manifestaciones fisiológicas que expresa su cuerpo, lo que permite pensar en el predominio de la pulsión de muerte. El sujeto puede caer en el engaño del goce que ha descubierto en un objeto de fijación que aporta un goce intenso y repetitivo, como sería aquí la IRC-T donde el narcisismo queda atrapado, es decir, detenido en el goce del cuerpo.

Carmen en un primer momento logra realizar una ingestión del riñón sobre el polo menos fantasmático, en otras palabras, mientras existió un riesgo orgánico de perder el trasplante ella lo cuidó tomándose los medicamentos antirrechazo y haciendo todo lo que se le indicaba para conservarlo, sin embargo en la medida que el injerto fue respondiendo favorablemente comenzó a operar la negación como mecanismo defensivo. Poco a poco la negación fue abarcando mayor espacio psíquico, al punto de convencerse a sí misma que el riñón ya formaba parte de su organismo, es así como Carmen logra realizar una ingestión somática del órgano, hasta que, al fantasmaticizarse, falla en la incorporación psíquica del riñón trasplantado.

En este proceso se produce un cambio en el status del órgano, pasando de ser un objeto funcional a un objeto parcial. “Para eso, es necesario señalar que al momento en que la persona trasplantada deja el dominio de lo vital, es decir, consigue la incorporación somática del trasplante, hace posible el advenimiento de equivalentes simbólicos que son el prelude a la constitución de objetos parciales y que permiten finalmente de-significar el órgano.” (Schwering, 2001, p. 160)

En relación al proceso de de-significación, es importante aclarar que, en un primer momento, el riesgo vital se contrapone a la fantasía, sin embargo, la de-significación supone la fantasía misma, ya que tiene su arte en subvertir la significación primera, permitiendo construir una significación subjetiva del órgano. “Las virtudes subversivas de esta operación que de-significa el sentido preestablecido garantiza la creación, mediante la fantasía, de un sentido singular, propio al sujeto”. (Schwering, 2001, p. 161)

“Es sólo más tarde, que el paciente puede reunir una serie de objetos esparcidos que no tenían realmente relación entre ellos hasta ese momento. De repente estos últimos vienen a reunirse, a combinarse unos con otros de manera que asistimos al advenimiento de un verdadero sistema simbólico hecho de objetos parciales – en el sentido plenamente psicoanalítico de la palabra – cuya función es precisamente la de una de-significación del órgano”. (Schwering, 2001, p. 161)

El trabajo de sexualización del injerto, supone su inserción en el sistema simbólico. En otras palabras, el objeto parcial injertado debe poder inscribirse en una cadena de objetos parciales.

“Con el riñón nuevo me sentía diva, millonaria, normal, me mentí a mi misma porque yo no era normal, por eso necesitaba que los demás me hicieran sentir igual a ellos. Cuando perdí el trasplante, nunca más volví a sentirme diva, echo de menos esa seguridad en mi misma, esa sensación de que mi vida no corría peligro, que el mundo estaba a mis pies y que nada malo me podía pasar”.

Esta secuencia “*Diva- millonaria- normal*”, procede de una lógica significativa que permite descubrir un hilo asociativo inconciente, eminentemente organizador: el riñón trasplantado otorga a Carmen una investidura que la sitúa en el lugar de *diva*, es decir, una mujer que se aleja de su aspecto maternal y que se caracteriza principalmente por su poder de seducción, lo que sería un modo fálico de presentarse frente al Otro. En este punto es importante abordar la pregunta por el status psíquico del trasplante, es decir, cómo al recuperar la función de órgano Carmen vuelve a sentirse completa, “con el mundo a sus pies” y sin temor a perder la vida, negando su situación vital al extremo de considerarse “normal” y poner en riesgo el trasplante.

Carmen logra un grado de incorporación psíquica sobre el polo más fantasmático, otorgándole un sentido propio a su nuevo riñón, sin embargo esta incorporación no se sostiene en el tiempo, dado el modo de fantasmaticización que opera en Carmen: el órgano injertado se presenta como un tercero, es decir, opera como falo erotizando a Carmen al punto de volverla una *Diva*, en otras palabras, el órgano la ubica a ella en un lugar de exceso, es decir, se siente *millonaria* al recibir el órgano, dando a conocer de este modo, que en realidad el trasplante no constituye una necesidad sino un exceso. La falización del cuerpo propio, que nunca falta en las estructuras histerias, me parece una de las claves que permite captar lo que sucede en este caso clínico.

Como consecuencia del modo particular de significar el trasplante, Carmen se aleja de la madre, centrándose exclusivamente en la mujer-diva, razón por la cual deja caer el trasplante como a un hijo, frente al imperativo de seguir siendo el objeto del deseo del hombre, volviendo finalmente al goce mortífero que significa la diálisis.

Los sueños, fantasías y angustias relacionados con el injerto se entretajan con la historia singular de cada sujeto, en el caso de Carmen, es posible encontrar cierta recurrencia principalmente en las fantasías. “Es precisamente en la escucha de estas fantasías y ensoñaciones- diurnas y nocturnas- que se debe reconocer toda su singularidad, pues es ahí donde descubrimos la identidad y la humanidad de cada sujeto”. (Cupa, 2002, p. 15)

En relación a la producción fantasmática es posible observar múltiples episodios disociativos luego que Carmen recibiera el órgano, dicho en otros términos, frente a la falización de su cuerpo tiende a alocarse, o sea a disociarse, lo que la conduce a la pérdida transitoria del juicio de realidad. Llegado este punto corresponde profundizar en dos manifestaciones delirantes:

la aparición de Francesca – el sujeto donante- y el sueño de un riñón con forma de hijo.

4.3. Lo fantasmático

4.3.1 Un órgano con nombre de mujer: El enigma del donante

Según Cupa (2009), la interrogación a propósito del donante es de carácter ineludible en todo sujeto transplantado, en este aspecto Carmen no es la excepción, ya que, después del primer mes de trasplantada comienza a fantasear en torno al sujeto donante y a proyectar sobre él ciertos contenidos inconcientes, además de atribuirle una serie de características que pertenecen al registro de lo imaginario.

“Como no sabía el nombre del donante, le inventé uno, le puse Francesca. Cuando estaba sola, le hablaba, como si ella me pudiera escuchar, de hecho, sentía que andaba cerca mío como una mujer deambulando. Por su cara de dolor, me parecía que tenía pena, como si tuviera algo pendiente con su familia, de repente supe que ella quería seguir viviendo, por eso no se iba. Para mí era clarísimo que venía a buscar su riñón, con sólo su presencia me cobraba lo que era suyo.”

Trascurrido un mes de haber salido del hospital, después de un trasplante exitoso, Carmen siente que las manifestaciones somáticas se apaciguan y ya no teme el acecho de la muerte. En ese momento es sorprendida por la aparición de Francesca, un fantasma que se transforma en objeto persecutorio y que permite acceder a la presencia imaginaria ejercida por el donante. Visto de este modo, la presencia de Francesca sería un delirio con valor de síntoma, es decir, una forma de retorno de lo reprimido.

Maleval (2005), plantea que los delirios aparecen con bastante frecuencia sobre el fundamento de una organización histórica. La desestructuración yoica se encuentra a la base de estos delirios, los que se focalizan en la imagen de un doble que no es reconocido como tal, y que puede encarnarse en las figuras del diablo, de un espíritu o de un fantasma. La extrañeza angustiante del doble parece ser una de las formas extremas del trastorno de la función escópica que se encuentra en el origen de las locuras históricas.

Existe además una rivalidad con la Otra, que consiste en una competencia imaginaria por quién representa mejor la feminidad.

“La veía como una mujer rubia muy bonita, que cuando caminaba no se le veían los pies, como si flotara en el aire, tenía una piel preciosa y como dorada levemente por el sol. Toda su luz me hacía sentir más fea de lo que realmente estaba.”

En esta rivalidad ella se posiciona desde la falta, desde la que carece de salud y belleza, características que se hacen más evidentes frente a la imagen

idealizada de su doble. También se autoreprocha la pérdida del riñón, no porque constituya una necesidad para ella, sino porque sintió haber transgredido algo importante para Francesca, es decir, continúa primando el sentimiento de no haber respondido a las expectativas imaginarias del Otro.

“El riñón me duró un año y medio, cuando lo perdí estuve dos semanas en el hospital, en el fondo sentía que había matado la única parte viva de Francesca, sentía que le había fallado a ella, no a mí, porque fue algo que yo hice mal.”

“En esos estados, el sujeto abandona su yo por otro que toma en lo imaginario. Cuando el doble es proyectado fuera del yo, se produce, según Freud, un grado extraordinario de extrañamiento inquietante (*Unheimliche*: lo siniestro) y consecuentemente, se transforma con facilidad en una imagen terrorífica. La especificidad del delirio histérico está vinculada sobre todo con la puesta en juego de un mecanismo proyectivo particular, que no se limita a hacer surgir fantasmas oníricos en la realidad, si no que es capaz de generar yoes desdoblados y perseguidores imaginarios o reales. (Maleval, 2005, p. 54)

Así, el delirio puede ser entendido como un síntoma que permite tramitar psíquicamente la incorporación del órgano. Francesca es el representante imaginario del donante sin rostro, que Carmen nunca podrá conocer, y que viene a atormentarla con la intención de recuperar el órgano que le fue arrebatado. Podría decirse que el sentido propio que otorga Carmen a su riñón es justamente la presencia de Francesca como fantasma, es una forma de designificar el órgano e incorporarlo a un registro cercano al polo más fantasmático.

“Me acuerdo que me asusté mucho cuando la vi parada al lado de mi cama mientras intentaba taparme con unas frazadas, fue todo tan real que me puse a llorar con terror. La segunda vez que apareció fue también en mi pieza, sentía un miedo que nunca más he vuelto a sentir, ella estaba quieta en un rincón, no se movía, solo me miraba de reojo, para mí era clarísimo que venía a buscar su riñón”.

Estos delirios no corresponden a una manifestación psicótica, porque forman parte de metaforizaciones cuyo sentido es integrable a las asociaciones del sujeto. “La riqueza de las alucinaciones visuales y la extrema condensación de ciertos elementos del delirio histérico, suelen producir, erróneamente, la misma sensación de incoherencia que un delirio psicótico”. (Maleval, 2005, p. 32)

Maleval (2005), realiza un análisis diferencial entre las psicosis disociativas y los delirios en estructuras histéricas, planteando que la forclusión del Nombre-del- padre, descubierta en el origen de las psicosis disociativas, indica que el fundamento de esta patología se encuentra en una perturbación de la inserción del sujeto en el universo discursivo, es decir, en la dimensión simbólica. En cambio la locura histérica que se manifiesta en ciertos neuróticos, tiene su origen en un déficit de la dimensión imaginaria, de este modo, los fenómenos patológicos surgirían sobre la base de la desestructuración del yo.

Carmen no se encuentra en presencia del vacío de la forclusión del Nombre-del-Padre, lo que la llevaría a tratar de colmar el vacío, sino que por el contrario, se encuentra de pronto lo colmado, lo perfecto, dicho de otro modo, a Carmen le falta la falta, surgiendo así la angustia.

En esta lógica, Carmen tiene una estructura de personalidad histérica con manifestaciones delirantes que contiene alucinaciones visuales de gran vividez. El delirio histérico aparece aquí tal como es: “una castración imaginaria y al mismo tiempo una fuente de satisfacción autoerótica, en lo cual no difiere de otros síntomas histéricos”. (Maleval, 2005, p.29)

4.3.2 Un trasplante con forma de hijo

El valor simbólico del trasplante, se manifiesta a través de las fantasías que surgen del sujeto. Cupa (2009), señala que lo más frecuente es que el trasplante pueda provocar fantasías de embarazo, en otras palabras, el receptor se “embaraza” por un órgano que no es el suyo y que proviene de Otro. Carmen hace referencia inconcientemente a una similitud entre embarazo y trasplante, imaginando tener un hijo en su vientre, de este modo ella es madre de su injerto, apoderándose así fantasmáticamente.

“Ayer estaba convencida que había ido al Sótero del Río y que me habían puesto un riñón, era como un trámite sencillo, el doctor dijo que ese mismo día me podía ir para la casa, mi familia se sorprendía de que todo fuera tan rápido. El riñón quedaba debajo de la piel, en una especie de bolsillito que me hacían cerca de la pelvis, así la piel quedaba un poquito tirante, y se podía ver la forma del riñón, que parecía más que nada un embrión, hasta se movía, todavía siento esa sensación de plenitud y mucha calma, como que todo estaba bien. Después empecé a sentir dolor y me puse a llorar, en el fondo no lloraba por el dolor sino porque tenía la convicción de que iba a tener una pérdida. Estuve muy asustada por hart rato, pero me calmé cuando me di cuenta que no había sido verdad y que todo me lo había imaginado.”

Este delirio evoca un hijo que se mueve en su interior. Una parte de lo que representa la enfermedad, el injerto, viene a simbolizar un objeto de amor, objeto creado probablemente remitiendo a una fantasía de la escena primaria y entonces a la vida, lo que constituye un primer signo de salud. Sin embargo, surge un contenido que contraría este primer indicio; el injerto está mal soportado, por alguna razón este riñón-embrión no logra anidarse en su interior, siendo rechazado. Aquí no sólo existe la fantasía de una pérdida de trasplante, sino también de la pérdida de embarazo, ya que junto con el rechazo del trasplante, Carmen también desecha su oportunidad de ser madre. Un embarazo en diálisis suscita grandes riesgos para el hijo y la madre, razón por la cual, el trasplante es la única forma de llevar a término un embarazo sin complicaciones médicas. De este modo es posible pensar que uno de los fundamentos inconcientes que movilizó a Carmen a perder su trasplante se relaciona directamente con su identificación a la *Diva*, quién

sería incapaz de ser continente de otro sujeto, debido a sus características fálicas.

El delirio histérico está constituido por la proyección en la realidad de elementos reprimidos, esta proyección es un mecanismo específico, que por una parte, suscita la emergencia de significados reprimidos, y por la otra mantiene apartado de la conciencia el acontecimiento traumático presente. En ocasiones, la extrema condensación de ciertos elementos del delirio histérico, pueden producir, erróneamente, la misma sensación de incoherencia que un delirio psicótico. (Maleval, 2005, p. 32)

La proyección, en el delirio histérico, genera una transparencia de la represión que explica la facilidad con la cual Carmen puede revelar los significantes latentes que determinan las temáticas delirantes. A la inversa de la psicosis disociativa Carmen sabe que sus delirios quieren decir algo.

“Ahora que usted me dice que lo que a mí me pasa, se puede ver de otra forma, que puede tener un significado... me calza hartito con lo que yo pensaba, o sea que todo lo que me pasa tiene que ver con trancas más que tengo de antes... cuando me vuelvo loca, no entiendo porqué tengo esas visiones, pero después, cuando las pienso y las converso con usted, empiezo a entender porqué se me aparece Francesca o las guaguas y al final no es tan loco como yo pensaba.”

Todos los ejemplos referentes a la capacidad de Carmen para captar el sentido oculto de su delirio, parecen suficientes para que al respecto se pueda descartar una estructura psicótica. Por otro lado, me inclino a pensar que estos delirios tienen un tipo de connotación fusional, inherente a la escena primaria, lo que pone de manifiesto que la locura histérica se origina en una perturbación de la función especular.

4.4. La sexualización del órgano: una suerte de despertar sexual

Volviendo al modo en que el sujeto incorpora psíquicamente el trasplante, habría que señalar que, desde el punto de vista de su narcisismo, el sujeto da cuerpo al injerto otorgándole a la vez una representación y una forma auto-erótica. (Cupa, 2002)

“En el postoperatorio del trasplante, sentí de repente, una molestia en la guatita y me asusté pensando que podía ser un problema de la operación, era como un dolor en la parte baja del pubis, entonces le dije al doctor y él me respondió que debían ser las ganas normales de orinar. Me sorprendió cómo algo tan natural se puede olvidar después de dos años, fue raro no reconocer la sensación de tener llena la vejiga, entonces me paré y fui al baño, fue precioso sentir el pipí pasando por la uretra, me quedé maravillada de volver a escuchar el sonido del pipí en el baño y volver a ver ese hilo dorado”.

Aquí se expresa con fuerza el erotismo uretral, como un modo de satisfacción libidinal ligada a la micción. Los orificios urinarios son por

naturaleza lugares de pasaje, frotados mecánicamente por lo que circula, excitados por el simple contacto del líquido que los atraviesa. Pero son también lugares de intercambio con el exterior, en primer término, el intercambio de autoconservación, es decir, los intercambios del organismo. “En la niñez, el aparato sexual se halla todavía poco desarrollado y casi siempre es el aparato urinario el que habla en su nombre” (Doltó, 1986). Aquí se estaría nuevamente frente a una indiferenciación, entre la función urinaria- que representa la funcionalidad del órgano- y el erotismo uretral, que se aproxima al polo de la sexualidad del órgano.

También es posible percibir el autoerotismo que se despliega en el momento en que orina por primera vez, después de ser trasplantada; allí se observa claramente que es mediante el autoerotismo que una pulsión parcial, ligada al funcionamiento del órgano o a la excitación de una zona erógena, encuentra su satisfacción en el mismo lugar que dicho órgano. Además hay que agregar que el autoerotismo, en cuanto a la relación con el objeto, implica la ausencia de un objeto total, pero en modo alguno, la ausencia de un objeto parcial fantasmático.

Cupa (2002) Destaca el principio capital de duplicidad pulsional del órgano, en el que convergen, en un primer momento, las pulsiones del yo y las pulsiones sexuales. En un segundo tiempo, el cuerpo, sería el punto de atracción de una desunión o desintrincación pulsional. Todo órgano o sistema de órganos tiene la tarea de soportar este conflicto de dominación entre pulsiones del yo y pulsiones sexuales. En el caso de Carmen, este dualismo pulsional se observa de forma muy clara, ya que inmediatamente luego del trasplante – satisfecha la pulsión de autoconservación-, se hace evidente una sexualización del órgano, y un incremento en la excitación de las vías urinarias, además se aprecia una sexualización de toda su subjetividad, lo que equivale a un despertar sexual, en el amplio sentido de la palabra.

“Cuando recuperé el conocimiento, lo primero que vi fue a un doctor que era joven –como becado-y muy guapo, me dio vergüenza que él estuviera encargado de mí, además era muy simpático. Estaba a cargo de revisar la herida, examinarme, ver si se me deshinchaban las piernas y finalmente evaluar si el trasplante funcionaba como debía, recuerdo esto como un momento glorioso, era como volver a la vida”.

La sexualidad se despierta con el trasplante, repentinamente aparecen contenidos que antes no habían surgido en el discurso de la paciente, por ejemplo, la atracción física que siente por el médico, como si junto con investir sexualmente el órgano trasplantado, despertara de una latencia sexual extendida por mucho tiempo. Además este paso inaugura una nueva forma de pulsión sexual, hasta entonces predominantemente autoerótica, y que ahora se encuentra en condiciones de hallar al objeto sexual. “En 1905, los tres ensayos oponen de manera bastante clara toda una infancia que es sin objeto, y por tanto autoerótica, a una pubertad que es el descubrimiento del objeto” (Laplanche, 1993, p.53)

“En cuanto me trasplanté sentí algo distinto, como que podía volver a tener las cosas que había perdido con la diálisis. Entonces fue que dejé de hacer lo que los otros esperaban de mí, empecé a hacer lo que yo sentía. Mientras estuve trasplantada, algo me pasó por dentro, como que cambié de personalidad y empecé a vivir distinto, a salir, a disfrutar como nunca de las cosas. Mi pecado fue vivir la adolescencia que no había podido disfrutar, porque antes yo era super niña chica, siempre me entretuve más con los niños, me sentía incómoda en el mundo de los adultos, no me llamaba para nada la atención, prefería seguir jugando. Recién empecé a salir y a conocer gente cuando me trasplanté, en ese tiempo salía a carretear y lo pasábamos increíble, porque sentía que lo demás me veían exuberante, linda... de hecho tenía hartos pretendientes, pero lo que más me gustaba era que mis amigos me trataban igual que si fuera sana.”

El período de latencia sexual se caracteriza por ser una progresiva sofocación de las mociones sexuales exteriorizadas por el sujeto hasta un determinado momento de su desarrollo psicosexual. Se espera que transcurrido el período de latencia irrumpa una manifestación sexual que se sustraiga a la sublimación y genere una ruptura. (Freud, 1905). La superación de la latencia, se observa tardíamente en Carmen, al punto que el primer estallido de la pulsión sexual, como manifestación de la genitalidad, ocurre simultáneamente con el trasplante, a la edad de dieciocho años. Hasta ese momento, la pulsión se encontraba sublimada bajo el desinterés e incomodidad que le producía “el mundo de los adultos”.

El trasplante tiene el valor de una contingencia, ya que antes de este acto quirúrgico, la sexualidad de Carmen estaba reducida a la latencia, sin embargo, luego de implantado el órgano en su cuerpo, aparece la dimensión de la satisfacción pulsional, que se traduce en el surgimiento de una pulsión sexual adulta. Si bien, por un lado, goza de este despertar sexual, disfrutando de sentirse “exuberante” y atractiva para el Otro; en un registro inconciente, no toleró por demasiado tiempo el placer que significó la sexualidad adulta en ella. Simultáneamente, se aprecia un cambio en la forma de aproximarse al Otro y en el modo de hacer frente a las necesidades propias en desmedro de las ajenas, también se observa un intento adolescente por diferenciarse de los ímagos parentales, surgiendo, así, una especie de liberación entorno al placer que ofrece relacionarse con pares y el hecho de descubrir un entorno adolescente que le otorgue sentido de pertenencia.

En su discurso, es posible apreciar, cómo opera la negación frente a una enfermedad que no puede no haber sucedido, sin embargo, Carmen comienza a convencerse que ella no está enferma, que en una suerte de milagro, vuelve a ser *normal*, he ahí la felicidad que experimenta al darse cuenta que los demás la tratan como si *fuera sana*, de ese modo, confirma su idea preconcebida.

4.5. La negación y la desmentida

Cupa (2009), refiere que algunas personas presentan episodios hipomaniacos post trasplante que les permiten negar el dolor psíquico y mantener la búsqueda de un objeto narcisístico idealizado.

Después del trasplante, se observó un reforzamiento de la negación de muerte, al punto que Carmen comenzó a sentirse inmortal. “Utilizada moderadamente la negación puede permitir al sujeto aliviar la angustia resultante de la amenaza de muerte, que pesa constantemente sobre él, no obstante cuando el moi (yo) recurre a ella excesivamente el sujeto, no sintiéndose enfermo y mortal, se pone en peligro de muerte.” (Causeret, 2009, p. 3).

“Creo que de pura inmadurez lo perdí, porque cada semana que pasaba iba sintiendo que el riñón era más parte de mí y así de a poco fui confirmando que ya no necesitaba las pastillas. Con el tiempo me fui relajando, al principio no era así, porque me angustiaba mucho si no me tomaba los remedios a la hora exacta. A los dos meses empecé a tener la seguridad de que nada malo me iba a pasar, porque me sentía dueña del mundo, era una sensación de ser francamente indestructible.”

El temor a perder el trasplante se fue disipando paulatinamente, en la medida que fue adquiriendo mayor valor, la creencia que el riñón ya le pertenecía por completo a su organismo. De este modo, se comienza a desplegar la desmentida (*Verleugnung*), como un mecanismo psíquico que permite mantener una creencia pese al desmentido de la realidad, manteniendo como característica principal el sin sentido y lo irracional. Su aproximación a los hechos estuvo interferida por esta creencia hipertrofiada, que pasó de ser un mecanismo adaptativo, a través del cual Carmen se sentía a salvo y sin peligro de muerte, a un estado de absoluta euforia en el cual se sentía “dueña del mundo” e “indestructible”.

Como consecuencia de la negación, también se altera el reconocimiento de la condición de Don que tiene el trasplante, dicho de otro modo, si se piensa el trasplante como un Don, que por definición le pertenece a Otro, en cuanto el riñón trasplantado es sentido como propio, deja de ser un objeto de valor para Carmen y por consiguiente ya no es digno de ser cuidado. En cuanto ella deja de reconocer que el trasplante es parte del cuerpo de Otro; el órgano donado pierde su valor, y luego ya no constituye un objeto que valga la pena conservar.

Es frecuente que los trasplantados presenten una desorganización que se encuentra a menudo durante el inicio del trasplante. Con frecuencia señalan sentirse desorientados por el cambio de vida, que les significa nuevas presiones difíciles de soportar, tales como los cambios corporales secundarios a la terapia antirrechazo. (Cupa, 2009)

Carmen constata la transformación de su apariencia, observando consciente la aparición de fenómenos corporales en sí mismo inquietantes.

“A los pocos días del trasplante noté muchos cambios físicos por los remedios que me daban. Esta foto es de cuando recién me trasplantaron, para mí es muy difícil volver a verla, porque me da mucha vergüenza acordarme de lo deforme que estaba, mis facciones se perdieron, casi no me reconozco. Me hinché mucho, era como tres veces mi propio cuerpo, me sentía como una sandía, con suerte se me distinguía la pera del resto de la cara y los ojos estaban hundidos detrás de los párpados, en ese momento sentía la piel tirante como si fuera a reventar. Después fui de a poco volviendo a reconocirme en el espejo, a los seis meses aparecí de nuevo, se acabó la hinchazón pero quedaron los pelos, se me pusieron las cejas muy espesas y me salieron pelos en la barbilla, en los brazos, en la espalda, se me inflamaron las encías y se me empezó a oscurecer la piel, en hartas partes del cuerpo. También volví a menstruar, eso me emocionó mucho porque hacía un año que no tenía la regla, me acuerdo que me puse a llorar la primera vez que ví la manchita de sangre, porque supe que podía ser el primer paso para ser mamá.”

Carmen se pregunta sobre los límites de su cuerpo, sobre esta sandía que no termina de hincharse y de generar fantasías de ruptura. Surge la preocupación por ciertas vellosidades que aparecen en zonas del cuerpo eminentemente masculinas, esto cobra mayor importancia si se piensa que Carmen tenía dieciocho años cuando le ocurren estos cambios corporales, una edad en que el aspecto adquiere gran importancia y los caracteres sexuales secundarios son muy valorados, porque se pone en juego la capacidad de atracción física y sexual entre los pares. Por otro lado, en el registro de lo imaginario, se puede agregar la imagen del cuerpo recientemente trasplantado, como un elemento indeseable y rechazado absolutamente por Carmen, ya que no responde a su necesidad de seguir siendo objeto de deseo para Otro. Surge así la percepción de un cuerpo masculinizado, que resulta ser un elemento determinante en el posterior abandono de su tratamiento.

Bajo esta lógica, mantener una apariencia femenina es más deseable que gozar de la autonomía y libertad que le proporciona un trasplante, o a la inversa, tener pelos es más anormal que seguir siendo dependiente de una máquina para vivir; esta ecuación opera bajo una lógica inconciente que guarda directa relación con el goce.

“Créame que fue muy terrible para mí, porque en ese momento conocí al Edu mi pololo, me enamoré por primera vez y dejé al poco tiempo de tomarme las pastillas, en parte porque quería verme linda para él y en parte porque sentía que el riñón ya era mío. El Edu no supo que yo era trasplantada hasta que empecé con síntomas de pérdida, en esa época no quería decirle para que no me tratara como enferma. Prefería quedarme callada a enfrentar la verdad.”

En su discurso queda reflejado cómo al recibir el riñón -que está en el lugar del falo- se libidiniza su cuerpo, reincorporándose a la sexualidad que había permanecido latente hasta ese momento. Con el trasplante logra ser adulto, sentir la sexualización de su cuerpo y la excitación propia del deseo sexual frente al objeto externo investido, sin embargo también se refleja lo intolerable que le resulta dejar de ocupar el lugar del objeto del deseo del Otro, en este caso de su pareja, tanto es así que lo elige a él por sobre la vida que le

ofrecía un trasplante exitoso, de este modo, la posibilidad de un cuerpo autónomo es permutado por conservar el deseo de un hombre.

Para continuar con la problemática del lugar del órgano, es pertinente realizar una equivalencia entre riñón e hijo. Bajo esta lógica es posible asegurar que Carmen no pudo cuidar al hombre y al hijo simultáneamente, sintiendo que al cuidar el órgano/hijo descuidaba al hombre y, frente a la sola posibilidad de dejar de ser objeto del deseo del hombre, deja caer al hijo, lo que equivaldría finalmente a un aborto.

Ella, ubicada en el lugar de diva, no puede sostener al órgano/hijo porque no prevalece la madre en ella. En el Anudamiento madre/ mujer, es posible percibir una disonancia, un especie de cortocircuito que impide el flujo entre una y otra. Si Carmen se identifica con su madre, se aleja de la capacidad materna de poder acoger a un hijo y se aproxima a la mujer en tanto Diva. En este sentido, ser Diva significa la supremacía de la feminidad por sobre la maternidad, de algún modo, es asegurar la pertenencia a alguien, es poder ser la mujer de Otro.

Al renunciar al hijo, no sólo se asegura un lugar como objeto sexual, sino que renuncia, con este acto, a la independencia; destaco que no es cualquier acto, porque significa seguir supeditada a la madre y a su ley.

4.6. El goce: El dolor subjetivo de la pérdida

La pérdida del trasplante se relaciona con el goce, entendiendo este concepto como lo describe Lacan en *Psicoanálisis y Medicina* (1966): "Pues lo que yo llamo goce en el sentido en que el cuerpo se experimenta, es siempre del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Incontestablemente, hay goce en el nivel donde comienza a aparecer el dolor, y sabemos que es sólo a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada". (Lacan, 1966 p. 95)

El órgano fue investido en un modo de satisfacción pulsional, razón por la cual, no pudo ser cuidado ni sostenido por Carmen, en otras palabras, se vio enfrentada a la incapacidad de incorporarlo psíquicamente porque, en definitiva, no pudo otorgarle un valor libidinal. Ella consigue realizar una ingestión del órgano, alojándolo en su cuerpo, durante un año y medio, sin embargo, no logra sostenerlo por más tiempo, debido a un rechazo psíquico.

"El riñón era un tesoro para mí, yo quería cuidarlo, tuve en mis manos algo que poca gente es capaz de dar, tuve la felicidad de recibir una parte del cuerpo de otra persona."

Este extracto muestra dos puntos, por un lado la demanda del sujeto, que espera poder cuidar el injerto y por otro lado el goce del cuerpo, que responde a una lógica distinta. Desde la conciencia, Carmen desea que el trasplante sea exitoso y anhela no volver a diálisis, sin embargo, el goce opera

a través de la satisfacción pulsional que se juega en el riñón y que se satisface en el mismo lugar. En este sentido, el riñón encarna el lugar por donde goza el sujeto, ya que está en el orden de la tensión y del forzamiento, tal como lo señala Lacan. En este caso, el goce está dado por la pérdida del trasplante, dicho de otro modo, el goce está en volver a diálisis y seguir siendo un cuerpo dependiente sometido a las intervenciones que Otro -dueño de un saber- le profiere.

“Este cuerpo no se caracteriza simplemente por la dimensión de la extensión: un cuerpo es algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo. La dimensión del goce está excluida completamente de lo que llamé la relación epistemo-somática”. (Lacan, 1966 p. 92)

El goce que experimenta Carmen al volver a diálisis, se relaciona con un cuerpo que queda relegado al lugar de objeto. En relación a la dependencia hacia su madre, Carmen queda, finalmente, atrapada en su estatuto de hija. La hiperpresencia de la madre, significa para ella un pecho intrusivo, al cual no quiso renunciar, así como tampoco renunció al goce que le proporcionaba, finalmente, no pudo renunciar a la dependencia hacia su madre ni a la diálisis.

Al contrario del autoerotismo que permite al sujeto procurarse activamente un goce en la ausencia del objeto, las sensaciones corporales de los sujetos en diálisis, no solamente son dolorosas, lo que podemos atribuir al masoquismo, si no también pasivas, restando a la función autoerótica todo efecto liberador por relación a la dependencia al objeto.

“Experimentar sufrimientos, es el afecto que hace del masoquismo *un acto del cuerpo*. La verdadera ganancia es el goce, que es *del* cuerpo y que se inscribe en él de un modo inefable. Así, el aspecto doloroso parece ser comprendido como una forma de masoquismo primario, teniendo una función identificante que da cuerpo y presencia al órgano, lo que estaría del lado del masoquismo de vida”. (Cupa, 2009 p. 96)

Se despliega un masoquismo primario, en el cual Carmen recibe asistencia obligatoria de forma pasiva, donde le hacen las cosas, la tocan, la puncan y la intervienen, a pesar de ella.

Para Cupa (2009), cierto grado de masoquismo de vida, es indispensable para soportar el dolor y el sufrimiento que implica el tratamiento. Este masoquismo conlleva un aspecto regulador que permite un mantenimiento correcto de la actividad pulsional y la erotización.

El masoquismo es un juego extraño entre la vida y la muerte a través del placer y el displacer, tal vez esa sea la objeción del inconciente a la biología. “Dializarse implica displacer. Para tolerarlo, debe ser vivido, ni más ni menos, que como placer, lo que es posible gracias a una intrincación entre la pulsión de vida y de muerte suficientemente buena, a través de un masoquismo erógeno primario de buena calidad que permite al masoquismo ser guardián de la vida”. (Causeret, 2009, p.10)

El masoquismo constituye una figura eminente del goce en su dimensión inconciente. Finalmente es gracias al masoquismo guardián de la vida, y gracias a los mecanismos defensivos -negación, escisión, represión- que, utilizados por el yo apropiadamente, pueden mantener un equilibrio narcisista en los sujetos que se dializan.

CAPÍTULO 4:

DISCUSIONES

Al repensar la relación cuerpo/ síntoma por medio del inconciente, Freud muestra la incidencia de lo sexual en el cuerpo más allá de la lógica de la autoconservación, rompiendo en este punto con la concepción medico-biológica del cuerpo. Para el psicoanálisis el cuerpo es mucho más que la complejidad física de una estructura o función orgánica, ya que está atravesado por el lenguaje y por eso es fundamentalmente una estructura simbólica, en la misma línea de pensamiento es posible asegurar que el trasplante de órgano no es únicamente una intervención médica en el organismo, pues también tiene un alcance en el registro psíquico, dicho de otro modo, hablar del trasplante de órgano desde una mirada psicoanalítica, implica considerar que el trasplante alcanza diversos y hasta contradictorios sentimientos y significaciones tanto conscientes como inconscientes.

Para la medicina la realización de un trasplante tiene como objetivo la pura funcionalidad biológica del órgano, sin embargo, en los estudios revisados se evidencia una necesidad real de incluir la dimensión psíquica en el momento previo y posterior al trasplante. En relación a este tema algunas disciplinas han hecho intentos por escuchar al sujeto trasplantado a través de consejería y psicoeducación, sin apreciarse una mejoría significativa en el nivel de adherencia al tratamiento o de autocuidado del paciente, razón por la cual es imperioso que el psicoanálisis se pronuncie frente a esta realidad que requiere de una escucha distinta, incorporando conceptos como la pulsión de muerte y el goce que se manifiestan persistentemente cuando falta la salud, poniendo en juego la vida del sujeto y el trasplante.

La relevancia ética de este punto es considerable, ya que el psicoanálisis podría contribuir con elementos muy valiosos en relación a los criterios utilizados para aceptar el ingreso de un sujeto a la lista de transplante, considerando -en un análisis comprensivo- su estructura de personalidad y la aptitud psíquica para recibir un órgano extraño, reconociendo el impacto psíquico que esto puede significar para él.

El rechazo de un órgano trasplantado significa un hecho devastador para el sujeto que lo padece, al mismo tiempo que genera un desgaste de los recursos del sistema público de salud. Las estadísticas muestran que existe una mayoría de personas trasplantadas que son capaces de conservar el nuevo riñón y hacerse cargo del cuidado que éste requiere, sin embargo existe un grupo -equivalente al 5% de los trasplantados renales- que pierde el trasplante a causa, no de un rechazo orgánico, sino de un rechazo psíquico.

Este último es el caso de Carmen, quién a causa de elementos inconcientes pierde el riñón que le fue implantado, de este modo se pone en evidencia la necesidad de tomar en cuenta los aspectos psíquicos que influyen en la conservación del órgano. Reconocer este registro significa considerar, al mismo tiempo, la importancia del costo en la economía psíquica del sujeto que

se produce por la intrusión de un órgano ajeno a su cuerpo, lo que implica ir más allá de la reducción del órgano a su pura dimensión real, significa reconocer que además de las motivaciones conscientes del paciente, existen significaciones subjetivas e inconscientes de tal acto.

La práctica médica de los trasplantes lleva al extremo algunos fenómenos psíquicos, que terminan por cuestionar los límites y relaciones entre el sujeto y el otro, particularmente cuando la estructura psíquica no tiene la capacidad de reacción frente a los fuertes sentimientos de invasión del otro, desencadenados por el órgano trasplantado y frente a una inmensa actividad psíquica fantasmática que puede producir severas crisis psicopatológicas.

Para que el trasplante sea un acto susceptible de ser integrado en la realidad psíquica individual, es necesario que la experiencia de la donación y del trasplante se integre a la historia del sujeto, para ello se necesita reconocer la importancia de las distintas significaciones que tiene el cuerpo para un sujeto y analizar cómo ellas se ven afectadas cuando se interviene sobre él.

Aquí se demuestra el modo en que ciertos elementos inconscientes afectan la disposición del sujeto hacia su autocuidado, este es un aspecto muy significativo, ya que permite comprender que la forma en que el sujeto trata su cuerpo enfermo, viene dada por la relación que establece con otros significativos, es decir, la investidura del propio cuerpo es correlativa a la investidura del cuerpo-objeto del infante.

Es posible concluir que existe una convergencia entre la relación con la madre y el cuerpo del sujeto, en este caso la convergencia está dada por la incapacidad de Carmen para sentir las señales del cuerpo, e interpretarlas de un modo que signifique un resguardo vital para ella. En el caso de Carmen, la capacidad autoescópica y el trabajo de la hipocondría sigue un camino que toma, sin duda, las modalidades de investidura que fueron propuestas por su madre, permitiendo una escasa sensibilidad a las excitaciones internas y a los mensajes procedentes de su cuerpo.

Un elemento muy influyente sobre el nivel de conciencia que un sujeto tiene sobre sus sensaciones corporales internas, es el estado de alerta concerniente a la investidura narcisística del propio cuerpo. Tomando este concepto, es posible asegurar que no todos los sujetos logran un estado de alerta que los prevenga de las alteraciones somáticas provenientes del interior de su cuerpo, tal es el caso de Carmen, quien no logra distinguir los signos corporales internos que indican el desequilibrio propio de la IRC-T. Resulta tremendamente llamativo que no haya percibido los síntomas del inicio de su enfermedad, ni las manifestaciones corporales inherentes a la pérdida del trasplante. En ambas ocasiones se evidencia una brutal desconexión somatopsíquica de la paciente, quien sin intervención médica oportuna habría muerto.

En un primer momento Carmen se enfrenta a la desinvestidura del yo-ideal y a la dificultad de elaborar psíquicamente la injuria orgánica que significa la disfunción de un órgano, apreciándose, de este modo, un déficit en el

narcisismo como guardián de la vida, ya que al fallar la función renal se pone en entredicho la capacidad de autoconservación, lo que propicia un aumento en su dependencia al Otro. En un segundo momento se observa que Carmen no logra establecer una reestructuración, es decir, no consigue encontrar en sí misma los cuidados de la madre, con el propósito de vivir en base a nuevas modalidades de autocuidado.

El cuerpo de Carmen se encuentra investido por la madre sólo en tanto cuerpo enfermo, muy tempranamente Carmen se da cuenta que la enfermedad es un elemento que mediatiza su relación con la madre, ya que el amor sólo se expresaba cuando algo en el registro del cuerpo se desequilibraba, de este modo, las manifestaciones afectivas están sujetas a un compromiso corporal y por ende vital del otro.

El anesteciamiento frente al dolor y el malestar físico es producto del vínculo con el Otro de los cuidados -su madre y su hermana como sustituto materno- quién a través de sus modalidades de atención al cuerpo, impide que se internalice un objeto que contribuya a la reorganización de su narcisismo de vida.

El modo en que ciertos elementos inconcientes influyen en la disposición del sujeto hacia su autocuidado, está directamente relacionado con el modo en que éste tramitará la incorporación psíquica del órgano trasplantado.

La intervención quirúrgica del trasplante es algo que escapa a lo simbólico, es un acontecimiento que despierta al sujeto de su estado ordinario, en definitiva es un acto que no puede ser completamente simbolizado en la palabra, luego de esta intervención en lo real del cuerpo, el órgano trasplantado transita por un continuo que va desde una simple ingestión, sin trabajo psíquico real, a una incorporación psíquica que equivale a su sexualización a través de la pulsión, con la finalidad de inscribirse en una cadena de objetos parciales, dicho de otro modo, el primer tiempo es autoconservativo; el segundo sexual y fantasmático.

Carmen logra incorporar, en un primer momento, el riñón sobre el modo de una ingestión, es decir, del lado somático de la incorporación. Durante los seis primeros meses ella sigue las indicaciones médicas rigurosamente, sin embargo finalizado este período, comienza la manifestación irrefutable del rechazo producto de una falla en la incorporación psíquica del injerto.

Al sexualizarse el riñón deviene autoerótico, sin embargo en el Caso de Carmen, no sólo se erotiza el órgano sino que se erotiza su totalidad corporal al punto de hacerla sentir "diva", es decir, ella toma su cuerpo como órgano con la finalidad de ser el objeto del deseo del Otro. Finalmente es el órgano el que la posiciona -a ella- en un lugar de exceso, completándola y transformándola en "millonaria", de este modo, el riñón no alcanza a ser ubicado en una cadena significativa donde pueda ser resignificado. Esta hipersexualización del cuerpo, impide que se lleve a cabo la incorporación psíquica del riñón, generando la consecuente falla en la ingestión real del órgano y su posterior pérdida.

Frente al primer esbozo de dejar de sentirse atractiva y sexualmente deseable para su pareja interrumpe el tratamiento, es decir, en su lógica, tener pelos y sentirse masculinizada es menos deseable que poder vivir una vida libre de diálisis.

Finalmente Carmen rechaza la significación sexual del trasplante, boicoteándolo del modo más eficiente y doloroso: provocando su propio rechazo, legitimado, además, por su madre, de quién no recibe más que una palabra vacía. Carmen rechaza la sensación de exceso y “exhuberancia”, sacrificando de un modo automutilador su libertad, para volver a la dependencia de una máquina que haga por ella una función que su cuerpo tendría que hacer por si mismo. Para ella los pelos que afloraron en su piel y la hinchazón que experimentó en el rostro, fueron tan importantes como la permanencia del trasplante en su cuerpo, ubicándolos, incluso, en un nivel mayor de trascendencia.

Considerando todo lo anterior, es posible interpretar que con el trasplante se transformó en una mujer que agota su ser en ser el objeto del deseo de Otro, así es como despierta a la sexualidad y al mundo adulto, luego de haber estado sumida en una latencia sexual prolongada por la enfermedad. Este hecho se observa de forma evidente en el relato que hace del momento en que vuelve a orinar, las palabras que utiliza y la intensidad del discurso dan cuenta de una gran carga pulsional, como si al sentirse completa nuevamente se erotizara todo su cuerpo de golpe. Durante el año y medio que vivió con el trasplante no sólo se inició sexualmente, sino que fue capaz de enamorarse y establecer una relación de pareja que perdura hasta ahora.

Esto permite pensar que el trasplante tiene una significación sexual para Carmen, caracterizado por un funcionamiento autoerótico, ya que es la satisfacción con el órgano el que le otorga la potencia para sentirse “diva”. Si consideramos la relación al trasplante como autoerótica se puede decir que es propia de un funcionamiento sexual infantil, en el cual existe un estado de fragmentación de la pulsión sexual. Esta fragmentación implica evidentemente, en cuanto a la relación con el objeto, la ausencia de un objeto total, pero en modo alguno la ausencia de un objeto parcial fantasmático.

Cabe destacar que el riñón es el órgano emblemático de la sexualidad uretral, es decir, no es sólo algo que está comprendido en un cuerpo, sino que es un significante y está incluido en un mensaje. El riñón, en este caso, simboliza algo que se erotiza y no alcanza a pasar del todo a la etapa genital, quedándose relegado a un lugar autoerótico y pregenitalizado.

Carmen pudo vivir la genitalidad y disfrutar del despertar sexual, sólo el período que permaneció el riñón trasplantado en su cuerpo, sin poder conservarlo por más tiempo. Este órgano entra en el circuito de goce porque está ubicado en el lugar del falo, es decir, Carmen tiene algo que le falta cuando tiene el riñón, aún sintiéndose completa algo le falta, por lo que no tolera seguir sosteniéndolo. La hipersexualización se extingue al perder el riñón, es decir, al volver a sentir la incompletitud, de este modo, el regreso a la

enfermedad promueve una desexualización en el sentido de un retorno a la fase prolongada de la latencia.

El goce de Carmen está puesto en la repetición y la circularidad de la diálisis, esa rutina que tanto odia, es la que le permite gozar de la dependencia hacia una madre devoradora. Luego de la adolescencia cuando le correspondía saltar a la adultez, deja caer la única posibilidad de subjetivarse frente a su madre, simbólicamente el trasplante significa desmarcarse de la ley materna, y por lo tanto, diferenciarse de ella.

Respecto a la madre es posible decir que establece con su hija una relación perversa de dominación que concierne esencialmente el deseo del otro, que es al que se apunta con el propósito de reducir la alteridad, siendo una relación dual y por lo tanto no-mediatizada, es decir, que se desarrolla enteramente en el registro imaginario. Inserta en esta dinámica Carmen no defiende la discontinuidad respecto de su madre, por el contrario defiende a brazo partido su continuidad con ella, es decir, su indiferenciación. Al rechazar el trasplante, rechaza también una instancia de separación que podría haber instalado un espaciamiento y establecido una discontinuidad, protegiéndola de los poderes disolventes de la continuidad en la fusión con el objeto, y haberle garantizado la existencia de una separación individualizante.

Carmen no encontró los recursos internos que le permitieran acoger el órgano trasplantado para acceder a la autonomía de una vida adulta genitalizada. Simbólicamente el riñón quedó contenido en el cuerpo materno, y no adquirió nunca su plena autonomía, ya que se creó durante la infancia una dinámica pulsional según la cual el órgano enfermo devino un objeto privilegiado de cuidados maternos y sus sustitutos. Esta falta de autonomía era necesaria para la supervivencia subjetiva de Carmen, sin embargo entorpeció significativamente su desarrollo psíquico, en otras palabras, el riñón enfermo está investido por una parte importante de la libido circulante entre la madre y la hija.

En relación a su propia maternidad, dejar caer el trasplante significa dejar caer al hijo y con ello la posibilidad real de ser madre, entonces es posible asegurar que el goce está también en no poder ser madre y mantener el estatuto de hija en la dinámica familiar.

Con la finalidad de centrar la atención en las manifestaciones psicopatológicas, cabe destacar que dentro de las observaciones clínicas más llamativas de este caso, se encuentra el hecho que, en ocasiones, Carmen parece despegarse de una parte de sí misma, desdoblarse para ver lo que le acontece desde fuera como espectadora, en el fondo se trata de una disposición interna particular que le permite sustraerse del mundo que la rodea.

Haber tenido un trasplante exitoso y dejarlo caer constituye un sin sentido, como consecuencia de este *alocamiento* Carmen suspende el tratamiento farmacológico porque se “autoconvence” de que el riñón le pertenece, dejando en evidencia una alteración en el juicio de realidad. Este autoconvencimiento está sostenido por la desmentida (*Verleugnung*), un

mecanismo psíquico que permite mantener una creencia pese al desmentido de la realidad.

Carmen utiliza el mecanismo de la *Verleugnung* con relación a la creencia de pertenencia del riñón trasplantado, aún sabiendo racionalmente que eso es imposible, dicho de otro modo, su creencia sobrevive al desmentido de la experiencia. Este mecanismo psíquico comienza a operar excesivamente, rechazando la realidad al punto de desalojar parcialmente de la conciencia, el hecho que el injerto no le pertenece del todo. Así es como Carmen intenta defenderse del temor a perder lo que sin embargo “bien sabe” que no tiene.

Cuando para Carmen el objeto -riñón trasplantado- proviene de Otro, es considerado un Don que hay que conservar, sin embargo, cuando el objeto comienza a ser sentido como parte del propio cuerpo, pierde su valor, dejándose caer deliberadamente. He aquí la relevancia de poder incluir el órgano en un acto de donación simbólica, que no pierda su condición de Don, a pesar de saberlo incluido en su organismo y haber recobrado su funcionalidad. Además el órgano en este caso, no tiene una connotación de necesario sino de exceso, por eso no es conservado y finalmente no se logra su incorporación psíquica.

La crisis que significa la IRC-T remite en forma innegable a otra crisis; la de la castración, frente a ella la negación actúa como un sistema de protección, así el sujeto se apoya en los procesos de actividad de la fantasía rechazando la idea de muerte, en este sentido, la negación autoriza la continuidad del fantasma de inmortalidad, que logra distorsionar la condición de salud de la paciente haciéndola sentir “indestructible”. Al momento del trasplante se activa el mecanismo de negación de la enfermedad y del riesgo de muerte, los fantasmas que puedan surgir son indicadores del trabajo psíquico intenso de elaboración y mantención de la continuidad psíquica que estuvo amenazada.

La continuidad de la existencia es atacada por la enfermedad y la ruptura psíquica del trasplante, en este caso clínico, el trasplante renal indujo fenómenos psíquicos que pueden ser entendidos en términos de desorganización del yo, todo esto producto del aumento de la negación, la desmentida y la reactivación de la angustia de castración. El yo está en la obligación de tomar conciencia de un límite que le concierne y que concierne a su cuerpo, rápidamente debe comprender que la alternativa a la muerte es la diálisis o el trasplante de un órgano extraño en el cuerpo propio.

El injerto es un artículo de reemplazo de otro linaje que no tiene relación con el linaje parental, por esta razón uno de los objetivos del trabajo psíquico, será soportar la pérdida del objeto y la incorporación inmediata de un objeto parcial portador de otra historia, es decir, dotado fantasmáticamente de caracteres distintos a los de Carmen.

Esta intrusión corporal significó para ella una intrusión psíquica manifestada a través de la presencia de Francesca, como un delirio con forma de fantasma que se transforma en objeto persecutorio, y que permite acceder a la presencia imaginaria ejercida por el donante. Visto de este modo, la

presencia de Francesca sería un delirio con valor de síntoma, es decir, una forma de retorno de lo reprimido.

La desestructuración yoica se encuentra a la base de este delirio focalizado en la imagen de un doble, que no es reconocido como tal, y que puede encarnarse en diversas figuras, la extrañeza angustiante del doble parece ser una de las formas extremas del trastorno de la función escópica que se encuentra en el origen de las locuras histéricas.

Existe además una rivalidad con la Otra, que consiste en una competencia imaginaria por quién representa mejor la feminidad, posicionándose desde la falta frente a una imagen idealizada de su doble. Aquí se pone en juego un mecanismo proyectivo particular, que no se limita a hacer surgir fantasmas oníricos en la realidad, si no que es capaz de generar imágenes terroríficas de yoes desdoblados y perseguidores imaginarios: así surge Francesca como el representante del donante sin rostro, que Carmen nunca podrá conocer, y que viene a atormentarla con la intención de recuperar el órgano que le fue arrebatado.

Para concluir se debe argumentar que la confrontación a una intervención quirúrgica de trasplante, modificó la relación que Carmen tenía con su cuerpo en los tres registros: simbólico, imaginario y real. Dicha confrontación es doblemente compleja, porque el cuerpo es – como ya se ha dicho- algo ajeno al sujeto; un órgano trasplantado, reactualiza en el sujeto el extrañamiento respecto de su cuerpo, despertando un sentimiento ominoso productor de angustia, pues el órgano trasplantado representa la intrusión corporal y psíquica del Otro. Al respecto se puede señalar que el modo de hacer frente al trasplante, es muy particular porque va a depender de la personalidad del paciente, del tipo de defensas que despliegue frente al órgano extraño, de su historia y de la idea conciente que se forme del trasplante.

En Carmen se puede apreciar la mixtura de una **estructura de personalidad histérica con rasgos perversos**, lo cual viene a avalar la tesis de un modo defensivo basado en la desmentida. Por otro lado, Carmen se queda en una relación imaginaria hacia su cuerpo, ya que lo significa sólo desde el deseo del otro y el deseo hacia otro, sin poder realizar una mediación simbólica para lograr identificarse, asumirse y vivenciar la unificación de su imagen corporal. En ella se erotiza el propio cuerpo siempre en relación al Otro, por esta razón termina por ofrecer su riñón a cambio de ser deseada.

En términos de los mecanismos psíquicos desplegados en este proceso, se puede agregar que cuando la negación rebasa ciertos límites y el estado de alerta concerniente a la investidura narcisística del propio cuerpo es deficiente, las consecuencias pueden ser el rechazo del órgano trasplantado. Dicho esto es posible concluir que el rechazo del riñón es de origen psíquico y surge como una forma de evitar la discontinuidad entre Carmen y su madre.

Este tema ofrece una perspectiva de estudio con múltiples posibilidades de continuar con la reflexión sobre la clínica psicoanalítica de lo somático y

específicamente la incorporación psíquica del trasplante, incitando a repensar los diversos modos de expulsión e incorporación psíquica de un órgano.

BIBLIOGRAFÍA:

1.- READI, R. (2009) "Defensividad de la atención en salud: Procesos Inconscientes en Hemodiálisis". MA en Estudios Psicoanalíticos. Clínica Tavistock.

1.- Lacan, J. "Psicoanálisis y Medicina", en *Intervenciones y textos*, Buenos Aires, Manantial, 1985, pp. 86-99.

2.- Miller, J-A., (1998) "una nueva modalidad del síntoma", Lección n°17 del curso de J.-A. Miller del año 1997-98, La orientación lacaniana II, 15, pronunciado en el marco del Departamento de Psicoanálisis de la Universidad de París VIII. Virtualia, Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana. I.

3.- Soler, C. (1993) "El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan", en Estudios de Psicopatología, volumen I. Atuel, Buenos Aires.

4.- Tizio, H. (2007) "El cuerpo y los objetos, Apuntes para Espacio Central: los objetos en la experiencia analítica". Asociación Mundial de psicoanálisis.

5.- FOULKES, E. (1998) "Palabra anatómica y orden libidinal". Cap. El agujero corporal y la consistencia del cuerpo erógeno. Buenos Aires: Ed. Homosapiens.

AULAGNIER, P. (1991) *Cuerpo, Historia, Interpretación: De lo imaginario al proyecto identificador*. Buenos Aires: Paidós.

ASSOUN, P. (1998). *Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y síntoma*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

BLEICHMAR, H. (2005). *Psicosomática, aportes teórico- clínicos en el siglo XXI*. Buenos Aires: Ed. Lugar.

COUREL, R. (1996). *La cuestión psicosomática: Estudio psicoanalítico sobre un tipo de perturbaciones orgánicas con etiologías insuficientemente precisadas*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Manantial.

DOLTO, F. (1986): *La imagen inconciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós

S. Freud. "Angustia y vida pulsional (conferencia 32, 1932)" En: Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Obras completas, tomo 3, (López-Ballesteros, trad.), Madrid, Biblioteca Nueva.

Freud, Fragmento de análisis de un caso de histeria. P.10. Vol VII) arreglar cita

FRANCO, S. (1998): *Nuevos abordajes clínicos y organizacionales para los síntomas contemporáneos*. Capítulo X.

FREUD, S. *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas [1893(1888-93)]* En J. Strachey (trad.), *Obras Completas*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1893.

FREUD, S. (1914). *Introducción del Narcisismo*. En J. Strachey (trad.), *Obras Completas*. Tomo XIV. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1984.

FREUD, S. (1929). *El Malestar de la Cultura*. En J. Strachey (trad.), O.C. Tomo XXI. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 1984.

FREUD, S. *Tratamiento psíquico, tratamiento del alma*. (1890) O.C. Vol I. Buenos Aires: Ed. Amorrortu Editores. 1982.

FREUD, S. *Esquema del psicoanálisis (1940 [1938])* O.C. Vol XXIII. Buenos Aires: Ed. Amorrortu Editores.

FREUD, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En S. Freud, *O.C. Vol VII*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

FREUD, S. (1923). La organización genital infantil. En S. Freud, *Obras completas. Vol XIX*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

FREUD S. (1916) Conferencia 26ª: Teoría de la libido y el narcisismo. O.C. Vol. XVI. Buenos Aires: Ed. Amorrortu Editores.

FREUD, S. (1906 [1905]) Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis. O.C. Vol VII. Buenos Aires: Ed. Amorrortu Editores.

FREUD S. Más allá del principio del placer OC XVIII 1920; 1-62. Buenos Aires, Amorrortu, 1976

FREUD S. Esquema del psicoanálisis OC XXIII 1938; 133-210. Buenos Aires, Amorrortu, 1976

FREUD S. El Yo y el Ello OC XIX 1923; 1-65. Buenos Aires, Amorrortu, 1976

FREUD S. Introducción al narcisismo OC XIV 1914; 65-98. Buenos Aires, Amorrortu, 1976

FREUD S. Pulsión y sus vicisitudes OC XIV 1915; 105-34. Buenos Aires, Amorrortu, 1976

FREUD S. Psicoanálisis y una teoría de la libido OC XVIII 1923; 231-54. Buenos Aires, Amorrortu, 1976

FREUD S. El problema económico del masoquismo OC XVIII 1924; 287-97. Buenos Aires, Amorrortu, 1976

FREUD S. Lo siniestro OC XVII 1919; 215-52. Buenos Aires, Amorrortu, 1976

LAPLANCHE J. La pulsión de muerte en la teoría sexual. En:
Laplanche J. La pulsión de muerte. Buenos Aires, Amorrortu, 1991

FREUD S. Malestar en la cultura OC XXI 1930; 57-140. Buenos
Aires, Amorrortu, 1976

FISCHBEIN, J. (2000). *La clínica psicoanalítica y las enfermedades somáticas*.
Psicoanálisis, 1, pp 158-159.

HUMPHREYS, D. (2008). Subjetividad y cuerpo. Revista Objetos Caídos.
Santiago: Ed. Universidad Diego Portales.

LACAN, J. Intervenciones y textos I. "Psicoanálisis y medicina", Ed. Manantial.

MALADESKY, D. (2005). *Psicosomática*. Buenos Aires: Ed. Lugar.

NASIO, J. (2006). *Los gritos del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós.

ROJAS, H. (2009). Las concepciones psicopatológicas de Sigmund Freud.
Facso. Santiago Chile.

GANTHERET, F. (1995) el cuerpo en Freud. Zona erógena, revista abierta de
psicoanálisis y pensamiento contemporáneo. Buenos Aires Argentina.

Bibliografía

ANDREU, L. (2001). *500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal*.
Editorial Masson. Barcelona.

DAUGIRDAS, (2008). *Manual de Diálisis*. 4ta. Edición. Barcelona: Lippincott
Williams & Wilkins.

FERREIRA, N. (2002). *Aspectos psicofisiológicos de las enfermedades
crónicas*. Revista AACIP, 3:1, mayo 2002. Buenos Aires, Argentina.

LOPEZ, J. (2000). *Sobre las necesidades psicológicas de los pacientes en
tratamiento de hemodiálisis*. España. Revista Psiquis, 2000; 21 (6): 288- 292.

POBLETE, H. (2009). Sociedad Chilena de Nefrología. *Registro de Diálisis XXVIII Cuenta de Hemodiálisis Crónica (HDC) ASODI*. Santiago - Chile.

READI, R. (2009) "Defensividad de la atención en salud: Procesos Inconscientes en Hemodiálisis". MA en Estudios Psicoanalíticos. Clínica Tavistock.

STAFORELLI, A. (2000). *Reflexiones en torno a una experiencia de psicoterapia breve con un grupo de pacientes dializados en espera de un trasplante renal*. Psicoanálisis, 23.

SPERSCHNEIDER, H. (2002). *Diálisis: consejos para adaptarse a una nueva vida*. Barcelona España: Ed. Herder.

SCHWARTZMANN, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*. Revista Ciencia y Enfermería N° IX (2): 9-21. 2003.

ZUÑIGA, C. (2004). *Calidad de vida y cuidados Paliativos en Nefrología*. Sociedad Chilena de Nefrología. <http://www.medwave.cl/perspectivas/nefrologia/abril2005/index.act>

Vélez V., Esperanza. *Donación de órganos, una perspectiva antropológica*. Unidad de diálisis. Fundación Jiménez Díaz- Capio. Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica v.10 n.3 Madrid jul.-sep. 2007.

Jiménez Hernández J A. *La donación de sangre*. Gazeta de antropología (online) 2000 (fecha de acceso 29 diciembre de 2001); nº 16: texto 16-17. Disponible en: <http://www.uge.es/~pwlac>

Godelier M. *El enigma del don*. Barcelona: Paidós; 1998.

Guzmán P. (1997). Revista de educación para el autocuidado: Adherencia. Vol. IV. N°5, 44-47.

Cortés-Monroy S., Paula, Rodríguez L., Macarena. *Dinámica Familiar de sistemas en que uno de los padres presenta insuficiencia renal crónica y se encuentra en hemodiálisis.. Tesis Universidad Diego Portales para optar al grado de licenciado en psicología*. Santiago, Chile 2001

Palma, Patricia. La actividad laboral del paciente dializado. 1993. Tesis Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de enfermería y obstetricia.

Pérez, Claudia A. Asociación entre representación de enfermedad y percepción de calidad de vida en los pacientes sometidos a hemodiálisis crónica. 2007. Tesis Pontificia Universidad Católica de Chile Magíster en psicología, mención salud.

Petrucelli, Dante; Llopart, Teresita. *Recuerdos de los comienzos de la Nefrología en Uruguay*. Editorial Gamma 2009.

Araya, Jocelyn J. Perfil de salud en pacientes sometidos a hemodiálisis y trasplante renal. 2003. Tesis Pontificia Universidad Católica de Chile. Licenciatura en enfermería.

Alarcón, Iris; Farías Daniela. Factores que influyen en la percepción de calidad de vida de personas adultas bajo terapias de sustitución renal. En: horizonte de enfermería investigación en salud escuela de enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile. Vol. 20, n° 1. 2009, p. 67-80.

Martínez Iturra, Carolina; Ugalde Galleguillos, Marcela. Factores que influyen en el grado de satisfacción sexual de pacientes renales crónicos sometidos a hemodiálisis en un centro de diálisis. Tesis licenciada en enfermería Universidad Diego Portales, Facultad de Ciencias de la Salud. Santiago Chile, 2006

Martín, P. Errasti, P. Trasplante renal. Departamento de Nefrología. Clínica Universitaria. Pamplona. Anales del Sistema Sanitario de Navarra v. 29 supl. 2 Pamplona mayo-ago. 2006

Schencke, Margarita. Paciente trasplantado renal: Valoración diagnóstico y consejería. Horizonte de enfermería Artículo de revista vol. 6, n° 1 (otoño invierno 2005), p. 23-27

Salvatierra P. y cols. (1991). Revista Chilena de Urología: Abandono del tratamiento inmunosupresor en pacientes con trasplante renal. Vol 54, 44-48., Tomo I.

Morales, Esmeralda. Adherencia al tratamiento de pacientes con trasplante renal. En horizonte de enfermería Artículo de revista vol. 8, n°2. 1997, p.47-51.

Pinto, Carmen L. Autopercepción de pacientes trasplantados renales sobre algunos aspectos laborales y socio-familiares en el período de diálisis y trasplante. En horizonte de enfermería artículo vol. 5, n° especial. 1994, p. 28-29.

Guendelman, Gloria K. Diseño y evaluación de un programa de psicoterapia de apoyo grupal para enfermos renales crónicos en etapa Terminal en tratamiento de hemodiálisis crónica. 1991. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Martínez & Ugalde. Factores que influyen en el grado de satisfacción sexual de pacientes renales crónicos sometidos a hemodiálisis en un centro de diálisis. Tesis licenciada en enfermería Universidad Diego Portales, Facultad de Ciencias de la Salud. Santiago Chile, 2006.

Valderrábano F, Pérez García R. Depresión inmunitaria en la insuficiencia renal crónica. En: Llach F, Valderrábano F, Eds. Insuficiencia renal crónica, diálisis y trasplante renal (2.a ed.) Madrid: Ed. Norma, 1999.

Aranzabal, R. Lavari, A. Magaz, P. Olaizola, I. López. Calidad de Vida de los Trasplantados de Órganos Calidad de Vida y Coste Económico del Trasplante de Órganos. Coordinación de Trasplante Servicio Vasco de Salud. 1996

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía [CELADE] y Comisión Económica Para América Latina y el Caribe [CEPAL]. Naciones Unidas Santiago Chile. 2006.

Carter, B., & McGoldrick, M. (Ed.). (1998). *The Expanded Family Life Cycle: Individual, Family and Social Perspectives*, 3rd Edition. Boston: Allyn & Bacon.

Staforelli, A., Suárez, L.(1998). Reflexiones en torno a una experiencia de psicoterapia breve con un grupo de pacientes dializados en espera de trasplante renal. Asociación Psicoanalítica Chilena. Revista Chilena de Psicoanálisis, Vol. 15 N° 2.

- Cupa, D., Riazuelo, H., Causeret, C., Gourdon, M., Pirlot, G., Patient dialysé et processus de vieillissement psychique. *Néphrologie & Thérapeutique* (2009) 5, 102-108. Elsevier Masson France.

- Cupa, D. "A quoi rêvent les greffés rénaux?" (año) *Psychonéphro, Dyalog*.

- Cupa- Pérard, D. La psychologie du dialysé: entre contraintes et liberté. *Soins*- n° 565- Octobre 1992.

- Laplanche, J., (1993) *El Extravío biologizante de la sexualidad en Freud*. Ed. Amorrortu. Argentina.

- FREUD, S. *Lo ominoso 1919*, vol XVII (1917-19) De la Historia de una neurosis infantil y otras obras. Amorrortu.

Jean Claude Maleval. 2005 "Locuras Histéricas y Psicosis Disociativas". Biblioteca Freudiana. Editorial Paidós.

El Trabajo de la hipocondría (1990) presentado por Aisenstein y Gibeaul en Cupa. Aisenstein M., Gibeault G., (1990), « Le travail de l'hypocondrie », in *Cahiers du Centre de psychothérapie et de psychanalyse*, no 21.

Fishbein, J. (2000). La clínica psicoanalítica y las enfermedades somáticas. *Revista Psicoanálisis APdeBA, Vol XXII- N°1*, 157-182.

Ginestet- Delbreil, S. (2002). Sobre la identificación primordial, en *Identidades. Intervenciones y Conferencias. Coloquio Chileno- Francés de Psicoanálisis y disciplinas afines*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales.

Cupa D., Gourdon M-L., Riazuelo H., Causeret C. (2008), *Psychanalyse en néphrologie*, in *Le Carnet Psy La psychosomatique contemporaine*, 127.

Cupa D. & coll. (2002), *Psychologie en néphrologie*, Paris, EDK.

Cupa-Pérard D. (1992), La psychologie du dialysé : entre contraintes et liberté, in *Soins*, 565, pp.34-38.

Causeret C., Cupa D., Riazuelo H., Gourdon M-L., Pirlot G. (2009), Patients dialysés et processus de vieillissement psychique, in *Néphrologie et thérapeutique*, 5 (2), pp.102-108.

Cupa D. & coll. (A paraître), *Douleurs en néphrologie*, Paris, EDK.

.- MICHAUD, G. (2002) "Figuras de lo real, clínica psicoanalítica de las psicosis" Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

.- FOULKES, E. (1998) "Palabra anatómica y orden libidinal". Cap. El agujero corporal y la consistencia del cuerpo erógeno. Buenos Aires: Ed. Homosapiens.

.- DOLTO, F. (1986). La imagen inconciente del cuerpo. Barcelona: Paidós.

- LACAN J. Psicoanálisis y Medicina 1966 en "Intervenciones y Textos 1", Editorial Manantial, Buenos Aires 1985.

- ASSOUN, P. L. (1998) Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y síntoma. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

- ASSOUN, P. L. (2001) *El perjuicio y el ideal*, hacia una clínica social del trauma. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

CAUSERET, C., Relations corps-machine chez des patients hémodialysés, *Champ Psychosomatique* 2006/4, n° 44, p. 77-92.

CUPA, D., GOURDON M., RIAZUELO, H., CAUSERET, C. Psychanalyse en néphrologie, 2008. La psychosomatique Contemporaine. P. 29-33

CUPA, D., Le silence des organes n'est pas la santé., *Revue française de psychosomatique* 2009/2, n° 36, p. 87-100.

SCHWERING, K.-L. (2001) Le traitement psychique de l'organe transplanté : ingestion, incorporation, sexualisation, *La psychiatrie de l'enfant* 2001/1, 44, p. 127-167.

SCHWERING, K. L. (1999), « L'inquiétante étrangeté » de la transplantation d'organes, *Cliniques méditerranéennes*, 61, 47-62.

FREUD, Sigmund (1915) "La represión", en *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos aires, 1976, Tomo XIV, p. 135-152.

LACAN, J, De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis, en: *Escritos*, Vol.2, Siglo XXI, México D.F., Buenos Aires, Madrid, 2009.

M. Aisenstein et A. Gibeault se sont posé la question dans le « Le travail de l'hypocondrie » de l'échec du surinvestissement narcissique hypocondriaque. Il pourrait conduire selon eux, dans certains cas, à des somatoses.

Fedida P. (2002), « L'hypocondrie de l'expérience du corps », in *Psychopathologie de l'expérience du corps*, Paris, Dunod, p. 107-164.

Pragier G. (1995), « Enjeux métapsychologiques de l'hypocondrie », in *Hypocondrie*, Monographies de la *Revue française de psychanalyse*, Paris, PUF.

Célérier M.C. (2005), « Métaphore hystérique, métonymie hypocondriaque ? » in *Champ psychosomatique*, no 39.

Crombez J.-C., Lefèbvre P. (1973), La fantasmagorie des greffés rénaux, *Revue française de psychanalyse*, 37, 95-107.

Consoli S. M., Baudin M. L. (1994), Vivre avec l'organe d'un autre : fiction, fantasmes et réalités..., *Psychologie médicale*, 26, 102-110.

Castelnuovo-Tedesco P. (1973), Organ transplant, body image, psychosis, *Psychoanalytic Quarterly*, 42, 364-384.

Becker D., Igoïn L., Delons S. (1978), Approche du vécu fantasmagorie chez les dialysés et les transplantés rénaux, *Revue de médecine psychosomatique*, 20, 257-265.

Basch S. H. (1973), The intrapsychic integration of a new organ, *Psychoanalytic Quarterly*, 42, 364-384.

Fédida P. (1978), *L'absence*, Paris, Gallimard.

Freud S. (1905), Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, *Gesammelte Werke V* ; trad. franç., *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, coll. « Folio », 1987.

Freud S. (1917), Über Triebumsetzungen, insbesondere der Analerotik, *Gesammelte Werke X* ; trad. franç., Les transpositions de la pulsion et, en particulier, de l'érotisme anal, in *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1969.

Laplanche J., Pontalis J.-B. (1967), *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF.

Laplanche J., *Vie et mort en psychanalyse* (1970), Paris, Flammarion, coll. « Champs », 1989.

CUPA D., Gourdon M-L., Riazuelo H., Causeret C. (2008), Psychanalyse en néphrologie, in *Le Carnet Psy La psychosomatique contemporaine*, 127.

CUPA, D. & coll. (2002), *Psychologie en néphrologie*, Paris, EDK.

CUPA-PERARD D. (1992), La psychologie du dialysé : entre contraintes et liberté, in *Soins*, 565, pp.34-38.

CUPA, D., Riazuelo H., Causeret C., Gourdon M-L., Pirlot G. (2009), Patients dialysés et processus de vieillissement psychique, in *Néphrologie et thérapeutique*, 5 (2), pp.102-108.

CUPA, D. & coll. (A paraître), *Douleurs en néphrologie*, Paris, EDK.

CUPA, D., Riazuelo, H., Causeret, C., Gourdon, M., Pirlot, G., Patient dialysé et processus de vieillissement psychique. *Néphrologie & Thérapeutique* (2009) 5, 102-108. Elsevier Masson France.

CUPA, D. "A quoi rêvent les greffés rénaux?" (año) *Psychonéphro*, Dyalog.

MICHAUD, G. (2002) "Figuras de lo real, clínica psicoanalítica de las psicosis" Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

FOULKES, E. (1998) "Palabra anatómica y orden libidinal". Cap. El agujero corporal y la consistencia del cuerpo erógeno. Buenos Aires: Ed. Homosapiens.

DOLTO, F. (1986). *La imagen inconciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.

LACAN J. Psicoanálisis y Medicina 1966 en "Intervenciones y Textos 1", Editorial Manantial, Buenos Aires 1985.

ASSOUN, P. L. (1998) *Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y síntoma*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

ASSOUN, P. L. (2001) *El perjuicio y el ideal*, hacia una clínica social del trauma. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

CAUSERET, C., *Relations corps-machine chez des patients hémodialysés*, *Champ Psychosomatique* 2006/4, n° 44, p. 77-92.

CUPA, D., GOURDON M., RIAZUELO, H., CAUSERET, C. *Psychanalyse en néphrologie*, 2008. *La psychosomatique Contemporaine*. P. 29-33

CUPA, D., *Le silence des organes n'est pas la santé..*, *Revue française de psychosomatique* 2009/2, n° 36, p. 87-100.

SCHWERING, K.-L. (2001) *Le traitement psychique de l'organe transplanté : ingestion, incorporation, sexualisation*, *La psychiatrie de l'enfant* 2001/1, 44, p. 127-167.

SCHWERING, K. L. (1999), « L'inquiétante étrangeté » de la transplantation d'organes, *Cliniques méditerranéennes*, 61, 47-62. Editeur / Publisher Erès, Toulouse, FRANCE (1984) (Revue)

Karl-Leo Schwering TECHNIQUES CHIRURGICALES ET TECHNIQUES MAGIQUES Editorial érès | *Cliniques méditerranéennes*
2007/2 - n° 76 pages 91 à 105

16 - Schwering K-L. *L'incorporation psychique du greffon chez l'enfant transplanté.* Pédiatrie et Psychanalyse, Paris, PAU, 1993, 137-145.

17 - Schwering K-L. *L'inquiétante étrangeté de la transplantation d'organes.* Clinique Méditér., Erès, 2000, 61, 47-62.

18 - Schwering K-L. *Le traitement psychique de l'organe transplanté: ingestion, incorporation, sexualisation.* Psychiatrie de l'enfant, 2001, XLIV, 1, 127-167.

Correa, Eleazar, (2005) El cuerpo en la donación y trasplante de órganos. Aspectos psíquicos y éticos. México 2005. eleazarcorrea@yahoo.com

Duverger, (2005) QUALITE DE VIE APRES TRANSPLANTATION RENALE A L'ADOLESCENCE, Le Courrier de la transplantation, volume V, Oct-Nov 2005

Roland Gori y Marie-José Del Volgo, La salud Totalitaria Ensayo sobre la medicalización de la existencia. Traducción: Juan Alberto Manino (febrero 2010)

Soler, (2006)

1.- LACAN, J., (1966) "*Psicoanálisis y medicina*", en Intervenciones y textos I, Buenos Aires, Manantial, 1985, pp. 86-99

2.- LACAN, J., (1973-1974) "*Les non dupes errent*", Seminario Inédito, versión libre de "psikolibro".

3.- LACAN, J., (1964-1965) "*Problèmes cruciaux par la Psychanalyse*" Seminario Inédito, versión libre de "psikolibro".

4.- LACAN, J., (1974-1975), "*R. S. I.*", Seminario Inédito, versión libre de "psikolibro".

5.- LACAN, J., (1960) "*Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano*", en *Escritos I*, Ed. Siglo XXI, Argentina, 1975.

6.- LACAN, J., (1954), "*Los escritos técnicos de Freud*", Libro 1, Ed. Paidós, Barcelona, 1981.

- 7.- LACAN, J., (1948), "*La agresividad en psicoanálisis*", en *Escritos I*, Ed. Siglo XXI, Argentina, 1975.
- 8.- LACAN, J., (1936), "El estadio del espejo", en *Escritos I*, Ed. Siglo XXI, Argentina, 1975.
- 9.- LACAN, J., (1946), "*Acerca de la causalidad Psíquica*", En *Escritos I*, Ed. Siglo XXI, Argentina, 1975.
- 10.- LACAN, J., (1973), "*Aún*". *Seminario 20*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1994.
- 11.- LACAN, J., (1957-1958), "*Las Formaciones del Inconsciente*". *Seminario 5*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1994.
- 12.- LACAN, J., (1956-1957), "*La Relación de Objeto*". *Seminario 4*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1994.
- 13.- LACAN, J., (1952) "*Función y Campo de la Palabra en el Psicoanálisis*", en *Escritos I*, Ed. Siglo XXI, Argentina, 1975.
- 14.- LACAN, J., (1977), "*Psicoanálisis, Radiofonía y Televisión*". Ed. Anagrama, Barcelona.
- 16.- LACAN, J., (1976), "*La lógica del fantasma*", *Seminario 14*, Ed. Paidós, Barcelona, 1994.
- 19.- LACAN, J., (1966), "*Psicoanálisis y Medicina*", en *Intervenciones y textos*, Buenos Aires, Ed. Manantial, 1985.
- 20.- SOLER C. (1993) "*El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan*", en *Estudios de Psicopatología*, volumen I. Atuel, Buenos Aires.
- 21.- TIZIO, H. (2007) "*El cuerpo y los objetos, Apuntes para Espacio Central: los objetos en la experiencia analítica*". Asociación Mundial de psicoanálisis.
- 22.- FOULKES, E. (1998) "*Palabra anatómica y orden libidinal*". Cap. El agujero corporal y la consistencia del cuerpo erógeno. Buenos Aires: Ed. Homosapiens.
- 15.- LACAN, J., (1955), "*El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica*",
- 17.- LACAN, J., (1976), "*Le Sinthome*", *Seminario*.
- 18.- LACAN, J., (1976) "*L'Insu que Sait...*" *Seminario*.
- Poblete, H. (2010), *Sociedad Chilena de Nefrología*, registro de diálisis, XXX Cuenta de Hemodiálisis Crónica en Chile. ASODI.

3.- MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica PREVENCIÓN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. SANTIAGO: Minsal, 2010.

3.- Comisión Nacional del XVII Censo de Población Y VI de Vivienda, Santiago de Chile, Marzo de 2003

4.- Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Resultados I Encuesta Nacional de Salud 2003.
<http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/InformeFinalENS.pdf>

