PSICOLOGÍA DESDE EL CARIBE
ISSN 0123-417X
N.° 28, junio-diciembre 2011

Características psicodinámicas de duelo en pacientes con insuficiencia renal terminal

Psychodynamic characteristics of mourning in patients with ESRD

Karen Herrera Herrera*
Universidad de San Buenaventura (Cartagena)
Laurie Nobles Escandón*
Universidad de San Buenaventura (Cartagena)
Edgar Acuña Bermúdez**
Universidad de San Buenaventura (Cartagena)

Fecha de recepción: 18 de junio de 2011
Fecha de aceptación: 20 de septiembre de 2011

Resumen

La presente investigación fundamenta en la clínica psicoanalítica el estudio de dos casos de tres personas diagnosticadas con IRT que reciben tratamiento de hemodiálisis, en razón a que dadas las características y el aumento de los reportes que se presentan, ya esto se

*Psicólogas e investigadoras del Grupo de Investigación en Psicoanálisis INSIGHT, actualmente: Grupo de Investigación en Psicología GIPSI, Universidad de San Buenaventura de Cartagena

**Psicólogo, psicoterapeuta, investigador principal, docente e investigador de tiempo completo Universidad de San Buenaventura de Cartagena, Facultad de Psicología, fundador y director del Grupo de Investigación en Psicoanálisis Insight, actualmente Grupo de Investigación en Psicología GIPSI; líder de la línea de investigación Psicología Clínica, Personalidad y Psicoanálisis, miembro del Comité de Arbitraje de la Revista de la Facultad de Psicología Humanitas, Doctorando Ph. D. en Psicología Clínica y de la Salud: Universidad de Salamanca, España. País de residencia: Colombia; teléfono: 6539595 extensión 146 y celular: 301545316; correo electrónico: edgarbond@yahoo.com, eacuna@usbctg.edu.co, eahipnosisclinicaypsicoterapia@yahoo.com, Código postal 057.

considera un problema de salud pública. El objetivo principal es describir las características dinámicas del proceso de duelo en pacientes con IRT en un centro de terapia renal de la ciudad de Cartagena. El procedimiento metodológico empleó un diseño de tipo cualitativo; la investigación se desarrolló con un diseño clínico mediante el estudio de casos, y fundamentada en la hermenéutica psicoanalítica. Todo esto respaldado en la historia clínica, la entrevista semiestructurada individual y familiar, los test proyectivos, test del dibujo de la figura humana Machover y TAT de Murray, para la debida integración de los análisis. Se concluye que predominan funciones fallidas de los progenitores y que son individuos provenientes de familias psicosomáticas, que utilizan la enfermedad para obtener un beneficio secundario.
Palabras claves: insuficiencia renal terminal, duelo, psicodinámica, hemodiálisis..

Abstract

The present investigation, is based on psychoanalytic Clinic, through the study of two cases of three patients diagnosed with TRI receiving hemodyalisis treatment, having into account the increase of the cases and the characteristics of its presentation it is now considered a public health problem. The main aim is to describe the dynamic characteristics of the process of mourning in patients with TRI in renal therapy center of the city of Cartagena (Colombia). The methodology used for this research was through a qualitative type design. This research was developed with a clinical design through case studies, based on psychoanalytic hermeneutics, all this backed in the clinical history, the semi-structured individual and familiar interviews, The projective test of the drawing of the human figure Machover and TPT of Murray, analyzing their integration. We conclude the dominance of failed functions of parents, and that they are individuals from psychosomatic families, that use their illness to obtain secondary profits.
Keywords: terminal renal insufficiency, grief, psychodynamic, hemodialysis.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la insuficiencia renal crónica se ha constituido en un serio problema de salud pública, que afecta a toda la población de la ciudad de Cartagena, y en donde existen centros o unidades renales para ayudar a estos pacientes mediante tratamientos paliativos (medicamentos, procedimientos de diálisis), altamente invasivos, demandantes y que involucran altos costos para al paciente y su familia, a nivel físico, psicológico, social y económico.

En los centros de tratamiento en enfermedades renales se han reportado casos de pacientes cuyas edades no registran en las estadísticas de la patología, como son: niños, adolescentes y adultos tempranos, cuyas edades oscilan entre los 20 y 30 años; esto causa un gran choque emocional, que altera el bienestar, la satisfacción del paciente en sus condiciones de vida y en la percepción que ellos tienen sobre su salud, ya que deben vivir con una condición médica permanente (Gómez, Vela y Sabeth, 2002).

Desde postulados psicoanalíticos y según Fenichel (1996), en los casos de personas que padecen este sufrimiento se genera una necesidad pasiva de amor, necesitan sentirse amados por el objeto, requieren de su reafirmación de amor, cual bebé que comunica a su madre la necesidad que lo atienda y lo cuide y centre toda su atención en él.

Las bases teóricas que respaldan la investigación describen que la insuficiencia renal terminal es una enfermedad que según Alarcón (2005) implica la pérdida gradual y progresiva de la capacidad de los riñones para excretar desechos, concentrar la orina y conservar sustancias en la sangre; como es progresiva, puede llegar a ser terminal cuando la capacidad renal se reduce a un 10%; aunque nadie se encuentra exento de esta enfermedad, existen factores predisponentes médicos/genéticos como la diabetes mellitus, hipertensión arterial y alteraciones en el aparato genito-urinario. Entre las enfermedades causantes se encuentran: la hipertensión, diabetes mellitus, infección o cálculos en el riñón, enfermedades poliquisticas del riñón, entre otras. Entre las mayores causas de IRT se encuentran la hipertensión y la diabetes.

Duelo

Freud (1915), en Duelo y melancolía, le imprime al término duelo raigambre psicoanalítica. Sobre la propiedad homónima de esta palabra recaen dos significaciones; etimológicamente proviene de dos vocablos latinos: primero, *dolus*, del latín tardío, que significa dolor, pena o aflicción; demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien. Y segundo, duellum, variante fonética arcaica de *bellum* que significa batalla, desafío, combate entre dos (Corominas y Pascual, 1991). Esto significa que el duelo es dolor psíquico, pena, aflicción, pero también es un desafío para el sujeto, es la oportunidad para que revise su relación con la pérdida que lo fundó como tal, y producir una recomposición significante ante el agujero que la pérdida dejó en el tejido simbólico.

El duelo es dolor, dolor psíquico, que puede llegar a afectar el cuerpo, pero también es un desafío a la estructura subjetiva para recomponer su universo simbólico, luego del cimbronazo que le provocó ese agujero en lo real con la pérdida del objeto amado.

No obstante, vemos lo que dice Freud del duelo en su clásico texto de 1915 Duelo y melancolía: "El duelo es la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, la patria, la libertad, un ideal, etc.". También introduce el término de melancolía, con el objetivo de explicarla, aunque no tenía algunos aspectos claros y se equivoca cuando presenta el psicoanálisis como una fuerza destructora de las ilusiones, luego en su obra Duelo y melancolía y en Trabajos sobre metapsicología la compara con el duelo que es un "afecto normal", la cual contrasta y diferencia entre sí.

Sin embargo, a pesar de haberlo definido como una reacción normal, Freud propone la necesidad de un *trabajo* para el duelo *(trauerarbeit)* y un tiempo para su *elaboración (durcharbeiten), durch* significa *"a través de, por medio de, en desafío a"* y *arbeit, "trabajo";* vemos que en ambos términos está presente el concepto de "trabajo" *(arbeit);* dice: *será un trabajo que implica un considerable gasto de tiempo y energía para el aparato psíquico, una "exigencia de trabajo".*

Por supuesto que este trabajo se tendrá que hacer de un modo paulatino, pieza por pieza. Dice Freud (1915)…

> el examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado no existe ya y demanda que la libido abandone todas sus ligaduras con el mismo. Contra esta demanda surge una oposición naturalísima, pues sabemos que el hombre no abandona gustoso ninguna de las posiciones de su libido, aun cuando les haya encontrado ya una sustitución... Cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen un punto de enlace de la libido con el objeto es sucesivamente despertado y sobrecargado, realizándose en él la sustracción de la libido.

Este proceso tendría como consecuencia el retiro de la libido del objeto, que estaría así disponible para investir otros objetos, y la sustitución del objeto perdido. El duelo comporta el arduo trabajo de dehiscencia libidinal del objeto perdido, labor que permitirá luego al sujeto investir libidinalmente otros objetos; el sujeto incorpora rasgos del objeto amado en el afán inconsciente de retenerlo.

Freud (1915) plantea que el duelo tiene lugar cuando el objeto perdido es introyectado, pero para que eso sea posible, tiene que cumplir una condición previa: que esté constituido como objeto.

Lacan

Lacan abordó el tema en varios de sus seminarios, principalmente en el VI: El deseo y su interpretación; incluso considera como su única invención: el objeto le fue inspirado durante una de sus lecturas de Duelo y melancolía según él mismo lo comenta en una de sus conferencias.

Freud en esta última obra propone un *"trabajo de elaboración"* para el duelo, que implicaría atravesar por diferentes momentos que culminarían con la "sustitución" del objeto perdido, Lacan en el seminario VI "El deseo y su interpretación" (1958) dirá que el duelo abre un *"agujero en lo real", que desordena el orden simbólico, [en cuanto produce] un quiebre en la estructura del sujeto,* e introduce el concepto de "función del duelo".

Aquí Lacan (1991) propone una lectura: un agujero en lo real, una pérdida en la vida que atañe la existencia, no respecto al entorno sino la que toca

la fibra más íntima; conmueve todo el universo significante, el orden simbólico se desordena y la falta pierde su localización; generalmente el sujeto no encuentra como apropiarse de la nueva identidad otorgada por un objeto que ya no tiene correlato en la realidad.

El duelo no consiste en sustituir al objeto perdido, sino en cambiar la relación al objeto; de eso se trata la función del duelo, la relación al objeto es la constitución del objeto como objeto de deseo.

El trabajo del duelo, según Lacan retomado por Bauab (2001), es simbólico; es rasgo por rasgo como se efectúa la recuperación de los recuerdos ligados al muerto; así mismo señala que el duelo corresponde no a la castración sino a la privación, definida esta última como un agujero en lo real, mientras la castración un agujero en lo simbólico. Agujero en lo real no se refiere a la realidad, es lo real de la trama, lo que toca el tejido de la estructura subjetiva, es un agujero en la existencia, pero la existencia no respecto a su entorno, sino la que alude a su trama más íntima, la que toca sus entrañas.

Según Bauab (2001)

> El duelo es dolor psíquico, pesar, aflicción, pero también es un desafío a la estructura: un desafío a producir esa recomposición significante que le permita al sujeto disponer de la falta instituyente recreándola.

Cuando Lacan retoma la temática del duelo, especialmente en el Seminario VI El deseo y su interpretación, da lugar a una recomposición significante en la estructura; la pérdida del objeto de amor es una ocasión privilegiada para el sujeto, para re-enunciar la falta originaria e instituyente, para decir de su disposición respecto de ella.

También introduce el concepto de "suplementario". La suplementación fuerza al sujeto a emerger del sometimiento al objeto cuyo peso lo ensombrece y exponer al máximo su condición de sujeto. Por eso, el duelo sería, además de dolor psíquico, una ocasión de recomponer la falta y producir una separación liberadora que abre a la posibilidad de un acto, entendido como acto creador.

Ante el duelo es prioridad considerar una multiplicidad de tiempos, ya que no solo incumbe a un desarrollo cronológico sino que también

atañe a una lógica en la que se distinguen tiempos de posicionamiento subjetivo, según Bauab (2001). Así se describe un *primer tiempo:* frente a la pérdida en lo real, la primera respuesta es la renuencia a aceptarla, la renegación, la cual reenvía al sujeto a una posición privada desde donde sin el recurso de quedar representado en la cadena significante se muestra en escena; entonces, estar de duelo se trata, en primer lugar, de localizar la falta, nombrarla, aceptar algo que se ha perdido, no renegar de ello.

El *segundo tiempo* comprende estrictamente al trabajo de simbolización, que implica un alto gasto de energía, de investidura y de tiempo; se ejecuta pieza por pieza y conlleva un displacer doliente. Este movimiento permite ir aceptando que el objeto amado investido libidinalmente ya no está, es el examen de la realidad para que se retire la libido adherida al objeto, ya que no hay matriz ni perceptiva ni sensorial que corresponde al anhelo.

En un *tercer tiempo:* el sujeto en una posición activa puede consumar por segunda vez la pérdida, asesinando al objeto, matando al muerto o en otras palabras, perdiendo en lo simbólico lo que se había perdido en lo real; este movimiento permite la modificación de los lazos con el objeto perdido, la separación y el investimento libidinal de otros objetos que sustituyen el ausente.

Se mencionó entonces tres tiempos para pensar el trabajo de duelo, que culminaría con la sustitución del objeto perdido por otros; sin embargo, la pérdida del objeto de amor es una ocasión privilegiada para el sujeto, para re-enunciar la falta originaria e instituyente, para decidir su disposición respecto de ella.

Bauab (2001) también nos habla de los duelos detenidos en su tiempo de elaboración, los cuales, frecuentemente y en modo absolutamente inconsciente, empujan al sujeto a lo sacrificial, a postergar, a inhibirse a avanzar en la senda de sus deseos, a boicotearse, a jugar como si fuera del equipo enemigo, a no permitirse lo que en verdad es de fácil acceso. Son expresiones de avatares de duelos detenidos, impedidos o coartados el humor depresivo, la inhibición generalizada, abulia, desinterés marcado por todo lo ajeno al objeto perdido. Prolongándose en el tiempo, estas manifestaciones les otorgan a los duelos matices melancólicos, así mismo puede presentarse trastornos alimenticios (bulimia, anorexia), adicciones (alcohol, drogas) y enfermedades psicosomáticas. En ocasiones el

accionar mediante una actuación compulsiva domina la escena, por lo cual se encuentran modos de acción deshilvanados del deseo como son los *acting out* permanentes a repetición.

Características generales de la familia

Presenta un estado de aglutinamiento, cada uno de los miembros manifiesta tendencia intrusiva en los pensamientos, sentimientos, acciones y en la comunicación con los otros; la autonomía es escasa; los límites generacionales e interindividuales son débiles.

Son familias donde predomina la sobreprotección; por ello cuando el paciente asume el compromiso somático, la familia se moviliza para protegerlo y a menudo sofoca en este proceso muchos conflictos intrafamiliares.

Otra de las características es su rigidez, son resistentes al cambio, niegan los conflictos y no hay más problema que la enfermedad del paciente.

En un sentido dinámico los vínculos familiares se pueden postular en una falla de narcisización así como en la posibilidad de corte respecto de los miembros de estos y de sus familias de origen.

Susan Matus (2007) propuso que se han de transmitir significaciones diferentes acerca de la posibilidad de simbolización del cuerpo, con predominio de aquella que da el dador de la mujer, según se coloque como testigo de la alianza o como baluarte narcisista; en esta última, la capacidad de simbolización se hallará fallida, y consecuentemente se dificultará la simbolización que remite al cuerpo erógeno se hallará dificultada.

Inversamente, en las familias en las que predomina el dador como testigo de la alianza esto permitirá la contextualización del nuevo grupo familiar y la consecuente posibilidad de narcización y diferenciación de cada uno de los miembros.

La narcisación implica desde ya la erogenización del cuerpo del infans como el reconocimiento de la diferencia y el límite entre el cuerpo propio y el cuerpo del otro. el paciente psicosomático está separado de lo que

debió estar unido psique-soma y está unido aquello que debió separarse cuerpo propio cuerpo del otro.

La función materna se halla fallida desde una doble perspectiva; por un lado, crea un vínculo libidinal con el infans pero también lo ubica en el lugar de objeto de deseo en tanto en cuanto aquel sostenga permanentemente los ideales narcisistas del otro familia.

La falla de reconocimiento del hijo como otro diferenciado de la madre plasma fundamentalmente en la ausencia de registro en cuanto al cuerpo del infans como cuerpo simbólico. El psique-soma falla la articulación en la medida que falla la función materna en la articulación yo-otro, es decir en la función especular.

La función materna se presentifica como un lugar omnipotente permanente, lo cual tanto desde el lugar del hijo como del padre debe sostenerse, pues hay una complicidad desde la función paterna y filial donde existe una única legalidad: la materna.

El cuerpo pone de manifiesto la no separación entre el yo y el otro, es decir, la falla de la función de corte. Sami Alí (1991) dice que delirio y patología psicosomática no aparece juntas, pareciera que la una es el reverso de la otra.

El **procedimiento metodológico** aquí utilizado fue un diseño de tipo cualitativo; la investigación se desarrolló con un diseño clínico mediante el estudio de casos, fundamentada en la hermenéutica psicoanalítica, en la cual se estudia analíticamente las características clínicas de las mujeres sometidas a maltrato doméstico por parte de sus compañeros. El análisis de casos clínicos es fundamental en la hermenéutica donde se pueden estudiar detenidamente las características de personalidad intrapsíquicas del inconsciente, la conciencia y el preconsciente (González Rey, 2005).

Participantes

Fue constituida por un grupo de tres personas, dos de sexo femenino y uno de sexo masculino, diagnosticados con insuficiencia renal en fase terminal, que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis en un centro

de terapia renal en la ciudad de Cartagena, y cuyas edades oscilan entre 20 y 30 años.

Instrumentos

Se efectuaron estudios y análisis de historia clínica, con entrevistas abiertas semiestructuradas tanto individual como familiar, cuyos resultados se estudiaron de forma detenida en medios magnéticos y manuscritos. Se aplicaron herramientas psicotécnicas de tipo proyectiva como son el test de la Figura Humana de Karen Machover (1987) y test de apercepción temática TAT de Murray (1988), desde el juego de láminas hasta los manuales de calificación, codificación e interpretación de la prueba.

Procedimiento

Bajo los lineamientos prescritos de los objetivos del trabajo investigativo se realizó el diseño de una entrevista semiestructurada tanto individual como familiar, lo mismo que por medio de la incursión de material psicotécnico en el uso de pruebas proyectivas. Se acordó con los participantes sesiones de aplicación y evaluación en el centro de terapia renal, con una duración de 50 minutos; se instruyó, en primer lugar, el formato de sistematización de datos y la consiguiente la aplicación del material psicotécnico. Posteriormente se efectuó la calificación e interpretación de los datos arrojados por las pruebas proyectivas en relación con los datos proporcionados en la entrevista semiestructurada y la historia clínica, desde el análisis del discurso, la argumentación conforme las referencias conceptuales, todo lo cual derivó en un estudio descriptivo hermenéutico de corte psicoanalítico, cuyos datos se encuentran consignados en este informe. Las personas participantes en la investigación aceptaron suministrar información clínica mediante su consentimiento informado, si bien se conserva el secreto profesional de utilizar nombres ficticios para proteger su confidencialidad y con el debido respeto acorde al código de Bioética profesional, propio de investigaciones, según artículo segundo: De los principios generales, numeral 5: Confidencialidad de las personas participantes, cuyos nombres ficticios son: María, de 28; Tania, de 25 y Félix de 29 años, respectivamente.

Haciendo un paralelo de lo arrojado en la recolección de información y las bases teóricas, a manera de discusión se encontró que desde el

momento de su nacimiento se dio en los participantes abandono real por parte de los padres, que los dejaron al cuidado de los abuelos de sus hijos; por ello no se cumplió con lo que se conoce en la teoría psicoanalítica como la función de la familia, dado que hay un registro de madre ausente, padre ausente, función paterna fallida, es decir, de una escena marcante, significante para la historia psíquica de los futuros infans.

Todos estas faltas se presentaron durante el momento edípico, proceso importante donde el infante se tiene que ir realizando la pregunta por el deseo del otro, el ¿*Che vuoi*?, y que en ellos se dio a través de estos interrogantes. Así, con este vacío estructural, se fueron desarrollando durante la infancia; luego al llegar a la adolescencia y lograr una ratificación estructural normal se presentó una falla en la constitución, porque es en la adolescencia cuando se debe dar esta operación significante.

Al presentarse esta falla, es en la adolescencia cuando estas personas buscaron algún sostén para poder solventar las experiencias que el otro social y familiar les convocaba; donde entonces tenían que utilizar una especie de prótesis narcisista.

El bienestar y la seguridad que les brinda la máquina hemodializadora suple para ellos las demandas que no fueron atendidas en su momento, y de las que resultan ser dependientes. La función de la máquina es actuar como un riñón artificial: toma la sangre venosa y filtra las toxinas, o sea, la purifica y regresa a las arterias ya lista para ser distribuida al resto del cuerpo, y así genera el correspondiente bienestar hasta la siguiente sesión de tratamiento. Ante la sensación ambivalente de alivio y malestar que ello provoca, este proceso les resulta ser adictivo porque van a depender de la máquina para su bienestar. Hay entonces un simbolismo de la función de madre, madre que sana y alivia.

Además de tomar y utilizar una prótesis narcisista, a los participantes les sirve la enfermedad como *actings* para hacer ese llamado al otro. Los actings resultan ser vitales para la obtención de beneficios secundarios que los equilibra; con este llamado al otro el enfermo es atendido, de manera que lo que no fue en un momento tramitado en palabra se convierte en acto que se repite constantemente. Y al no querer desprenderse de ese beneficio, representa la pérdida real del objeto amado, simbolizado en la respuesta recibida por el otro social.

La respuesta de ese otro que atiende al llamado le da un lugar y hace que los demás lo reconozcan por estar en ese lugar; a esto se le llama beneficio secundario.

Todos estos eventos traumáticos vivenciados desde su nacimiento, no tramitados y que reaparecen en su edad adulta, refieren a un individuo patológico que tomó su enfermedad y el significado como el soporte que le permite ser reconocido: prolonga ese estado de enfermedad que le resulta beneficioso; por ello, si ante la pérdida de su salud elabora un duelo, rompería eso que construyó y que le da un lugar que se le fue negado.

Los participantes experimentan un duelo frente a la pérdida de la función de los riñones, el deterioro físico, la dependencia al tratamiento y el sentimiento de culpa por esto. El duelo remite a una primera pérdida, pérdida real de un objeto simbólico: las figuras paternas, específicamente, ausencia de la madre, del padre y la función como tal, la cual, fue fallida.

Hay un tiempo establecido luego de la pérdida para elaborar el duelo, en cada una de sus etapas o fases; así quien prolonga un estadio o una fase, es un individuo con un duelo poco sano o más bien patológico.

Según lo manifestado en la historia clínica, la entrevista individual y familiar semiestructurada, y lo mostrado en los test proyectivos de la figura humana y test de apercepción temática, se pudo observar en los participantes los siguientes resultados:

Los tres participantes que fueron diagnosticados con insuficiencia renal terminal en la etapa de la adultez temprana, habían sido abandonados en un primer momento por la madre, y asimismo mantenían una relación con el padre distante; es decir, la figura de la madre fue ausente y la función paterna, fallida.

Fueron criados por sus abuelos, quienes, no obstante, consideran que no hicieron su trabajo como debían ante el vacío que siempre existió en sus nietos y porque en ellos se evidencian sentimientos de abandono, dependencia, culpa, búsqueda de apoyo afectivo, inseguridad, carencias de afecto, inestabilidad emocional e incapacidad de proveer seguridad por parte de la figura materna, inmadurez emocional: los tres están ligados

a una posible fijación oral o dependencia; regresión, desvalorización de su propia imagen, inversión sexual, rasgos infantiloides, evasión de la realidad circundante; también aparece evitación, sentimientos depresivos y de minusvalía, y grandes sentimientos de recepción de gratificaciones orales, así como simpatía forzada, confusión sexual, y se observan conflictos matrimoniales.

Félix muestra signos de virilidad, si bien es la debilidad de "sí mismo" a la que le da más importancia; presenta fuerte tendencia a la participación social, pero egocéntricamente está bloqueado; es tímido y distraído; la indecisión y el temor a la responsabilidad que manifiesta se interpreta como indicación de un fuerte impulso a aparecer socialmente enérgico y dominante. También muestra indecisión acerca de su propio rol.

Igualmente revela retraimiento e inhibición, evasión, lo que sugiere culpabilidad respecto a impulsos agresivos o a actividad de masturbación, falta de confianza en los contactos sociales.

Aparece una relación/alusión a conflictos matrimoniales entre una pareja y la imposibilidad sexual del hombre, identificación sexual con la figura masculina (el abuelo); se evidencia temor, miedo a la muerte, así como oposición al medio, a la crítica, al señalamiento, al que dirán dentro de la sociedad.

Expresa sus sentimientos y esperanzas respecto a la terapia psicológica, así como necesidad de afecto y búsqueda de una relación de pareja. La dicotomía del humor (optimismo-pesimismo) permite la expresión de frustraciones y esperanzas.

Se encontraron diferentes expresiones emocionales entre las que se resaltan: temores y posibles causas para no vivir la vida ni aprovecharla; necesidad de ser reconocido como persona; desconfianza; temor a ser agredido; vacío y plenitud.

Tania muestra preocupación por el contacto social; elaboración poco estructurada, rasgos infantiloides; esto está asociado con la conciencia de poder, que se relaciona con la capacidad funcional del desarrollo de la pelvis. También se observa posible indicador de confusión sexual, inestabilidad emocional y ambiental signo de movimiento regresivo.

Observa falta de capacidad para tratar racionalmente y coordinar los impulsos con la conducta adaptable, arranques temperamentales o impulsividad. Contradictoriamente a las asociaciones, las expresiones faciales de las figuras femenina y masculina son de alegría y tristeza (o preocupación), agresión infantil reprimida, insuficiencia y/o debilidad corporal, confusión respecto a su imagen corporal. También presenta incapacidad para proyectarse hacia el futuro.

En ella asimismo son pobres las esperanzas hacia el logro al igual que su baja motivación frente a esta situación; se infiere un nivel de aspiración en donde no se pretende luchar por lograr lo que se quiere.Aparecen varios indicadores como la culpa, desesperación, el abandono, fracaso de una relación de pareja y una posición depresiva y de imposibilidad. Se percibe también ansiedad (paranoide) ante la presencia de individuos extraños.

Aparece una constante presión y temores infundados en el personaje masculino por situación de pareja. Se percibe hostilidad latente frente a la figura materna, preocupación por conflictos personales, lo cual va dirigido a encontrar una pareja.

Se percibe tensión en la relación madre (abuela)-hija (nieta). Parece que existen diversos elementos que hacen dicha relación distante, desagradable, tensionante.

Ante la relación heterosexual percibe ansiedad; sentimientos de soledad; sentimientos de abandono en relación con la actitud frente a la muerte, considerado como algo pasajero, sin importancia.

Aparecen sentimientos de infelicidad y frustración de no lograr lo que quiere, se percibe la necesidad afectiva de protección y cuidado, tendencia y/o deseos agresivos hacia la madre, aislamiento social y retraimiento.

En María se observó: inteligencia y autoridad social; fuertes tendencias de curiosidad visual, acompañada de la culpabilidad, ensimismamiento, inestabilidad en el contacto con el entorno, emotividad infantil y egocentrismo, seducción social y sexual, asi como la existencia de una figura paterna débil y faltante; también se observó cierta frustración con relación al sentimiento de tristeza (pensativa); se infiere un nivel de aspiración

donde pretende lograr una vida normal, alejada de los conflictos que le aquejan; hace alusión a una amenaza a su felicidad, preocupación por problemas actuales relacionados con el diagnóstico de IRT.

Ante la necesidad de conocimiento respecto del rol materno infiere una movilización en el sujeto de mecanismos de defensa como la formación reactiva y la proyección, sentimientos de tristeza frente a la separación, dependencia con relación al sexo opuesto. Pone de manifiesto mecanismos de defensa frente a la actividad sexual íntima, negación ante los hechos que suceden o sucederán; negación de la realidad.

Muestra expectativas a querer observar o ver algo respecto a la ventilación de conflictos que pudieron ser reprimidos; aparece tristeza, culpa y castigo por haber deseado estar enferma y encontrarse en este momento afectada físicamente; ideal del súper yo a ser rígido.

Ella presenta pobre manejo de la autoestima, sentimientos de culpa y autocastigo posiblemente ante el hecho de haber deseado su propia muerte en un momento de su vida; asi mismo ocurre con respecto a su realización de seguridad ante los males o amenazas que la rodean; sentimientos de vacío y plenitud, precaución frente a sentimientos de soledad.

En Tania y María se observan indicadores de agresividad infantil reprimida, insuficiencia y/o debilidad corporal, actitud vigilante de la madre, protectora y castradora; siempre está atenta a lo que sucede; presenta actitud de sospecha, desconfianza hacia el hombre por situación de pareja.

Los tres muestran mecanismos de defensa revelados en el TAT: proyección, formación reactiva, fantasía. También Félix opta por el aislamiento.

Con base en los resultados obtenidos en esta investigación las gestoras del proyecto lograron atribuir el origen de la insuficiencia renal de los participantes (la pérdida de su salud por falla en las funciones de los riñones) a vivencias de su infancia, específicamente, el abandono de sus padres y a que los cuidadores en los cuales estos delegaron esa función no respondieron según se esperaba de ellos, así como tambien a una primera pérdida insuperable y traumática.

Los participantes de la investigación tienen en común esta falta, una madre ausente, un padre ausente y una función paterna fallida por

defecto; ya que al prohibirse el incesto, la función del padre simbólico como soporte de ley posibilita el ingreso del sujeto al orden de la cultura y con ello el niño accede a la metáfora paterna, se instala en el orden simbólico: aquel hombre que lo ha investido como hijo, el mismo que lo ama, lo educa, lo cuida y lo protege, a su vez, es investido por el niño, que lo considera como padre, y desea parecérsele.

En su vida adulta, la enfermedad misma es representada como un fenómeno psicosomático ya que es la forma que encontraron de hacer el llamado y obtener el beneficio secundario, el reconocimiento de terceros, del otro; pero en la medida en que se identifica con un rol (estar enfermo), no quieren dejar de estar en ese lugar. Lo anterior encadena una serie de conductas repetitivas que procuran solo su beneficio psíquico, que mengua el dolor causado anteriormente y va registrando en la conducta verbal y no verbal de cada uno mecanismos de defensa que entran a mediar en su conflicto interno de contacto con el mundo exterior; entre ellos los que más presentaron fueron proyección, formación reactiva y fantasía.

A simple vista es difícil identificar esta situación, pero con los resultados obtenidos en la aplicación de instrumentos y en el discurso mismo queda revelada. Pese a que la historia de los participantes coincide con algunos aspectos, se tuvo en cuenta la individualidad de los casos porque, según el análisis de la información, los objetivos específicos a alcanzarse, dependen de su situación personal, familiar, social actual, factores ambientales y todo lo relacionado a la parte médica:

Félix logró que su madre regresara, que le pidiera perdón y que lo tratase como un niño, según lo muestra en los dibujos de la figura humana. Tiene posibilidades de acceder al trasplante, pero lo rehúsa. Aun no ha mejorado la relación con su padre ni su vida sentimental; actualmente es un niño, por lo tanto, eso no le preocupa.

María lamentablemente no conoce a su madre; pero el hecho de abandonar todo hace que repita la conducta de su madre, dejarlo todo; sin embargo, logró que sus familiares y amigos estén allí; al igual que Félix, tiene conocimiento de otras alternativas de tratamiento pero aún no hace nada por obtenerlos.

Tania regresó con sus padres, situación que según ella no la tiene para nada contenta, pero manifiesta sensación de alivio al ver el sufrimiento y culpa que siente su madre por su estado. Abandonó sus obligaciones, estudios, trabajo, vida social e incluso se muestra débil y dependiente, al igual que los otros dos participantes. Tania está conforme con el tratamiento de hemodiálisis y no busca alternativas que mejoren su salud.

Uno de los objetivos específicos, y que de hecho es uno de los aspectos que más interesa en esta investigación, es la fase de duelo que vivencian los participantes. La teoría nos habla de cuatro tiempos, que, a su vez, tienen un determinado plazo para realizar el proceso completo; si bien es cierto que los participantes ya cumplieron ese tiempo, por eso mismo se habla de un duelo detenido, un duelo patológico.

Félix, que lleva más tiempo en el tratamiento y por el apoyo que recibe de su madre, se encuentra en la segunda fase de duelo (elaboración), al igual que Tania, aunque que esta tiene menos tiempo que él. Por otra parte, María lleva menos tiempo que ellos en el tratamiento y su situación personal, familiar, no le ayuda, se encuentra estancada en la primera fase de duelo (negación).

De hecho la situación de María sugiere un seguimiento más profundo y la realización de un estudio de caso, que indague otros aspectos e información más reveladora que la presente a fin de explicar las consecuencias de traumas como los revelados por ella.

A través de las situaciones personales y familiares descritas a lo largo del desarrollo de esta investigación, se identifican las principales características que, según la teoría de *familias psicosomáticas* expuesta en el marco teórico, permiten llegar a la siguiente conclusión:

Las personas diagnosticadas con insuficiencia renal terminal que reciben tratamiento de hemodiálisis, aun cuando no tienen los requisitos establecidos para la presentación del diagnóstico, como la edad propia para la aparición de la enfermedad primaria que conlleva a la falla renal, son sujetos cuya familia es una *familia psicosomática,* y se ella dan las siguientes características:

Una historia y prehistoria familiar jalonada por graves situaciones de desamparo de los miembros, la imposibilidad de crear un espejo familiar que dé sostén libidinal al grupo familiar, el registro de las situaciones del desamparo afectivo como pertenecientes al nivel de la necesidad o la autoconservación, el desarrollo de técnica de supervivencias con el objeto de lograr una mejor adaptación a la realidad, un pensamiento operatorio donde no hay posibilidad de manifestar y describir los estados emocionales, la indiferencia de los significados de vida y muerte, la utilización del cuerpo como campo de batalla de los conflictos pulsionales y vinculares, una falla en la simbolización y la consecuente ausencia de fantasmatización de los conflictos.

Se trata de sujetos que desde el mismo momento de su nacimiento son recibidos por una familia disfuncional que los abandona y cede su cuidado a terceros, que no alcanzan a suplir las carencias y necesidades afectivas; nuevas familias que no ayudan a superar esa pérdida primaria y que, por lo contrario, forman un sujeto que no tiene definida una identidad; que luego al sentirse confundido como adulto busca una manera poco sana de obtener un lugar en donde otro lo sitúe allí, ya que en la condición de enfermo le resulta más fácil y complaciente recibir la atención que le fue negada, e incluso el regreso de esas personas que antes los rechazaron y que vuelven con sentimientos de culpa.

La IRT si bien es una enfermedad progresiva y degenerativa, el tratamiento de hemodiálisis y el trasplante de riñón son alternativas alcanzables que ayudan a mejorar la calidad de vida de los que la padecen; pero la falla renal no aparece por sí sola: se da por el descuido y mal manejo de la enfermedad primaria ya que el diagnóstico oportuno previene el infarto de ambos riñones.

Dejar de estar enfermos significa perder todo lo que en poco tiempo lograron conseguir; luego de tantos años de conflicto interior consiguieron que ese otro atendiera sus demandas, ahora tienen un lugar y son reconocidos por ello; su enfermedad física les alivia el malestar psicológico.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la investigación, se recomienda ampliarla mediante el aumento del tamaño de la muestra y la variación de los criterios de inclusión; así, de acuerdo con estos nuevos resultados, se podría elaborar un modelo de intervención psicológica

que respetando la individualidad de los casos, sea utilizado y aplicado a los pacientes, familiares y/o personas acompañantes durante el curso de la enfermedad y tratamiento.

A los centros prestadores del servicio de terapia renal, que le den mayor importancia a la parte psicológica, específicamente en el área clínica en el modelo de intervención de los implicados, pues así podrían tener una estrategia interdisciplinaria (abordar a los pacientes en terapia grupal)

A la universidad, específicamente a la Facultad de Psicología, que sirva de mediador entre los estudiantes que lideran investigaciones especializadas en temas de salud y calidad de vida y las instituciones encargadas del área

Al grupo investigativo psicoanalítico Insigth, que fomente el diseño de investigaciones en pro del sector salud (mental y física), en especial, de enfermedades crónicas–terminales, teniendo en cuenta la diferencia entre fenómenos psicosomáticos, fenómenos Border, estructuras clínicas y duelos patológicos.

A los participantes de la investigación María, Félix y Tania, que continúen recibiendo atención psicológica clínica.

A las gestoras del proyecto, complementar la información obtenida, con la aplicación de otros instrumentos que les permitan conocer datos nuevos y relevantes con los que logren precisar resultados pero desde los llamados fenómenos psicosomáticos.

Referencias

Alarcón, A. (2004). La depresión en el paciente renal. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 33, (3)*, 298-320.

Alarcón, J., Lopera, J, Montejo, J., Henao, C. & Rendón, C. (2005). Enfermedad e insuficiencia renal crónicas. *Medicina UPB, 24, (2)*, 97–1255.

Alarcón, J., Lopera, J, Montejo, J., Henao, C. & Rendón, C. (2005). Enfermedad e insuficiencia renal crónicas, segunda parte. *Medicina UPB, 25, (1)*, 25–45.

Allouch, J. (1996). Erótica del duelo en el tiempo de la muerte seca. Buenos Aires: Edelp.

Alvarenga, E. (2003). Tiempo de saber, momento del acto. Asociación Mundial de Psicoanálisis. *Lacanian Journal*. Extraído el 10 de septiembre desde http://www.wapol.org/es/publicaciones/template.asp?int.

Álvarez-Ude, F. (2001). Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. *Revista de la Sociedad Española de Enfermeria Nefrológica, 14*, 64-68

Alwin Krämer, Konrad Andrassy, Anthony D. (2001). Ho. Renal failure after bone marrow transplantation. *The Lancet*. Extraido el 15 de septiembre de 2007 desde htt://www.thelancet.com/joyrnals/lancet/article/PII-SO140673601053533/fulltext.

Amigo, S. (2001). *Clínica de los fracasos del fantasma*. Rosario, Argentina: Homo Sapiens Ediciones.

Amigo, S. (2003). *Paradojas clínicas de la vida y la muerte*. Rosario, Argentina: Homo Sapiens Ediciones.

Amigo, S., Cancina, P., Cruglak, C. & Díaz, G. (1995). *Bordes… un límite en la formalización*. Rosario, Argentina: Homo Sapiens Ediciones.

Andino, L. (2002). *El otro trasplante, el otro rechazo*. Extraído el 26 de septiembre de 2007 desde http:// www. Extensionuniversitaria,com/num57/pg1.htm.

Amigo, S. (2003). *Paradojas clínica de la vida y la muerte*. Rosario, Argentina: Homo Sapiens Ediciones.

Avendaño, H. (2003). *Nefrología clínica* (2.ª Ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Baró, H. (2000). *La familia como productora de déficit*. Extraído el 21 de marzo de 2009 desde http://www.campopsi.com.ar/Ateneo2000/index.htm.

Barrios, M., Cuenca, I., Devia, M., Franco, C., Guzmán, O., Niño, A., Restrepo, G., Rodas, C., & Trujillo, L., (2004). Manual de capacitación del paciente en diálisis peritoneal. Bogotá: Often Gráfico.

Baptista, C. (2001) Metodología de la Investigación Científica. México: Paidós.

Bauab de Dreizzen, A. (2001). Los tiempos del duelo. Rosario, Argentina: Homosapiens.

Brainsky, S. (1986). *Manual de psicología y sicopatología dinámicas: fundamentos de psicoanálisis*. Bogotá: Carlos Valencia Editores.

Bellack & Hersen. (1989). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México D. F. : El Manual Moderno.

Biondo, A. (2006). Borges y el proceso paterno. La melancolía. El golem. Asociación Psicoanalítica Argentina. *Revista de Psicoanálisis***.** Extraído el 25 de agosto de 2007 desde http://www.Apa/publicaciones.htm.

Bonilla, E. (2000). *Más allá del dilema de los métodos*. México: Paidós.

Canales, T. (2002). *Formato APA Quinta edición*. Extraído el 11 de abril de 2007 desde http://www.uninorte.edu.co/observatorio/documentos/Apa_Edicion5.pdf.

Cancina, P. (2002). *Fatiga crónica - neurastenia, las indolencias de la actualidad.*
Rosario, Argentina: Ediciones Homosapiens.

Cancina, P. (2003). Indolencias de la actualidad. *Revista de Psicoanálisis y Cultura*. Extraido el debajo de septiembre de 2007 desde http://www.acheronta .org/.

Contreras F, Esguerra G, Espinosa J, Gutiérrez C, Fajardo L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psicológica, 5, (3)*, 487-499.

Corominas, J. & Pascual, J.A. (1991). *Diccionario crítico-etimológico*. España: Ed. Gredos.

Creswell, J. (2005). *Educational research: planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research* (2.ª Ed.). Upper Saddle River: Person Education Inc.

Cruglak, C. (2001). La textura del objeto perdido. *Revista de Psicoanálisis y Cultura***.** Extraído el 10 de septiembre de 2007 desde acheronta .org/.

Daniel, P. (2000). *Lo incorpóreo*. Rosario, Argentina: Homo Sapiens Ediciones.

De Castro S. (2005). Impunidad, venganza y ley (más allá del reverso del padre) *Revista de Psicología. Universidad Nacional de Colombia. Desde el jardín de Freud 5*, 226-24

Fenichel O. (1996). *Teoría psicoanalítica de la neurosis*. México: Paidós.

Fernández, A. *El ingreso de un bebé al jardín materno: una mirada psicoanalítica a la tarea pedagógica*. Extraído el 1 de febrero de 2008 desde http://www.geocities. com/bibliografias/.

Freud, S. (1996). *Obras completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Armorrow Editores.

Freud, S. (1915). Duelo y melancolía. En *Obras completas*. Tomo II (4.ª Ed.). Madrid biblioteca nueva.

Freud, S. (1916). De guerra y de muerte y lo perecedero. En *Obras completas***.** Tomo II (4.ª Ed.). Madrid: biblioteca nueva.

Freud, S. (1917). Los instintos y sus destinos. En *Obras completas*. Tomo II (4.ª Ed.). Madrid: biblioteca nueva.

Freud, S. (1925). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras completas*. Tomo II (4.ª Ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, A. (1980). *El yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona-Buenos Aires: Paidós.

Gómez–vela, M. & Sabeth E. (2002). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Publicaciones del inicio, 1–7.

González, F. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa*. Madrid:Thompson-Learning.

Guyton, A & May, J. (2001). *Tratado de fisiología medica* (10.ª Ed.). México: MC graw Hill.

Hernández, R. (2006). *Metodología de la investigación* (4.ª Ed.). MC Graw Hill.

Herrera, Y., Marzan, M & May A. (2004). *Duelo no elaborado y somatizacion de cáncer de mama en pacientes atendidas en la Liga contra el Cáncer, seccional Cartagena*. Tesis de psicología publicada, Universidad de San Buenaventura.

Kolteniuk, M. (2001). Las relaciones de objeto a la luz del freudiano perdido. *Revista de psicoanálisis y cultura*. Extraído el 10 de septiembre de 2007 desde http://www.Acheronta 14 - Las relaciones de objeto a la luz del freudiano perdido - Miguel Kolteniuk Krauze.htm.

Lacan J. (1999). *Seminarios de Jacques Lacan*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1956). *La relación de objeto. Seminario IV*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1958). *El deseo y su interpretación. Seminario VI*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1964). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Seminario XI*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1971). *Ou pire. El saber del psicoanalista. Seminario XIX*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1973). *Aun. Seminario XX*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1974). *R.S.I. Seminario XXII*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1975). *El síntoma. Seminario XXIII*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1981). *La angustia. Seminario X*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1991). *La tercera. Intervenciones y textos II*. Buenos Aires: Editorial Manantial.

Lafuente, C. (2002). Depresión y posición sexual. *Revista de Psicoanálisis y Cultura*. Extraído el 10 de septiembre de 2007 desde http://www.acheronta.org/.

Lagache, D. (1962). *El trabajo de duelo*. México: Paidós.

Le Poulichet, S. (1990). *Toxicomanías y Psicoanálisis. La narcosis del deseo*. Buenos Aires: Amarrortu Editores.

Lijtinstens, C. (2006). Conferencia sobre la familia. *Virtualia. Revista Virtual de la Escuela de Orientación Lacaniana*. Extraído el 2 de febrero de 2009 desde-http://www.eol.org.ar/virtualia/018/default.asp.

Machover, K. (1949). *Proyección de la personalidad en el dibujo de la figura humana (Un método para la investigación de la personalidad)*. Bogotá: Ediciones Cultural.

Matus, S. (1991). Familia y subjetividad en la cultura de la indiferencia. *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo 30 (1)*.

Murray, H. (1988). *Test de apercepción temática*. Bogotá: Edición cultural.

Nasio, J. (1991). *El acto psicoanalítico. Teoría y clínica* (compilador). Buenos Aires: Paidós.

Nasio, J. (1998). *Enseñanza de abajo conceptos cruciales del psicoanálisis*: Gedisa Editorial.

Portillo, R. (2007). El padre como síntoma. *Ornicar Digital*. Extraído el 2 de febrero de 2009 desde http://www.lacanian.net/ornicar%20online/archive%2000/ornicar/articles/prt0028.htm.

Sami Alí, M (1991). *Pensar en lo somático, el imaginario y la patología*. Argentina: Paidós.