

01962

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**"TEMORES Y FANTASIAS DE PACIENTES RENALES EN DIÁLISIS
PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA. SU RELACIÓN
CON EL GÉNERO Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA"**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA
EN PSICOLOGIA CLINICA**

**P R E S E N T A :
LILIA PÉREZ AMADOR**

DIRECCION DE TESIS:

DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG

Comité de tesis:

*Dr. Aguinaldo E. García Santos
Dra. Sofía Rivera Aragón
Dr. Nestor Braunstein Iliovich
Dr. Francisco Morales Carmona*



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis amados padres, in memoriam

*A mi esposo...
por su amor, su apoyo incondicional y la dedicación en
re leer esta tesis, supervisando la redacción y la
gramática así como, por la realización de las gráficas.*

*A mis hijos: Israel, Jonathan y Noé por su paciencia e
invaluable ayuda en la transcripción, traducción e
impresión de textos*

A las autoridades del Servicio de Nefrología del Hospital General de México O.D. Dr. Víctor Argueta Villamar y Dra. Margarita Mejía Zaldívar, y a todo el Equipo de Salud. Siempre fue un aliciente su confianza, respeto y apoyo a mis actividades profesionales así como, su invaluable cooperación académica en el ejercicio de esta investigación.

Mil gracias.

Doy un especial agradecimiento a la Dra. Bertha Blum Grynberg, Directora titular de esta investigación, por su acertada y valiosa ayuda profesional, en un campo de su mayor experiencia, La Psiconefrología.

Al comité de tesis:

*Dra. Sofía Rivera Aragón.
Dr. Aguinaldo García Santos.
Dr. Nestor Braunstein Iliovich.
Dr. Francisco Morales Carmona.*

Mil gracias por su consejo tiempo y atención.

Un especial reconocimiento al Dr. Francisco Morales Carmona, por la dedicación en la revisión de este escrito, por lo que sus pertinentes consejos me ayudaron a esclarecer las hipótesis y los resultados obtenidos.

Muchas gracias.

A todos los pacientes que participaron en esta investigación, por su enseñanza, su confianza y por abrirme la puerta de sus dramas, sus sueños, sus temores; dejándome la experiencia de conocerlos y admirarlos por el encono y valentía de sobrevivir y ver un más allá en las condiciones adversas que les marcó la enfermedad. A quienes aún están, a quienes se nos adelantaron, infinitas gracias.

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como principal objetivo investigar los temores y fantasías en relación con el género y la adherencia terapéutica, de pacientes renales, adscritos al programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, del Servicio de Nefrología del Hospital General de México, O.D., por lo que se estudiaron 15 varones y 15 mujeres a través de los siguientes instrumentos:

Entrevista Semidirigida

Metáfora

Test de Apercepción temática de H.Murray

Para el tratamiento de los datos se utilizó el Coeficiente de Concordancia (W) de Kendall (Siegel, 1983), resultando en primer término la fantasía de la amenaza de castración en el 100% de los varones, quienes fueron los que mayormente fallaron en la adherencia terapéutica. Para las mujeres, esta misma fantasía se evidenció en la vergüenza de su auto imagen de enfermas y poco deseables para sus parejas, (93.3%) devaluación que se deslizó a la capacidad intelectual para aprender la técnica, por lo que para ellas éste fue el verdadero problema no obstante, finalmente la libido se volcó a su rol de madres mediante el soporte del ideal del yo, (86.6%) lo que repercutió en una mejor adherencia terapéutica.

Podemos concluir que los programas de psicoterapia, de cualquier nivel con pacientes orgánicos crónicos, son indispensables y de gran ayuda pero, es imprescindible también tomar en cuenta la necesidad de grupos de reflexión y seminarios de formación para el equipo de salud que atiende a estos pacientes, en su diaria lucha por sobrevivir en forma digna ante la adversidad que les confiere su padecimiento.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I.....	8
ACERCA DE LA ENFERMEDAD.....	8
LA DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA.....	10
CAPÍTULO II.....	12
ANTECEDENTES.....	12
CAPITULO III.....	18
MARCO TEÓRICO.....	18
Acerca de la fantasía.....	18
La Fantasía y los sueños diurnos.....	21
La Fantasía y las pulsiones.....	22
El duelo y los duelos en el cuerpo.....	26
El papel de la muerte en la psique.....	29
El pensamiento mágico como defensa ante la angustia.....	32
El Superyo en la clínica y su incidencia en la enfermedad.....	34
La feminidad.....	39
La Masculinidad.....	46
CAPITULO IV.....	50
METODO.....	50
Planteamiento del problema:.....	50
Preguntas de Investigación.....	51
HIPÓTESIS.....	53
Tipo de estudio.....	54
Prueba estadística.....	54
Población.....	55
Escenario.....	55
Instrumentos.....	55
Procedimiento.....	58
CAPITULO V.....	63
TRATAMIENTO DE LOS DATOS.....	63
Calificación de pruebas.....	63
Análisis Estadístico.....	71
CAPITULO VI.....	78
ANALISIS E INTERPETACIÓN DE RESULTADOS.....	78
CAPITULO VII.....	90
CONCLUSIONES ALCANCES Y LIMITACIONES.....	90
ANEXOS TABLAS Y GRÁFICAS.....	97
BIBLIOGRAFIA.....	156

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad progresiva y de pronóstico fatal. Cuando hace su aparición, un procedimiento para mantener con vida al paciente, es la utilización de los llamados "sustitutos dialíticos" como son la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. Ambas medidas realizan en parte algunas de las funciones que tienen los riñones, siendo en primer termino la dializadora es decir, la depuración de catabólicos tóxicos circulantes en la sangre sin embargo, existen otras funciones renales que estos métodos no pueden sustituir por lo que es necesario que el enfermo siga medidas dietéticas y habito-higiénicas entre otras para un eficaz manejo y control de su padecimiento. En la practica los pacientes se quejan, hablan de sufrimientos y dificultades para adaptarse a los procedimientos dialíticos y también de las restricciones impuestas por la enfermedad y las dietas que se les asocian (Blum-Gordillo, 1989). Ante estas circunstancias la llamada "Adherencia Terapéutica",¹ imprescindible para el manejo viable de este padecimiento se ve así interferida.

Otra alternativa de tratamiento quizá la mas deseada, pero también la de mayor dificultad de conseguir para muchos pacientes sobre todo de escasos recursos económicos, es el llamado tratamiento de reemplazo, que consiste en un trasplante de riñón de donador vivo y consanguíneo o de cadáver; lo lamentable, es que dado los requisitos biopsicosociales que exige la Institución para considerar al paciente como candidato a un trasplante y la escasez de la donación de riñones de cadáver, solo es una minoría los que tienen acceso a este procedimiento, que de tener éxito, provee al enfermo de condiciones de vida y salud muy similares a las que tenía antes de enfermarse.

Los requerimientos necesarios para un trasplante renal con posibilidad de éxito son en primer instancia dentro del campo médico, que el paciente cuente con una reserva orgánica suficiente es decir, que se espera que la enfermedad no haya deteriorado órganos vitales como pulmones, corazón, cerebro e hígado entre otros, que en un momento dado puedan provocar complicaciones penosas o funestas (ver anexo 1). Un requerimiento de suma importancia dentro del área social, es que la familia del enfermo cuente con los

¹ **Adherencia Terapéutica.** Se denomina aquí el apego del paciente a las prescripciones médicas para el manejo de su padecimiento

suficientes recursos económicos para cubrir los costos y gastos pre-trasplante y postoperatorio de la cirugía, así como del tratamiento farmacológico de "sostén" que deberá seguir el paciente durante todo el tiempo que tenga el injerto. En el Hospital General de México, O.D. actualmente, la media de duración del órgano trasplantado es de cuatro años. Otro requisito también social sin el cual no se admite a los pacientes en el programa de trasplantes, es que su residencia deberá estar situada dentro del D.F. o bien, zonas conurbanas que le permitan el fácil traslado a la Institución en casos de urgencia. Es además imprescindible que la familia cuente con un cuarto-habitación y un baño en condiciones higiénicas estrictas que deberá ser usado sólo por el paciente. Vemos aquí porqué muchas familias foráneas y de limitados recursos económicos más que culturales, no pueden brindar a su paciente el ingreso al programa de trasplantes.

En la esfera psicológica, un factor condicionante es lo relativo a la personalidad e intelecto tanto del paciente-receptor como de su donador, de esta manera, se excluyen los sujetos con retraso mental o con psicopatología invalidante y de igual manera, se rechaza como donantes a sujetos en cuya motivación y deseo por dar el órgano, exista psicopatología subyacente que posteriormente dé lugar a conflictos emocionales severos, o a la emergencia de enfermedades mentales del tipo de las psicosis.

Como puede observarse, son varios los factores condicionantes para llevar a cabo un trasplante renal, por lo que en la práctica pueden pasar muchos meses y hasta años antes de realizarse un procedimiento de esta naturaleza o bien, nunca llegar a concretarse; de ahí que muchos pacientes, tanto los que se consideran para trasplante como los que están fuera de este programa, subsistan a través de los llamados "sustitutos dialíticos" como anteriormente se mencionó, y dentro de éstos, el más utilizado es la "Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria". Su justificación, es que es un procedimiento mucho más económico que la hemodiálisis y ofrece técnicamente mejores condiciones de vida, sin embargo, como ya se citó también, para que este procedimiento sea efectivo requiere que el enfermo se adapte, es decir, se adhiera a una serie de medidas como el aprender la técnica "al dedillo" y realizarse él mismo el procedimiento en casa, además de seguir algunas medidas restrictivas habito-higiénicas y de alimentación y observar rigurosamente las prescripciones y farmacoterapia médica.

A través de la labor profesional que desempeño como psicóloga y psicoterapeuta familiar y con la colaboración interdisciplinaria del equipo de salud de la Unidad de Nefrología del Hospital General de México, O.D., hemos podido observar y constatar que los pacientes renales en estas condiciones, en su mayoría piden y desean calificar para ser dializados con este método peritoneal que conlleva la ventaja de ser administrado a través de un catéter blando, insertado mediante cirugía en el abdomen del paciente y no con catéter rígido, que es incomodo y doloroso y no permite la menor movilización durante los dos o tres días que dura la diálisis sin embargo, también hemos notado que una vez dentro del programa de diálisis con catéter blando que permite la deambulacion, estudiar y supuestamente, trabajar e incluso viajar, y una vez entrenados en el manejo y advertidos de los riesgos, fallan ya sea en la dieta, en la toma de medicamentos, en el consumo limitado de agua, en la higiene, etc., y hemos visto que esto es independiente de que el paciente sea inteligente y emocionalmente dispuesto a comprometerse en su control y "adherencia terapéutica" de cualquier manera, tarde o temprano en su mayoría llegan a fallar. Blum, B. y Gordillo, P. (1989) estudiaron la problemática psicosocial del niño con enfermedad renal crónica, destacando que "...existen repercusiones de la enfermedad sobre el psiquismo del niño...", "...se presenta síndrome depresivo acompañado por un estado crónico de angustia y una regresión global (o estructural) de la personalidad.", "...desde el punto de vista psicoanalítico la psicopatología es resultante en primer término, del daño corporal primario y las múltiples experiencias traumáticas que acompañan la enfermedad tales como: pérdidas, terapias dolorosas y, la amenaza de muerte...", "...las múltiples pérdidas yoicas objetales narcisísticas sufridas, tales como amigos, capacidad, logros alcanzados y expectativas futuras, han lesionado la representación de sí mismo y la autoestima, provocando sentimientos de inferioridad y culpa".² La revisión de estos trabajos nos llevó a pensar en las pérdidas, daños y golpes narcisísticos que sufren estos pacientes adultos en iguales condiciones de enfermedad, pues se ha podido constatar que tanto hombres como mujeres quienes, antes de la enfermedad eran sujetos productivos, dejan literalmente de serlo y la mayoría no se encuentra afiliado a organismos que le brinden asistencia médico-social y en su caso, obligados a otorgarles una indemnización o

² Blum G. y Gordillo P (1989) "Problemática psicosocial del niño con enfermedad renal crónica" Boletín del Hospital Infantil de México, vol 46 : 352 - 355

pensión, por esta razón, si su rol dentro de la familia era de sostén, pasa a ser de dependencia. Por otra parte, en el área social, las relaciones interpersonales se ven coartadas en general pues como sabemos, el otro, la sociedad, no está preparada para albergar a un sujeto en duelo y los pacientes renales crónicos terminales, están en duelo en ocasiones permanentemente, doliéndose por las expectativas futuras que se nublan ante la amenaza de incapacidad y de muerte, lamentándose por el porcentaje de culpa que creen tener por padecer la enfermedad como lo hemos podido apreciar en sus discursos; una mujer de 23 años expresó que creía haberse enfermado por tener relaciones sexuales con su novio; un varón de 34 años afirmó: "Dios sabe lo que hacemos, por eso sé que no llegaré muy lejos, en ésta me quedo ..." (hacia alusión a su idea de no haber sido un padre responsable).

Como podemos observar este padecimiento grave y generalizado impacta y afecta integralmente a los individuos, sin importar raza, edad, credo o condición social, desencadenando síntomas psíquicos, que los afectan físicamente y/o interfieren en su rehabilitación (Blum-Gordillo. 1989) y consecuentemente, en su adherencia terapéutica médica.

Barret, D. Vavousor, AM y cols, (1990) en la Universidad de St. John's, en Nva. Finlandia, Canada, encontraron síntomas somáticos como cansancio, alteraciones en el dormir, calambres, prurito, cefalea, nauseas y disnea que tuvieron correlación con factores psicológicos, en pacientes adultos, tratados con diálisis peritoneal. Otros autores como Finkestein, F. Surkinin, M y cols. (1990), observaron que tanto hombres como mujeres tratados con éste método de diálisis, fallaban en el acoplamiento a la técnica y que estaba relacionado principalmente con problemas psicológicos (en primer instancia depresión), tanto como con variables demográficas.

En el análisis de esta problemática, dentro de las sesiones de trabajo con el equipo integral de salud en la Unidad de Nefrología, nos inclinamos a pensar que en los avatares de estos pacientes ante su enfermedad, como ante el tipo de tratamiento, considerado como óptimo, existe algo más allá de la dimensión consciente, más allá de la racionalidad y lo objetivo, de lo intelectual donde se instala el aprendizaje, hablamos del inconsciente, de

las fantasías inconscientes que puedan estar surgiendo en estos pacientes, estos hombres y mujeres confinados a los traumatismos de una enfermedad generalizada y progresiva que deja huella, que adquiere un significado en su existencia y que se conecta a temores y miedos pero, ¿qué temores?, ¿qué miedos?, ¿qué fantasías?. Algo que llama la atención es que algunos pacientes varones llamen "cordón umbilical" al instrumento de diálisis, si reparamos con detenimiento en la función de este instrumento, con cuyo procedimiento se mantiene justamente vivo al enfermo y, si además nos percatamos de su forma, que es precisamente la de una manguerilla que sale del abdomen del sujeto muy cerca de la cicatriz umbilical la cual se conecta a una bolsa (la bolsa de diálisis), de la cual literalmente penden y depende su vida, de este líquido depurador de catabólicos tóxicos en su sangre, pues quizá no nos resulte tan fuera de lugar esta alusión de cordón umbilical. Acerca del chiste dice Freud, "...revelan una verdad desmentida; en broma como es sabido puede decirse hasta la verdad"³ ¿De qué nos habla esta broma? ¿Acaso de la fantasía del retorno al vientre materno, con el abandono dependiente o la angustia que esto pueda conllevar?, ¿Y, por qué cuentan de ello sólo los varones?, ¿Se asociará esto con el hecho de que sean ellos los que presenten mayores dificultades de adaptación?, ¿Serán estos u otros, los motivos inconscientes que puedan asociarse con las fallas en la adherencia terapéutica?; Fue justamente el dilucidarlo el principal objetivo y la motivación para desarrollar esta tesis.

En el abordaje del tema se realizaron entrevistas semi dirigidas donde también se les pidió seleccionaran una metáfora, un cuento corto de tres, que semejara la vivencia del tratamiento de diálisis; también se aplicó el instrumento de evaluación "Test de Apercepción Temática de H. Murray, TAT" (una selección de 19 láminas, de un total de 30 láminas de las que consta la prueba). Las laminas seleccionadas fueron las que nos pareció que reflejaban las condiciones de frustración miedos, temores y fantasías que pudieran estarse despertando tanto al estímulo de la enfermedad como al método de diálisis. Todo esto se aplicó a un grupo de 15 hombres y 15 mujeres, todos pacientes adultos con insuficiencia renal crónica, que estaban siendo tratados mediante el método de diálisis peritoneal continua-ambulatoria, a quienes previamente se seleccionó de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión a la muestra.

³ Freud, S. Nuestra actitud hacia la muerte Vol. XIV Amorrortu, Ed.

No se pretende generalizar estos datos, pues se sabe que no representa a la población adulta de nuestro País en tales condiciones de enfermedad y tratamiento pero, sí se puede considerar esta investigación relevante, dado que recorta una visión y destaca un área de población predominante en nuestra Nación, la de escasos recursos económicos y socioculturales, la población de pacientes no derechohabientes a la atención médica por parte del ISSSTE, IMSS, DDF y PEMEX entre otros. Cabe señalar que incidieron varias dificultades que impidieron reunir la muestra contemplada de inicio; la más importante fue que por disposición Institucional se detuvo el programa de diálisis continua ambulatoria por escasez de abasto médico e instrumental, de ahí que los nuevos pacientes quedaron confinados sólo a tratamiento de diálisis con catéter blando pero intermitente e intramuros y de esta manera, no hubo más pacientes que pudieran entrar a la muestra, de modo que pasado un tiempo prudente aunque se tenían estudiados 29 varones y 15 mujeres fue necesario recortar a quince elementos de uno y otro sexo para igualar el número de pacientes estudiados y en iguales condiciones de inclusión a la muestra.

Para el desarrollo de esta investigación, nos parece importante mencionar que hablamos de la enfermedad así como del método de diálisis utilizado en el capítulo I; los antecedentes al respecto de nuestro tema de estudio están planteados en el capítulo II, y en el capítulo II, marco teórico, hacemos un breve recorrido por la teoría psicoanalítica Freudiana, acerca de la fantasía, las pulsiones, el papel de la muerte en la psique y el cómo responde el ser humano ante la conciencia de muerte y de enfermedad crónica, a través de la utilización del pensamiento mágico que le ayuda a contender con la angustia suscitada en estas condiciones adversas; así mismo, hablamos de la incidencia Superyoica diferente en hombres y mujeres, por lo que para su mejor comprensión incluimos aspectos psicológicos, psicoanalíticos, culturales y sociológicos de las definiciones de feminidad y masculinidad.

En el capítulo IV, Método, intentamos dar respuesta a las preguntas de investigación a través de la validación y análisis de las hipótesis planteadas por lo que mediante la calificación de pruebas justificamos los resultados así mismo, en los capítulos VI y VII, hacemos la interpretación de tales resultados, estableciendo conclusiones que nos permiten

dar cuenta de los alcances y limitaciones de nuestro estudio. También anexamos los documentos pertinentes para la comprensión de lo expuesto en los capítulos precedentes. Finalmente añadimos la bibliografía que nos pareció necesario revisar para el logro de nuestro objetivo de investigación.

CAPITULO I ACERCA DE LA ENFERMEDAD

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad generalizada, caracterizada por diversos signos y síntomas provocados por el deterioro progresivo de la función renal, a consecuencia de la pérdida anatómica en el número de nefronas.

Este padecimiento evolutivo y grave, comprende varias etapas o estadios clínicos. En la etapa inicial, cuando las reservas funcionales del riñón se están agotando, se inicia en forma lenta y progresiva una serie de alteraciones patológicas que afectan a diversos sistemas del organismo, por lo que los pacientes presentan problemas hidroelectrolíticos relacionados al agua, sodio, calcio, potasio y fósforo y de igual manera, cursan con alteraciones endocrinológicas que son causa de trastornos en el metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas y así mismo, de disfunciones paratiroides. Cuando esta enfermedad los afecta antes o durante su etapa de crecimiento corporal, se ve afectado el desarrollo normal del crecimiento de huesos, afectando también el peso y el volumen de masa muscular en el organismo. En el estadio medio de la evolución de la insuficiencia renal ya establecida, los pacientes presentan alteraciones neuromusculares manifestadas como fatiga, dificultad para dormir y/o alteraciones en el curso del sueño, cefalalgia, letargo e irritabilidad muscular, existiendo también problemas cardiovasculares y pulmonares que provocan hipertensión arterial y en ocasiones, insuficiencia cardíaca, pericarditis (inflamación del pericardio), cardiomiopatías (alteraciones anatómico funcionales de la fibra cardíaca), neumonitis (inflamación del pulmón), así como aterosclerosis acelerada. Es común también que estos pacientes presenten problemas dermatológicos como son: palidez, hiperpigmentación, prurito (comezón) importante, equimosis (moretones), y en etapas muy avanzadas, escarcha urémica (copos de calcio que salen a través de los poros de la piel); las alteraciones gastrointestinales y hematológicas, llevan a los enfermos a padecer anorexia, náusea y vómito y cuando se encuentran muy urémicos, hedor urémico (aliento y olor corporal a orina). Los individuos con insuficiencia renal son enfermos graves, se les nota en ocasiones delgados por la pérdida de peso o bien edematosos por la retención hídrica, y en su mayoría deprimidos, apáticos, quejumbrosos y ocasionalmente ansiosos, irritables y sagaces. En el último estadio de la enfermedad es común la presencia de úlceras gástricas,

disfunciones hepáticas, anemia grave, diátesis hemorrágica (sangrado fácil en cualquier sistema o parte del organismo), susceptibilidad a infecciones, disminución en el número de leucocitos y crecimiento del bazo, así como neuropatías y encefalopatías diversas que conllevan a convulsiones, coma y muerte.

Por desgracia, en la actualidad no existe algún medicamento o método terapéutico que cure al enfermo, aunque sí existen medidas o métodos para controlar la enfermedad es decir, retardar en alguna medida la aparición o evolución de los devastadores síntomas antes mencionados, dependiendo del estadio en que se intervenga al paciente, sobre todo los que llevan al enfermo a presentar uremia (acumulación en sangre de toxinas que normalmente se excretan por orina), y esto es lo que se logra justamente con los tratamientos llamados "sustitutivos", como son la diálisis peritoneal y la hemodiálisis y de manera remplatativa el trasplante de riñón, que como hemos mencionado, pocos son los que lo consiguen, sin embargo son muchos los pacientes que sobreviven, con distinta calidad de vida, a través de los tratamientos sustitutivos y dentro de estos, como ya se mencionó con anterioridad, el que más se utiliza es la diálisis peritoneal continua ambulatoria, por considerarse altamente efectivo en el sentido de que permite al enfermo movilidad y autonomía con ciertas limitantes y por otra parte, aminoran las restricciones dietéticas dado que los repetidos "baños", cuatro al día, les permite drenar las toxinas en mayor medida y menor tiempo dándoles la opción de una alimentación también menos restrictiva, teóricamente entonces no debería haber fallas y de hecho, hay algunos a los que se les ve muy estables pero son los menos, porque la mayoría como lo hemos mencionado, finalmente fallan.

LA DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA

Se sabe que en este método, para obtener el grado de funcionalidad para el que fue creado, se requiere de varios pasos que en la práctica se constituyen en fases de tratamiento y en donde la fase final de esta serie de pasos, se considera la inicial del verdadero tratamiento y esto es, cuando el paciente se hace cargo por sí mismo del manejo de la técnica, realizándose 3 o 4 diálisis (baños) al día como parte de sus actividades diarias, que para este entonces se espera haya reanudado en buena medida.

El proceso inicia con la primer diálisis requerida por el enfermo cuando se presenta la uremia, entonces se le hospitaliza y mediante un catéter rígido se le practican de 25 a 40 diálisis según su grado de uremia; la forma de realizarlo es haciendo una incisión abdominal de extensión no mayor a un centímetro, con la debida asepsia (libre de gérmenes) y antisepsia (preparación medicamentosa para igual fin) en la cama del paciente o en la sala de curaciones. El sitio de punción es el punto exterior a una línea imaginaria que va desde la cicatriz umbilical a la espina iliaca antero superior izquierda; la punta del catéter es guiada hacia la fosa iliaca hasta que esta, toca la pared interna de la cavidad abdominal. Posteriormente y una vez fijado con esparadrapo sobre el abdomen, se deja la línea de transferencia que es una manguerilla en cuyo extremo se coloca la bolsa que contiene el líquido dializador. Las bolsas de diálisis contienen aproximadamente dos litros de solución, la cual pasa hacia la cavidad abdominal en un tiempo aproximado de 15 minutos; una vez dentro, se deja reposar el líquido unos 30 minutos, tras lo cual se deposita la bolsa vacía en el suelo y por gravedad se efectúa la salida del líquido del abdomen del enfermo hacia la bolsa. Este procedimiento se repite todas las veces necesarias como "baños" requiera el paciente, de modo que este pueda permanecer de dos a tres días hospitalizado e inmóvil, pues de intentar cambiar de posición por ejemplo, podría causar que se le enterrara el catéter más allá de lo normal y esto le resultaría altamente doloroso. Una vez que el paciente termina su primera sesión dialítica (de dos a tres días) se le estudia desde el aspecto médico, psicológico y socioeconómico para considerar su entrada a un programa crónico de tratamiento.

Si el paciente cubrió los requisitos Médicos, Sociales y Psicológicos, el siguiente paso es la colocación de un catéter blando tipo "Tenckhoff" introducidos inicialmente al mercado por Rosenak y Oppenheimer en 1948.

El catéter blando se coloca también en la región abdominal y se deja ahí en forma permanente. Es un procedimiento realizado en quirófanos y de sumo cuidado y precisión, pues de lo contrario se tapa y no pasa el líquido lo que suele acarrear infecciones y otros trastornos al enfermo, haciéndose en ocasiones necesario su retiro y recolocación posterior, lo cual puede significar nuevamente el catéter rígido y sus dolorosas complicaciones. Cuando todo sale bien y el paciente conserva su catéter blando, con el que la movilidad ya no se ve interferida, comienza la etapa del entrenamiento practicando paso a paso la técnica del manejo dialítico desde lavarse las manos como lo hacen los médicos de quirófanos, hasta colocar la bolsa y desprenderla como lo hacen las enfermeras. Una vez aprobado el manejo de la técnica por el personal médico y de enfermería se le dota al enfermo de una determinada cantidad de bolsas de líquido dialítico que transportará a su domicilio, en donde a partir de ese momento se deberá realizar 3 a 4 "baños" diarios, se entiende que para entonces, la reintegración a la vida social e incluso laboral aún con limitaciones, debería estarse produciendo sin embargo, pudiera decirse que aquí empiezan los verdaderos problemas, ya sea porque el paciente empieza a transgredir la dieta o el consumo de líquidos o bien, se infecte como ocurre a menudo. Otras veces la familia o el cónyuge, simplemente se agotan de girar en torno al enfermo y lo abandonan, pero lo más frecuente es que el paciente sea quien se exaspere o se canse y por razones psíquicas empiece a transgredir, se han reportado casos sobre todo en varones que transgreden incluso ya cercano el deseado trasplante de riñón.

Como podemos ver son muchas las circunstancias estresantes que viven estos pacientes con insuficiencia renal crónica, quienes al parecer por un lado se afanan con el aparente deseo de vivir pero, muchas de sus conductas hablan de lo contrario; es evidente entonces el conflicto psíquico entre la pulsión de vida y la de muerte que se desencadena, estas dos tendencias que se contraponen en medio de un drama real y tangible que les toca vivir, la enfermedad renal crónica terminal.

CAPÍTULO II

ANTECEDENTES

Como hemos venido exponiendo los pacientes de I.R.C.T., requieren de medidas sustitutivas para el control y manejo de la enfermedad, que les proporcionen una calidad y duración de vida aceptables. La diálisis peritoneal como ya se dijo, cubre en mucho estos aspectos, no obstante como también hemos observado, existen vicisitudes subyacentes y en torno que llevan a los pacientes a fallar, reduciendo peligrosamente la sobrevida y la calidad de esta.

A continuación referiremos una serie de estudios e investigaciones realizadas con respecto al tema sin embargo, nos parece importante señalar que en la literatura revisada, nacional y extranjera, no se encontró estudio alguno que hablara expresamente sobre temores y/o fantasías, implicadas en las fallas a la “Adherencia Terapéutica Médica” de los pacientes con I.R.C.T. así mismo, tampoco alguna investigación nacional acerca de factores psicológicos en pacientes adultos con enfermedad renal crónica en tratamiento dialítico peritoneal y ambulatorio

De la literatura extranjera encontrada sobre estos aspectos y con el objetivo de hacer mas claro el seguimiento de antecedentes de investigación, intentaremos dar una opinión al respecto de sus principales sustentaciones.

Sobrevida y Ajuste Psicosocial a la Modalidad de Tratamiento

En 1987 Husebye DG; Weatlie L; Styrvoky TJ y Hjellstrand CM, estudiaron los indicadores psicológicos, sociales y somáticos que pronosticaran la sobrevida de pacientes Ancianos en diálisis a largo plazo. Examinaron 78 pacientes de más de 70 años, sometidos a programas de Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal Ambulatoria y Hemodiálisis en casa. De los factores estudiados encontraron que solamente 4 factores del área psicosocial fueron pronósticamente relevantes. La inactividad y la depresión fueron sugeridas como factores enfermantes del cuerpo que conducen a la muerte, por lo que los autores enfatizan la importancia del apoyo psicosocial individual y de grupo. Entre las modalidades de tratamiento dialítico empleadas, no encontraron diferencias significativas. Por lo que

concluyen que independientemente del método empleado en la dializancia, un paciente joven o anciano, puede vivir más y mejor dependiendo de: A) su capacidad de gozo en la vida; B) salud percibida; C) capacidad para apearse a las dietas; D) grado de actividad y E) manejo de la depresión. Asimismo los autores señalan que en estudios realizados con sujetos jóvenes, también encontraron que la cooperación, incluyendo la obtención de peso entre las diálisis, es importante para aumentar la sobrevida; en este punto citan a Friend y Cols., quienes en investigaciones anteriores a esta, encontraron que aquellos pacientes que eran activos y participaban en actividades de grupo, sobrevivían considerablemente más que aquellos que no se involucraban en tales actividades. Asimismo citan por otro lado a Burton y Cols. de Canadá, quienes también estudiaron a pacientes renales en iguales condiciones y variables, los cuales reportan que los factores psicológicos fueron más importantes que las fisiológicas. Finalmente Husebye y Cols. concluyen que los muchos estudios sobre la inactividad, la depresión y sus efectos enfermantes, sugiere la importancia de mantener el ejercicio y la actividad en general de estos pacientes, de igual manera señalan “la necesidad de construir un sistema de apoyo fuerte a la Depresión previa, porque es imprescindible preservar el apoyo psicosocial para los pacientes renales en diálisis, y no solamente suplementar diálisis mecánica simple”.

También dentro de este marco psicosocial Devins, Gerald M, Mahan, Jacqeline, Munding, Henry y Cols. de Canadá en 1990, examinaron los predictores de sobrevida en pacientes de I.R.C.T en diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal. La población se compuso por 97 pacientes con edades entre 16 y 79 años. Los predictores psicosociales incluyeron: Depresión, alteración del humor, felicidad de vida, afecto pesimismo, autoestima, control percibido sobre los campos de vida importantes, preocupaciones relacionadas con la enfermedad y, dificultades en las actividades diarias. El análisis de los datos identificó cuatro variables significativas predictoras de sobrevida:

- 1.- Menos complicaciones secundarias a la enfermedad;
- 2.- Edad más joven;
- 3.- Regular grado de socialización y recreo y
- 4.- Vida con felicidad general (descrita como mezcla homogénea de felicidad e infelicidad).

En la Universidad de Florida, Ca. en 1991, Tucker CM, Ziller RC, Smith WR, Mars DR y Coons MP del departamento de psicología del “Shands Hospital” estudiaron la calidad de vida de los pacientes con hemodiálisis, comparándola con la que llevaban los de diálisis peritoneal ambulatoria. Las variables estudiadas fueron: adherencia dietética, autoestima, esperanza y bienestar, estado y felicidad marital, control percibido sobre la vida, número de personas que les brindan apoyo emocional y, participación en actividades sociales, recreacionales y de trabajo. Los resultados hablaron de que no había diferencia significativa en ninguna de las variables estudiadas, a excepción de las variables de actividades recreacionales y sociales, en donde los pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria obtuvieron mayor puntaje, en tanto que en las actividades de trabajo, los pacientes de hemodiálisis resultaron con mayor escala.

Como podemos observar los autores con anterioridad citados, concuerdan en sus opiniones y hallazgos de las diversas investigaciones realizadas sobre la calidad de vida y duración de esta, en los pacientes renales con diferentes métodos de tratamiento, convergen también en sugerir en términos generales, que el método en sí mismo no es lo determinante, sino el cómo el paciente se adapte a este, sobre todo desde el enfoque psicológico y social.

Enseguida citaremos otra serie de estudios donde se habla justamente de qué factores son determinantes o sugieren adherencia dentro de este marco psicosocial.

En 1993 Brey, Morriss, Jorvys y Joice, del “Moly Nome Hospital” en Tenneck, New Jersey, realizaron un estudio para definir el ajuste al cambio de vida de pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria. Ellos identificaron cuatro categorías de obstáculos mayores, que los pacientes deberían vencer para ajustarse tanto al tratamiento como a las técnicas de autocuidado:

- 1.- La remisión del sistema de cuidado de la salud;*
- 2.- La pérdida de oportunidades para socializar;*
- 3.-La pérdida de la ganancia secundaria y*
- 4.-Los problemas de dependencia.*

Los autores convienen en que durante este periodo de ajuste, el apoyo psicológico grupal es una herramienta valiosa para los pacientes en las destrezas de enfrentamiento para el aprendizaje de la técnica y comportamientos alternativos,.

Más adelante en 1993, Hudson, Julie, Fielding, Dorothy, Jones, Sthepen, Mekendriek y Thomas de Inglaterra, investigaron sobre la adherencia al régimen médico y factores relacionados, en jóvenes de 8 a 19 años con tratamiento de diálisis peritoneal Ambulatoria y hemodiálisis. Las variables estudiadas fueron: nivel de depresión, grado de control de la enfermedad y deseo de sociabilización. El comportamiento adherente fue significativamente relacionado con el deseo de socialización y por otro lado, con una longitud de permanencia más corta en cualquiera de las modalidades dialíticas.

Podemos notar que continúa enfatizándose como punto clave, los factores psicológicos y psicosociales, como la base para lograr la adherencia al tratamiento, aunque en el estudio más reciente citado de esta serie, los autores puntualizan la necesidad de tratamientos médicos cortos es decir, menos tratamiento sustitutivo y mayor frecuencia de trasplantes, como alternativa para evitar que los pacientes se “enquisten” en la depresión. Pues bien, pensamos que quizá esto sería una opción eficaz pero por desgracia la menos viable en nuestro país, pues como citamos en un inicio, los factores biopsicosociales requeridos para un trasplante exitoso, paradójicamente hacen casi imposible que existan candidatos idóneos, dada la economía, idiosincrasia, recursos de salud, etc. que existen en un País subdesarrollado como el nuestro.

A continuación expondremos un grupo de investigadores que hablan de síntomas, reacciones al método y características encontradas en pacientes en diálisis, que podrían servir como determinantes en la elección al método dialítico.

Geiser, Michalt, Van Dyke, Craig, East Robin, Weiner y Michael, de la Universidad de California en San Francisco Ca., de 1983 a 1984, estudiaron las reacciones psicológicas de los pacientes adscritos al programa de diálisis peritoneal ambulatoria. El grupo lo formaron 20 varones de 34 a 79 años de edad, los cuales seis fueron mantenidos exitosamente en el programa, dos fallecieron y doce fueron forzados a discontinuar el

tratamiento. Los que se quedaron dentro del programa fueron catalogados como sujetos con un mayor sentido de bienestar y fuerza emocional, como también con un buen nivel de independencia psicológica. La conclusión fue que solamente aquellos sujetos con autodisciplina y capaces de admitir con comodidad el control activo del cuidado de su salud, eran los mejores candidatos para esta modalidad de tratamiento.

Más adelante en 1989 en el Departamento de Psicología del “Wakato Hospital” en Nueva Zenlandia, Patrie K., examinó el grado de bienestar psicológico y de alteración psiquiátrica, en cuatro grupos de pacientes:

- 1.- En diálisis peritoneal;*
- 2.- En hemodiálisis;*
- 3.- Trasplantados y*
- 4.- Pacientes renales aun sin programa crónico de tratamiento.*

Los pacientes en diálisis peritoneal y los de hemodiálisis, salieron en este estudio como los más altos en morbilidad psiquiátrica y por ende, con un ajuste psicológico bajo, a diferencia de los otros grupos que presentaron niveles no significativos de morbilidad psiquiátrica y buenos rangos en ajuste psicológico. El estado de salud mental que también se estudió, no acusó diferencias significativas en ninguno de los cuatro grupos. El autor en sus conclusiones expone que existen mayores tasas de sufrimiento psicológico en pacientes en diálisis peritoneal y hemodiálisis y que se caracteriza, por una pérdida de control emocional y mayores niveles de depresión.

Más recientemente en 1990, en la Universidad de Nueva Finlandia, Barren BJ, Vavasour HM, Mayor A y Parfrey PS, investigaron acerca de las correlaciones clínicas y psicológicas de síntomas somáticos, en pacientes con diálisis peritoneal y hemodiálisis, los síntomas psicósomáticos estudiados fueron: cansancio, alteraciones del sueño, calambres, comezón, dolor de cabeza, náusea, falta de respiración y dolor articular. Los autores concluyeron que el correlativo más fuerte de los síntomas somáticos comunes en los pacientes, fue la alteración del afecto (depresión) siendo significativamente más alto que las variables clínicas, fisiológicas y de laboratorio. Asimismo sugirieron que la terapia dirigida a mejorar este estado podría mejorar los síntomas.

Con base en las cuatro últimas investigaciones expuestas en este capítulo, se observa, como ya se ha mencionado, que la diálisis peritoneal produce sufrimiento psicológico expresado en síntomas y reacciones al tratamiento, sin embargo, también se habla de recursos de personalidad y fuerza emocional como factores coadyuvantes y posibles de manejarse mediante psicoterapias. Ahora bien, la pregunta que surge aquí es: ¿Cómo es que un paciente sano mentalmente llega a tener tales problemas, es decir, que no quiera socializar, llevar la dieta, aprender la técnica, etc.?, la respuesta sería depresión, de acuerdo pero, ¿Qué subyace a esta?, ¿Qué hay detrás de la depresión de unos y otros?, ¿Qué temores, qué fantasías?, ¿Y cómo inciden en sostener o agudizar estas actitudes en contra?, es decir, el no adherirse al manejo de la técnica que sostiene literalmente su vida?.

En nuestra opinión es importante investigarlo y esta fue como ya mencionamos, la fundamental motivación para realizar este trabajo.

CAPITULO III MARCO TEÓRICO

Acerca de la fantasía:

De acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española, fantasía proviene del Griego y del latín Πηαντασια. En algunas de sus definiciones plantea “La capacidad que tiene el animo de reproducir por medio de imágenes las cosas pasadas o lejanas, de representar los ideales en forma sensible o de idealizar los reales”.⁴ Esta definición que remite a la condición de producción social, se presenta como ficción, cuento, novela o pensamiento elevado o ingenioso; otras definiciones se refieren al orden de los sentidos: “Ilusión de los sentidos”, o al de los objetos “adorno o imitación de una joya”.

Para Freud el mundo de la fantasía, parece situarse en el orden de la oposición entre lo subjetivo y lo objetivo es decir, entre un mundo interno que tiende hacia la satisfacción por medio de la ilusión y un mundo externo que progresivamente impone al sujeto, mediante el sistema perceptivo, el principio de realidad.

Melanie Klein en su obra, amplió mucho el concepto de fantasía freudiano, dándole una importancia considerable; esta autora dice que las fantasías inconscientes están siempre presentes y siempre activas en todo individuo. “Desde el momento de su nacimiento, el bebé se tiene que enfrentar con el impacto de la realidad, que comienza con la experiencia del nacimiento mismo y prosigue con innumerables experiencias de gratificación y frustración de sus deseos(...) La fantasía no es tan sólo una fuga de la realidad; es una concomitante constante e inevitable de las experiencias reales en constante interacción con ellas(...) La fantasía es también una defensa contra la realidad interna y externa”⁵

“Deseos insatisfechos dice Freud, son las fuentes pulsionales de la fantasía y cada fantasía singular es un cumplimiento de deseo, una rectificación de la insatisfactoria realidad(...) Los deseos pulsionales difieren según sexo, carácter y circunstancias de vida de la personalidad que fantasea”⁶ más adelante, en formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico afirma que “Con la introducción del principio de realidad, una forma de

⁴ Diccionario Encarta Profesional 2004-CD-Rom

⁵ Hanna S.: “Introducción a la obra de M. Klein, O.C.; Vol. I, Pag. 20 -23; Ed.Paidós, Horme, B.A ,1974

⁶ Freud.- “El Creador Literario y el Fantaseo” Vol. IX, pag. 130, Amorrourtu Ed.

*actividad del pensamiento se halla separada por una escisión; permanece independiente de la prueba de realidad y sometida únicamente al principio del placer, y esto es lo que se llama la creación de fantasías*⁷

*En la interpretación de los sueños, Freud señala que no sabe si los deseos inconscientes son reales en tanto que los pensamientos intermedios y de transición no lo son, “Y si ya estamos frente a los deseos inconscientes en su expresión última y más verdadera, es preciso recordar sin duda que también la realidad psíquica tiene más de una forma de existencia”*⁸

*Recordemos que el psicoanálisis se origina en cierto sentido a partir del abandono de la llamada teoría de la seducción, a raíz de un hecho fáctico. En el manuscrito M de la carta No. 63 a Fliess, (mayo 1897), Freud, aborda el tema de las fantasías señalando que estas “Se generan como una conjunción inconsciente entre vivencias y cosas oídas, de acuerdo con ciertas tendencias; estas tendencias son las de volver inasequible el recuerdo del que se generaron o pueden generarse. La formación de fantasías acontece por combinación y desfiguración, análogamente a la descomposición de un cuerpo químico que se combina con otro. Y en efecto, la primera variedad de la desfiguración es la clasificación por fragmentación, en las cuales son descuidados precisamente las relaciones del tiempo; así una fragmentación de la escena vista es reunida en la fantasía con otro de la escena oída, mientras que el fragmento liberado entra en otra conexión, con ello un nexo originario se vuelve inhallable”.*⁹

Como puede observarse, Freud aquí no se está refiriendo a fantasías conscientes sino a las fantasías inconscientes es decir, a lo último y más reprimido que se puede acceder en un análisis en el camino a la búsqueda de las causas del síntoma. Ahora bien, cabría preguntarnos. ¿Si la fuente del trauma no está en lo fáctico de la escena de seducción, dónde está lo real del mismo?, el vuelco será hacia la sexualidad endógena, la sexualidad infantil, pero entonces aparece el problema del estatuto de la fantasía que quedaría enteramente como imaginaria y en este punto, la dimensión donde Freud se ve llevado siempre a un abordaje más estructural de la fantasía es la de la causa. De la confesión

⁷ Freud.- “Formulaciones sobre los dos principios del acontecer psíquico. Vol. XII. P., 228 a 234; Amorrortu Ed.

⁸ Freud.- “Interpretación de los sueños”. Vol. V. Pag. 607 Amorrortu Ed.

⁹ Freud.- “Fragmentos de la correspondencia con Fliess: Manuscrito M “ Vol. I, Pag. 293 Amorrortu Ed

Freudiana de que en el inconsciente no existe ningún signo de realidad que permita distinguir la verdad de la ficción investida de afecto, podemos concluir entonces que el inconsciente es de la ficción, como que la verdad remitiría a una dimensión textual antes que referencial y con esta línea, Freud se encuentra con el problema de articular este inconsciente ficcional con el real cuasi-biológico de la sexualidad infantil, siendo esta sexualidad pulsional, espontánea y endógena, que carece de representación y esta asociada principalmente al ejercicio del placer de órgano, donde la pulsión es acéfala y siempre obtiene satisfacción. ¿Cómo articular entonces esta sexualidad perversa con el punto de partida de cualquier indagación psicoanalítica a saber, el síntoma?, una vez más el eslabón intermedio es la fantasía. Los síntomas, dice Freud, llevan el propósito de obtener una satisfacción libidinal, pero implicando en ello una situación de conflicto. Las fantasías serían entonces la vía por la cual la libido encuentra el camino expedito hacia la fijación reprimida. “La retirada de la libido a la fantasía es un estadio intermedio del camino hacia la formación de síntomas”(…), las fantasías nos permiten llegar a las vivencias infantiles donde la libido está fijada(…), estas fantasías poseen realidad psíquica por oposición a la realidad material no obstante debe quedar claro que en el mundo de las neurosis la realidad psíquica es la decisiva”.¹⁰ También señala que estos acontecimientos sean verdaderos o no, son eficaces, retornan y son siempre los mismos, por lo que los llamó Fantasías primordiales y estas son:

- 1.- La escena del coito entre los padres;*
- 2.- La seducción de un adulto;*
- 3.- La amenaza de castración.*

“No se tiene otra impresión sino que tales hechos de la infancia son de alguna manera necesarios, pertenecen al patrimonio indispensable de la neurosis; si están contenidos en la realidad muy bien, si ella no los ha concebido se los establece a partir de indicios y se los completa mediante la fantasía“(…), “¿de donde proviene la necesidad de crear tales fantasías y el material con que se constituyen? No cabe duda que su fuente está en las pulsiones pero queda por explicar el hecho de que en todos los casos se crean las mismas fantasías con idéntico contenido”(…), “opino que estas fantasías primordiales son un

¹⁰ Freud “Conferencias de introducción al Psicoanálisis” Vol. XVI Pag. 334 a 340 Amorrortu Ed.

patrimonio filogenético, en ellas el individuo rebasa su vivenciar propio hacia el vivenciar de la prehistoria, en los puntos en que el primero ha sido demasiado rudimentario”(...), “el niño fantaseador no ha hecho más que llenar las lagunas de la verdad individual con una verdad prehistórica”¹¹

La Fantasía y los sueños diurnos:

*“En el desconocimiento, la negativa,
la barra que el neurótico
opone a la realidad, corroboramos
que recurre a la fantasía”*

J. Lacán

La producción de fantasías más conocidas, dice Freud, son los sueños diurnos, en donde el individuo genera una ganancia de placer independiente de la aprobación de la realidad. Pudiéramos decir entonces que el par diurno del sueño es la fantasía, llamada también sueño diurno y en el cual el sujeto se entrega igualmente a la inmediatez de lo imaginario. Estos sueños diurnos por otra parte, no son solo conscientes sino también inconscientes, formando estos últimos el núcleo de los sueños nocturnos, los cuales son siempre un cumplimiento de deseo. “No puede haber sueños que no sean de deseo”¹² dice Freud, en 1899, sin embargo más tarde se topa con un tipo especial de sueños llamados “punitorios”, que contradicen tal afirmación.”Cabe recordar que existen en la vida anímica, tendencias masoquistas a las que puede atribuirse una inversión así. Nada tendría yo que objetar si quisiese separar a esta clase de sueños, como sueños punitorios, de los sueños de cumplimiento de deseo”.¹³

Los sueños de angustia no punitorios dice Freud, sí son un cumplimiento de deseo de las mociones pulsionales, de lo que se trata aquí es de la contraposición del contenido manifiesto es decir, que tras la interpretación de un sueño dado se puede acceder al contenido latente, detrás del horror del contenido manifiesto, descubriendo también un cumplimiento de deseo de acuerdo a las dos instancias psíquicas, el principio del placer y

¹¹ Freud. S. “Conferencias de Introducción al psicoanálisis “ Vol. XVI Pag. 334 ; Amorrortu Ed.

¹² Freud S. “La desfiguración onírica” Vol. IV pag. 153 , Amorrortu Ed.

¹³ Freud S. La interpretación de los sueños 2° parte Vol.V,pag. 473. Amorrortu Ed

el principio de realidad. Estos sueños de angustia contienen algo penoso para la segunda instancia (principio de realidad) pero al mismo tiempo cumple un deseo de la primera (principio del placer) y en ese sentido son sueños de deseo. "En efecto, todo sueño es iniciado por la primera instancia pues la segunda, tiene hacia este un comportamiento sólo defensivo, no creador".¹⁴ Aquí podemos recordar el sueño de "La Bella Carnicera", paciente de Freud, donde se desarrolla una trama que deja insatisfecho (incumplido) el deseo de la celosa esposa con tal de lograr a través de la identificación con ésta, la insatisfacción de la rival.

La Fantasía y las pulsiones:

Retomando la cuestión Freudiana de que las pulsiones constituyen la fuente de las fantasías primordiales, vamos a adentrarnos en su estudio dado que lo consideramos importante en esta tesis, pues suponemos que sus destinos tanto como la combinación o interacción de éstas, junto con los temores y fantasías en torno al tratamiento, es lo que podría estar sustentando las diferentes posturas de los sujetos estudiados, dentro de las vicisitudes en torno a la adherencia terapéutica.

Freud, considera que la pulsión es un estímulo para lo psíquico, que no tiene que ver con los estímulos fisiológicos que inciden en el organismo, como la sed, el hambre, la luz que hiere el ojo, etc., sino que el estímulo pulsional proviene de dentro del organismo y opera diversamente sobre el alma, actuando con una fuerza constante y creando una necesidad de satisfacción imperante que no admite huida. La pulsión, dice Freud "... aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma",¹⁵ añade que son innatas, predeterminadas, sus fines son fijos y tienden a regresar al sujeto a un estado anterior, y constan de esfuerzo, meta, objeto y fuente.

El esfuerzo (Drang) de una pulsión es su motor, propiedad intrínseca a toda pulsión dado que ésta es en sí una actividad. La meta (Ziel) se refiere a la satisfacción que sólo se alcanza mediante la cancelación del estímulo en la fuente de la pulsión, destacando en este punto que son diversos los caminos que llevan a una meta dada, por lo que puede hablarse

¹⁴ Freud S.- "La desfiguración onírica" Vol. IV pag. 164 , Amorrourtu Ed.

¹⁵ Freud. S.- ".Pulsiones y destinos de Pulsión" O.C. Vol. XIV, pag. 116. Amorrutu Ed.

de metas próximas e intermedias que son susceptibles de combinarse entre sí, o permutarse unas con otras, y así tenemos las pulsiones de meta inhibida, que son los procesos en donde se avanza hacia la satisfacción pulsional, pero después se presenta una inhibición o una desviación hacia la meta.

El objeto de una pulsión (objekt) se refiere a aquello por lo que se alcanza la meta y esto constituye en sí lo más variable de la pulsión es decir, que el objeto no está originariamente enlazado con ésta, sino que se le constituye a condición de que posibilite la satisfacción, de ahí que no se requiere necesariamente que se trate de un objeto ajeno o externo al individuo, sino que podría ser también una parte del propio cuerpo. Ahora bien, Freud nos dice que en el curso de los destinos vitales de la pulsión, ésta puede sufrir un sinnúmero de cambios de vía (wechsel) y que a este desplazamiento de la pulsión le corresponden los más significativos papeles. “Puede ocurrir que el mismo objeto sirva simultáneamente a la satisfacción de varias pulsiones(...), un lazo particularmente íntimo de la pulsión con su objeto, se acusa como fijación de aquella”.¹⁶ De acuerdo con esto entonces, la fuente de la pulsión es el proceso somático interno de un órgano o una parte del cuerpo, cuyo estímulo es representado en la vida anímica por la pulsión. “Aunque para la pulsión lo absolutamente decisivo es su origen en la fuente somática, dentro de la vida anímica no nos es conocida de otro modo que por sus metas y las que las distingue entre sí, es la diversidad de las fuentes de las que provienen”.¹⁷

En su recorrido hacia la búsqueda de satisfacción las pulsiones pueden encontrar diversos destinos como son:

- a) La transformación en lo contrario.*
- b) La vuelta hacia la propia persona*
- c) La represión*
- d) La sublimación*

¹⁶ Freud.- “Pulsiones y destinos de pulsión” Vol. XIV pag. 118 ; Amorrourtu Ed.

¹⁷ Idem ; pag. 121

En un inicio Freud propuso dos grupos de pulsiones primordiales: las pulsiones yoicas o de autoconservación y las sexuales, que en su génesis estarían unidas a las del yo, conformando el autoerotismo del infante. Más tarde, en tanto se dio cuenta que el ser humano no sólo estaba regido por el principio del placer, desarrolló el concepto de pulsión de muerte, denominándolo como un mecanismo autónomo opuesto a la pulsión de vida, a la que describió como una tendencia a ligar energía, construyendo entidades más y más complejas que darían cuenta de la evolución mientras que a la pulsión de muerte, la designó como la tendencia a disolver complejidades y destruir objetos. ¿De que muerte habla Freud en su teoría de pulsión de muerte?, ¿De un deseo de muerte o de la muerte del deseo? Preguntas en este sentido fueron planteadas por Melanie Klein (1932) quien vinculó la pulsión de muerte Freudiana con la agresión y el narcisismo y por otra parte, P. Aulagnier (1976) quien equiparó la pulsión de muerte con la desaparición del deseo y el desinterés hacia los objetos.

Klein (1952) define las primeras operaciones psíquicas del bebé como una respuesta a una amenaza de muerte hecha por objetos, designando como objetos toda aquella entidad del mundo interno y/o externo que tenga importancia para el sujeto. Al bebé, de acuerdo a Klein, le aterra la posibilidad de ser aniquilado, de modo que la agresión aparece primariamente relacionada a la autopreservación, el bebé siente el desamparo como una amenaza de muerte, como una agresión, luego el niño proyectará esta agresión sobre su mundo exterior y, correlativamente, le temerá como si la agresión proviniera de una fuente externa; para esta autora entonces el instinto de muerte revela un impulso agresivo y una intolerancia a la frustración. “Esta relación es primeramente una relación con un objeto parcial, porque las pulsiones oral-libidinales y oral-destructivas están dirigidas desde el principio de la vida hacia el pecho de la madre en particular. Suponemos que existe también una interacción, aunque en proporciones variables, entre las pulsiones libidinales y agresivas, que corresponde a la fusión de los instintos de vida y de muerte. Puede concebirse que en períodos libres de hambre y tensión, existe un equilibrio óptimo entre las pulsiones libidinales y agresivas.”¹⁸

¹⁸ Klein M. “Bibliotecas de psicoanálisis “ Algunas Conclusiones Teóricas sobre la vida Emocional del Bebé” Obras completas en www.psicoanalisis.org/klein

P. Aulagnier, considera que la pulsión de vida está ligada no sólo al desear, sino al desear tener deseos, en cambio la pulsión de muerte aparece como un deseo de no desear. Conviene señalar aquí que para que los deseos alcancen su fin, se necesitan objetos, que el sujeto se interese por conectarse y trate de vincularse con otras personas en cambio cuando predomina la pulsión de muerte, los objetos parecen prescindibles, no hacen falta, no hay deseo.

Es en su última teoría sobre las pulsiones (1920), donde Freud aborda más ampliamente el antagonismo entre la pulsión de vida y la de muerte es decir, entre dos tipos de goce radicalmente diferentes, en Más allá del principio del placer, advierte que en todo sujeto hay un destino que le persigue y que puede llevarlo a estancarse en la cura y hasta en la vida misma.

Estas consideraciones Freudianas tienen gran importancia en la clínica, donde este autor nos lleva a encontrar diversas manifestaciones como ocurren en las neurosis traumáticas, los sueños auto punitivos y la compulsión a la repetición, junto con las más variadas formas de auto aniquilación.

La pulsión de muerte adquiere gran importancia cuando la vinculamos a la represión, la compulsión repetitiva y la desaparición del deseo inconsciente.

El deseo podría decirse metafóricamente, no es la gana de alguna cosa, sino la presencia del pasado y el futuro en el presente es decir, de algo que no se ha realizado, la presencia de una ausencia; porque falta, se desea.

El deseo crea una perspectiva futura y pone al sujeto en un movimiento perpetuo y metonímico en busca del objeto perdido e inhallable, si ello es expresión de una compulsión repetitiva, también expresa la necesidad de repetir la búsqueda pese a que ésta resulte infructuosa. En lugar de encontrar el objeto perdido, el sujeto va a encontrar siempre una insatisfacción por lo que seguirá buscando y en el camino va a crear nuevos derroteros para su actividad, tales como el desarrollo de nuevos conocimientos sobre la ciencia, la tecnología y el arte entre otros.

El duelo y los duelos en el cuerpo:

Ahora nos parece importante detenernos a revisar el proceso que todo enfermo afronta cuando se enfrenta a un proceso de enfermedad y que puede conllevar, como sabemos, múltiples avatares.

En el campo de las enfermedades del cuerpo es decir, físicas u orgánicas, la oposición entre estas dos tendencias psíquicas, una que pugna por mantener unidos los recursos de vida y la otra que tiende a romper esa unidad, ejerce su influencia en la economía orgánica de una manera que sorprende a la medicina, quien trabaja con el cuerpo objetivable a través de prácticas y procedimientos cada vez más complejos. Para el psicoanálisis el cuerpo está afectado por la estructura del lenguaje, lo que posibilita distintos campos de intervención. Se trata de un trabajo indirecto no sobre la enfermedad, sino lo que ésta cuestiona en su entorno es decir, como se vive el sujeto inmerso en ella y cómo responde a esto. En este sentido creemos necesario hablar del duelo, del dolor que representa la pérdida de la salud y de lo que compromete la pérdida de las capacidades emotivas, físicas y sociales, entre otras.

Para Freud “...el duelo es la reacción a la pérdida de una persona amada o una abstracción equivalente, la patria, la libertad, un ideal, etc.”,¹⁹ se sabe que una pérdida afecta la existencia, es un agujero en lo real, en la realidad del sujeto. Este autor a lo largo de su obra se interrogó sucesivamente sobre el carácter doloroso del duelo. En el manuscrito “G” describe la ruptura de las asociaciones que exige el duelo como una hemorragia interna. También finaliza el clásico texto de 1915, haciendo alusión a la distinción que cabría considerar entre dolor físico y dolor psíquico. Lo retoma diez años más tarde cuando en el último apartado propone una instructiva diferenciación entre angustia, dolor y duelo; ahí establece que el dolor remite al dolor físico y que éste involucra una elevada carga narcisista que vacía al Yo. En este punto podemos recordar los versos que cita en Introducción al narcisismo “En la estrecha cavidad de su muela se recluye su alma toda”,²⁰ refiriéndose al dolor físico que compromete al cuerpo real es decir, a lo real del cuerpo.

¹⁹ Freud.- “Duelo y Melancolía” Vol. XIV pag. 235 ; Amorrourtu Ed.

²⁰ Freud.- “Introducción del Narcisismo” Vol. XIV pag. 79 ; Amorrortu Ed.

Es desde Lacán que hablamos de la noción del cuerpo en los tres registros: real, simbólico e imaginario; del dolor que arraiga en ese cuerpo imaginario donde duele el duelo, en la enfermedad orgánica, y que es de donde parten las diferentes expresiones conversivas de los duelos detenidos en sus tiempos de elaboración. De ésta manera es posible considerar que ante la pérdida, los sujetos pueden elaborar una respuesta o bien una reacción. Una respuesta estaría manifestada por síntomas, esto es, si no se dispone de otros recursos para simbolizar tal pérdida, entonces estaría el síntoma para “hablar” de lo real orgánico que no se vehiculiza a través de la palabra, por lo que el síntoma como formación del inconsciente estaría encerrando un mensaje.

Una reacción sería el modo de rechazar el ataque o agresión de manera refleja podríamos decir, como en aquellos casos donde no se quiere saber sobre lo que esta ocurriendo, una especie de shock en donde no hay lugar para interrogarse. Desde este punto podemos establecer entonces que los sujetos afectados por una enfermedad orgánica tenderán a reaccionar o a responder ante la misma, no sólo desde su economía corporal imaginaria sino también desde su economía psíquica, pues como sabemos toda crisis o descompensación psicopatológica va acompañada de fenómenos de desorganización fisiológica y viceversa, o como dice C. Dejour “Las enfermedades mentales son siempre y al mismo tiempo enfermedades del cuerpo y las enfermedades del cuerpo son siempre y al mismo tiempo enfermedades mentales”²¹

En toda respuesta o reacción que un sujeto despliegue ante la pérdida, cabe considerar los miedos o temores, el terror y la angustia que se generan en torno a ésta. Freud destaca que terror, miedo y angustia se usan indiscriminadamente para referirse a lo mismo, siendo que son fácilmente distinguibles en su relación con el peligro.”La angustia, designa cierto estado como de expectativa frente al peligro y de preparación para él, aunque se trate de un peligro desconocido; el miedo requiere un objeto determinado, en presencia del cual uno lo siente; en cambio se llama terror al estado en que se cae sin estar preparado: destaca el factor de la sorpresa“;²² donde la angustia no tiene lugar ni tampoco hay lugar para interrogar, es lo que llamaríamos una reacción.

²¹ Dejour Ch. “Investigaciones psicoanalíticas sobre el cuerpo” 1992, Ed. Siglo XXI

²² Freud.S. “Más allá del principio del placer”, pag. 12; Vol. XVIII; Amorrourtu Ed.

La acepción de temor que se usa en esta tesis, es la que aparece en el Diccionario Profesional Encarta 2004, como: “Sentimiento que hace huir o rehusar las cosas que se consideran dañosas, arriesgadas o peligrosas; presunción o sospecha; recelo de un daño futuro”,²³ que nos parece se enparenta en su segunda parte a la concepción freudiana de la angustia que aquí citamos “...se refiere a un estado de expectativa y de preparación para un peligro, aún cuando se trate de un peligro desconocido...”.

La palabra angustia viene de angosto. Freud hace énfasis en las sensaciones físicas que la acompañan, relacionadas con lo estrecho: taquicardia, ahogo, sensación de estrechez en el esófago, etc., para este autor, la angustia señal, es un sistema de alerta que sirve al yo frente a estímulos sentidos como prohibidos, que llaman la atención sobre el peligro presentido y la necesidad de movilizar contra éste las defensas yoicas. Considerando al ser humano como un ente integral, los dos componentes tradicionalmente considerados, el físico y el psíquico van a estar en conjugación en su comportamiento. Así comprendemos por qué el dolor se vuelve sufrimiento, la mente se encarga de interpretar el dolor como símbolo de nuestra mortalidad es decir, premonitorio de muerte, a su vez, éste alimenta los temores, las culpas y las fantasías en cada sujeto.

²³ Enciclopedia Profesional Encarta Cd- Rom

El papel de la muerte en la psique:

*Escapar a la muerte ha sido
el núcleo de las religiones*

Unamuno

Los modos de asumir realidades tan radicales como son la enfermedad y la muerte, han formado parte de la consideración filosófica y de los mensajes religiosos; nuestra cultura interpreta el mundo en términos de tiempo y espacio, una vez que nos hemos ubicado en ella, con un tiempo que fluye del pasado al futuro, la experiencia nos dirá que este futuro contiene nuestra muerte; el dolor causado por esta visión, mueve a la mente a generar modelos e ideas mediante las que se mitiga de alguna forma la angustia. Desde los tiempos de las cavernas, los hombres mantenían “vivos” a sus muertos tiñéndoles los huesos de rojo sangre, con la idea de imitar el vital líquido. La angustia de muerte lleva a la gente a crear artificios con el fin de amortiguar el sufrimiento.

Hoy que las promesas místicas ya no resultan verosímiles, los modelos religiosos son menos eficaces para apaciguar la angustia, sin embargo no deja de ser frecuente en cada cultura el fundamentar estos hechos en lo religioso y en lo mágico-religioso de las culturas primitivas que nos anteceden, lo que ha configurado los modos, hábitos y costumbres de la gente para responder a las enfermedades terminales y a la muerte.

Philippe Aries, en un estudio sobre como reacciona el hombre ante la muerte destacó que estamos horrorizados ante ésta, pese a saber que todos algún día vamos a morir y en este sentido, connotamos como una bella muerte aquella que se da en forma súbita, de preferencia mientras dormimos, sin dolor ni enfermedad y por tanto completamente inesperada. Y aquí nos cuestionamos ¿y cuando se la espera como consecuencia inevitable de una penosa enfermedad, como se reacciona?, sabemos que la interpretación personal que un paciente hace de su enfermedad, involucra las consecuencias que ésta tenga sobre sí mismo, su familia, actividades, rol laboral y social, etc., y condiciona respuestas emocionales que pueden incluir ansiedad, depresión, rabia, resentimiento, vergüenza, culpa y desesperanza, entre otros, y en algunos casos euforia y manía, como defensa ante la angustia que cada uno experimente en su caso, de acuerdo a la estructura psíquica e

historia personal, y en este sentido el significado subjetivo que cada quien asocia con la enfermedad, puede tener diversas respuestas y reacciones entre las que encontramos:

Angustia : Refiere a un estado de expectativa con relación un peligro, aún cuando se trate de un peligro desconocido que puede ser externo como señal de peligro o, interno como reclamo de la libido, que se vive como peligro externo

Sensación de pérdida: Real, imaginaria o simbolizada, esto es, considerando la enfermedad como la pérdida del equilibrio físico, psicológico, social y espiritual que ocasiona dolor corporal, sufrimiento psíquico y miedo a lo desconocido.

Castigo: Culpa que se vive como consecuencia ante transgresiones previas, por lo que el acontecimiento experimentado se vive como represalia o castigo.

Negación: Mecanismo de defensa psíquica que se utiliza para minimizan los síntomas o bien para rehusar a asimilar información sobre éstos, con la finalidad de devaluar el problema o no sentirse implicado en éste.

Ganancia secundaria: Los privilegios compensatorios que el enfermo cree merecer por el “ultraje del destino”, que le acarreo el padecimiento es decir, un defecto (como en las malformaciones congénitas) o el azote de una enfermedad crónica, por lo que hace de él su fuerte y reclama para sí todas las bondades o las no limitaciones.

Desafío o reto: Si es hacia sus médicos intentará desafiarlos incumpliendo las prescripciones, si es hacia la enfermedad puede retarla a que no lo va a vencer, cuidándose y sobreponiéndose a la adversidad.

Es importante destacar que el sentido subjetivo que un paciente dé a su padecimiento, ayudará a dilucidar de que manera va a responder con lo que tiene y en este punto remarcamos, con sus recursos personales y familiares, por lo que cabe señalar que lo vital aquí es que responda, como sea pero que responda, pues cuando deja de hacerlo, cuando

ya no hay deseo ni esperanza, esto es señal de muerte inminente, muerte del deseo, mucho antes de que su cuerpo sucumba.

Considerando la angustia que se origina en estos casos Kubler- Ross²⁴ clasifica en cinco etapas la adaptación experimentada por los enfermos terminales:

- 1.- Negación,*
- 2.- Rabia,*
- 3.- Regateo,*
- 4.- Depresión,*
- 5.- Aceptación.*

Como todos sabemos, a los enfermos no les es fácil llegar a la aceptación, esto lo vemos en las resistencias que la mayoría presenta para transitar entre estas fases, en las que se dan retrocesos y estancamientos sobre todo, si no se les ayuda a tramitar el duelo, de ahí la importancia de escucharlos permitiéndoles ventilar sus miedos, sus temores y culpas a través de la palabra, para que no sea el cuerpo con sus síntomas quien nos exprese el mensaje que encierra el inconciente.

²⁴ Kübler-Ross E. " Sobre la muerte y los moribundos " Ed. Sirio 1983

El pensamiento mágico como defensa ante la angustia:

En Animismo, magia y omnipotencia de los pensamientos, Freud menciona que la magia es la pieza clave para conocer el origen del animismo es decir, el sistema por el cual se le da vida o alma a las cosas, como ocurría en la vida primitiva y como sabemos también en la infancia del hombre.

El animismo es un sistema de pensamiento que proporciona la explicación de un fenómeno singular y el hombre, tiene necesidad de ello para explicarse su mundo, por lo que "...la humanidad ha producido de estos sistemas de pensamiento, tres grandes cosmovisiones en el curso de las épocas: la alquimista (mitológica), la religiosa y la científica".²⁵

El animismo no es aún una religión dice Freud, pero contiene las condiciones sobre las cuales se edificarán más tarde las religiones, por lo que llama la atención que los mitos descansen sobre premisas animistas.

La magia dice este autor, puede servir a muchos propósitos como el someter la naturaleza a la voluntad del hombre, puede aplicarse también para establecer un conjuro de protección ante los males o peligros de la vida esto es, invocando el auxilio de los Dioses y puede servir también para conferirle al sujeto un poder para producirles daños a sus enemigos, a manera de venganza.

Los principios en los que descansa esta magia, son el de similitud y el de contigüidad, siendo el imperio de la asociación de ideas lo que explica la insensatez del procedimiento mágico que en el fondo, lo que expresa es la realización de un deseo. " Ahora parece que como si fuera la acción mágica misma la que en virtud de su similitud con lo deseado, lo obligara a producirse"²⁶ La omnipotencia de los pensamientos dice Freud, es el principio que rige esta magia es decir, el modo de pensamiento animista donde la necesidad de la satisfacción de los deseos predomina sobre la realidad objetiva, y en este sentido podemos considerar que el llamado pensamiento mágico es el mecanismo por el cual el sujeto cambia su realidad dolorosa por una que le satisfaga, es decir, una defensa contra el temor, la angustia que le genera su realidad, creando una alianza entre deseos y fantasías

²⁵ Freud S. "Animismo Magia y Omnipotencia de los pensamientos" pag. 81 ; Vol. XIII , Amorrortu Ed.

para formar con estos una especie de delirio, sin que ello signifique que se tengan problemas del tipo de las psicosis o el retardo mental. “En el fondo todo aquello que él produce por la vía mágica tiene que acontecer sólo porque él lo quiere, así, lo que al comienzo se destaca es su mero deseo (...), la omnipotencia de los pensamientos, la sobreestimación de los procesos anímicos en detrimento de la realidad objetiva, demuestra su eficacia sin limitación alguna, en la vida afectiva del neurótico y en todas las consecuencias que de esta parten”²⁷

Retomando ahora el antagonismo citado entre la pulsión de vida y la pulsión de muerte, nos parece interesante hacer un breve recorrido sobre el Superyo y su incidencia en la clínica como en el papel que juega en la transferencia esto último, para verificar su relación con la adherencia terapéutica que aquí nos ocupa.

²⁶ Freud S. “Animismo Magia y Omnipotencia de los pensamientos” pag. 821 ; Vol. XIII , Amorrortu E

²⁷ Freud S. “Animismo Magia y Omnipotencia de los pensamientos” pag. 87 ; Vol. XIII , Amorrortu Ed.

El Superyo en la clínica y su incidencia en la enfermedad:

*“En Todas las formas de enfermedad Psíquica
Debería tomarse en cuenta el papel del
Superyo; cosa que no se ha hecho todavía”*

S. Freud.

Ya desde sus primeros trabajos clínicos presentados entre 1886 y 1897,²⁸ Freud establece las coordenadas para abarcar el concepto de Superyo a través del tríptico Parricidio-culpa-punición, lo que más tarde enlaza con la conciencia moral y ésta a su vez con el parricidio, el cual propone como el fundamento de toda hostilidad hacia los padres. El concepto de conciencia moral aparece como la expresión más primitiva de superyo, cuya manifestación es la culpa consecvente por haber transgredido el “No debo”, más adelante articula el complejo de Edipo con la culpa y parece establecer una clínica diferencial entre neurosis, psicosis y perversión. Un sueño analizado tras la muerte de su padre evidencia también el concepto de “hostilidad hacia los padres”²⁹ como el meollo de la deuda originaria por el aniquilamiento que significa ir más allá del padre y su ley y por otra parte, el intento de desculpabilizarlo para preservar su amparo.

En el “Yo y el Ello”, 1923, puede advertirse el establecimiento de diversos registros de la culpa y su anudamiento con el Edipo, tentación culpa y castigo, haciendo alusión por primera vez, al concepto de culpa inconsciente.”Ahora bien, la experiencia nueva que nos refuerza, pese a nuestra mejor intelección crítica, a hablar de un sentimiento inconsciente de culpa, nos despista mucho más y nos plantea nuevos enigmas, en particular a medida que vamos coligiendo que un sentimiento inconsciente de culpa de esa clase, desempeña un papel económico decisivo en gran número de neurosis y levanta los más poderosos obstáculos en el camino de la curación”.³⁰

En Tótem y Tabú, propone la hipótesis totémica de un sistema acorde a leyes que determina los vínculos sociales dentro de un grupo, siendo sólo dentro de tal sistema que se edificaran los tabúes, normas y leyes para cada grupo en particular.

²⁸ *Freud.- Manuscrito “N” carta 50 . pag. 64; vol. I ; Amorrortu Ed. Ed.*

²⁹ *Idem pag. 96*

³⁰ *Freud S. “El yo y el ello” Vol.XIX, pag. 29 Amorrortu Ed.*

En 1914, en la definición del narcisismo primario y secundario Freud, desarrolla la idea de que el narcisismo primario es la manera en que los padres ven al hijo y desean que este sea, proyectando en él su ideal. J. Lacán , plantea que el narcisismo secundario es la identificación con este ideal y será lo que le permitirá al sujeto situar con precisión su relación imaginaria y libidinal con el mundo en general, introduciendo la noción del otro como base de las identificaciones pues el Otro, el prójimo, el semejante, es un modelo a emular pero también un hostigador imposible de satisfacer plenamente, habitará en el yo siempre como algo ajeno pero al mismo tiempo necesario para la conformación del yo; un extranjero íntimo que llevará a los caminos de la formación del síntoma en tanto inconsistencia del otro imposible de satisfacer. Es aquí donde Freud vislumbra lo que más tarde llamará “Ideal del Yo”, como la instancia donde descansa las exigencias morales que se tienen con el otro de la identificación.”El otro, el alter ego, se confunde en mayor o menor grado, según las etapas de la vida, con el ich ideal, ese ideal del yo constantemente invocado por Freud”³¹ este ideal del yo, tiene la función de velar por la satisfacción narcisista del yo, como un ángel guardián que preserva al yo de embargarse en atrocidades de consecuencias perniciosas para su conservación. Será entonces con la instancia crítica que podrá medirse la distancia entre el yo y el ideal del yo y a esa medida Freud la llamara conciencia moral, de la cual dirá más tarde que puede aparecer como una enfermedad separada o mezclada en la neurosis de transferencia, en el primer caso puede tornarse grave porque aniquila toda forma posible de instauración de la transferencia, mezclada con libido en cambio, hace posible negociar desde el campo del deseo con miras a atenuar su desaparición, la falla aquí sería la reacción terapéutica negativa en donde el enfermo se muestra como si empeorara en vez de mejorar.

En sus trabajos sobre los rasgos del carácter Freud dirá que la fijación pulsional infantil está en la génesis de la formación del carácter y que estos son “...continuaciones inalteradas de las pulsiones originarias, sublimaciones de ellas, o bien formaciones reactivas contra ellas”³² más adelante, en “pegan a un niño”, admitirá que la sublimación es ajena a los rasgos de carácter, y en 1916, se refiere a los “tipos de carácter” como

³¹ **Lacán J.** *Los dos Narcisismos, seminario I “Los escritos Técnicos de Freud”* . Paidós 1979.

³² **Freud.** – “Carácter y Erotismo anal” Vol. IX Pag. 158

verdaderos obstáculos a toda influencia posible de la cura. “Para Freud, no hay formación del carácter sin la influencia superyoica, sin la incidencia de la conciencia moral y, aunque se atribuye al Yo, su origen, sus fragmentos más importantes provienen del Superyo. Al tomar lo peor de éste es siempre mal carácter; porfía, obstinación, desafío, irritabilidad, susceptibilidad, dureza son siempre muestras de éste mal. Pero compasión, timidez, dulzura, docilidad, paciencia, como trazos de buen carácter son siempre sospechosos si consideramos el proceso de formación reactiva”³³ en este punto, cabe mencionar lo que dice Freud acerca de algunas mujeres que tras la declinación de su vitalidad sexual, tornan de ángeles a diabólicas, de ahí que pudiéramos decir que del carácter, lo mejor es no esperar bondades.

En “las excepciones”, Freud destaca un baluarte narcisista en todos los casos, ser una excepción equivale a esperar o reclamar privilegios sobre los demás es decir, ser dotado o compensado con algo que no se le daría a los otros. En este sentido diríamos no acceder a la castración, lo que estaría caracterizado no por un delirio de grandeza o de un narcisismo elevado como el del bebé, sino por un empecinamiento a no tolerar la injuria del destino, como lo ejemplifica aquél que habiendo recibido un ultraje del destino, un defecto (como en las malformaciones congénitas) o el azote de una enfermedad crónica, hace de él su fuerte y reclama para sí todas las bondades o las no limitaciones (lo que se conoce también como ganancia secundaria de la enfermedad). En este punto, podemos también señalar que el reclamo de algunas mujeres acerca de ciertas prerrogativas y dispensas de lo que consideran coerciones de la vida, se fundamenta en este mismo mecanismo. La llamada “envidia del pene” por Freud, habla de la frustración que vive la mujer por el pedacito de carne que le faltó sin embargo, a pesar del encono de la mujer por la herida narcisista, no todas dice Freud, se van a estancar en este tipo de carácter de excepción, ya que la mujer encuentra una coartada para resolver la afrenta mediante el amor al padre. Freud no incluye a todas las mujeres en el tipo de las excepciones sin embargo esta puntualización va a servir como antecedente para hablar más adelante del Superyo y las diferencias de incidencia en el carácter femenino y masculino, por lo que en 1923, en “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos” como también en el “Sepultamiento del complejo de Edipo”, hace mención a una salida

³³ **Geréz Marta** - “Las Voces del Superyo ; En la clínica psicoanalítica y en el malestar en la cultura. Ed. Manantial 1993 pag. 52

conciliadora del imperativo Superyoico para algunos sujetos, abriendo así la polémica cuestión de la diferencia en influencia del Superyo en mujeres y hombres, donde aclara que es mucho menos cruel y despiadado en el caso de la mujer. “...el nivel de lo normal es otro en el caso de la mujer(...) El Superyo nunca deviene tan implacable, tan impersonal, tan independiente de sus orígenes afectivos como lo exigimos en el caso del varón. Rasgos de carácter que la crítica ha enrostrado desde siempre a la mujer que muestra un sentimiento de justicia menos acendrado que el varón, y menor inclinación a someterse a las grandes necesidades de la vida; que con mayor frecuencia se deja guiar en sus decisiones por sentimientos tiernos u hostiles -estarían ampliamente fundamentados en la modificación de la formación- Superyo”,³⁴ poniendo en el meollo mismo de esta diferencia la catástrofe del Edipo y su concomitante amenaza de castración como causales. Si el varón disuelve su Edipo por la eficacia del complejo de castración, y el eco de su amenaza, la mujer en cambio ingresa al Edipo por la incidencia del complejo de castración, ya que su castración ha sido vivenciada desde antes, y de ahí el reclamo a la madre que las trajo al mundo como mujeres, manifestada por los conflictos madre-hija tan usuales y la tramitación que la mujer hace de la madre a la figura del padre, del que se esperará una compensación y de ahí también que la angustia anudada a este complejo haya sido sustituida en ella por la angustia de la pérdida de amor del padre, siendo esta angustia justamente lo que mantiene indisoluble el lazo amoroso con éste. De modo que nunca renunciará a esperar de él, como don de amor, el pene o el hijo que oficiará como sustituto peniano, sin que esto signifique que no lo sustituya en lo real por otro portador de falo, el partener, del que esperará el apellido, el hijo, el sostén, el amor, etc. Si el sesgo del Superyo es tan cruel y despiadado en el varón es porque la disolución del lazo amoroso con el padre refuerza su hipermoralidad y la desexualización incestuosa; en la mujer en cambio el que no rompa el lazo, la llevará a superar el complejo edipiano en forma incompleta, pues al seguir referida al amor paterno, de éste no espera reprimenda, punición o castigo sino amparo, en tanto compensación. Por ello su moralidad más leve, más laxa que ostenta dicho lazo, mientras que para el varón este lazo es vergonzoso, él no quiere parecerse a una mujer, miedosa, dependiente, le asusta ser un “marica”, acepción que viene de maría, de mujer, y en este deseo está sólo, desamparado y no se tiene más que a él mismo para afrontar las consecuencias de su destino con las implicaciones del

³⁴ Freud. “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos”, Vol. XIX ; pag. 276 ; Amorrourtu Ed.

mandato Superyoico por delante: Trabaja, sigue adelante, no te rindas, no cejes, y aquí incluiríamos, no te permitas tener miedo y el clásico: ¡ no llores!.

Cabe aclarar que no estamos hablando aquí de un superyo masculino y un superyo femenino, sino sólo reiteramos con Freud la incidencia superyoica diferente para uno y otro, desde la lógica de la sexuación y la trama edípica, formulaciones que nos llevan a pensar en el papel que éste juega en los síntomas de nuestros pacientes varones en diálisis peritoneal continua ambulatoria donde nos preguntamos, si la castración que significa el perder la independencia, el trabajo y el poder fálico que le da el proveer y ser el sostén de su familia, y por otra parte los avatares que le confiere el padecimiento renal, será lo que le lleva a fallar en mayor medida que la mujer, quien vivenciada ya castrada no tiene nada que perder en ese sentido y sí en cambio confirmar el sostén, el lazo de protección y amparo que la lleva a aceptar y resignarse en mayor medida a los impedimentos que le confiere su padecimiento y por ende trabajar con menor resistencia el duelo, lo que se traduce en una mejor adherencia terapéutica

Ahora bien, hablar de lo masculino y lo femenino desde una perspectiva de género implica realizar una primera afirmación, -las culturas construyen los modos de ser mujer y de ser varón-, retomando la idea Freudiana en relación a que “la mujer no nace, se hace”, podríamos decir lo mismo del hombre “no nace, se hace”, y en este sentido nos construimos como mujeres o como hombres en un complejo entramado cuyos hilos refieren tanto a aspectos socioculturales e históricos, como a políticos, económicos e intrafamiliares. Desde esta perspectiva entonces y apoyándonos en las premisas del psicoanálisis, la psicología y la sociología, vamos a intentar definir lo que es la feminidad y la masculinidad.

La feminidad

*“Ella se abandona por sí misma
Al destino que se propone.
Consiente en ser una reina
Consiente en ser una prisionera
Depende de lo que él quiere, que ella sea”*

Marguerite Duras.

A partir de mediados del siglo pasado, centenares de estudios sociológicos, biológicos y culturales, se han encargado de establecer diferencias entre lo femenino y lo masculino, sin llegar aún a aseveraciones concluyentes. En el tema de las mujeres, Freud y sus seguidores tuvieron opiniones al respecto, por lo que muchas de sus ideas hoy día aún tienen vigencia como por ejemplo, el concepto de pasividad y actividad, siendo lo primero para definir lo femenino y lo segundo, lo masculino; otro de los conceptos que se ha sostenido en la jerga psicoanalítica, sobre todo Neoyorquina es el de la “ansiedad fálica” término que las feministas retoman para denunciar no sin enojo, como definición de aquella mujer que hace valer su feminidad masculinizándola, es decir, teniendo objetivos en la vida más allá de la crianza de hijos y la administración del hogar. En la época de los 50’, las doctoras, abogadas y en suma cualquier profesionista destacada o con estudios de postgrado, usaban grandes sombreros de flores y blusas de gasa vaporosa, ultra femeninas, con la finalidad de que no se dudara de su feminidad; hoy día al parecer el acento en éste punto se conserva pues a menudo, tiende a buscarse rasgos masculinos en aquellas mujeres exitosas o destacadas en los campos que se piensa son “masculinos” como el deporte, la ciencia y la política. Lo cierto es que lo femenino, a diferencia de lo masculino se concibe con relación a una predisposición nata para la ternura y devoción por el otro, y en este sentido todo lo que concierne a las relaciones humanas, el amor y la amistad, será asociado a la mujer. En 1983 se realizó una encuesta entre la población estudiantil de una universidad norteamericana, desprendiéndose como características de la mujer ideal, “...lo emocional, lo amable, el ser agradecida, doméstica y atenta; amante del arte, la música y los niños, que supiera entregarse a los demás, que requería de aprobación y seguridad y que era de lágrima fácil”³⁵. Los desarrollos religiosos hablan de la madre inmaculada como modelo de identificación femenina en el sentido de pureza,

³⁵ Jones C. “Las 1001 historias de la Historia de las mujeres” Editorial Grijalbo, 2000.

dulzura y virtuosidad, todo esto como factores constituyentes de la feminidad; en la epístola modificada de Melchor Ocampo, se habla de “dotes sexuales” de la mujer, enumerándolas como docilidad, ternura, obediencia, entrega y devoción hacia el marido y los hijos por venir. La cultura popular refiere odas en las que concibe a la mujer dentro de un perfil específico relacionado con el amor como elemento constitutivo del ser mujer “Una mujer que no sepa amar, no merece llamarse mujer...”³⁶. En el campo de lo imaginario, se es femenina en tanto los rasgos del cuerpo y el aspecto en general tengan que ver con lo armónico, lo bello y lo sensual, de ahí las milenarias recetas mucho antes de Cleopatra, que se pasan de generación en generación entre mujeres, acerca del cómo mantener una piel, un cabello y una figura e imagen amablemente femeninas pero, ¿Qué subyace a éstas afirmaciones? ¿Qué tiene que decir la mujer de todo esto? Betty Friedan, menciona que “Hay que tomar medidas drásticas para reeducar a las mujeres que han sido engañadas o defraudadas por la mística de la feminidad”³⁷. Desarrollos feministas como el de Simone de Beauvoir, en su libro “El segundo sexo”, menciona que la feminidad es en parte natural y en parte artificial dado que si las mujeres son internamente diferentes a los hombres, es porque ellos les fabricaron un rol que les hicieron tragar y esto, con el objetivo de apaciguar el miedo que las mujeres les despiertan. ¿De qué miedo nos habla aquí De Beauvoir?, “Ya, Winnicott hablaba que para los hombres el miedo a la dependencia toma a veces la forma de un miedo a la mujer”,³⁸ ¿O, será acaso en relación al supuesto poder femenino que consiste en usar “la mascarada” (concepto Lacaniano) que atrae al hombre hacia sus redes? Mucho se habla de este poder femenino basado en la belleza y la sensualidad que al parecer deja fuera a muchas, en el sentido de no encajar por distintas razones, en los cánones de belleza establecidos por la sociedad de acuerdo a cada cultura y sin embargo, no por ello dejan de atraer, de enganchar al partener, de modo que suponemos que esto de la belleza y la sensualidad como aspectos esenciales de la feminidad es uno más de los mitos que envuelven la mística de la feminidad que sin embargo, mito o no, encorseta y atrapa al común de la población femenina de todas las culturas, cualquiera sea el concepto de bello o sensual; de ahí los artilugios de todos los tiempos pasando por los corsés para afinar el talle, los polisonos y miriñaques para crear

³⁶ Canción popular : “ Una mujer “

³⁷ Friedan Betty “La mística de la Feminidad” pag. 476; Biblioteca Jucar . 1974

³⁸ Citado en “Desventuras del Psicoanálisis” pag.176, Ed. Paidós 1993 de Silvia Inés fendrik

la ilusión de una pelvis amplia, los vendajes en los pies de las mujeres en la cultura japonesa para estilizarlos exquisitamente, los polvos de plomo para blanquear la piel usados por las mujeres de la antigua Francia; los tacones y zapatos, no importa cuan incómodos y peligrosos sean mientras no dejen de ser femeninos, hasta las intervenciones quirúrgicas que hoy día son tan populares y socorridas para estirar, aumentar, disminuir o adecuar el cuerpo a la imagen femenina y en suma, toda la ingeniería y la medicina desde la antigüedad hasta nuestros días al servicio de la feminidad para caracterizar como debe ser de acuerdo a cada cultura, el aspecto de quien se asuma como mujer.

Desde el psicoanálisis es también difícil determinar el concepto de feminidad, pero nos parece importante señalar que lo que el psicoanálisis define como masculino o femenino, especialmente la escuela Lacaniana, no tiene que ver con las diferencias de orden anatómico, sino que son funciones correlativas a una posición subjetiva frente a la sexualidad, el deseo, el goce y en primer lugar, con relación al fantasma femenino o masculino.

En relación a la asunción subjetiva de la feminidad, Freud dice que cuando la niña experimenta la privación de algo, cuando se percata de la diferencia es decir, de que a diferencia del padre o del hermano ella y su madre no tienen falo o su sustituto imaginario el pene, es aquí donde experimenta la castración tanto suya como de la madre, asumiendo esta falta en una dimensión imaginaria como un castigo es decir, que la falta de pene en ella es la consecuencia de la castración a modo de castigo, por lo que la diferencia en el desarrollo sexual del hombre y el de la mujer es enunciada por Freud como "...una comprensible consecuencia de la diversidad anatómica de los genitales y de la situación psíquica enlazada con ella, corresponde al distingo entre castración consumada y amenaza de castración",³⁹ enfatizando con ello que la diferencia anatómica importa en tanto está relacionada con el campo de lo psíquico y por otra parte, que la castración real en la niña está consumada, en tanto que en el caso del varón la castración permanece bajo la forma de la amenaza y así, el superyo se constituye en el heredero del complejo de Edipo como regulador fálico. Si en la niña el complejo de castración precede a la formación del complejo de Edipo, entonces el superyo, como consecuencia lógica no puede ser su

³⁹ Freud, S. "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos" pag. 275 Vol

heredero. Y aquí surge la pregunta *¿En el caso de la mujer, como se supera o completa el complejo de Edipo si no resulta un superyo como su heredero?, Podemos decir que ante la certeza de la niña de que ni la madre ni ella tienen falo, y la imposibilidad de ésta madre de resarcirla de lo que le falta es decir, un “yo no lo tengo, ni tu lo tienes por lo que no puedes dármelo”, la niña se dirige al padre asumiendo una posición pasiva frente a éste, con la perspectiva de que él, sí la compense dándole lo que él tiene y a ella le falta, a través de un hijo que oficiará como sustituto peniano, deseo que como ya habíamos mencionado se deslizará más tarde a esperar el don de otro portador del falo. Sin embargo en esto que obtiene la mujer comprobará que ni el hijo, ni el amor, ni el deseo de ese otro por ella la colman, porque hay un más allá que la invade. Al goce del clítoris se le suma otro goce, que escapa a la regulación fálica de la amenaza de castración que en ella no hace efecto, ya esta castrada, goce que la hace padecer por no poder decir de qué goce se trata, y que en el intento de simbolizarlo, pone a la mujer en posición de sacrificio ante el otro. Es el llamado masoquismo femenino freudiano el cual, se expresa en la necesidad de ser golpeado dolorosamente y corresponde en la estructuración fantasmática de la feminidad, a ser castrado, ser poseído sexualmente ó, parir.*

¿Qué quiere una mujer?, pregunta Lacaniana que abre múltiples indagaciones que aún hoy interrogan, ya que no hay respuesta posible no obstante, por sus decires sabemos que añora “...ser amada, ser deseada por Otro...”⁴⁰ y de lo que se dice, retomando el mito del supuesto poder femenino, nos llega que para el hombre, ella es quien lo provoca, atrae su mirada, atiza y enciende su deseo, lo pierde, lo hechiza y en una palabra, lo domina ¿Verdades? o ¿Temores netamente masculinos? En cuanto a la maternidad, tampoco esto resuelve el enigma, la pregunta por la feminidad. De acuerdo a los estatutos Freudianos sin embargo, sabemos de algunas premisas que sería interesante cuestionar, a saber:

- a) *Muchas mujeres por su fuerte ligazón con la madre, eligen al marido según el modelo del padre y repiten con él, la mala relación que tenían con la madre.*

⁴⁰ Frida Saal “De seres, decires, de mujeres” en *La bella indiferencia* : pag.165 Sigolo XXI Editores.

- b) *Son vanidosas y narcisistas y se aman a sí mismas, con la misma intensidad con que el hombre las ama y sólo invisten libidinalmente a sus propios productos es decir, a los hijos en tanto formaron parte de ella misma.*
- c) *La vergüenza es una cualidad típicamente femenina y en parte se debe al propósito de ocultar sus genitales.*
- d) *Las mujeres poseen menor sentido de justicia que los hombres.*
- e) *Sus intereses sociales son más endebles que en el caso del varón.*
- f) *Algunas no pararán hasta hacer de su marido un hijo y actuar como madre respecto a éste.*
- g) *Se les reconoce como las inventoras del tejido y el trenzado.*
- h) *El masoquismo es eminentemente femenino.*

En el problema económico del masoquismo Freud (1924), dirá que el femenino es el menos enigmático de los tres masoquismos (el masoquismo erógeno, el masoquismo moral y el masoquismo femenino), el cual remite a fantasías que ponen a la persona en una situación característica de la feminidad, que como hemos citado anteriormente, son la de ser castrado, ser poseído sexualmente o parir. Estas ideas las retoma Lacán, en el seminario de La angustia, cuando propone que el masoquismo femenino no es más que un fantasma masculino.

Un masoquista se sabe, se presenta como un andrajo humano en posición de objeto al servicio del goce del Otro. Lacán en el seminario XIV, La lógica del fantasma, dice que la mujer no tiene vocación alguna para desempeñar este papel masoquista que se le atribuye, que ella no apunta al goce del Otro y si bien hace semblante de objeto "a", no es allí donde goza. Se ofrece, da a ver, pone en juego la mirada en tanto lo que da a ver es

siempre lo que no hay y es por eso que “ella deviene lo que ella crea”⁴¹, hace de su vacío un objeto conveniente para él y también para ella dado que si avanza irá un poco más allá del goce fálico (un goce suplementario, aunque nunca complementario al del hombre).

Nadie podrá negar que ella se tienta tentando al otro dice Lacán, como Eva a Adán en el Paraíso, proponiéndole que consuma algo, un objeto que no es de la necesidad de él. ¿Será que en tanto que lo tienta despierta su potencia, posibilitando que él la aborde como objeto causa de su deseo?, ¿Y en este llamado, esta evocación, cual será el valor de la mascarada, el disfraz de lo femenino?, en la danza del amor a él le corresponderá la impostura a ella el disfraz, nos recuerda Lacan: portan joyas, circulan, se pintan como los indios en pos de guerra. ¿Qué busca, qué gana?, inventora del tejido y del trenzado (Freud), la mujer teje alrededor una ausencia, un borde posible para que el partener acuda; da a ver un modo tal que devela y a la vez oculta su falta. Que una mujer se ofrezca entonces al deseo del hombre en posición de objeto, no necesariamente implica estar al servicio del otro en posición sacrificial histérica o en postura masoquista, la mascarada será en parte la forma en que usa su brillo fálico pero, en relación a lo que atañe a avanzar hacia un goce que le es propio. Es porque no tiene falo que toma de éste su valor privilegiado y así podrá devenir eso de lo cual se goza y aquí cabe la pregunta ¿Y ella goza de ser gozada?, ¿Ella goza de su posición de objeto?, Lacán plantea que en ocasiones, el que la mujer sea objeto del hombre no significa en modo alguno que esto sea de su gusto, si la mujer soporta ofrecerse de este modo al deseo de un hombre, quien apuntará en su cuerpo a un objeto: seno, voz, mirada u otro objeto, en tanto él la desee, tal vez esto sea lo que le permita a ella acceder a un goce propio, que excede al goce fálico, un goce suplementario del que no todas saben y, no a todas les sucede, “...hay un goce de ella, de esa ella que no existe y nada significa. Hay un goce suyo del cual quizá nada sabe ella misma, a no ser que lo siente: eso sí lo sabe. Lo sabe, desde luego cuando ocurre. No les ocurre a todas”⁴² En este texto también nos dirá que al hombre el falo le hará de obstáculo, en tanto que de lo que goza es de su órgano, remarcando aquí la polémica cuestión de la no existencia de la relación sexual, con lo que pone de manifiesto la heterogeneidad radical entre el goce de ella y el goce de él.

⁴¹ Lacán Seminario XIV “La Lógica del Fantasma” Versión en CD.

“No existe la mujer” dirá Lacán, en tanto ella sólo puede escribirse tachando el “La”, porque en esencia “ella no toda es”, hay mujeres, añade este autor pero, La Mujer, es tan sólo el sueño del hombre (encarnado elegantemente por el transexual)⁴³, en tanto ella se define por el no toda es decir, que no se presta a la generalización por lo que se las tiene que ver una por una, no hay para la mujer un significante que las represente a todas, como en el caso del hombre. “El ser no toda en la función fálica no quiere decir que no lo esté del todo. No es verdad que no esté del todo. Está de lleno allí pero, hay algo de más”.⁴⁴ En la conferencia de Ginebra, Lacán dirá “No dije que la mujer sea un objeto para el hombre, muy por el contrario dije que es algo con lo que nunca sabe arreglárselas, jamás deja de meter la pata al abordar a cualquiera de ellas, o bien porque era justamente lo que le hacía falta, pero jamás se percata de ello sino aprés coup, retroactivamente... no con todas le va bien, algunas no consueñan con su inconsciente”.⁴⁵

⁴² Lacán J. “Aún” seminario XX, pag 90, Ed. Paidós 1991

⁴³ Comentario nuestro

⁴⁴ Lacán J. (idem) pag. 92

⁴⁵ Lacán J. “Conferencia de Ginebra” (versión mimeografiada y fotocopiada)

La Masculinidad

“La gran tarea Freudiana fue justamente la de extraer la sexualidad humana del campo de lo biológico, historizarla y ubicarla como efecto que deriva de la relación con el Otro”

Frida Saal

En el campo de lo imaginario, la masculinidad en cuanto construcción social, supone una identidad que se caracteriza por la demostración permanente de la fuerza, la negación de la vulnerabilidad y de los sentimientos que supuestamente pueden debilitarlos (Salas y Campos, 2001). Una de las manifestaciones más importante de la vivencia de la masculinidad, lo constituye el ejercicio de la sexualidad activa de manera constante, con lo que se reafirma su virilidad. La sexualidad es un área en la que los hombres someten a escrutinio y evaluación sus dos más angustiantes preguntas: acerca de ser hombres y acerca de su relación con las mujeres. Ser hombre, va a estar asociado a un predominio de lo racional sobre lo afectivo, lo que tiene que ver con la negación de la ternura y la debilidad y en su defecto estará la utilización de la fuerza y la violencia. La masculinidad entonces vemos que se construye en varios campos, estrechamente vinculados con el ejercicio del poder.

Los estudios sobre masculinidad surgen de diversas fuentes, desde la producción teórica de las intelectuales feministas, de antropólogos/as e historiadores/as que hablaron sobre el tema, hasta los desarrollos no feministas como el de Alfred Kinsey en los cincuentas, de Robert Bly en los ochentas, y de Elizabeth Badinter en los noventas entre otros, quienes oscilan entre continuidades y restauraciones de la “masculinidad perdida” es decir, victimizan o juzgan a los hombres en lo referente a sus comportamientos, dejando en ocasiones de lado el análisis de los comportamientos étnicos y de la clase social, en las definiciones de lo masculino y lo femenino

Elizabeth Badinter (1993), plantea que el varón, para hacer valer su identidad masculina deberá convencer a los demás de tres cosas:

- 1.- Que no es una mujer;*
- 2.- Que no es un bebé;*
- 3.-Que no es un homosexual.*

Connell (1998), sostiene que las estructuras del orden de género que explican la encarnación social de la masculinidad son cuatro:

- 1. La producción y división de trabajo;*
- 2. El poder;*
- 3. La catéxis;*
- 4. La simbolización.*

Trabajo, violencia y sexualidad, cobran sentido a través de un cuerpo vivido como herramienta con capacidad de modificar, de dominar y de ejercer el poder sobre los otros. Se trata del cuerpo productor de masculinidad, de la masculinidad inserta en un cuerpo.

A. Fernandez (1992), establece la diferencia entre organismo y cuerpo, señalando que mientras el primero se hereda el segundo se construye. De acuerdo con esta autora, podemos decir que el organismo referirá al equipo genético (infraestructura neurofisiológica), mientras que el cuerpo tendrá que ver con una construcción realizada sobre la materia prima que da el organismo, atravesado por el lenguaje, el deseo y el goce, en un momento cultural e histórico determinados, y así tenemos que la percepción del propio cuerpo es decir, el cuerpo de lo masculino, el modelado por la clase social, el tipo de trabajo, "trabajos de hombres", la alimentación y la potencia sexual, entre otros factores, es lo que configura los espejos de la masculinidad, yendo del sobrepeso en un extremo a la languidez en el otro

Estudios diversos afirman que al parecer, existen varias masculinidades en cada cultura, aunque todas remiten a lo hegemónico es decir, a lo relacionado con la supremacía o la dominación. Los varones encuentran rituales de confirmación de su masculinidad, a través

de la incursión en espacios sociales que no incluyen a las mujeres, con la ambigüedad que esto pueda generar para los mismos participantes. Los deportes llamados extremos y los violentos, con sus rituales y símbolos configuran modelos para los espectadores quienes por el sólo hecho de observar, recrean actitudes y comportamientos confirmatorios. Por otra parte la manera de expresarse con lenguaje rudo “no apto para damas” y las modalidades de dar y transmitir afecto, son todas actitudes confirmatorias de género. La competitividad, las posiciones adoptadas de un grupo de hombres en torno al televisor en un partido de foot-ball, son todas imágenes típicamente masculinas de dominación y poder. La violencia masculina suele analizarse en tres líneas: hacia sí mismo, hacia la mujer y hacia otros hombres. Kaufman (1989), sostiene que la masculinidad al ser una construcción cultural, se torna frágil y en este sentido, afirma que los actos de violencia sexual y doméstica perpetrados por varones, son una demostración de la necesidad de confirmación del ser varón al mismo tiempo que prácticas de ejercicio de la dominación.

Un estudio realizado con adolescentes varones en la Universidad de Montevideo (1995), con el auspicio del Fondo de Población de Naciones Unidas, demostró que la masculinidad como habíamos citado antes, se construye en varios campos estrechamente ligados con el ejercicio del poder, destacando los siguientes puntos:

- a) La modalidad de relación con las mujeres es de dominación y sexismo;*
- b) La modalidad de la relación entre hombres, se da a través de la repartición del poder como subordinados o jefes, pero siempre como supraordinados con relación a las mujeres en función de su género;*
- c) La homofobia como elemento constitutivo del modelo hegemónico de la masculinidad;*
- d) La heterosexualidad como militancia masculina y asociada al dominio y a la violencia.*

En la conferencia sobre masculinidad convocada por un consorcio de Organismos Internacionales, Centros Académicos y grupos de estudios Universitarios de Oaxaca (México 1998), se dijo que una característica central de la masculinidad hegemónica es la heterosexualidad es decir, la sexualidad ejercida con las mujeres. En este sentido las prácticas sexuales de los hombres significadas por el modelo hegemónico de masculinidad, nos ofrece un sujeto activo en la búsqueda de placer sexual y descentrado de las decisiones reproductivas, la otra cara de la moneda sería en este modelo, el que centra a la mujer en su rol y función reproductora, postergando la búsqueda del placer sexual.

Para Lacán, "...ser macho no obliga a colocarse del lado del $\forall x \phi$ (falo). Uno puede colocarse, también del lado del no-todo. Hay allí hombres que están tan bien como las mujeres (...) A pesar, no diré de su falo, sino de lo que a guisa de falo les estorba, sienten, vislumbran la idea de que debe de haber un goce que esté más allá. Eso se llama un místico".⁴⁶ refiriéndose a lo observado por diversos estudios de que el goce del hombre está centrado en su órgano y esto es lo que privilegia en primer instancia, por lo que de acuerdo con Lacán, podemos decir que no es ahí donde se detiene la masculinidad ni se caracteriza por entero, dado que también existen hombres que sin dejar de serlo, sienten y consienten un goce otro más allá del goce fálico es decir, que no se avergüenzan de expresar sus sentimientos ni esto los hace sentir débiles, que no se asustan por llorar y sensibilizarse ante sus miedos y que pueden ponerse como la mujer, al servicio del otro, no necesariamente en postura histérica o masoquista, en su afán de ser amados y deseados porque para ellos, ser hombre no radica esencialmente en no acceder a esto es decir, a perderse de experimentar sentimientos como ternura, filiación, entrega, sacrificio y redención.

⁴⁶ Lacan J. "Aún" pag. 92 SeminarioXX; Ed. Paidós 1991

CAPITULO IV METODO

Planteamiento del problema:

Las preguntas que estructuran este trabajo surgieron a raíz de observar en los pacientes tratados con diálisis peritoneal continua ambulatoria, diversas conductas como malestar, tristeza y por otra parte, negación, resistencia y al parecer poca comprensión de las indicaciones médicas acerca del tratamiento. Pensamos las condiciones de aparición de síntomas psicológicos asociados a la enfermedad física en la singularidad de cada caso, no obstante se observó la aparición, en forma reiterada, de síntomas similares desencadenados a raíz de pérdidas tanto reales como simbólicas como mudanzas, cambios o perdida de empleo, separaciones de pareja e incapacidades físicas entre otros, que hizo necesario escucharlos y hacer pasar por el circuito de la palabra esos duelos y dolores es decir, llevarlos a elaborar y tramitar ese algo que les conmovía y afectaba en su entorno y que los llevaba a fallar.

En las entrevistas realizadas, tanto a hombres como a mujeres referidos al Departamento de Psicología por presentar “Inadaptabilidad al tratamiento médico”, nos percatamos de diferencias en los síntomas psíquicos de ambos grupos, siendo en los hombres un talante agresivo y suspicaz, con expresiones de devaluación ya fuera en relación con el tratamiento mismo o bien hacia el personal de salud, en tanto que en el grupo de mujeres, los síntomas eran de tristeza, llanto, expresiones de minusvalía intelectual y en otros casos, también aplanamiento afectivo, anorexia, mutismo y aislamiento. Pudimos también observar que en el curso mismo del tratamiento médico y psicológico, el grupo de mujeres presentó mejores y mayores cambios de actitud a favor del método de diálisis, que los que presentaron los hombres y así mismo, fue notoriamente mas alta la disposición del grupo de mujeres para aceptar ayuda psicoterapéutica, ya fuera de grupo o individual.

Con base en las percepciones anteriores nos inclinamos a pensar que se podrían desencadenar miedos, temores, fantasías y procesos psíquicos individuales acerca de un mismo estímulo es decir, lo que constituye la experiencia de la enfermedad y por otra parte, el método de control prescrito es decir, la diálisis continua ambulatoria que podría

estar relacionado con las diversas manifestaciones depresivas, de angustia o de otra índole psíquica en uno y otro grupo, que coincidían por igual en presentar fallas en la adherencia terapéutica, de ahí que pensamos en la realización de este trabajo para lo cual utilizamos el método de evaluación citado y de esta manera, las preguntas de investigación se plantearon como sigue:

Preguntas de Investigación :

- 1. ¿Qué tipo de temores y fantasías surgen en los pacientes Renales en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria?***
- 2. ¿Éstos temores y fantasías, inciden en la Adherencia Terapéutica ?***
- 3. ¿Son iguales los temores y las fantasías en hombres y Mujeres?***

Criterios de inclusión a la muestra

Entraron a la muestra los pacientes renales en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, no incluidos por diversas razones, en programa pre - trasplante, con edades entre 20 y 40 años, clínicamente inteligentes, que no presentaran en el momento de la aplicación del instrumento, alteraciones auditivas o perceptivo-visuales. Con nivel socioeconómico medio, medio-medio y medio-bajo.

Criterios de exclusión a la muestra:

No se estudiaron los pacientes que no cubrieron los requisitos de inclusión a la muestra, en cada uno de los puntos.

Criterios de eliminación a la muestra

Se eliminaron de esta investigación aquellos pacientes que por razones médicas (gravedad, deterioro mental por encefalopatías y neuropatías, alteraciones visuales o auditivas) presentadas en el curso de la aplicación del instrumento, no lo concluyeron y también quienes no lo concluyeron por deserción personal o exclusión por parte de la Institución del programa de diálisis continua ambulatoria.

Selección y tipo de muestra

Se estudiaron todos los pacientes varones y mujeres, que de acuerdo a los criterios de inclusión a la muestra, concluyeron la aplicación del instrumento y la entrevista individual durante el tiempo en que se llevó a cabo esta investigación. Una vez obtenidos los expedientes, para fines estadísticos se seleccionó un número igual de hombres y mujeres, por azar.

HIPÓTESIS

- Hipótesis alterna 1** *Los temores que surgen en los pacientes renales en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria se relacionan con la muerte, la discapacidad y la marginación social.*
- Hipótesis nula** *Los temores que surgen en los pacientes renales en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria no se relacionan con la muerte, la discapacidad y la marginación social.*
- Hipótesis alterna 2** *Las fantasías de los pacientes (varones) se relacionan con la dependencia y la amenaza de castración.*
- Hipótesis nula** *Las fantasías de los pacientes (varones) no se relacionan con la dependencia y la amenaza de castración.*
- Hipótesis alterna 3** *Los temores y fantasías encontrados, inciden negativamente en la "adherencia terapéutica" de los pacientes y esto repercute en el manejo de la técnica de diálisis.*
- Hipótesis nula** *Los temores y fantasías encontrados no inciden negativamente en la "adherencia terapéutica" de los pacientes y no repercuten en el manejo de la técnica de diálisis.*
- Hipótesis alterna 4** *Son los mismos temores y fantasías en hombres y mujeres y tienen repercusiones distintas en la psique de unos y otros, debido al Superyo, la cultura y el rol psicosexual.*
- Hipótesis nula** *No son los mismos temores y fantasías en los hombres y mujeres y no tienen repercusiones distintas en la psique de unos y otros, debido al Superyo, cultura y el rol psicosexual.*
- Hipótesis alterna 5.-** *La angustia ante la amenaza de castración simbólica en el hombre, es lo que lo lleva a fallar en la "adherencia terapéutica" en mayor medida que la mujer.*
- Hipótesis nula.-** *La angustia ante la amenaza de castración simbólica en el hombre, no es lo que lo lleva a fallar en la "adherencia terapéutica" en mayor medida que la mujer.*

Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo, de campo, exposfacto. Se plantea como exposfacto dado que el evento ya ocurrió y la tarea se delimita a observar la relación entre las variables estudiadas y el fenómeno investigado.

Indicadores:

Las 19 láminas seleccionadas y aplicadas del total de las láminas del Test de H.Murray, más los relativos a la edad, el género, estado civil, empleo activo, con o sin hijos y metáfora seleccionada.

Fenómeno clínico: *“Adherencia Terapéutica” definida como el apego del paciente a las prescripciones médicas y al tratamiento en general donde el aprendizaje del método de diálisis y la disciplina en los hábitos higiénicos, de alimentación y farmacoterapia médica son imprescindibles*

Prueba estadística

Para el tratamiento y análisis de los datos se utilizó el Coeficiente de Concordancia (W) de Kendall (Siegel, 1983), se trata de un método estadístico para analizar el tipo de correlación o asociación entre variables, es no paramétrico pues no tiene una distribución definida y no utiliza parámetros poblacionales.

Para el tratamiento de los indicadores se utilizó el paquete estadístico: “STATISTICA” El coeficiente W, determina el grado de correlación entre “K” indicadores semejantes (Siegel. 1983: 262), es útil en aplicaciones en donde intervienen agrupamiento de indicadores. Para probar la significancia del coeficiente de concordancia de Kendall (W), se empleó el estadístico χ^2

Población

15 varones y 15 mujeres con edades entre 20 y 40 años, con diagnóstico de Insuficiencia renal crónica, asistidos mediante Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), en la Unidad de Nefrología del Hospital General de México, O.D., con nivel socioeconómico medio, medio-medio y medio-bajo.

Escenario

Consultorio de Psicología del Servicio de Nefrología. Es un cubículo cerrado con puerta de media ventana y ventanal protegidos por persianas, cuenta con escritorio, archivero pizarra y una batería de seis sillas y 8 sillas individuales. El sillón del terapeuta puede moverse libremente para accionar en el escritorio y para quedar de frente a las personas que entrevista.

Instrumentos

- Entrevista individual semidirigida ; Metáfora*
- Test de Apercepción Temática "T.A.T." de H. Murray.*

Entrevista semidirigida

Tiene como objetivo seguir una línea de preguntas en torno a un objetivo específico en primer término, pero cuidando que el discurso del sujeto pueda extenderse de acuerdo a su idiosincrasia y percepciones, sin que el entrevistador influya en el tipo de respuesta pero si, en que el sujeto explique más acerca de lo que piensa o imagina. Este tipo de entrevista es de gran utilidad cuando lo que se desea es ahondar sobre un tema específico y propicia el libre discurso del individuo, sin coartar las asociaciones libres o cualquier otra manifestación del inconsciente, como sueños, lapsus, olvidos, trastocaciones, etc.

Metáfora: Del latín: metaphōra

“Aplicación de una palabra o de una expresión a un objeto o a un concepto, al cual no denota literalmente, con el fin de sugerir una comparación (con otro objeto o concepto) y facilitar su comprensión; alegoría en que unas palabras se toman en sentido recto y otras

en sentido figurado”⁴⁷ En la clínica puede utilizarse para semejar un relato dado con una vivencia específica. En esta investigación se plantearon tres:

1.- Columpio.- “Estar en un columpio que cuando sube, siente nervios y de bajada un vacío en el estómago”

2.- Bicicleta.- “Ir en una bicicleta, en ocasiones cuesta arriba, donde tiene que hacer mucho esfuerzo; otras, donde va de bajada y siente miedo y hasta vértigo por la velocidad con que se desliza.”

3.- Carro sin frenos.- “Ir en un carro sin frenos por una carretera muy sinuosa, donde puede ver a los lados el precipicio y las barrancas profundas.”

Test de apercepción tematica (T.A.T) de H. Murray

El T.A.T., fue concebido por H. A. Murray como un test proyectivo de la personalidad, que indica la manera en que se refleja la personalidad del sujeto en su experiencia subjetiva. Nos habla de las fantasías, las ideas y los conflictos que maneja, a través de la estructura de su personalidad y nivel de inteligencia. Consta de 30 láminas, divididas en tres series, con fotografías en blanco y negro y en claro oscuro que describen situaciones cotidianas y eventuales así como conflictos, algunas situaciones propias del desarrollo social y psicosexual de los individuos y también, de algunas crisis del desarrollo y ciclo de la vida familiar. Una serie se aplica a hombres, otra serie a las mujeres y una tercera se aplica a ambos sexos.

La administración del test comprende:

- a) Aplicación;
- b) Indagación de las respuestas;
- c) Interpretación.

⁴⁷ Biblioteca de Consulta Microsoft® Encarta® 2004. © 1993-2003 Microsoft Corporation.

La aplicación puede ser tanto individual como de grupo, en esta última se realiza a través de proyectar cada lámina sobre una pantalla, se sabe que es menos confiable que la administración individual, dado que el interrogatorio posterior no se realiza de inmediato y esto puede influir en los recuerdos, percepciones e ideas del sujeto. La aplicación individual se realiza mostrando cada una de las láminas seleccionadas, pidiendo al sujeto la invención de una historia dramática, que comprenda el pasado, el presente y el futuro, el pasado (los sucesos determinantes de la escena figurada en la lámina), el presente (las acciones, pensamientos, deseos y sentimientos de sus personajes) y el futuro (el desenlace). No hay límite en el tiempo que dure el relato pero sí se toma en cuenta el tiempo de reacción al estímulo, es decir, el tiempo que tarde en emitir la respuesta a cada lámina.

La indagación de las respuestas se efectúa después que el sujeto termina el total de historias, releyendo el examinador, en voz alta, cada historia permitiendo así ahondar más en el contenido del relato y propiciando la producción inconsciente del sujeto así como sus impresiones e impacto con la situación que se le invita a vivenciar a través de producir una historia sobre la lámina.

La interpretación cuenta con dos categorías:

a) Análisis de la estructura: *Esta basado en aspectos formales como estructura, realismo y complementación de las historias, que permite la apreciación de la integridad de los procesos del pensar y de la habilidad del yo, en el manejo del material emocional producido.*

b) Análisis del contenido: *Extrae del relato, las categorías abstractas que puedan derivarse desentrañando el contenido esencial oculto tras el contenido manifiesto.*

En el análisis e interpretación del TAT, se tienen en cuenta no sólo las historias y descripciones de las láminas, sino también la conversación y conducta del sujeto; de ahí la necesidad de una anotación completa y literal de los relatos, de las preguntas y comportamientos de sujeto, así como de los comentarios del propio examinador.

El marco referencial para la interpretación de esta prueba, es amplio y abarca diversos enfoques como los de la antropología cultural, la psicología social y el psicoanálisis, en éste último se ven ciertas láminas especialmente adecuadas para provocar la emergencia del contenido del ello, del super yó o del ideal del yo, y en las historias, comunicaciones semejantes a las que pueden obtenerse en un relato onírico y susceptibles de ser interpretadas en ciertos aspectos, como si se tratara de un sueño. Se considera que las historias producidas reflejan una conducta perceptual, una movilización de recuerdos y especialmente, un repertorio de fantasías.

En esta investigación se utilizó la interpretación basada en el contenido del relato con un marco referencial psicoanalítico, fundamentado en S. Freud y Jaques Lacán.

Procedimiento

Se seleccionó a los sujetos procediendo a entrevistarlos de manera individual, después de lo cual se aplicó el instrumento del test de Apercepción Temática de H. Murray. Pese a que en un inicio pensamos que podría llevarse a cabo la aplicación de los dos instrumentos en una sola sesión, en la practica resultó que se utilizaron dos y en ocasiones tres sesiones para un mismo sujeto, por la cantidad de producción individual y las limitaciones de tiempo debido a otros menesteres de trabajo Institucional de la entrevistadora y por otra parte, por las circunstancias de enfermedad y situación de crisis urémica que presentaban algunos pacientes el día de su cita, lo que descartaba la posibilidad de atenderlos.

A los hombres se les aplicaron las láminas:

1, 2, 3VH, 5, 6VH, 8VH, 11, 12H, 14, 15, 16, 17VH, 18VH y 20.

A las mujeres se les aplicaron las láminas:

1, 2, 3NM, 7NM, 8VH, 11,13N, 13HM, 14, 15, 16, 17NM y 20

La selección de láminas para efectos de esta investigación como dijimos anteriormente, se realizó tomando en cuenta los aspectos dinámicos que éstas despertaban con relación a lo

que estaban viviendo los pacientes estudiados, de acuerdo al método de tratamiento y los avatares de la enfermedad, por ejemplo, seleccionamos la 8VH, “La intervención quirúrgica” aplicada a ambos sexos, pues supusimos que les despertaría fantasías, temores deseos, etc., en relación al retiro del catéter blando o bien, con relación al trasplante; la lámina 1, “El niño y el violín” que explora la actitud ante el deber ya sea de rebelión o de sometimiento así como, expectativas o frustraciones ante la tarea, nos pareció pertinente para indagar las respuestas o reacciones ante el aprendizaje del método de diálisis y así, sucesivamente fuimos seleccionando las que nos parecieron más indicadas para suscitar justamente, fantasías, recuerdos, miedos y reacciones en general ante la enfermedad y el método de diálisis.

**DENOMINACIÓN DESCRIPTIVA Y ANALITICA DE LAS LÁMINAS UTILIZADAS
EN LA INVESTIGACIÓN**

HOMBRES:

LÁMINA	DESCRIPCIÓN	ÁREA QUE EXPLORA
<i>3VH</i>	<i>Reclinado(a) en el diván</i>	<i>Frustración, depresión, suicidio.</i>
<i>5</i>	<i>Mujer de edad en la puerta</i>	<i>Ansiedad paranoide, imagen madre-esposa.</i>
<i>6VH</i>	<i>El hijo que se va</i>	<i>Actitud frente a la figura materna dependencia- independencia, abandono, culpa.</i>
<i>12H</i>		<i>Pasividad, actitud frente a la terapia.(método de diálisis y tratamiento médico en general)</i>
<i>18VH</i>	<i>Atacado por la espalda</i>	<i>Ansiedad, culpa, ideas paranoides.</i>
<i>17VH</i>	<i>El Acróbata</i>	<i>Nivel de aspiración Exhibicionismo-Narcicismo.</i>

MUJERES:

LÁMINA	DESCRIPCIÓN	ÁREA QUE EXPLORA
3NM	<i>La joven en la puerta</i>	<i>Desesperación, culpa, pérdida, abandono, fracaso, violación.</i>
7NM	<i>Niña y muñeca</i>	<i>Relación madre-hija actitud frente a la maternidad.</i>
13N	<i>Niña ascendiendo la escalera</i>	<i>Carencias, soledad, expectativas.</i>
13HM	<i>Mujer en la cama</i>	<i>Actitud frente a la relación heterosexual, ansiedades culpa.</i>
17NM	<i>El puente</i>	<i>Frustración, depresión, auto castigo, culpa.</i>
20	<i>Solo(a) bajo el farol</i>	<i>Preocupación, abandono, culpa, castigo.</i>

AMBOS SEXOS:

LÁMINA	DESCRIPCIÓN	ÁREA QUE EXPLORA
1	<i>El chico y el violín</i>	<i>Deber, sometimiento, rebelión, aspiraciones, expectativas, frustración, ideal del yo. (Ante el tratamiento médico y el método de diálisis)</i>
2	<i>La estudiante en el campo</i>	<i>Conflictos de adaptación intrafamiliares, nivel de aspiración, feminidad, actitud frente a los padres.</i>
11	<i>Paisaje primitivo de piedras</i>	<i>Ansiedad frente al peligro, angustia ante las propias pulsiones de muerte y sexual.</i>
8VH	<i>La intervención quirúrgica</i>	<i>Dirección de la agresividad imagen del padre, miedo a la muerte.</i>
14	<i>Hombre en la ventana</i>	<i>Suicidio, evasión hombre adentro: fantasías expectativas, evocación; hombre afuera: aventura.</i>
15	<i>En el cementerio</i>	<i>Muerte, culpa y castigo, miedo al daño, depresión.</i>
16	<i>Lámina en blanco</i>	<i>Fantasías aspiraciones, posesiones, relación transferencial al método de diálisis y al tratamiento en general, ideal del yo.</i>

CAPITULO V
TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Calificación de pruebas:

HOMBRES

INDICADOR # 9	LAMINA 12H	AREA QUE EXPLORA
	<i>El Hipnotizador</i>	<i>pasividad, actitud frente a la Terapia (tratamiento)</i>
<i>Categoría No. 1</i>	<i>Necesidad de protección Resignación, disciplina Sumisión, confianza</i>	<i>(9 casos) 60%</i>
<i>Categoría No. 2</i>	<i>Desconfianza, desolación depresión, impotencia Frustración, rebeldía Temor a la muerte.</i>	<i>(6 casos) 40%</i>
INDICADOR # 10	LÁMINA 18VH	EXPLORA
	<i>Atacado por la espalda</i>	<i>Ansiedad, culpa, ideas paranoides</i>
<i>Sólo una categoría :</i>	<i>Depresión, culpa, autocastigo. Ansiedad frente al peligro Ideas paranoides, angustia, impotencia, temor a la incapacidad Pérdida, abandono, fracaso. Ideación suicida</i>	<i>(15 casos) 100%</i>
INDICADOR # 11	LÁMINA 17VH	EXPLORA
	<i>El Acróbata</i>	<i>Nivel de aspiración Exhibicionismo - Narcisismo</i>
<i>Categoría No. 1</i>	<i>Ideal del yo, alto nivel de aspiración Disciplina , Expectativa de bienestar sublimación</i>	<i>(6 casos) 40 %</i>
<i>Categoría No. 2</i>	<i>depresión, minusvalía, ansiedad, temor a la incapacidad, fracaso, abandono, rebeldía, desconfianza, pulsión de muerte, conflicto de adaptación</i>	<i>(9 casos) 60%</i>

INDICADOR # 12	LÁMINA 3VH	EXPLORA
	<i>Reclinado/ a en el diván</i>	<i>frustración , depresión, suicidio</i>
<i>Categoría No. 1</i>	<i>ideal del yo, alto nivel de aspiración</i>	<i>(1 caso) 6.6 %</i>
<i>categoría No. 2</i>	<i>Depresión, culpa, impotencia, desesperanza ,desolación, ideación suicida, angustia de muerte, fantasía de daño permanente frustración, angustia ante lo instintivo</i>	<i>(14 casos) 93.3%</i>
INDICADOR #13	LÁMINA 6VH	EXPLORA
	<i>El hijo que se va</i>	<i>Actitud frente a la figura materna dependencia-independencia, abandono, culpa.</i>
<i>Categoría No. 1</i>	<i>Necesidad de protección dependencia materna madre protectora</i>	<i>(7 casos)46.6%</i>
<i>Categoría No. 2</i>	<i>Conflicto entre dependencia-independencia Madre – esposa vigilante, castrante, Culpa, abandono, fracaso, autocastigo.</i>	<i>(9 casos) 60%</i>
INDICADOR # 14	LÁMINA 5	EXPLORA
	<i>Mujer de edad en la puerta</i>	<i>ansiedad paranoide, imagen madre – esposa</i>
<i>Sólo una categoría :</i>	<i>Madre – esposa sobre protectora Vigilante y castrante, angustia, ansiedad paranoide, impotencia, culpa.</i>	<i>(Los 15 casos)100%</i>

AMBOS SEXOS:

INDICADOR # 15

LAMINA 1

AREA QUE EXPLORA

El chico y el violín.

Deber, sometimiento, rebelión, aspiraciones, expectativas, frustración, ideal del yo.

Categoría No. 1

- *Deber, sometimiento a la regla, confianza, expectativa de bienestar.*
- *Disciplina, ideal del yo, sublimación*

*(14 varones) 93.3%
(3 Mujeres) 20%*

Categoría No. 2

- *Rebeldía ,Frustración*
- *Agresión, temor a la incapacidad.*
- *desolación, desesperanza, Ansiedad frente al peligro, devaluación intelectual.*

*(1 varón) 6.6%
(12 mujeres) 80%*

INDICADOR # 16

LÁMINA 2

EXPLORA

La estudiante en el campo

Conflictos de adaptación Intra-familiares, nivel de aspiración, feminidad, actitud frente a los padres.

Categoría No. 1

- *Sometimiento a la regla,*
- *Disciplina, superación, lucha.*
- *Ideal del yo, pulsión de vida*
- *Expectativa de bienestar*

*(11 varones) 73.3%
(12 mujeres) 80%*

Categoría No. 2

- *Evasión, depresión*
- *Conflicto de adaptación.*
- *Temor a la incapacidad, frustración.*
- *Desesperación, rebeldía, desolación.*

*(4 varones) 26.6%
(3 mujeres) 20%*

INDICADOR # 17**LÁMINA 11****EXPLORA***Paisaje primitivo de piedras.**Ansiedad frente al peligro, angustia ante la propia pulsión de muerte y la sexual.**Categoría No. 1*

- *Sublimación*
- *Expectativa de bienestar*

(0 varones) 00%
(7 mujeres) 46.6%

Categoría No. 2

- *Ansiedad frente al peligro.*
- *Angustia, conflicto de adaptación.*
- *Pulsión de muerte, autocastigo, culpa.*

(15 varones) 100%
(5 mujeres) 33.3%

*Categoría No. 3**Choque a la lámina*

(3 mujeres) 20%
(0 hombres) 00%

INDICADOR # 18**LÁMINA 8VH****EXPLORA***La intervención quirúrgica**Dirección de la agresividad imagen del padre, miedo a la muerte.**Categoría No. 1*

- *Sometimiento, deber.*
- *Superación , disciplina.*
- *Expectativa de bienestar*
- *Esperanza de vida, protección, ayuda, solución*

(3 varones) 20%
(10 mujeres) 66.6%

Categoría No. 2

- *Culpa , desconfianza, auto castigo, ideas paranoides, miedo a la muerte, evasión, dirección intrapunitiva.*

(12 varones) 80%
(5 mujeres) 33.3%

INDICADOR #19**LÁMINA 14****EXPLORA***Hombre en la ventana**Suicidio, evasión(hombre adentro:fantasías ,evocación
Hombre afuera: aventura)**Categoría No. 1**Sometimiento a la regla, sublimación, deber, esperanza de vida, expectativa de bienestar, lucha, ideal del yo.**(1 varón) 6.6%
(9 mujeres) 60%**Categoría No. 2**Evasión, angustia, culpa, ansiedad suicida, desesperanza, desolación, fracaso, conflicto de adaptación.**(10 varones) 66.6%
(6 mujeres) 40%**Categoría No. 3**Pensamiento mágico (fantasía de restitución total).(freno a la angustia)**(4 varones) 26.6%
(0 mujeres) 00%***INDICADOR #20****LÁMINA 15****EXPLORA***En el cementerio**Muerte, culpa, castigo, miedo al daño, depresión.**Categoría No. 1**Deber, sometimiento a la regla, sublimación, disciplina, ideal del yo, expectativa de bienestar, expectativa de recuperación, fantasía de recuperación**(3 varones) 20%
(9 mujeres)60%**Categoría No. 2**Culpa, autocastigo, angustia, temor a la muerte, ideación suicida, impotencia, ansiedad ante el peligro, evasión.**(12 varones)80%
(6 mujeres) 40%*

INDICADOR #21**LAMINA 16****EXPLORA**

	<i>Lamina en blanco</i>	<i>Fantasías, aspiraciones, relación transferencial de la prueba, tratamiento) (ideal del yo</i>
<i>Categoría No. 1</i>	<i>Disciplina, deber, confianza, sometimiento a la regla, esperanza de vida, expectativa de bienestar, sublimación, pulsión de vida</i>	<i>(9 varones) 60% (12 mujeres) 80%</i>
<i>Categoría No. 2</i>	<i>Angustia, temor al rechazo, a la marginación social, pulsión agresiva y auto castigo.</i>	<i>(2 varones)13.3% (0 mujeres)00%</i>
<i>Categoría No. 3</i>	<i>Fantasia de restitución total (pensamiento mágico)</i>	<i>(3 varones)20% (3 mujeres)20%</i>
<i>Categoría No. 4</i>	<i>Choque a la lámina</i>	<i>(1 varón) 6.6% (0 mujeres)00%</i>

MUJERES:

INDICADOR # 22

LAMINA 13HM

EXPLORA

Mujer en la cama

Actitud frente a la relación heterosexual, ansiedades, culpa.

Categoría No. 1

Fantasia de restitución total, pulsión agresiva

(1 caso) 6.6%

Categoría No. 2

*-Ansiedad, temor al rechazo o abandono
Pérdida, fracaso, minusvalía
Culpa por no sentirse deseable (imagen corporal)*

(14 casos) 93.3%

INDICADOR # 23

LÁMINA 3NM

EXPLORA

La joven en la puerta

Desesperación, culpa, pérdida, abandono, fracaso, violación

Categoría No. 1

*- Madre protectora, deber, disciplina
- Sublimación, Expectativa de bienestar
- Pulsión agresiva*

(6 casos) 40%

Categoría No, 2

*- Evasión, , desesperación pérdida
- Depresión , fracaso , abandono, angustia de muerte e ideación suicida, minusvalia , culpa, desolación.*

(9 casos) 60%

INDICADOR # 24

LÁMINA 7NM

EXPLORA

Niña y muñeca

*Relación madre - hija
actitud frente a la maternidad*

Categoría No. 1

Sometimiento a la regla, ideal del yo, preocupación, esperanza de vida, pulsión de vida, ideal del Yo

(13 casos)86.6%

Categoría No. 2

*- Frustración , pérdida
- Culpa ante la propia actitud materna
- Impotencia, temor a la incapacidad*

(2 casos)13.3%

INDICADOR # 25	LÁMINA 17NM	EXPLORA
	<i>El puente</i>	<i>Frustración, depresión, auto castigo , culpa</i>
<i>Categoría No.1</i>	<i>Ideal del Yo, Sublimación, deber, disciplina Confianza, pulsión de vida.</i>	<i>(13 casos)86%</i>
<i>Categoría No. 2</i>	<i>- Depresión, frustración Conflicto dependencia – ideación suicida, independencia, Auto- castigo</i>	<i>(2 casos)13.3%</i>

INDICADOR # 26	LÁMINA 13 N	EXPLORA
	<i>Niña ascendiendo la escalera</i>	<i>Carencias, soledad, expectativas</i>
<i>Categoría No. 1</i>	<i>Disciplina, deber, confianza, expectativa de bienestar, lucha - Superación , ideal del yo</i>	<i>(14 casos)93.3%</i>
<i>Categoría No. 2</i>	<i>- Culpa , soledad , preocupación</i>	<i>(1 caso) 6.6%</i>

INDICADOR # 27	LÁMINA 20	EXPLORA
	<i>Solo (a) Bajo el farol</i>	<i>Preocupación, abandono Culpa , castigo.</i>
<i>Categoría No. 1</i>	<i>- Confianza, expectativa de bienestar, Esperanza de vida, sublimación, Superación , pulsión de vida, esperanza de ayuda y solución</i>	<i>(13 casos)86.6%</i>
<i>Categoría No. 2</i>	<i>- Culpa, temor al rechazo, preocupación, auto-castigo, abandono.</i>	<i>(2 casos) 13.3%</i>

Análisis Estadístico

Preguntas de Investigación

La primer pregunta dice: **¿Qué tipo de temores y fantasías surgen en los pacientes renales en D. P. C. A.?, los indicadores a correlacionar son:**

Núm. de Indicador	Nombre del Indicador
17	Lámina 11.- Paisaje primitivo de piedras
18	Lámina 8VH.- Intervención Quirúrgica
20	Lámina 15.- En el cementerio
21	Lámina 16.- En blanco

Los resultados obtenidos para estas indicadores son:

STATISTIC A NONPARAME T. STATS	Friedman ANOVA and Kendall Coeff. of Concordance) ANOVA Chi Sqr. = 41.10959 $p < .00000$ ($N = 30$, $df = 3$) Coeff. of Concordance = .45677 Aver. rank $r = .43804$			
Indicador	Average Rank	Sum of Ranks	Mean	Std.Dev.
VARI7	1.516667	45.50000	107.1000	5.128349
VARI8	3.150000	94.50000	113.6667	8.563492
VAR20	3.000000	90.00000	113.5000	7.964362
VAR21	2.333333	70.00000	112.0667	7.399594

Coefficiente de Concordancia (W) = 0.46

Valor calculado para $\chi^2 = 41.11$ con 3 grados de libertad

El error máximo permitido en este análisis es de: $p = 0.00$

Valor de tablas para $\chi^2 = 16.27$ con 3 grados de libertad y $\alpha = 0.001$ (Tabla "C", Siegel. Pág. 283)

Decisión estadística:

El valor de Chi cuadrado calculado es mayor que el valor de tablas ($41.11 > 16.27$)

Los resultados anteriores indican que las correlaciones que se dan entre los indicadores 17, 18, 20 y 22 tienen una correlación del 0.46 considerada como correlación media y con una confiabilidad muy alta ya que el error es cero, lo cual se puede concluir que existe una buena asociación entre dichos indicadores y los temores asociados, por lo que se sustenta que los temores y fantasías que surgen en los pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria si se relacionan con la

muerte, la discapacidad, el fracaso, el autocastigo y la culpa (lámina 8VH, la intervención quirúrgica) con un 80% de varones, y un 33.3 % de mujeres en estas condiciones. Por otra parte, los resultados arrojados por la lámina 11 (paisaje primitivo de piedras), nos muestra un 100% de varones que experimentaron ansiedad frente al peligro en el acoso de sus pulsiones dónde despuntó la de muerte y así mismo, encontramos un 53.3% de mujeres en estas mismas condiciones y de este porcentaje, un 20% incluso, reaccionó con extrema angustia y por tanto choque a la lámina.

De igual manera la desolación de la vivencia de abandono, daño, marginación social y fantasía de muerte se evidenció en la (lámina 15, en el cementerio) donde encontramos un 80% de varones que experimentaron angustia, culpa, autocastigo e ideación suicida ante la evocación de muerte evidenciada en la lámina, así como, un 40% de mujeres en estas mismas condiciones. El resto de mujeres, el 60% evadió la evocación de la propia muerte hablando de otras muertes y otras personas así como otro tipo de enfermedad, nunca la suya, lo que se interpretó como defensa ante la angustia de la fantasía de muerte, debido a las condiciones de la enfermedad.

En la lámina 16 (lámina en blanco) que evocaba la relación transferencial ante el tratamiento médico y el método de diálisis, así como las expectativas del ideal del yo, lo que se encontró fue 80% de mujeres y un 60% de hombres, que tuvieron expectativas de bienestar y mejoría en base al ideal del yo es decir, a lo que se esperaría de ellos en una situación difícil, como también expresaron fantasía de restitución total evidenciando que recurrieron al pensamiento mágico como defensa ante la angustia en el 20% de las mujeres e igualmente, el 20% de los varones. Solo un varón experimentó choque a la lámina, probablemente porque la angustia ante la amenaza de muerte lo sobrepasó y no puedo emitir una respuesta pero si la reacción de choque ante esta lámina

La segunda pregunta de investigación se planteó como sigue: **¿Estos temores y fantasías inciden en la adherencia terapéutica?**, los indicadores por correlacionar son:

Núm. De Indicador	Nombre del Indicador
15	Lámina 1.- El Chico y el Violín
16	Lámina 2.- La estudiante en el campo
19	Lámina 14.- Hombre en la ventana

Los resultados obtenidos para estos indicadores son:

STATISTICA Friedman ANOVA and Kendall Coeff. of Concordance
 NONPARME ANOVA Chi Sqr. = 55.36470 $p < .00000$ ($N = 30$, $df = 2$)
 T. STATS Coeff. of Concordance = 0.92275 Aver. rank $r = .92008$

Indicador	Average Rank	Sum of Ranks	Mean	Std. Dev.
15	1.066667	32.00000	109.0333	6.515147
16	2.450000	73.50000	114.1667	8.416254
9	2.483333	74.50000	114.5000	8.803409

Coefficiente de Concordancia (W) = 0.92

Valor calculado para $\chi^2 = 55.41$ con 3 grados de libertad

El error máximo permitido en este análisis es de: $p = 0.0000$

Valor de tablas para $\chi^2 = 16.27$ con 3 grados de libertad y $\alpha = 0.001$ (Tabla "C", Siegel. Pág. 283)

Decisión estadística:

El valor de Chi cuadrado calculado es mayor que el valor de tablas ($55.41 > 16.27$)

La asociación que se da entre los indicadores 15, 16 y 19, manifiestan una correlación muy alta de 0.92 con grado de significancia alta, ya que el error es de cero.

Esto puede concluir que estos temores y fantasías si inciden en la adherencia terapéutica, dado que como puede observarse, en el grupo de mujeres encontramos un 80% de casos que experimentaron temor a la incapacidad y ansiedad frente al peligro en la lámina 1, (el chico y el violín) que se relacionó con el aprendizaje de la tarea es decir, la técnica de diálisis y por otra parte, en la lámina 14 (hombre en la ventana), relacionada con las aspiraciones, fantasías y evocaciones acerca de la

situación de enfermedad, un 66.6% de varones como también el 66.6% de mujeres, reaccionaron con ansiedad, desolación y conflicto de adaptación, evidenciado tanto en las respuestas a la lámina como en la práctica, con fallas en la aplicación al método de diálisis así como en las prescripciones médicas de higiene y alimentación, problemas anotados por sus médicos y enfermeras en sus expedientes médicos.

En la lámina 2 (la estudiante en el campo) lo que se evidenció fue la fantasía de que con base a la autodisciplina y el deber salvarían los obstáculos en relación con el aprendizaje de la técnica en el 73.3% de los varones y el 80% de las mujeres, no obstante en la práctica lo que se observaba eran justamente los problemas anotados en sus expedientes, por lo que pudimos concluir que aunque fantaseaban con mejores pronósticos, el miedo, la depresión y la angustia los hacía fallar más que adherirse al método.

La tercera pregunta fue: *¿Son iguales los temores y fantasías en hombres y mujeres?*, y los indicadores son:

GENERO	Núm. de Indicador	Nombre del Indicador	
H	9	Lámina 12H	El Hipnotizador
O	10	Lámina 18VH	Atacado por la Espalda
M	11	Lámina 17VH	El Acrobata
B	12	Lámina 3VH	Reclinado /a en el Divan
R	13	Lámina 6VH	El hijo que se va
E	14	Lámina 5	Mujer de edad en la puerta
S			
M	22	Lámina 13HM	Mujer en la cama
U	23	Lámina 3NM	La joven en la puerta
J	24	Lámina 7NM	Niña/muñeca
E	25	Lámina 17 NM	El puente
R	26	Lámina 13	Niña ascendiendo la escalera
E	27	Lámina 20	Solo/a bajo el farol
S			

Los resultados obtenidos para estos indicadores son:

Indicador	Average Rank	Sum of Ranks	Mean	Std.Dev.
H-9	7.100000	106.5000	105.1333	3.113717
H-10	3.833333	57.5000	104.4000	3.112188
H-11	9.666667	145.0000	107.0000	4.472136
H-12	7.300000	109.5000	105.6000	3.202678
H-13	3.200000	48.0000	104.0000	3.316620
H-14	2.066667	31.0000	101.0667	0.703731
M-22	5.900000	88.5000	105.5333	3.925495
M-23	9.666667	145.0000	107.0000	4.472136
M-24	6.933333	104.0000	105.2667	2.840188
M-25	9.666667	145.0000	107.0000	4.472136
M-26	5.033333	75.5000	105.1333	3.481927
M-27	7.633333	114.5000	106.2667	4.131182

Coefficiente de Concordancia (W) = 0.634

*Valor calculado para $\chi^2 = 104.58$ con 11 grados de libertad y
N=15*

El error máximo permitido en este análisis es de: $p = 0.00$

*El valor de tablas para $\chi^2 = 31.26$ con 11 grados de libertad y $\alpha = 0.001$ (Tabla
"C", Siegel. Pág. 283)*

Conclusión estadística:

El valor de Chi cuadrado calculado es mayor que el valor de tablas ($104.58 > 31.26$)

Los resultados indican que las correlaciones que se dan entre los indicadores correspondientes a las respuestas de los hombres (9 a 14) y las respuestas dadas por las mujeres (22 a 27) en función del cuestionamiento a que, si son iguales los temores y fantasías, los resultados muestran que tienen una correlación media del 0.634 y con una significancia muy alta con error de cero, lo cual se puede concluir que:

No existe una diferencia significativa entre los temores y fantasías que manifiestan los hombres y los que manifiestan las mujeres y esto pudimos corroborarlo en la evaluación de las seis láminas aplicadas a los hombres y las seis aplicadas a las mujeres, con la siguiente interpretación:

En el caso de los varones las fantasías de muerte, desolación e impotencia así como, temor a la incapacidad y daño las encontramos en la lámina 12H, (el hipnotizador), con un 40% de incidencia y de igual manera en la lámina 17VH, (el acróbata) con un 60%, y así mismo con un 60% también en la lámina 6VH, (el hijo que se va) donde también se evidencia conflicto de dependencia –independencia, además de fracaso y culpa. La fantasía de castración aparece con un 93.3% de incidencia en la lámina (reclinado en el diván) y con un 100% en la lámina 5VH (mujer de edad en la puerta)

En el caso de las mujeres, las fantasías de muerte, desolación, abandono fracaso y culpa así como temor a la discapacidad, aparece en las láminas 13HM, (mujer en la cama) con un 93.3% y en la 3NM, (la joven en la puerta) con un 60% de incidencia, donde también se evidencia evasión como defensa ante la angustia.

Con base a lo anterior expuesto podemos concluir que si son iguales los temores y fantasías en hombres y mujeres pero con una significación distinta como más tarde lo comprobamos en el análisis de las hipótesis investigadas.

CAPITULO VI **ANALISIS E INTERPETACIÓN DE RESULTADOS**

Hipótesis Alterna 1.-

“Los temores y fantasías que surgen en los pacientes renales en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, se relacionan con la muerte, la discapacidad y la marginación social.”

Esta hipótesis se aceptó con un 99.9% de confiabilidad y cero margen de error, y fue evaluada con todas las láminas seleccionadas para esta investigación, por lo que puede aseverarse que los temores y fantasías que surgen en los pacientes renales en Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, sí se relacionan con la muerte, la discapacidad y la marginación social (Ver tabla I).

Interpretación:

Las fantasías de muerte en el 93.3% de los varones estudiados, (lámina 3VH, reclinado en el diván) estuvo relacionado con la incapacidad física, la falta de fuerzas y las limitaciones impuestas por la enfermedad, que surgieron a raíz del acoso de pulsiones que ante los avatares del padecimiento se vieron interferidas, de ahí que el 100% se angustió (lámina 11,paisaje primitivo de piedras) despertándose los temores de discapacidad y daño permanente, y la respuesta fue depresión, aislamiento y en consecuencia conflicto de adaptación, por lo que los niveles de aspiración bajaron (lámina 17VH, el acróbata) por la desconfianza en sus médicos y el método prescrito, generándose (lámina 18VH, atacado por la espalda) angustia, ideas paranoides e ideación suicida, como salida de la dura realidad de ahí que, en el 26.6% de los casos se recurrió al pensamiento mágico para contender con la angustia, para el resto no fue suficiente y en un caso se presentó choque a la lámina en blanco con manifestación psicósomática que produjo un desvanecimiento, por lo que fue necesario proporcionarle ayuda médica de urgencia.

En el grupo de mujeres lo que destacó fue la angustia generada frente a la relación heterosexual por lo que se presentó en el 93.3%, (lámina 13HM, mujer en la cama) de los casos, temor al rechazo y al abandono de la pareja, experimentando culpa por la

conciencia de una auto imagen deteriorada por la enfermedad, por lo que también se temía la marginación social, y en consecuencia se generó auto devaluación intelectual por lo que en el 80.0% de los casos, desconfiaron en las propias capacidades para aprender la técnica, lámina(1, el chico y el violín) y esto tuvo el resultado de retrocesos y reprobaciones en el curso preparatorio de diálisis, evidenciado en la práctica. Esta percepción de incapacidad y la urgencia por otro lado, dadas las complicaciones de enfermedad, movilizó el acoso de pulsiones, generando angustia, miedo a la muerte, a la incapacidad y ansiedad frente al peligro en el 60% de los casos (lámina 11, paisaje primitivo de piedras) y dentro de éstos, 2 personas presentaron choque a la lámina, con evidencia de extrema angustia.

Cabe señalar que también en las entrevistas semi-dirigidas para realizar esta tesis, los miedos a la marginación por parte de los otros (sociedad), se evidenció a través de las lamentaciones de que los amigos y familiares cada vez los visitaban menos y que incluso los parientes más cercanos temían infectarlos (o ser infectados por ellos) y por eso no se les acercaban, algunos otros manifestaron que su aliento a urea era lo que probablemente "corría" a las personas de su lado, en tanto otros manifestaron que ellos mismos se recluirían porque no deseaban ser mirados con lástima, debido a la pérdida alarmante de peso entre otras manifestaciones de la enfermedad.

Hipótesis Alterna 2.-

"Los fantasías de los pacientes varones se relacionan con la dependencia materna y la amenaza de castración"

También esta hipótesis que fue evaluada con las seis láminas aplicadas sólo a los varones, se comprobó en un 99.9 % con cero margen de error por lo se acepta la hipótesis, asumiéndose que las fantasías de los pacientes varones sí se relacionan con la dependencia materna y la amenaza de castración (véase tabla II).

La interpretación es la siguiente:

Un 60% de los casos estudiados (lámina 12H, el hipnotizador) experimentó necesidad de protección, resignación, sumisión y confianza como respuesta a la vivencia del tratamiento médico prescrito (diálisis) no obstante cuando se conectó con la vivencia de enfermedad (lámina 18VH, atacado por la espalda), el 100% de estos varones, experimentó ansiedad, culpa e ideas paranoides, así como ideación suicida ante la vivencia de discapacidad y daño permanente, lo que aminoró las aspiraciones ante la perspectiva de cambio y mejoría (lámina 17VH, el acróbata) hasta un 40%, incrementándose en cambio la depresión, impotencia, desolación e ideación suicida como salida de la dura realidad, en un 93.3% de los casos (lámina 3VH, reclinado en el diván) no obstante, cuando todo esto se relacionó con la percepción de una madre-esposa vigilante, sobreprotectora y castrante, en el 100% pareció anularse todo lo anterior es decir, la correlación entre todas las demás láminas y ésta en particular la (5VH, mujer de edad en la puerta) fue casi nula, por lo que podemos concluir que ante esta imagen materna omnipotente, se anuló la angustia, la culpa, la ideación suicida, las aspiraciones, en una palabra todo, y sólo se observó una especie de paralización en todos los campos, como si se abandonaran a la protección y manejo de la madre o la esposa con la consecuente irresponsabilidad por lo que repercutió en fallas en la adherencia terapéutica en distintas situaciones.

Cabe señalar aquí la alusión relacionada con el catéter y su manguerilla, que los varones denominaban "cordón umbilical" lo que nos lleva a pensar que efectivamente esta respuesta correspondió a la fantasía de bebés in-útero, donde el producto no es aún autónomo y se abastece en todas sus funciones literalmente de su madre, siendo justamente este cordón umbilical lo que los liga a la vida, y de ahí la angustia y las fantasías de muerte y daño que en este grupo era evidente y por ello un 73.3% escogió en relación a su idea del tratamiento dialítico, la metáfora de "bicicleta a gran velocidad cuesta abajo" en tanto que el resto, el 26.6%, la de "auto sin frenos en plan de barrancas", un angustiante fuera de control e inminente peligro de un desenlace fatal. (Véase tabla VIII)

Hipótesis Alterna 3.-

“Los temores y fantasías encontrados, inciden negativamente en la adherencia terapéutica de los pacientes renales y esto repercute en el manejo de la técnica de diálisis”

Esta hipótesis se comprobó también en un 99.9%, con cero margen de error y fue evaluada con la comparación intra - indicadores de todas las láminas aplicadas a hombres y las aplicadas a mujeres, sin tomar en cuenta las que se aplicó a ambos sexos (Ver tabla III) encontrándose los siguientes resultados:

La interpretación es la siguiente:

En el grupo de varones encontramos un 93.3% (lamina 1, el chico y el violín) de confianza en sus propias capacidades, por lo que se reflejó en que la mayoría no tuvo dificultades en el aprendizaje de la técnica no obstante, en la práctica se observaron retrocesos y esto debido a que cuando tuvieron que enfrentarse con lo cotidiano (un nuevo escenario: el desempleo, la incapacidad física y la confinación que ellos mismos se imponen debido al miedo), en un 100% presentaron angustia frente al acoso pulsional, (lámina 11, paisaje primitivo de piedras) y en consecuencia conflicto de adaptación. Ante esta misma lámina que exploraba las pulsiones, el 53.3% de mujeres, experimentó angustia, como en el caso de los varones, e incluso de estos 8 caso de mujeres, un 20% reaccionó con choque a la lámina, no obstante también se dio un 46.6% que no sintieron ansiedad ni temores sublimando en cambio el temor que pudiera haberles despertado la lámina, con la fantasía de un mejor panorama que podrían lograr con base en la autodisciplina y el deber.

Aquí también se remarcó lo que se había observado con anterioridad en los varones y que fue justamente la paralización ejercida con relación a la ayuda incondicional de la familia y en especial de la esposa-madre. Recordemos aquí a Freud ⁴⁸, cuando nos dice que muchas mujeres no pararán hasta hacer de su marido un hijo y actuar como madres respecto a él, y en este estudio fue evidente que la misma enfermedad y la angustia por su control, desempeñó un factor importante para que estas madres y esposas que se

⁴⁸ Freud.S.- 33º conferencia “La feminidad” Vol. XXII; pag. 124 ; Amorrourtu Ed.

encargarán literalmente de todo, combinándose con la angustia de castración de sus hijos o esposos de la muestra, en el 100% de los casos (lámina 5VH, mujer de edad en la puerta) que los hizo paralizarse y abandonarse literalmente a la manutención del “cordón umbilical”, con la consecuente irresponsabilidad debido justamente a la anulación de sus capacidades, y por tanto fallas en la adherencia al método de diálisis.

En el grupo de mujeres los resultados arrojaron un 93.3% (lámina 13HM) de fantasías de devaluación de la imagen corporal así como de abandono y rechazo con relación a la actitud heterosexual es decir, que en este porcentaje temieron el abandono de sus parejas, viviéndolo con culpa y vergüenza por la auto imagen de enfermas, de ahí que en el 80.0% (lámina 1, el chico y el violín) la devaluación intelectual se desplazó al aprendizaje de la técnica, ya que todas ellas tuvieron dificultades en un inicio no obstante, una vez aprobadas observamos que en el manejo pulsional despuntó la pulsión de vida, justo cuando se relacionó con el ideal del yo en relación a su rol materno, (lámina 7NM, niña muñeca) por lo que la angustia con relación al rechazo del otro sexo se disminuyó en las madres (13 casos), no así en las que no tenían hijos, y de ahí que sólo este porcentaje de madres 86.6%, pudieron confiar en sus propias capacidades y esto se vio reflejado en un buen manejo de la técnica. Recordemos aquí a Lacán sobre lo que dice sobre el plus de goce que tienen las mujeres, ese otro goce que va más allá de la regulación fálica y que le permite conectarse a otras cosas más allá del goce de órgano, recurso femenino que en este estudio específicamente se conectó con la actitud frente a la maternidad (lámina 7NM, niña – muñeca).

Cabe reiterar aquí que en la práctica es decir, durante el periodo de observación para verificar el manejo de la técnica ya aprobada, se observó que las mujeres no tuvieron infecciones ni taponamientos del catéter, lo que correlacionó con su respuesta a la metáfora planteada en la entrevista semidirigida, acerca de cómo vivenciaban su tratamiento y el control sobre éste, a lo que un 86.6% escogió la metáfora I, que se relacionaba con un columpio que ascendía y bajaba con gran velocidad, en donde se sentía el vértigo de la subida y bajada, a lo que la respuesta usual fue la de “yo controlo el columpio”, el 13.3% restante escogió la metáfora II bicicleta, con la idea de menor control y sí mayor dificultad y miedo, y ninguna escogió la III- carro sin frenos, que aludía

justamente al descontrol total , el ataque pulsional y la amenaza de muerte (en este caso, salida del programa crónico de diálisis, con el consecuente deterioro y desenlace funesto), en el caso de los hombres como se mencionó anteriormente la metáfora más utilizada fue la II- bicicleta con un 73.3% y la III - carro sin frenos con un 26.6% de los casos (Ver tabla VIII).

Hipótesis Alterna 4

“Son los mismos temores y fantasías en hombres y mujeres pero tienen repercusiones distintas en la psique de unos y otros debido al superyo, la cultura y el rol psicosexual”

También esta hipótesis se aceptó en su totalidad con un 99.9% de confiabilidad es decir, que existieron las mismas fantasías en uno y otro sexo y con diferencias como se pensó en la significación para cada uno de los grupos, lo que fue evaluado con todas las láminas aplicadas a unos, otros y ambos grupos (ver tabla IV).

Para comprobar esta hipótesis se utilizaron como se dijo, los resultados de todas las láminas sin embargo, donde se evidenció el temor a la discapacidad relacionado con la angustia de castración en ambos grupos fue en las láminas (17VH el acróbata), (3VH reclinado en el diván), (18VH atacado por la espalda) para los hombres, (11 paisaje primitivo) y (8VH intervención quirúrgica), para ambos sexos y las láminas (13HM mujer en la cama) y (7NM niña-muñeca), y (20 solo (a) bajo el farol), para mujeres.

La interpretación es la siguiente:

Tuvimos un 100% de varones angustiados, frustrados y sintiéndose impotentes y con ideas paranoides de daño y muerte, (lámina 18VH, atacado por la espalda) vivenciando las posibles intervenciones quirúrgicas (retiro del catéter blando) como un castigo y amenaza de daño y muerte, en un 80% de los casos (lamina 8VH, la intervención quirúrgica), en tanto que en el grupo de mujeres sólo el 20% percibió con angustia de muerte las intervenciones en este sentido, en la misma lámina.

Con relación al ataque pulsional (lámina 11), se presentó una situación similar en ambos grupos, por lo que obtuvimos un 100% de varones (lámina 11, paisaje primitivo de piedras) que vivenciaron la castración con extrema angustia, lo que elevó la pulsión de muerte y la dirección de la pulsión agresiva se volcó hacia sí mismos traduciéndose en depresión importante que repercutió en fallas en la adherencia terapéutica, evidenciados en sus expedientes clínicos. En el grupo de mujeres también se presentó angustia y fantasía de daño y muerte en el 53.3% de los casos, en esta misma lámina, 11, existiendo tres casos el 20% de este mismo porcentaje, que reaccionó con choque a la lámina por lo que la agresión también se dirigió hacia sí mismas y de igual manera fallaron, sin embargo la significación de la castración fue diferente ya que para los varones estaba en las limitaciones físicas, (láminas 18VH atacado por la espalda y 17VH, el acróbata) y en las mujeres, en no poder despertar el deseo y la mirada del sexo opuesto, y en este sentido, estar fuera de circulación como mujeres ante sus parejas (lámina 13HM, mujer en la cama) o prospectos de pareja en el caso de las solteras, en donde se habló también de infertilidad desde el momento en que no tenían menstruaciones debido a los trastornos metabólicos y endocrinos.

Otra de las fantasías similares que observamos en hombres y mujeres, fue la angustia de muerte e ideación suicida evaluada con las láminas (3VH reclinado en el diván) para los hombres, la lámina (3NM, la joven en la puerta) para las mujeres y la (14 hombre en la ventana), (15 en el cementerio) y (16, lámina en blanco) para ambos sexos

La interpretación es como sigue:

Encontramos que, para el 93.3% de los varones (lámina 3VH, reclinado en el diván)) se despertó la fantasía de muerte y de ideación suicida, relacionada con la impotencia, la aniquilación de las capacidades físicas de fuerza y resistencia, por lo que las aspiraciones se vieron interferidas en el 86.6%, de estos varones (lámina 14, hombre en la ventana), y de estos 13 casos, el 26.6% recurrió al pensamiento mágico como defensa ante la angustia. Así mismo, observamos en este grupo de varones, un 86.6 %, que vivenció culpa y auto castigo con temores de muerte e ideación suicida (lámina 15, en el cementerio) por lo que sólo el 66.6% logró recuperarse de tal angustia (lámina 16, en blanco), con la perspectiva

de un mejor cambio con base a la autodisciplina y el deber, en tanto que el 20.0%, tuvo que recurrir al pensamiento mágico con la fantasía de restitución total, como defensa ante esta angustia de muerte; el 6.6% (un caso) no pudo contender con la extrema angustia que vivenció por lo que tuvo choque a la lámina con manifestaciones somáticas que como se mencionó anteriormente, requirió de asistencia médica de urgencia.

En el grupo de mujeres encontramos un 60% de casos(lámina 3NM, la joven en la puerta) que experimentaron depresión con ideación de muerte, pérdida, fracaso y abandono, con relación al problema de enfermedad, por lo que las expectativas de vida se vieron afectadas también en un 60.0% de los casos(lámina 14,hombre en la ventana) no obstante, este grupo logró recuperarse ascendiendo al 89.0% de casos, (lámina 16, en blanco) donde la perspectiva de autodisciplina y sometimiento a la regla, les llevó a esperar un resultado de mejoría en la salud, lo que mitigó la angustia, el resto, 20%, tuvo la necesidad de recurrir al pensamiento mágico con la fantasía de restitución total.

En relación con el superyo y la diferencia en su incidencia sobre la enfermedad en hombres y mujeres, evaluadas con las (láminas 3VH, reclinado en el diván y (6VH ,el hijo que se va) para los hombres, y las láminas: (13 HM, mujer en la cama) (3NM, niña-muñeca) y (7NM el puente) para las mujeres, pudimos corroborar lo siguiente:

En el grupo de hombres el 93,3% de casos (lámina 3VH, reclinado en el diván), experimentó culpa por la incapacidad física debido a la enfermedad, lo que les llevó a vivenciar frustración y angustia ante las pulsiones agresivas y sexuales así como, entre la pulsión de vida y la de muerte, generándose conflicto de adaptación en el 60% de los casos (lámina 6VH, el hijo que se va), donde la necesidad de protección primaria materna, ante la angustia de incapacidad y daño era evidente, pero también, la rabia por la dependencia y la fantasía de fracaso total y nulificación de sí mismos como varones en el sentido social del rol, lo que también se evidenció en sus discursos escuchados en las entrevistas semi dirigidas, donde lo que solían expresar era un: “ ya no sirvo como hombre para mi mujer”, “ya no sirvo para trabajar como antes, ahora soy un “huevón”, un mantenido, “no sirvo para nada”.

En el grupo de mujeres la culpa por la discapacidad, recayó en la fantasía de ser repugnantes para sus parejas en el sentido del deseo sexual en un 93.3% de los casos, (lámina 13HM, mujer en la cama), por lo que se sintieron devaluadas y torpes también en el área intelectual no obstante, cuando la libido se desplazó hacia el ideal del yo como madres, en el 86.6% de los casos (lámina 7NM, niña-muñeca), esta fantasía pareció anularse o hacerse a un lado, recobrando nuevas energías para contender con la angustia, con base en la autodisciplina y confianza de un cambio favorable, basadas en el ideal del yo como madres, más que de mujeres.

Aquí podemos corroborar la hipótesis Freudiana de que el Superyó “...es mucho menos cruel y despiadado en el caso de la mujer (...) el superyo nunca deviene tan impersonal, tan independiente de sus orígenes afectivos como en el caso del varón (...) la mujer que muestra menor inclinación a someterse a las grandes necesidades de la vida”⁴⁹ demostrado en estos casos por el cambio de meta en la pulsión de vida en este grupo de mujeres a quienes no pareció importarles sentirse impedidas físicamente, en tanto se tuviera algo de energía para cumplir como madres, lo que no requería de la demostración de fuerza y valor o de la potencia sexual como en el grupo de hombres.

En el caso de los varones, podemos pensar en la teoría acerca la construcción social que lleva al hombre a pensar su masculinidad desde la demostración constante de la fuerza, la negación de la vulnerabilidad y los sentimientos que puedan debilitarlos (Salas y Campos 2001), por lo que creemos que, la respuesta del 93.3% de los casos de los varones de este estudio que vivenciaron las limitaciones de sus capacidades y potencialidades debido a la enfermedad, con la fantasía de daño permanente y discapacidad (lámina 3VH, reclinado en el diván) se debió a que para estos varones el perder su empleo y vivenciarse enfermos e incapacitados con relación a la fuerza física y la potencia sexual, les significó perder su masculinidad en cuanto al rol social y el ideal del yo, por lo que el acoso superyóico fue más evidente al no poder responder al “ Trabaja, levántate, no te venzas y como dijimos anteriormente, incluyendo el “no te permitas tener miedo, quejarte o llorar” ; como por ejemplo, el clásico : “No chille , no sea marica”⁵⁰

⁴⁹ Freud S. “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos” Vol XIX, pag. 276; Amorrortu Ed

En el caso de las mujeres el acoso superyóico menos severo no les proyectó la fantasía de inútiles y discapacitadas como a los hombres, la discapacidad y devaluación fue en otro campo como ya vimos, pero en cuanto a lo que se esperaba de ellas en su rol social y familiar (ideal del yo) recurrieron, como también Freud lo menciona al recurso de apelación al amor del padre es decir, al Otro (familia, médicos y otros) para establecer la confianza en que la institución y la familia las habría de apoyar para salir adelante, (lámina 17NM, el puente) de ahí que se permitieron llorar y establecer el duelo en mayor medida, sublimando los miedos y fantasías de daño por un panorama donde el deber, la lucha y la disciplina serían recompensados con un mayor y mejor control de su padecimiento, en el 86.6% de los casos; en cuanto a perder su empleo esto tampoco pareció perjudicarlas ya que el 46.6% siguió trabajando en empleos de poca remuneración (estanquillo de dulces a la puerta de su casa en la mayoría) y el resto aceptó de buena gana la ayuda de la familia extensa (Ver tabla VI).

Ahora bien pensando en el grupo de varones en estas mismas circunstancias de pérdida o cambio de empleo que se dio en el 86.6% de los casos, (ver tabla VI) no podemos dejar de lado lo que esto significa en su psique como hombres recordando que “...algunos estudios al respecto han mostrado los efectos que en los sectores populares, tienen sobre la identidad masculina el recluirse en el hogar, a la sombra de la desocupación, mientras sus compañeras logran mantener sus precarias fuentes laborales”⁵¹

⁵⁰ Expresión popular que utiliza con frecuencia, cuando se ve llorar a un niño o a un hombre.

⁵¹ López y Güida “Aportes de los estudios de género en la conceptualización de la masculinidad” Ed. con apoyo del FNUAP, Montevideo 1998.

Hipótesis Alternativa 5

“La angustia ante la amenaza de castración en el hombre, es lo que lo lleva a fallar en mayor medida que la mujer”

Finalmente, esta última hipótesis fue aceptada con un 99.9% de confiabilidad como las anteriores y la sustentación de ésta se basó en la correlación intra-indicadores de las láminas (17VH, el acróbata), (6VH, el hijo que se va) y (5VH, mujer de edad en la puerta), aplicadas a los hombres, en comparación con las láminas (3NM, la joven en la puerta); (13N, niña ascendiendo la escalera) y (20, solo bajo el farol), aplicadas a las mujeres (Ver tabla V).

La interpretación es la siguiente:

El porcentaje de sujetos que presentaron depresión, minusvalía, desconfianza, fracaso y culpa con un bajo nivel de aspiración con base a sus propias capacidades fue del 60%, (lámina 17VH, el acróbata) lo que correlacionó significativamente con el 60% también de sujetos que presentaron conflicto de dependencia-independencia (lámina 6VH, el hijo que se va) y de igual manera mayor conflicto de adaptación caracterizado por inconsistencias en el manejo de las medidas de higiene y del manejo de la técnica, lo que a su vez coincidió con que en el 100% de los casos (lámina 5, mujer de edad en la puerta) se encontró en menor o mayor medida, como se había mencionado anteriormente, una conciencia de sobreprotección, vigilancia y actitud dominante en las madres-esposas de estos pacientes, que propiciaron la inutilidad de los sujetos, incrementando la ansiedad de sentirse fracasados y “buenos para nada”, lo que elevó la angustia frente a la amenaza de castración de sus capacidades y sobre todo, aquellas que de acuerdo al modelo hegemónico con que se construye la masculinidad es el de la fuerza y la supremacía en el poder de decisión, lo que en estos sujetos se vio seriamente afectado y por ende su actitud en el tratamiento, fue de irresponsabilidad, como un dejarse llevar por las circunstancias no haciéndose cargo de los resultados, con las consecuentes fallas en la adherencia terapéutica.

En el caso de las mujeres, la amenaza de castración se pudo observar en la lámina (13HM, mujer en la cama) en el sentido de sentirse culpables y avergonzadas por su auto imagen, como también aseveramos anteriormente, y temerosas de ser abandonadas por su pareja, elemento que pareció desvanecerse, como también ya aseveramos, en cuanto se relacionó con la expectativa de restablecimiento y mejoría como respuesta a la ayuda que se les brindaba (lámina 17NM, el puente), y cuando se enlazó con la libido el ideal del yo en tanto madres en el 86.6% de los casos (lámina 7NM, niña – muñeca))

Otro apartado donde se evidenció la angustia de castración, fue en las solteras que expusieron sus temores en la entrevista semi dirigida, de no tener hijos y no encontrar alguien que las quisiera enfermas y en consecuencia estériles, y en caso de casarse, quisiera adoptar hijos sin embargo, esto no fue motivo de fallas en la adherencia terapéutica y en el manejo de la técnica como factor integral de ésta, como se observó en la práctica.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES ALCANCES Y LIMITACIONES

Hemos llegado al final de este trabajo de investigación sobre los temores y fantasías y su relación con el genero y la adherencia terapéutica, de un grupo de hombres y mujeres, 30 en total, todos ellos pacientes renales tratados mediante el método de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria encontrando que, como habíamos pensado, existen factores psicológicos, temores, miedos y fantasías en unos y otros, con diferencias en cuanto al significado subjetivo de estos temores y fantasías, que los llevan a tener problemas para seguir de manera adecuada las prescripciones médicas en el manejo y control de su padecimiento renal.

Comprobamos también que las diferencias en las respuestas de uno y otro sexo estuvo relacionado con la fantasía de castración, en el caso de los varones, evidenciada por las limitaciones impuestas por la enfermedad así como el método de diálisis que confinaron a los sujetos a permanecer en sus hogares (este método también se llama domiciliario) cuando antes eran sujetos productivos y, aquí podemos hablar del “arraigo domiciliario” en que prácticamente viven estos pacientes varones por el miedo, como ellos mismos expresan, de infectarse pues es sólo en su domicilio y en una habitación que cumpla los criterios de asepsia, donde pueden realizarse las diálisis que por lo común son cada cuatro horas pues para realizarlas todas juntas (las cuatro durante la noche), implicaría que alguien velara al enfermo llevando a cabo los cambios de bolsa y sin turbar su sueño, además de que las condiciones de su organismo lo permitieran, de ahí que es vivan como imposible el que puedan reanudar sus labores, en cualquier campo y sobre todo en trabajos que no cumplan con los criterios de asepsia, como los del tipo de obreros y operarios de máquinas, trabajos rurales o en talleres mecánicos o de peluquería entre otros, y todos estos son factores que los confinan de por vida a ser dependientes a necesitar siempre de alguien que les brinde apoyo, que vea por ellos si sobreviene una crisis y todo esto, a la larga, cansa, margina socialmente a cualquiera; cosa que no pareció afectar a las mujeres de la muestra, pues la mayoría (66.6%), eran amas de casa, 20% hijas de familia aún y el resto 13.3% madres solas que trabajaban y que pudieron recolocarse en empleos caseros que les permitieron, con ayuda de la familia extensa, hacer frente a la manutención de sus hijos. Lo que si observamos en este grupo de mujeres fue la dificultad

inicial que la mayoría tuvo para aprender el manejo de la técnica de diálisis, lo que estuvo relacionado con la idea de incapacidad y minusvalía, proveniente del fantasma de ser poco capaces y valiosas como mujeres para atraer al sexo opuesto, con base en su aspecto de enfermas. Recordemos aquí la mística de la feminidad que atrapa al común de las mujeres de todas las razas y culturas, donde la característica principal de la feminidad está basada en los aspectos de belleza y sensualidad, que en estas condiciones de enfermedad, son poco viables.

Por otra parte, vimos que en el ámbito de la pareja se dieron situaciones que condicionaron la angustia de nuestros sujetos estudiados; la muestra se compuso por hombres y mujeres entre los 20 y los 40 años de edad, donde el 53.3% de los varones eran casados y el 40% tenía hijos y de las mujeres, el 66.6% estaban casadas y de la muestra total de mujeres el 86.6% tenía hijos; la media de edad se situó en los 29 6/12 años de edad. Uno de los mayores duelos en esta situación de enfermedad fue en el área de la sexualidad, ya que nuestros pacientes sufren de trastornos endocrinos y metabólicos propiciados como habíamos mencionado, por el síndrome de la enfermedad y en el caso de los varones, puede llevarlos a trastornos de la erección peniana sin embargo, en la práctica la mayoría no se quejaba de esto sino de la falta de deseo (para encubrir la falta de erección), por lo que se temía el resentimiento y abandono de las parejas.

La presencia de un tubo insertado en el abdomen de manera permanente fue un factor que pareció bloquear a muchos, sobre todo mujeres, por la fantasía, como se mencionó anteriormente, de que el otro los encontraría poco deseables o bien repugnantes, sin embargo, esto se logró ventilar en las sesiones de pareja, encontrando que sus parejas los tranquilizaban hablándoles del amor que prevalecía sobre el atractivo físico, aún cuando en la práctica se dieron lamentablemente algunas rupturas y finalmente abandonos no obstante, pudimos constatar que en algunos casos, no fue propiamente por hallarse impedidos por la enfermedad sino como el desenlace a problemas de pareja subyacentes y de anterior edición.

En lo relativo propiamente al ejercicio de la sexualidad de los varones estudiados, la fantasías expresadas en las entrevistas se relacionaba con el no poder satisfacer a su

pareja y en este sentido, la duda era sobre si ella los cambiaría por otros, cuestión que se ventiló también en las sesiones de pareja donde la mayoría de las esposas de este porcentaje de varones manifestó en su ocasión, que no las mantenía junto a ellos el sexo, sino el que fueran padres responsables en el sentido de ver moralmente por los hijos y dejarlas a ellas trabajar para apoyarlos. Vemos aquí una vez más que se comprueba el fantasma masculino proyectado en los espejos con que se construye la masculinidad, la sexualidad potencialmente dispuesta (Salas y Campos 2001)⁵² que el varón se obliga a desempeñar como un don que cree que la mujer está esperando de él en tanto hombres, sin percatarse que a lo que la mujer puede aspirar es a otra cosa, que tiene que ver con una relación de amor más que sexual, y no porque ella esté menos capacitada para sentir el placer de órgano sino por ese otro goce que ellas (no todas) sienten, y que va aún más allá del goce fálico por lo que una relación sexual por sí sola, nunca es suficiente y a poco mata el deseo de unas y afortunadamente también de algunos otros, esto pensando en la aseveración Lacaniana de que existen hombres que sin perder su masculinidad están posicionados ante el falo, en postura femenina es decir, que vislumbran un más allá del goce fálico. "...Son cosas que pasan. No por ello deja de irles bien. A pesar, no diré de su falo sino de lo que a guisa de falo les estorba, sienten, vislumbran la idea de que debe de haber un goce que esté más allá. Eso se llama un místico".⁵³

Un factor importante que observamos dentro de las fallas mencionadas en los varones fue la idiosincrasia femenina en rol psicosocial y cultural de madres-esposas abnegadas y en relación al masoquismo femenino denominado por Freud, que situó a estas madres-esposas en postura sacrificial por su enfermo, cobijándolo como un hijo de brazos, lo que propició como citamos también, la paralización y poca utilización de los recursos propios de los pacientes para hacer frente al problema. Y aquí nos preguntamos ¿Es que a éstas mujeres en rol sacrificial por su enfermo, les quedaba otro camino? Es decir, pensando nuevamente en la mística de la feminidad, donde los aspectos de entrega incondicional al marido y los hijos es lo que también forma parte del ideal del yo, como mujeres en nuestra cultura, ¿Podrían haber respondido de otra manera? Y, ¿Qué pasa con el varón, de quien se dice que en su fantasma masculino acerca de la "mujer perfecta" esta justamente la

⁵² Salas JM. Y Campos, A. " Algunos apuntes sobre la violencia doméstica, desde la perspectiva de varones." Revista: Actualidades del Instituto de Investigaciones psicológicas. Universidad de San José Costa Rica. 2001

⁵³ Lacán J. " Aún " Seminario XX, Paidós 1991

*idea de que ella lo atienda como un rey?*⁵⁴ Aportes interesantes que desde luego requeriría de una investigación basada en la concepción del uno y el otro en los fantasmas masculino y femenino. Ahora bien, este mismo rol sacrificial como madres, en el caso de las mujeres estudiadas, sirvió de palanca en el sentido de que levantó literalmente a casi todas (el 86.6%), brindándoles un motivo relacionado con el ideal del yo en su función como tal; recordemos que el ideal del yo tiene la función de velar por la función narcisista del yo, como un ángel guardián que preserva al yo de embargarse en conductas de consecuencias perniciosas para su conservación, es decir aquello que no vaya de acuerdo con lo que se espera de este yo, y en estos casos, el de ser madres o esposas o mejor dicho, mujeres, lo que nos lleva a pensar en lo paradójico de este rol femenino sacrificial, y cómo puede al mismo tiempo beneficiar y/o perjudicar según se aplique.

Otros de los avatares lo constituyó el carácter de algunos de nuestros pacientes, tanto hombres como mujeres, donde fue posible encontrar el caso de un varón de 36 años, en quien la ayuda que se le brindó, dio por resultado un retroceso mayúsculo como si le perjudicara más que ayudarlo, lo que nos llevó a pensar en reacción terapéutica negativa, pues en poco tiempo desertó de los grupos de psicoterapia y más tarde supimos que también del programa de diálisis por retrocesos severos en la adherencia al método, y a la postre, feneció antes de terminar este estudio. Tuvimos también el caso de una mujer de 38 años que en un inicio cooperó muy bien y fue de las primeras en aprender el manejo de la técnica pero, en el transcurso del tratamiento comprobó que su esposo contaba con una familia nuclear paralela, por lo que entró en depresión auto castigándose, dedicándose a trabajar en contra es decir, que la pulsión de vida cambió de meta transformándose en lo contrario, pulsión de muerte, por lo que hizo todo por fallar hasta que consiguió que le quitaran el catéter y la dieran de baja en el programa de diálisis. Lo último que supimos fue un altercado verbal que tuvo con una de las Médicas de base que la atendían, la médica comentó que cuando le quitaron el catéter blando -la mujer chillaba como si la estuvieran matando-, y consiguió que las pacientes de las camas contiguas, la recriminaran a ella por no tener cuidado con su paciente. Así que la Dra., decidió que esta paciente no merecía otra oportunidad por histérica, y así fue. Lamentablemente, esta profesionalista no pudo comprender que las terapias no hacen milagros en tan poco tiempo y

⁵⁴ Película de reciente estreno cuyo título es: "Las mujeres perfectas"

había que darle a esta paciente la oportunidad de trabajar su duelo para resurgir, pues después de todo tenía posibilidades justamente por su estructura histérica de personalidad y lo que se pedía es que le programaran cama en diálisis intermitente con re-colocación de catéter blando, durante un tiempo pero no fue posible, lo que se hizo fue dejarla en diálisis por razón necesaria y con catéter duro. Esta fue una de las paradojas que solían ocurrir en el Servicio, la institución salvadora se convertía en perseguidora.

Situaciones de mejor carácter sucedieron en otros tres casos de varones que lograron recolocarse en empleos nocturnos (velador uno, mesero y barman, los otros dos; uno de éstos soltero), que evidenciaron franca mejoría de ánimo y por tanto mayor control en su método de tratamiento, lo que nos llevó a pensar en la necesidad de nuevos programas con apoyo social de base que permita mayor afluencia de empleos remunerados para estos pacientes.

Por lo anteriormente expuesto, podemos concluir que tanto en ésta como en otras enfermedades orgánicas, cuando la respuesta de los pacientes emite preguntas sobre lo que impacta su vida y sus condiciones de salud, cuando es posible que la angustia y las fantasías asociadas se vehiculicen a través de la palabra, siempre es posible acceder a otros goces que no sean los de sufrir en el cuerpo los duelos detenidos en los tiempos de elaboración. Se trata aquí de echar a andar programas no sólo de ayuda psicoterapéutica de grupo, pareja o individuo, sino de crear programas sociales que alberguen a estos pacientes, brindándoles por ejemplo la preferencia en los trabajos nocturnos de oficina o empresa o de otra índole, para que lo que cambien radicalmente sea su horario de vigilia, pero no su vida entera.

Nos parece importante mencionar que estas conclusiones sólo se limitan a los sujetos de esta investigación ya que para generalizar, se requeriría ampliar la muestra a una población más representativa de nuestro país, como las del total de las instituciones de salud nacionales o, más importante, las de toda América Latina, proyecto ambicioso que no fue nuestro objetivo sino el de estudiar la población atendida en nuestro servicio de Nefrología del Hospital General de México, O.D.

En relación a los programas de salud de la institución, cabe señalar un dato que nos llamó la atención y es que en la muestra estudiada, ninguno de los pacientes estaba inscrito en el programa de trasplante renal, por no contar con donadores unos, y otros por tener diabetes u otras enfermedades, por lo que tampoco se les incluía en dicho programa y sin embargo, en la mayoría sobre todo varones, encontramos como aliciente ulterior para continuar dentro del programa de diálisis la perspectiva de un futuro trasplante, con lo que se acabaría el calvario y pensamos que esto, haya sido uno de los impedimentos para establecer el duelo sobre la enfermedad y la aceptación del método dialítico como lo único con lo que contaban. Creemos que uno de los factores que intervino para ello es que se trataba de un hospital-escuela para población de escasos recursos, donde suelen empalmarse, por falta de espacio físico, los programas de primer, segundo y tercer nivel de atención médica como por ejemplo, cuando las camas de pacientes para diálisis con catéter rígido por razón necesaria, están contiguas y en la misma sala donde se dializan los pacientes que como única alternativa, están en vías de entrada al programa de diálisis crónica y por otra parte, los que van a trasplante; es en ese espacio donde se comentan en la visita diaria del equipo de salud, las disposiciones, posibles soluciones o derivaciones dentro de los programas de atención brindados, aún cuando se hable en claves o códigos supuestamente sólo conocidos por el equipo de salud, el caso es que los pacientes “saben” de lo que se habla, y a menudo ocurre que un paciente sin posibilidades económicas, causa etiológica viable y/o donador, se entera de que existen programas más favorables a su condición y por tanto fantasiosamente espera, anhela y eventualmente exige su turno de inserción, aún cuando en su particular situación no sea posible y se le explique reiteradamente.

Otra limitante nos parece que fue la conciencia, ética y estado emocional interdisciplinario, que hizo mella en el desempeño óptimo del quehacer institucional, por lo que es vital hacer hincapié en que no debemos olvidar que ver el sufrimiento crónico del hombre impacta, y ante este impacto también se emiten respuestas y reacciones que llevan impreso el sello de la historia personal más que académica del profesionalista implicado, de modo que son posibles un sinnúmero de respuestas como por ejemplo: atención, amparo, ayuda e incluso sobreprotección o quizá, desinterés, desdén y ataque, amén de las reacciones de pánico y huida en el servicio profesional brindado. De ahí como

es sabido, la necesidad de los grupos de reflexión y seminarios de formación (Blum – Gordillo, 1996) para el personal de salud que atiende a este tipo de pacientes crónicos, en su constante lucha por sobrevivir en forma digna cargando a cuestas el fantasma de una muerte, crónicamente anunciada.

ANEXOS TABLAS Y GRÁFICAS

MD pairwise deleted **Tabla I**

		IND15 HM 1	IND16 HM 2	IND17 HM 11	IND18 VH 8	IND19 HM 14	IND20 HM 15	IND21 HM 16
IND9	H12	.649824	.676277	.627950	.669680	.676277	.693083	.646856
IND10	VH18	.873875	.894088	.454713	.881411	.894088	.862542	.941553
IND11	VH17	.982085	1.000000	.628854	.993745	1.000000	.993745	.745976
IND12	VH3	.868006	.886522	.716364	.871985	.886522	.907153	.771681
IND13	VH6	.908110	.926405	.691128	.918248	.926405	.920045	.668170
IND14	VH5	.201253	.222159	-.003968	.165292	.222159	.222357	.324972
IND22	HM13	.313756	.752015	.625024	.930234	.930234	.926589	.895242
IND23	NM3	.175101	.822163	.531645	1.000000	1.000000	.999107	.968488
IND24	NM7	.104782	.848170	.400004	.800132	.800132	.799028	.741990
IND25	NM17	.175101	.822163	.531645	1.000000	1.000000	.999107	.968488
IND26	NM3	.103171	.791220	.623753	.970460	.970460	.968640	.952104
IND27	M20	.227654	.803220	.504692	.984808	.984808	.983005	.939569

indicadores (Hipótesis #2)

Spearman Rank Order Correlations

MD pairwise deleted **Tabla II**

		IND15 HM 1	IND16 HM 2	IND17 HM 11	IND18 VH 8	IND19 HM 14	IND20 HM 15	IND21 HM 16
IND9	H12	.649824	.676277	.627950	.669680	.676277	.693083	.646856
IND10	VH18	.873875	.894088	.454713	.881411	.894088	.862542	.941553
IND11	VH17	.982085	1.000000	.628854	.993745	1.000000	.993745	.745976
IND12	VH3	.868006	.886522	.716364	.871985	.886522	.907153	.771681
IND13	VH6	.908110	.926405	.691128	.918248	.926405	.920045	.668170
IND14	VH5	.201253	.222159	-.003968	.165292	.222159	.222357	.324972

Correlación entre indicadores (Hipótesis #3) Tabla III

		IND15 HM 1	IND16 HM2	IND17 HM 11	IND18 VH 8	IND19 VH 14	IND20 HM 15	IND21 HM 16
IND9	VH12	.649824	.676277	.627950	.669680	.676277	.693083	.646856
IND10	VH18	.873875	.894088	.454713	.881411	.894088	.862542	.941553
AR11	VH17	.982085	1.000000	.628854	.993745	1.000000	.993745	.745976
IND12	VH3	.868006	.886522	.716364	.871985	.886522	.907153	.771681
IND13	VH6	.908110	.926405	.691128	.918248	.926405	.920045	.668170
IND14	VH5	.201253	.222159	-.003968	.165292	.222159	.222357	.324972
IND22	HM13	.313756	.752015	.625024	.930234	.930234	.926589	.895242
IND23	NM3	.175101	.822163	.531645	1.000000	1.000000	.999107	.968488
IND24	NM7	.104782	.848170	.400004	.800132	.800132	.799028	.741990
IND25	NM17	.175101	.822163	.531645	1.000000	1.000000	.999107	.968488
IND26	N13	.103171	.791220	.623753	.970460	.970460	.968640	.952104
IND27	M20	.227654	.803220	.504692	.984808	.984808	.983005	.939569

Correlación entre indicadores (Hipótesis #4) **Tabla IV**

		IND15 HM 1	IND16 HM 2	IND17 HM 11	IND18 VH 8	IND19 HM 14	IND20 HM 15	IND21 HM 16
IND9	H12	.649824	.676277	.627950	.669680	.676277	.693083	.646856
IND10	VH18	.873875	.894088	.454713	.881411	.894088	.862542	.941553
AR11	VH17	.982085	1.000000	.628854	.993745	1.000000	.993745	.745976
IND12	VH3	.868006	.886522	.716364	.871985	.886522	.907153	.771681
IND13	VH6	.908110	.926405	.691128	.918248	.926405	.920045	.668170
IND14	VH5	.201253	.222159	-.003968	.165292	.222159	.222357	.324972
IND22	HM13	.313756	.752015	.625024	.930234	.930234	.926589	.895242
IND23	NM3	.175101	.822163	.531645	1.000000	1.000000	.999107	.968488
IND24	NM7	.104782	.848170	.400004	.800132	.800132	.799028	.741990
IND25	NM17	.175101	.822163	.531645	1.000000	1.000000	.999107	.968488
IND26	N13	.103171	.791220	.623753	.970460	.970460	.968640	.952104
IND27	M20	.227654	.803220	.504692	.984808	.984808	.983005	.939569

Correlación entre indicadores (Hipótesis #5) **Tabla V**

		IND15 HM 1	IND16 HM2	IND17 HM 11	IND18 VH 8	IND19 HM 14	IND20 HM 15	IND21 HM 16
IND9	H12	.649824	.676277	.627950	.669680	.676277	.693083	.646856
IND10	VH18	.873875	.894088	.454713	.881411	.894088	.862542	.941553
IND11	VH17	.982085	1.000000	.628854	.993745	1.000000	.993745	.745976
IND12	VH3	.868006	.886522	.716364	.871985	.886522	.907153	.771681
IND13	VH6	.908110	.926405	.691128	.918248	.926405	.920045	.668170
IND14	VH5	.201253	.222159	-.003968	.165292	.222159	.222357	.324972

Tabla VI

Concentrado del resultado de Metáfora según el Género, Estado civil, con o sin hijos y si está trabajando actualmente.

Género	Trabaja?	Metáfora	ESTADO CIVIL						TOTAL	
			SOLTERO			CASADO				
			Con hijos	Sin hijos	Sub. total	Con hijos	Sin hijos	Sub. total		
H O M B R E	No trabaja	<i>I</i>	0	0	0	0	0	0	0	
		<i>II</i>	0	6	6	3	0	3	9	
		<i>III</i>	0	1	1	3	0	3	4	
	<i>Sub. total</i>			0	7	7	6	0	6	13
	Si trabaja	<i>I</i>	0	0	0	0	0	0	0	
		<i>II</i>	0	0	0	0	2	2	2	
		<i>III</i>	0	0	0	0	0	0	0	
		<i>Sub. total</i>			0	0	0	0	2	2
	TOTAL HOMBRES			0	0		6	4		15
			7			8				
M U J E R	Si trabaja	<i>I</i>	1	1	2	5	0	5	7	
		<i>II</i>	0	0	0	0	0	0	0	
		<i>III</i>	0	0	0	0	0	0	0	
	<i>Sub. total</i>			1	1	2	5	0	5	7
	No trabaja	<i>I</i>	1	1	2	4	0	4	6	
		<i>II</i>	0	1	1	0	1	1	2	
		<i>III</i>	0	0	0	0	0	0	0	
		<i>Sub. total</i>			1	2	3	0	1	5
TOTAL MUJERES			2	3		9	1		15	
			5			10				

Tabla VII

Concentrado del resultado de Metáfora en porcentaje, según el Género, Estado civil, con o sin hijos y si está trabajando actualmente.

	Trabaja?	Metáfora	ESTADO CIVIL						TOTAL	
			SOLTERO			CASADO				
			Con hijos	Sin hijos	Sub. total	Con hijos	Sin hijos	Sub. total		
H O M B R E	No trabaja	I	0	0	0	0	0	0		
		II	0	40.0%	40.0%	20%	0	20%	60%	
		III	0	6.7%	6.7%	20%	0	20%	26.7%	
	Sub. Total si trabaja			0	46.7%	46.7%	40%	0	40%	86.7%
	Si trabaja	I	0	0	0	0	0	0	0	
		II	0	0	0	13.3%	0	13.3%	13.3%	
		III	0	0	0	0	0	0	0	
		Sub. Total no trabaja			0	0	0	13.3%	0	13.3%
	TOTAL HOMBRES			0	46.7%		43.3%	0		100%
				46.7%		43.3%				
M U J E R	Si trabaja	I	6.7%	6.7%	13.3%	33.3%	0	33.3%	46.7%	
		II	0	0	0	0	0	0	0	
		III	0	0	0	0	0	0	0	
	Sub. total			6.7%	6.7%	13.3%	33.3%	0	33.3%	46.7%
	No trabaja	I	6.7%	6.7%	13.3%	26.6%		26.6%	40.0%	
		II	0	6.7%	6.7%	6.7%	0	6.7%	13.3%	
		III	0	0	0	0	0	0	0	
Sub. total			6.7%	13.4%	20.0%	0	0	0	8	
TOTAL MUJERES			13.4%	20%		33.3%	33.3%		100%	
			33.3%		66.7%					

Lectura de los resultados de las relaciones entre indicadores en función de la Metáfora:

Tabla VIII

<i>Género</i>	<i>Trabaja?</i>	<i>Metáfora</i>	<i>ESTADO CIVIL</i>				<i>TOTAL</i>	
			<i>SOLTERO</i>		<i>CASADO</i>			
			<i>Con hijos</i>	<i>Sin hijos</i>	<i>Con hijos</i>	<i>Sin hijos</i>		
<i>H O M B R E</i>	<i>No trabaja</i>	<i>I</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	
		<i>II</i>	<i>0</i>	<i>6</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>9</i>	
		<i>III</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>4</i>	
	<i>Sub. total</i>		<i>0</i>	<i>7</i>	<i>6</i>	<i>0</i>	<i>13</i>	
	<i>Si trabaja</i>	<i>I</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	
		<i>II</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	
		<i>III</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	
		<i>Sub. total</i>		<i>0</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>2</i>
	<i>TOTAL HOMBRES</i>			<i>0</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>0</i>	<i>15</i>
				<i>7</i>	<i>8</i>			
<i>M U J E R</i>	<i>Si trabaja</i>	<i>I</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>5</i>	<i>0</i>	<i>7</i>	
		<i>II</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	
		<i>III</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	
	<i>Sub. total</i>		<i>1</i>	<i>1</i>	<i>5</i>	<i>0</i>	<i>7</i>	
	<i>No trabaja</i>	<i>I</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>6</i>	
		<i>II</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	
		<i>III</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	
		<i>Sub. total</i>		<i>1</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>8</i>
<i>TOTAL MUJERES</i>			<i>2</i>	<i>3</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>15</i>	
			<i>5</i>	<i>10</i>				

ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA

1.- *¿Cómo se ha sentido emocionalmente desde que enfermó?*

Areas:

Social, Personal, Familiar, Pareja, Sexualidad y Trabajo

2.- *¿En que situaciones se ha sentido peor?*

3.- *¿Que ha hecho para salir de ese estado?*

4.- *¿Que piensa acerca de su tratamiento?*

5.- *¿Que futuro ve en esta situación de enfermedad?*

6.- *¿Qué futuro ve con este tipo de tratamiento?*

7.- *Leyendo los siguientes relatos, ¿Con qué situación podría semejar todo este tiempo de tratamiento de su enfermedad, mediante el manejo de la técnica que aprendió?*

Metáforas:

I.- *Estar en un columpio que, cuando sube siente nervios y de bajada un vacío en el estómago.*

II.- *Ir en una bicicleta en ocasiones cuesta arriba, donde tiene que hacer mucho esfuerzo; otras donde va de bajada y siente miedo y hasta vértigo por la velocidad con que se desliza.*

III.- *Ir en un carro sin frenos por una carretera muy sinuosa, donde puede ver a los lados el precipicio y las barrancas profundas.*

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D.
UNIDAD DE NEFROLOGIA, Sección 105-B

PROTOCOLO DE SELECCIÓN DE PACIENTES PARA PROGRAMA DE DIALISIS Y
TRASPLANTE RENAL

NOMBRE: _____ EDAD: _____ No. de Exp. _____
SEXO: F M Edo. Civil: _____ L. de Residencia _____
Ocupación: _____ Escolaridad: _____

I.- EVALUACION MEDICA:

I.1. Pacientes que cursen con Insuficiencia Renal Crónica en fase terminal, demostrada clínica y bioquímicamente.

I .2. Que las complicaciones secundarias a la Insuficiencia Renal, se valoren como reversibles, sobre todo las hemodinámicas.

I.3. Que la causa etiológica de la Insuficiencia Renal, sea preferentemente primaria, para futuros receptores de Trasplante Renal, no así, los que solo reciban tratamiento crónico de diálisis.

I.4. Que no cursen con padecimientos concomitantes irreversibles o incorregibles de origen infeccioso o neurológico central.

II.- EVALUACION PSICOLOGICA:

II.1. Paciente receptor y persona disponente de órganos con un nivel intelectual adecuado (del rango inferior al término medio en adelante)

II. 2. Sujetos sin disfunciones neurológicas que sean la base de alteraciones conductuales o manejo inadecuado de impulsos agresivos y sexuales.

II.3. Sujetos sin estructura psíquica psicótica, independientemente de los rasgos de carácter.

II. 4. Que los sujetos en riesgo de tener conflictos y problemas psicológicos, cuenten con los suficientes recursos emocionales e intelectuales, para ser tratados mediante psicoterapia en los casos necesarios.

II.5. Sistema familiar con suficiente fuerza Psíquica y patrones adecuados de funcionalidad que permitan la contención y apoyo emocional tanto del receptor como del donante de órganos

III.- EVALUACION SOCIOECONOMICA:

III.1. Que el lugar de residencia sea el D. F. o área Metropolitana.

III.2. Valorar que la vivienda guarde las condiciones necesarias de higiene, ventilación y aseo, a fin de preservar lo mejor posible de contaminaciones o infecciones al paciente.

III.3. Que se tenga apoyo familiar para asistir a la consulta hospitalaria, como para los cuidados médicos en casa.

III.4. Que el ingreso económico familiar permita cubrir los gastos que el tratamiento requiere, con el fin de evitar abandonos del mismo y resultados negativos en la evolución del enfermo.

EVALUACION MÉDICA:

- 1.1.- *Insuficiencia Renal Crónica Terminal* Si No
1.2.- *Complicaciones secundarias reversibles* Si No
1.3.- *Causa Etiológica Primaria* Si No
1.4.- *Si no padecimientos infecciosos o de SNC irreversibles o incorregibles* Si No

EVALUACION PSICOLOGICA:

- 11.1.- *Diagnóstico de personalidad.- Apto el paciente* Si No
Apto el disponente Si No
11.2.- *Sin disfunción neurológica* Si No
11.3.- *Sin datos psicóticos* Si No
11.4.- *Conflicto superable por psicoterapia* Si No
11.5.- *Sistema familiar funcional o susceptible de psicoterapia* Si No

EVALUACION SOCIOECONOMICA.

- 111.1.- *Residentes del D.F. o área metropolitana* Si No
111.2.- *Condiciones de vivienda aptas* Si No
111.3.- *Apoyo familiar* Si No
111.4.- *Ingreso económico familiar suficiente* Si No

PROGRAMA A SEGUIR:

- 1.- *DIALISIS PERITONEAL CON CATETER RIGIDO P.R.N.* ()
2.- *DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE (C. TENCKHOFF)* ()
3.- *DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (C. TENCKHOFF)* ()
4.- *HEMODIALISIS (PROVISIONAL)* ()
5.- *TRANSPLANTE RENAL* ()

OBSERVACIONES:

*HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O.D.
UNIDAD DE NEFROLOGIA Sección 105 -B*

IV. - EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE DEL PACIENTE EN PROGRAMA DE DIALISIS PERITONEAL Y TRANSPLANTE RENAL

IV.1.- HISTORIA CLINICA COMPLETA

IV.2.- EXAMENES DE LABORATORIO

*Biometría hemática
Grupo sanguínea
Perfil nefrológico
Pruebas de coagulación y sangrado
Examen general de orina
VDR.
Electrolitos sericos
Filtrado glomerular*

IV.3.- EXAMENES DE GABINETE

*Electrocardiograma
Tele de tórax
Estudio de fondo de ojo*

V. EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE A REALIZAR, EN EL DISPONENTE PARA TRANSPLANTE RENAL

V.1.- HISTORIA CLINICA COMPLETA

CRITERIOS DE INCLUSION:

*Disponente voluntario
Edad 18 a 60 años
Grupo sanguíneo compatible
Física y mentalmente apto
Legalmente apto*

V.2.- EXAMENES DE LABORATORIO

*Biometría hemática
Grupo y Rh
Perfil Nefrológico
Pruebas de coagulación y sangrado
Examen general de orina
VDRL
Electrolitos sericos
Filtrado glomerular*

ENTREVISTAS A VARONES

Caso 1.- Entrevista semi dirigida realizada en un varón de 34 años con 5 meses de tratamiento crónico de diálisis

1.- ¿Cómo se ha sentido emocionalmente desde que enfermó? (social, personal, familiar, pareja, sexualidad y trabajo).

Muy mal, al comienzo me quería morir, todo el día vomitando, se me fue el hambre, no quería salir ni que me vieran porque parecía borracho. No quería que me viera nadie, ahora ya sí pero ya no vienen, les da miedo que me enferme más dizque porque me pueden infectar; ¿Ud. no lo cree?, no, mi enfermedad no es contagiosa y pa' que me infecten los demás tendrían que agarrar mi línea o el catéter; ¿Entonces, que cree que suceda en realidad?, Sabe!!!... no les gusta verme así enfermo, les he de dar lástima; ¿Como se siente con esto?, pos mal, casi me ven como apestado pero nada de eso ahora yo me cuido tengo un lugar para dializarme más limpio que muchos, un baño solo para mí..., lo que pasa es que yo tampoco salgo ya, me da pena no puedo tomarme una cerveza con los cuates, prefiero dejar el agua para mis medicinas aunque me da rete harta sed y a veces me paso del agua; Si come algo de sal le produce sed. Sí, ya me dijeron..., mi mamá me hace la comida porque mi Sra. trabaja, ahora ella trabaja y yo estoy de huevón; ¿Le parece que su situación sea esa?, no, estoy malo pero... ¿qué no dicen que con esto uno va a poder trabajar?, pues yo, ya no trabajo desde que me enfermé me salí..., me corrieron faltaba mucho y no tenía aún el seguro, el patrón dice que me lo va a dar pa que me transplanten, pero yo lo veo redifícil porque nadien me puede dar un riñón, todos en mi casa están malos de una cosa o la otra, mi mamá también tiene la diabetis..., pero hay un muchacho, es mi sobrino y dice que él si me da el riñón... si lo aceptan, así pues ya sería otra cosa..., así sí trabajaría.

¿Qué ocurre con su pareja?, ella me cuida mucho a veces esta cansada porque trabaja mucho y le duele la cabeza, por eso no le digo que se venga a mi cama porque además ella dice que tiene miedo de que se me salga la tripa (ríe con los ojos tristes); ¿Y Ud. que piensa de esto?, no se, creo que como ya no sirvo pa eso, ella ya no quiere acercarse; ¿Lo habló con ella?, no..., para qué, ella tiene ya muchos problemas con el trabajo y los hijos; ¿Quien los cuida ahora?, mi suegra y mi mamá..., yo a veces pero solo un rato porque me da mucho sueño y me la paso dormido...; ¿Se siente mal? (silencio prolongado, baja la cabeza y llora) ..., yo creo que de esta no salgo..., ¡Dios sabe lo que hacemos, doctorcita y... en ésta me quedo...¡, fíjese que antes de esto yo ni siquiera conocía a mis hijos, al chiquito ni lo ví nacer, yo andaba al otro lado trabajando, ya tiene 4 años y es un pingo; ¿Entonces ahora se ha acercado a sus hijos?, bueno, le digo que si platico con ellos, la niña grande ya va a la escuela y es bien aplicada, mi mujer le enseñó las letras desde antes... (llora), yo sé que no he visto por ellos como se debe, andaba en la parranda y ahora esos con los que me emborrachaba... (llora), yo sé, que no merezco que me ayuden, no sé porque mi mamá y hasta mi suegra están ahí tan preocupadas que no me dejan ni suspirar a gusto porque se asustan de que me duela algo; ¿Que merece entonces?, (Silencio prolongado)... sí, ...yo creo que tengo que salir, echarle ganas..., a ver que pasa pero es que a veces es re difícil estar así sin fuerzas, sin trabajo..., no sé pa que le sirvo a mi vieja, ella está joven debería buscarse otro ¿Cree que eso sería posible?, no sé..., yo se

lo digo y ella sólo me dice que me calle que no diga esas cosas; ¿Pero Ud. las sigue pensando?, sí..., ahora tengo tiempo para pensar muchas cosas; ¿Como qué?, ...(llora), que me voy a morir, tarde o temprano..., mi familia gasta mucho en esto, a veces me donan las bolsas, las enfermeras consiguen quien me de bolsas, ahorita tengo casi para cuatro meses pero después?..., y yo sin poder hacer nada así, quién me va a dar trabajo y de qué? si no puedo levantar cosas pesadas porque se me sale el catéter (su empleo anterior era de contratista), un hermano me dice que le ayude a vender chácharas pero están sucias y yo no puedo ni tener las uñas sucias ya he tenido infecciones y es re feo y ya me dijeron que si me vuelve a pasar me quitan el blando y la verdad si me lo quitan otra vez..., mejor ya le paro (baja la cabeza); ¿Como sería eso?, ya mejor tiro la toalla!!!...

2.- ¿Entonces, ha tenido muchas situaciones difíciles?, sí, cuando me infecté y me quitaron el catéter y cuando venía al hospital y no había cama, ¡una vez casi me muero en urgencias!

3.- ¿Qué ha hecho para que no le ocurran estas cosas?, pos, ¡de las camas, no más que les caiga uno bien (ríe sardónico) y se la apartan!..., cuidarme, ¿que más?, aunque a veces se me hace que en estas cosas son como en la casa del jabonero..., el que no cai, resbala; ¿Por qué lo cree así?, dígame quien no se ha infectado?..., yo conozco uno que no pero, ese es rico y tiene un cuarto para él solito con baño y todo..., a mi me dejaron también el de la casa pero mi familia tiene que salir pa' uno que hicieron en el vado con el frío y todo y me da rete harta pena.

4.- ¿Que piensa acerca de su tratamiento?, pues..., que sí sirve pero no deja de ser pesado..., yo de a tiro en unas cuantas clases le agarré bien primero pero, luego mi mujer y mi mamá me hacían las diálisis, como que ellas son más listas pa esas cosas de enfermería pero los doctores dijeron que me las hiciera yo y ahora me las hago y luego eso de las medicinas no siempre hay pa' todo eso, les quito mucho con lo de mis medicinas y luego no alcanza, ellos se pierden de otras cosas, todo me lo llevo yo con mi enfermedad..., eso no es justo porque... ¿y luego ellos?; ¿Cree que podría ayudar de alguna manera con esos gastos?, pues si me dan trabajo sí, si hay algo limpio, sin suciedad que pueda yo hacer hasta me levantaría con más ganas..., sé que otro de aquí esta trabajando de mesero en la noche, ya le dije que preguntara si me dan a mi trabajo pero no lo he visto porque no le toca los mismos días que a mi la revisión.

5.- ¿Que futuro ve en esta situación de enfermedad?, pues las diálisis nos mantienen vivos, es la única manera de estar bien pero eso sí no hay que dormirse porque te madruga la enfermedad; ¿Como es eso?, las infecciones, el agua que se va a los pulmones, una vez me picaron en la espalda para sacarme el agua, sentía que me ahogaba, ¡la vi cerquitas!.

6.- ¿Qué futuro ve con este tipo de tratamiento?, si uno se acostumbra bien, nos ayuda, todo está en que uno se acostumbre a andar con la tripa y a comer bien, nada que no nos digan los doctores, pero lo malo es cuando no hay bolsas a mi me dieron le digo, tengo muchas cajas de una señora del seguro que se murió, pero, ¿cuando se acaben?..., mi familia ya no tiene dinero aunque mi mujer dice que ya veremos, que Dios siempre ayuda; ¿Y Ud. que dice?, ...ay Doctora..., a veces creo que lo mejor sería que me muriera de una vez, así no estaría dando problemas; ¿Qué problemas da?, los gastos de las medicinas, el andar molestando gente pa que me acompañen al hospital y luego sin trabajo sin poder ayudar, mejor sería morirme y ya que se acabara todo pero... pienso en mis niños, ellos me quieren, se acercan conmigo a besarme (llora) y yo no los merezco, no merezco dejarlos sin su padre como dice mi mujer; Se ve que la ha pasado difícil, sí, no le deseo esto a

nadie, de verdad a nadie...;

Ahora dígame, analizando los siguientes relatos, ¿con qué situación podría semejar todo este tiempo de tratamiento de su enfermedad, mediante el manejo de la técnica que aprendió? (escogió la II) “Ir en una bicicleta en ocasiones cuesta arriba, donde tiene que hacer mucho esfuerzo; otras donde va de bajada y siente miedo y hasta vértigo por la velocidad con que se desliza.”, Porque a veces se me hace re difícil..., no sé..., las diálisis..., no pero, es que me digo ¿y para qué si lo que hacía antes no lo puedo hacer?, ya no tengo las fuerzas ni las ganas de antes y luego de repente sale sangre en la bolsa y se que algo malo pasa, yo lo siento y no puedo venirme al hospital pa’ que me revisen porque ¿quién me acompaña?, mi mujer trabaja y mi mamá tiene su familia, ni modo que las moleste, yo solito me aguanto y no digo nada pa’ no darles preocupaciones luego el agua se compone, vuelve a salir clarita... ¡a veces!.

TAT (caso 1.- varón)

1 (El chico y el violín) “Este niño está pensando como le va a hacer para tocar ese violín, sus papás quieren que él lo toque... sí va a aprender, le va a echar ganas y sí, lo va tocar muy bien para ellos”

2 (La estudiante en el campo) “Esta sra. se va de la casa porque no quiere ser como ellos, ella quiere aprender pero le va mal, sí muy mal porque desobedeció, quizás regrese con ellos, quizás mejor se pierda por su gusto”

3VH (Reclinado en el diván) “¿alguien se murió?.. Creo que sí y su papá está llorando muy triste, no puede creerlo pero pasó, el muchacho se descuidó y se lo llevó la parca.”

5 (Mujer de edad en la puerta) “Esta sra. está muy asustada, histérica (ríe sardónico) sabe que su hijo o su esposo está grave y no quiere aceptarlo. El enfermo, que más quisiera no darle problemas pero está malo y, ¡ni hablar! Ella no sabe que debe dejarlo en paz, si se va a morir o no, Dios dirá pero ella debe dejarlo descansar.”

6VH (El hijo que se va) “Este muchacho hizo algo malo y tiene que huir de la ciudad; él ve a su madre que sufre y no quiere que se vaya pero tiene que hacerlo...su vida peligró allí; ella le dice que lo esconde pero él sabe que lo van encontrar, mejor se huye.”

8VH (La intervención quirúrgica) “Este niño está pensando en su papá que lo mataron en una operación, los doctores hicieron mal las cosas y se les fue la mano y se murió, ya no salió de la operación, ahí mismito se quedó”

11 Paisaje primitivo de piedras) “Aquí no se ve nada, pura oscuridad, como algo sucio... no sé... como si fuera un pantano o algo así ...sí alguien pasa por ahí se hunde y no sale, quien sabe que será pero se ve peligroso , como que se pueden desbancar por ahí”.

12VH (El hipnotizador) "A éste lo durmieron, le dieron algo que le hizo daño y se quedó ido o dormido, tratan de ayudarlo pero ...quizás esté muerto, no sé... no sé... a lo mejor ya se murió y lo van a llevar a la fosa, de esos donde los tiran a los que nadie recoge, de los que no tienen familia".

14 (Hombre en la ventana) "Este muchacho está desesperado, cree que si se avienta van a terminar sus problemas pero, la piensa, no sabe que hacer si ver por él o por su familia. A lo mejor se detiene, quizás haya solución a sus problemas".

15 (En el cementerio) "El Sr. está sintiéndose muy mal con mucho remordimiento y culpa porque sabe que se va a morir y es que él no quiere ya vivir, está viendo la tumba en la que va a quedar y siente miedo pero es más su dolor, sufre mucho"

16 (Lámina en blanco) "Aquí veo unas florecitas; unas flores de un jardín bonito que un Sr. está viendo con su familia, después que pasó la tormenta, él necesitaba un corazón y le hicieron un trasplante y ya está bien, totalmente bien, sin la enfermedad; mira para atrás y solo ve lo negro de lo pasó y hacia delante el sol y puros campos verdes y ya floreados."

17VH (El acróbata) "Este Sr. va subiendo y le cuesta mucho trabajo, está mareado y se va a dejar caer porque no puede más agarrarse de la cuerda, está muy malo desde hace tiempo pero no lo sabe sólo se siente mal y que no tiene fuerzas para subir".

18VH (Atacado por la espalda) "A este Sr. le tocó un balazo, no sabe de dónde vino pero a él le tocó, quizás alguien quería hacerle un mal y le disparó; ahora no puede caminar y le están ayudando pero a lo mejor no se salva porque le destrozaron la espina, no va a volver a caminar si se salva de morir."

Caso 2.- Entrevista semi dirigida realizada en un varón de 28 años con 5 meses de tratamiento crónico de diálisis

1.- ¿Cómo se ha sentido emocionalmente desde que enfermó? (social, personal, familiar, pareja, sexualidad y trabajo). Me deprimí mucho al principio, cuando me di cuenta que era crónica mi enfermedad, no quería ver a nadie, sentía que me veían con lástima como diciendo, ¡pobre, éste se va a morir! Ahora pues, me doy ánimos, que más puede uno hacer. Se que he tenido aislamiento bueno, sólo con mi familia porque los demás critican en lugar de apoyar; me da pena que me vean con asombro o tristeza. ¿Cómo vive esto su esposa? Me preocupa no complacerla, dejarla insatisfecha y que a la larga me abandone es que, estoy sin alientos, cansado, muy cansado... ahora a veces lo intento, a veces, ella dice que no me preocupe que después, pero... quien sabe como voy a estar al rato... ¿Ha vuelto a trabajar? No, ahora como le digo no tengo fuerzas, pero en cuento lo pueda lo haré, mi trabajo era de vendedor ambulante, mucho caminar en la tierra, el aire, la contaminación, sólo estoy esperando tener más fuerzas.

2.- ¿Entonces, ha tenido muchas situaciones difíciles? Pues sí... lo que pasa es que si uno no se acostumbra le va mal, tiene uno que acostumbrarse, hacer de cuenta que ya, no hay más, esto nos tocó y ... ¡adelante! ¿Usted lo ha logrado? Sí y no... lo que pasa es que hay días buenos y días malos a veces uno esta seguro que todo esta bien y ahí viene la infección, que el catéter se tapó que no salió bien el agua, en fin, no falta.

3.- ¿Qué ha hecho para que no le ocurran estas cosas? Mi señora está al pendiente, ella me revisa los cambios, me tiene todo muy limpio, blanquito, blanquito ¿Y usted, que ha hecho? Pues yo, me cuido, no como sal, pero a veces tampoco como porque me da asco sin sal...no me gusta venir al hospital esta uno tenso y se le sube la presión por tensión... por eso yo, aunque no coma bien, intento no enfermarme para no tener que venir. ¿Y, lo logra? Sí, muchas veces, solo vengo a las revisiones pero, ya no se interna uno... lo que pasa es que ya me estoy enfadando, no tengo fuerzas, de verdad, yo trato pero no tengo, ...y eso de estar encerrado en la recamara me enfada pero salgo me da el sol y me mareo que hago entonces? ¿Que se le ocurre que pueda hacer? No sé, a lo mejor no estar pensando cosas, como eso de que me voy a poner mal en calle si salgo.

4.-¿Que piensa acerca de su tratamiento? ... Es bueno pero, lo mejor ¿sería el trasplante no? ¿Por qué? ¡Pues, así comería uno de todo, hasta agua ¡... a mi al principio no me hacía efecto el tratamiento ni en el hospital ni en la casa pero, un hermano que esta en estados Unidos dice que me va a conseguir un riñón, que hay artificiales, él los ha visto allá y eso me levanta, me da ánimos y parece que ahora ya estoy mejor que al principio

5.- ¿Que futuro ve en esta situación de enfermedad? Me preocupa, sé que estoy hasta abajo pero soy joven, puedo salir adelante, primero Dios, con el trasplante se que voy a estar bien. ¿Y, si no llega esa posibilidad? Pues... (baja la cabeza pensativo) yo digo que se puede lograr, mientras haya vida, hay esperanza, Dios es grande ... yo creo que sí ... Dios nos ayuda.

6.- ¿Que futuro ve con este tipo de tratamiento? Mmm..., pues ayuda, si ayuda si uno le echa ganas si no, pues no..., tiene que poner uno mucho de su parte si no, no funciona.

Bien, ahora dígame, analizando los siguientes relatos, ¿con qué situación podría semejar todo este tiempo de tratamiento de su enfermedad, mediante el manejo de la técnica que aprendió? (escogió la II) "Ir en una bicicleta en ocasiones cuesta arriba, donde tiene que hacer mucho esfuerzo; otras donde va de bajada y siente miedo y hasta vértigo por la velocidad con que se desliza." Es que a veces es

mucha tensión, mucho estrés y eso puede ser peligroso porque pierde uno el control y hay problemas.

TAT(caso 2.- varón)

1 *(El chico y el violín) “El niño se está concentrando en una música que tiene que aprender para tocar el violín. ...sí lo va a lograr, si el quiere, porque es aplicado.”*

2 *(La estudiante en el campo) “Esta muchacha está viendo la situación de la pareja, ella piensa que por no haber estudiado, ellos están viviendo una situación difícil. Ella tiene ganas de salir adelante pero, no sabe si sus papas quieren que ella se vaya de allí. Se siente triste y piensa que va a ser difícil.”*

3VH *(Reclinado en el diván) “Es una persona que está decaída, llora porque sufre, tiene un gran problema creo que tiene una enfermedad incurable pero, si no se atiende, se muere... se va a tratar no tiene otro remedio que hacerlo.”*

5 *(Mujer de edad en la puerta) “Una persona observando un cuarto, una recámara; está sorprendida, asustada, quizá ve a un hombre enfermo, muy enfermo y quejándose. Ella lo va a ayudar pero primero tiene que ayudarse ella, está mal la Sra. y lo va a poner más mal a él.”*

6VH *(El hijo que se va) “La sra. está dando una mala noticia al muchacho, acerca de un enfermo, depende de la noticia... será el fin... yo creo que va a ser malo el fin, a lo mejor es algo sin remedio como una enfermedad, un mal, no sé.”*

8VH *(La intervención quirúrgica) “Está el muchacho recordando que estuvo mal, a punto de morir, lo operaron y parece que salió bien pero ahora se tiene que cuidar más que antes, puede abrirse la herida, infectarse y morir.”*

11 *(Paisaje primitivo de piedras) Parece como un animal ... una mosca gigante o algo así que está atrapada, quiere salir y se le atorán las alas... no sé, como que se quedó ahí paralizada como congelada ... aquí se ven como corrientes, como despeñadero, como un camino peligroso, se pueden caer por ahí ... está rara”*

12VH *(El hipnotizador) “El muchacho está mal, muy mal, se está muriendo y alguien lo ayuda o, no sé..., a la mejor está viendo que está muerto... depende de que tanto lo ayuden, él está inconciente.”*

14 *(Hombre en la ventana) “Este Sr. ya no aguanta, se quiere aventar por la ventana, es que no ve la salida, está muy deprimido y tal vez se va a olvidar de todo y saltar o tal vez ... prendo la luz su mamá y se da cuenta de que estaba soñando, que todo fue un mal sueño y que es de día, es lo importante.”*

15 *(En el cementerio)* “Un muchacho está recordando a su hermano que se murió por una fea enfermedad y es que él ya no quería vivir así, penando. El muchacho piensa que si él le hubiera echado ganas, todavía estaría con ellos pero, ahora está en el hoyo”

16 *(Lámina en blanco)* “Aquí me están transplantando, estoy tendido en la plancha, la operación dura cuatro ó seis horas pero... sí, todo sale bien, ya ni me acuerdo de esos días tan tristes.

17VH *(El acróbata)* “Este era cirquero y se subía y bajaba por la sogá pero ahora se está cayendo, no tiene fuerzas para agarrarse bien... está como yo , enfermo”

18VH *(Atacado por la espalda)* “Este muchacho iba por la calle y unos pandilleros lo agarraron y lo están matando poco a poco, no se fijó y paso por la Buenos Aires, (Sonríe sardónico, haciendo alusión a una colonia peligrosa cercana a la colonia Doctores donde se encuentra el Hospital) ni lo conocen ni él a ellos pero lo están torturando por algo que quizá hizo, sin saber que a ellos les afectaría, lo van a matar de a de veras”

Caso 3.- Entrevista semi dirigida realizada en un varón de 25 años con 7 meses de tratamiento crónico de diálisis

1.- ¿Cómo se ha sentido emocionalmente desde que enfermó? (social, personal, familiar, pareja, sexualidad y trabajo). Primero muy deprimido, nervioso, sentía que nada iba a resultar bien... dejé la escuela técnica de mecánica y el trabajo como repartidor de hielo, no pude con todo eso, me sentía muy mal. En realidad sexualidad casi no tenía y ahora menos... mi novia ya me dejó... no era nada tan en serio pero, el otro día me habló por teléfono y dijo que tenía miedo venir a verme al hospital, que no sabía que tan mal estaba y dijo que iba a venir de todos modos pero, no ha venido. ¿Cómo se siente con esto? Pues mal, todos me abandonaron bueno, mi familia no, ellos me hay apoyado mucho, todos. Un tío me puso un puesto con él en el tianguis y cuando me siento bien pues voy a ayudarle, es ropa, no está sucia ni nada de eso pero el sol, pues cala. Hay veces que yo me siento bien para ir a trabajar pero mi mamá se asusta, ella me ve mal dice que no como bien que como voy a tener fuerzas ¿Y, usted que dice? ...pues yo digo que si puedo pero, a veces no sé lo que me pasa que no tengo fuerzas, mireme he enflacado muchísimo ya ni tengo brazos y yo antes tenía, iba al gimnasio y con la carga de los hielos, tenía el puritito músculo, yo digo que fue una hernia que me hice en los riñones por tanto cargar, por eso se me enfermaron.

2.- ¿Entonces, ha tenido muchas situaciones difíciles? Sí, como no, al inicio estaba muy mal, vomitaba a cada rato, nada se me quedaba en el cuerpo mas que la pura enfermedad. ¿Y, ahora? Pues ya estoy mejor con las diálisis pero me preocupa salir, entre tanta gente en la calle me vayan a infectar y es que ya he pasado por eso y, no quiero que otra vez... ¡nel, paso ;

3.- ¿Qué ha hecho para que no le ocurran estas cosas? Yo me baño diario, traigo limpias las uñas y todo eso y mi familia me tiene un cuarto limpio, del diario mi mamá lava las sábanas con cloro, ya no me he vuelto a infectar, cuando vengo a la revisión nunca traigo agua de más, pregúntele a Lili, la enfermera, ¡verá! Allá afuera, hay gente con gripa, con tos, no salgo sin el cubre-bocas pero aún así me pueden infectar ¿Qué le dicen sus médicos?...que uno puede trabajar, no más no levantar cosas pesadas ni agarrar cosas sucias y eso, pero... ellos no saben lo que se siente cuando uno se infecta... por eso yo no salgo mucho, me estoy en mi cuarto así está también mi mamá tranquila , no se me vaya ella también a enfermar ¿Y, como se siente ahí dentro? “mal, aburrido, pero trato de distraerme, de pensar en otras cosas, me duermo, leo, no sé, trato de no pensar.”

4.- ¿Que piensa acerca de su tratamiento? “Está bien, es un buen sistema, no el mejor pero ayuda, ya no estoy vomitando ni nada de eso... a veces puedo comer alguna cosa que se me antoja pero justito antes de dializarme, lo malo es que el dolor de cabeza no se me quita no sé si sea que esté yo desnutrido de todas formas o, me hacen falta vitaminas como dice mi mamá, pero ya ve que los doctores no se las dan a uno, no quieren que coma uno nada que ellos no digan”

5.- ¿Que futuro ve en esta situación de enfermedad? Pues la meta es el trasplante... no sé cómo ni cuando pero, es lo único que me podría dar otra vez la salud completa... sí es lo único , dicen que así uno está bien y que cuidándonos , se puede vivir otra vez , como si nada.

6.- ¿Qué futuro ve con este tipo de tratamiento ? No sé, yo a veces me canso de todos los días lo mismo... baños y baños, no vive uno más que para eso, como le digo a veces me siento bien y digo ¡ya, estuvo bueno de tanto “mariconear”, me voy a levantar; y sí lo

hago y me voy con mi tío a trabajar al tianguis ...pero luego al otro día no puedo con los pies, me duelen mucho, las manos , la espalda”

Ahora dígame, analizando los siguientes relatos, ¿con qué situación podría semejar todo este tiempo de tratamiento de su enfermedad, mediante el manejo de la técnica que aprendió? (escogió la II) “Ir en una bicicleta en ocasiones cuesta arriba, donde tiene que hacer mucho esfuerzo; otras donde va de bajada y siente miedo y hasta vértigo por la velocidad con que se desliza.” “Es que así es esto, Dra. A veces una va para arriba, otras para abajo, no depende tanto de uno sino del organismo de uno, del efecto de las medicinas y los baños (Diálisis), en eso uno nunca sabe como le va a ir por eso yo sí he sentido el miedo y el vértigo, rete harto”

TAT (caso 3.- Varón)

1 (El chico y el violín) “El niño quería aprender a tocar el violín pero por más que le echaba ganas no le salía como él quería , hasta que conoció a un Sr. que era el mejor violinista de su país, le enseñó y el niño se convirtió en uno de los mejores que tocaban el violín”

2 (La estudiante en el campo) “Ella viene de estudiar y ve sus padres cansados, trabajando, ella va a aprender para ayudarles, cuando sea alguien les va a ayudar para que ya no trabajen ni sufran por ella”

3VH (Reclinado en el diván)”Está deprimido; como que su ambiente no va a subir nunca... sí sigue así no se va a levantar nunca... se ve triste, llorando, no sabe que hacer.”

5 (Mujer de edad en la puerta) “Su mamá lo está viendo, ella también sufre mucho, siente el dolor de su hijo, ¿ve? El quisiera que ella no sufriera más... no sé quizá se muera él y así ella se resigne mejor que estarlo viendo tan mal a diario”

6VH (El hijo que se va) “La mamá o la abuelita está viendo al muchacho, lo ve que sufre, piensan que no se va a curar; él no quiere que sufran y por eso quiere irse lejos pero está enfermo y ellos no lo van a dejar.”

8VH (La operación quirúrgica) “El está pensando que si hay buenos médicos, mucha gente no moriría nomás así; él piensa ser doctor cuando crezca para ayudar a mucha gente y no dejarla morir así nomás, por sus errores”

11 (Paisaje primitivo de piedras) “¿Aquí es un vacío, no ?... sí, es un vacío, está muy oscuro, piensan que no van a salir de allí si llega a caer... sí una persona cae ahí, ¿no más no sale?... es que está muy feo como cavernas, cuevas muy profundas con corrientes lodosas, como pantanos o algo así”

12H (El hipnotizador) “El muchacho está decaído, algo le dijeron que le cayó mal y está vencido, tirado en el catre... fue una noticia de algo o algo así, ...pero la gente lo va a ayudar, él no es malo y la gente lo quiere, le van a ayudar”

14 (*Hombre en la ventana*) “El joven está a punto de saltar, se acaba de enterar de algo malo y no puede soportarlo, se quiere aventar al vacío; alguien trata de ayudarlo hablándole pero él, aunque escucha y se detiene, algo lo jala al vacío... quizá logren convencerlo”

15 (*En el cementerio*) “Aquí está en un laberinto, nunca va a encontrar la salida, aquí está muy enredado, se va a quedar, él ya no quiere vivir”

16 (*Lámina en blanco*) “Aquí veo unas personas que están caídas y otra le da ánimos para que salga; sí sube, sale, él quiere hacerlo y se pone a trabajar, se agarra bien y logra subir, aunque a veces sienta que no puede, lo tiene que hacer.”

17VH (*El acróbata*) “Aquí sé ve un hombre enfermo que va de bajada y bajada hasta tocar fondo, él no sabe que hacer, está muy enfermo y no tiene fuerzas, quizás alguien lo oiga y lo ayuden pero, no se sabe”

18VH (*Atacado por la espalda*) “Este de aquí está ciego y enfermo, algo le pasó lo llevan arrastrando y lo van a sacar del trabajo porque ya no sirve para nada, algo le hicieron que lo dejaron ciego y no sabe ni de donde vino eso que lo atacó”

Caso 4.- Entrevista semi dirigida realizada en un varón de 36 años con 4 meses de tratamiento crónico de diálisis

1.- ¿Cómo se ha sentido emocionalmente desde que enfermó? (social, personal, familiar, pareja, sexualidad y trabajo). Muy mal, desde el inicio mal, no veía la mía, los doctores que me vieron en mi colonia decían que era anemia y hasta que llegue al este hospital me dijeron lo que tenía y, me hundí. ¿Cual era su trabajo? Taxista pero vendí el carro. Mi familia se puso como loca también, mi esposa y mi hija querían donarme pero los doctores dijeron que ninguna salió compatible conmigo. Perdí mi trabajo, la casa, el carro y, ¿para qué? Todo se lo ha comido la enfermedad. Mi mujer se puso a trabajar y ahora mi hija de 15 años dejó la escuela para que me cuide, ella no quería pero su mamá la obligó, yo le digo que se aguante, que no me queda mucho. ¿Cree usted eso? Sí, ya ve como se va uno deteriorando, nosotros no somos de aquí, somos del estado de Hidalgo pero nos vinimos a rentar aquí que dizque me iban a transplantar y ahora ya no sé, ya son cuatro meses que me dan bolsas y nada de trasplante ¿Qué le han dicho? Los doctores no le dicen nada a uno y si uno les pregunta no le saben decir, unos dicen que sí otros que no se puede y entre tanto ahí me van dando bolsas y bolsas para entretenerme.

2.-¿Entonces, ha tenido muchas situaciones difíciles?, Difícil la enfermedad que uno tiene y con eso ya está dicho todo ¿Qué es todo? Pues que se va uno a infectar cuando menos piense, a llenarse de agua los pulmones hasta quedar como ese de la sala donde yo estuve la última vez que me hicieron los cambios aquí, cuando me estaban enseñando, ¿se acuerda? Sí, lo recuerdo Ese está re-loco, dice puras pendej... con perdón de usted.

3.- ¿Qué ha hecho para que no le ocurran estas cosas?, ¿yo? nada, que puedo yo hacer, ustedes los doctores son los que deben hacer algo mejor para que uno se cure o se mejore. Parece estar muy enojado. No sí no es con usted, doctorcita, se lo juro, es con la suerte, con la vida, no sé... (Baja la cabeza y se limpia unas lágrimas, pidiendo disculpas por llorar)

4.- ¿Que piensa acerca de su tratamiento, cree que le ayude? Pues sí y no, la mera verdad es que yo no le echo ganas, no me resigno al cambio de vida, no sé ¿En que cambió su vida? Pues ahora estoy encerrado sin hacer nada pensando en necedades nada más, luego a mi mujer no le alcanza y se preocupa y yo ya sin carro para trabajar y sin fuerzas para salir a buscar, si no conozco a nadie, de ¿qué cree que me van a dar trabajo así enfermo? A nadie le gusta contratar a un enfermo, no quieren responsabilidades.

5.- ¿Que futuro ve en esta situación de enfermedad? Muy malo doctorcita, muy malo, yo no sé si voy a aguantar, a mi hija y a mi mujer ya las tengo hartas, ya están enfermas también ellas, yo las enfermo, con sólo verme las enfermo de preocupación.

6.- ¿Qué futuro ve con este tipo de tratamiento? Pues no sé... no quisiera pensar que es lo único que existe para uno, yo quisiera un trasplante pero... sin dinero, ¿Ud. cree que me lo puedan dar? yo no lo creo y sin embargo... no sé, doctora, no sé, mejor no digo nada ¿Qué es lo que no puede decir? Es que yo veo que aquí a algunos los van a transplantar y por qué a uno no?, Que no es éste un hospital para los que no tienen? Pues yo no tengo al igual que muchos y que nos queda, morirnos lentamente?

Bueno, que lamentable que lo vea así pero, ahora dígame, analizando los siguientes relatos, ¿con qué situación podría semejar todo este tiempo de tratamiento de su enfermedad, mediante el manejo de la técnica que aprendió? Escoge la III” Ir en un carro sin frenos por una carretera muy sinuosa, donde puede ver a los lados el precipicio y las barrancas profundas” Porque yo, la

verdad sí la estoy pasando muy mal, doctorcita, por eso quiero que usted me ayude, no se que va a pasar conmigo, no sé si quiero vivir de esta manera o ya no.

TAT (caso 4.- Varón)

1 *(El chico y el violín) “Este niño está muy triste porque quieren sus maestros que aprenda a tocar un instrumento y el no quiere, se rebela porque no le gusta y además él, quiere ir a jugar y esta triste porque él sabe que si puede, es inteligente, nada le costaría pero, si no le gusta no va a aprender.”*

2 *(La estudiante en el campo) “Esta muchacha se va de la casa de sus padres porque no le gusta como viven ellos, se va a estudiar o a vivir la vida..., no sé, cualquiera de las dos.”*

3VH *(Reclinado en el diván) “Este hombre está destrozado, no ve la salida, se esta muriendo y nadie puede hacer nada por el, ni siquiera Dios porque él debió haber hecho algo muy malo como para que ni Dios lo escuche; está ahí llorando sin poder creer lo que le pasa”*

5 *(Mujer de edad en la puerta) “La Sra. está viendo a su esposo enfermo y ella está muy asustada, cree que se va a morir y no quiere dejarlo, se tiene que ir a trabajar porque él ya no puede hacerlo y no se va, ahí está vigilando sus movimientos, no quiere que de un paso en falso, como sacar una pistola o algo así. El no es malo, no la quiere ver sufrir sólo quiere descansar y terminar con todo.”*

6VH *(El hijo que se va) “Esta madre ve que su hijo se va y se siente preocupada y triste, le dice algo para que no se vaya y la deje sola pero el no la oye y se va a ir, ella se va a quedar muy mal, y a él también le va a ir muy mal lejos de ella”*

8VH *(La intervención quirúrgica) “El niño está recordando cuando nació en un hospital y ahora lo van a tener que operar y no sabe como le va a ir si se va a morir o a vivir, está triste porque no sabe que va a pasar”*

11 *(Paisaje primitivo de piedras)...no, no le entiendo... parece como un bosque, está un animal ahí... no le entiendo...es... una selva oscura... nada más , no veo nada más.*

12VH *(Reclinado en el diván) “El muchacho esta malo, muy grave y malo, no haya la salida, le vino una enfermedad muy fea y no sabe que va a pasar, tiene miedo y llora mucho, se pregunta: ¿Por qué a mí me vino a pasar esto, que hice?; su padre lo ve, piensa que está dormido pero... tal vez está ya muerto y le están dando la bendición, nada más.”*

14 *(Hombre en la ventana) “Este hombre está pensando seriamente en escapar de la realidad, es muy duro para él estar enfermo y quiere salir por la puerta falsa o, la ventana falsa...no sé, tal vez haiga una esperanza todavía porque si no, pues no tiene caso vivir así, es feo ,muy feo estar así ”*

15 (En el cementerio) “Es alguien que se le murió un familiar, está muy triste pensando que él fue muy cobarde y no quiso luchar, por eso se murió, no merecía vivir si no quería”.

16 (Lámina en blanco) (silencio prolongado)”... ¡ay, doctora... no se lo que me pasa, me estoy “mariando”, me siento mal” ¿Desea que llame al Médico? “Por favor...” (Se desvanece en el asiento y vomita, casi cae al suelo pero logro sostenerlo y grito por ayuda, afortunadamente el consultorio está frente al control de enfermeras y la puerta es de vidrio; pasa de casualidad un residente por ahí y escucha mi demanda de ayuda, entra el médico y una enfermera, lo examinan y la presión la tiene extremadamente baja, lo encaman unas horas hasta estabilizarlo.

Se continúa la aplicación de la prueba una semana después.

“Usted disculpe doctora, el otro día aquí me sentí de pronto muy mal, como que el sol que entra por la ventana me marió o algo así, ya ve como anda uno siempre de débil “No se preocupe así pasa, ¿cree que ahora podemos continuar?” Sí, doctora, le seguimos.

17VH (El acróbata) “Es un malabarista o... un bombero, se baja por la cuerda para salvar a alguien pero se resbala y se cae... se quema en el incendio, ahí quedó también él”.

18VH (Atacado por la espalda) “A este lo drogaron o algo así, le dieron algo que lo envenenó y ahora lo arrastran para la carretera y ahí va a pasar un camión y lo va a destrozar, pero si ya está muerto que le importa que lo destrocen cuanto quieran los carros, él ya ni siente.”

ENTREVISTAS A MUJERES

Caso 1.- Entrevista semi dirigida realizada con una mujer de 37 años, con 5 meses de tratamiento crónico de diálisis

1.- ¿Cómo se ha sentido emocional mente desde que enfermó? (social, personal, familiar, pareja, sexualidad y trabajo)

Al principio me deprimí mucho, no quería salir ni que me viera nadie, creía que me iba a morir y así lo sentía, estaba mal y mal todos los días y mi familia muy asustada. Después ya me compuse con las diálisis en el hospital, todos ustedes son muy buenos, nos ayudan, las enfermeras enseñándonos y usted nos ayuda con las pláticas, escucha como uno se siente...; ¿Cómo se siente Ud.?, ay Doctora, pues con mucho miedo al principio como que no le agarraba, me costó mucho aprender a hacerme los cambios, tenía mucho miedo de infectarme y como yo no fui mas que a segundo de primaria, sentía que no iba a aprender, pero mi hermana estuvo conmigo ella tiene preparatoria y vino junto conmigo al curso; bueno... al segundo curso porque ya ve que en el primero yo, no más no le hallaba. ¿Ya aprendió Ud.?, (sonríe nerviosa)..., Lili, la enfermera ya me dijo que estoy bien, que ya me va a dar otra vez las bolsas para dos meses y dice que no me quiere ver por aquí en ese tiempo, bueno..., nomás para las revisiones; ¿Como es ahora su vida, ha vuelto a sus actividades?, pues ya cambié de giro, por así decirlo, ya ve que antes yo trabajaba en una tienda grande pero la dueña ya no quiere darme trabajo dice que hasta que esté yo bien pero, ahora con esto (señala su abdomen y el sitio del catéter), pues como que le da miedo que me vaya yo a desmayar o no sé..., ¿Ud. como se siente de salud?, pues bien, puedo decir que mucho mejor que antes, Diosito me hizo ver que aún me necesitaban mis chamacos, si ya les faltó su padre, no podía faltarles yo así que me puse a darle y a darle y a darle, hasta que mire, ahora los cambios para mí son como lavarme los dientes cuatro veces al día..., hora estoy más con mis hijos, los recibo cuando llegan de la escuela..., y ahí donde ve, tengo trabajo he!?, le cuido los niños a mis hermanas y ellas me dan y ahí voy saliendo, mi mamá me hace la comida de mis hijos y la mía también, para que yo no esté en lo caliente..., mi chamaco más grande ya empezó a trabajar y me da también y mi papá, vendió un terrenito que tenía y con eso me hizo el baño que pidió la Trabajadora Social y me puso un ahorro para mis medicinas; Y su pareja, ¿como ha vivido todo esto?..., mmhhh!!!..., ay Doctora qué preguntas me hace..., pues él ya no ha venido fijese, dizque se fue al otro lado y que me iba a mandar para ayudarme, ¡y pos nomás, nada de nada!; ¿Qué cree que haya pasado?; pss sabe, pero no lo culpo a él; ¿Entonces a quien?, ... a mí, míreme Doctora, ¿Ud. cree que un hombre se va a fijar en mí así? (llanto en los ojos)..., estoy llena de cicatrices y el tubito éste que hay que cuidarlo como oro molido (se queda pensativa), tiene miedo..., no sé, se le afiguró que me iba a poner peor o no quiso cargar conmigo, no sé, no me dijo más que se iba para ayudarme y mire (llora cabizbaja)..., ¿pero sabe que?, a mí no me importa, tengo a mis hijos y Dios primero voy a salir adelante, ¡¡¡usted lo va a ver!!!.

2.- Habrá tenido situaciones difíciles, ¿cual ha sido la peor? ay Doctora, cuando me dijeron que yo misma me iba a hacer lo de los cambios, ay no, sentí el puritito miedo, no!, no!, Lili me regañaba a cada rato, que así no!, que así no más se te va a tapar el catéter, que no lo dobles, que no lo saques, ¡ay no, yo mejor quería morirme!, no más no le

hallaba..., y luego cuando me infecte, ¡madre mía!, que dolor, la panza dura..., ¡y no había ni donde no me picaran!

3.- ¿Qué hizo para que no volviera a pasar esto?, ¡cuidarme!, ahora sí con mucho cuidado..., mi familia me ayudó mucho, todos preocupados, somos muy unidos Dra. ahora me di cuenta, mi hermanita me dijo tu no te preocupes, dos cabezas piensan mejor que una y te voy a ayudar a que aprendas... y mire, ya ve que sí?, ¡no más hay que hacharle ganas, eso sí muchas ganas!

4.- ¿Que futuro ve en esta situación de enfermedad?, pues yo creo que bien, estoy bien si me cuido..., yo antes me cansaba mucho trabajando será que ya estaba enferma no sé pero ahora, todos me cuidan, no estoy sola, mis hermanos, mis cuñados, mi hermana que no se llevaba conmigo..., hasta ella se hizo los análisis pero ya ve que salió que mi problema es de herencia lo de los quistes o no sé como dijeron..., y los doctores dijeron que no era bueno que les quitaran un riñón a ellos si luego se podían enfermar también.

5.- ¿Que piensa acerca de su tratamiento?, que nos ayuda..., nos ayuda a estar bien, yo no entiendo como hay gente que se queja que no les ayuda, yo me siento bien en lo que cabe, verdad, pero bien..., claro que si algún día encuentro quien me de un riñón pues, qué mejor, mientras haya vida hay esperanza, no cree?.

6.- ¿Qué futuro ve con este tipo de tratamiento?, pues..., yo creo que voy a vivir Dra. bien..., de esta no me voy a morir, todavía tengo mucho que hacer, no pienso morirme (ríe con los ojos húmedos) ¿sabe qué?, yo a veces me salgo de la dieta, me como mis garnachas pero ¿sabe qué?, sólo cuando me toca ya la diálisis, no dejo pasar ni diez minutitos y ya me toca, no soy tonta, no me quedo con eso en la panza para que se me vaya a la sangre y me de una crisis, ¡ah, no!; Entonces lo tiene bajo control, ah!!!, claro (ríe divertida); Bueno, entonces dígame, analizando los siguientes relatos, ¿con qué situación podría semejar todo este tiempo de tratamiento de su enfermedad, mediante el manejo de la técnica que aprendió? (escoge la I) “Estar en un columpio donde, cuando sube siente nervios y de bajada un vacío en el estómago”, ¡Porque yo controlo, Dra.!, yo sé cuando puedo y que puedo hacer, ya le dije que hasta dormida puedo hacerme los baños..., mis hijos se ríen por que dicen que sin abrir los ojos, me bajo la bolsa y a dormir otra vez (ríe divertida)..., ya hasta fuimos al Chapultepec el domingo y anduve re’ bien caminando, eso sí, no me pasé de líquidos, si no, imagínese como iba a llegar, ¡no le haga!

TAT (Caso 1.- Mujer)

1 (El Chico y el violín) “Este es un niño que esta pensando como hacerle para aprender a tocar el instrumento, está muy chiquito y a lo mejor no puede, los niños muy chiquitos no saben hacer muchas cosas, se siente triste porque no sabe”

2 (La Estudiante en el campo) “Esta chica está viendo la pobreza de sus padres y quiere superarse estudiando, ellos saben que le va a ir bien, ella duda un poco”

3NM (La Joven en la puerta) “Esta muchacha está mal, a punto de desmayarse porque la abandonó su esposo, la vio enferma y se fue. Está desesperada pero tiene a su familia, padres y hermanos que la apoyan y por ellos y por sus hijos va a salir adelante”

7NM (Niña-Muñeca) *“La niña está enojada con la madre y no le quiere recibir la muñeca que ella le da. La mamá estuvo internada y no pudo cuidarla por eso la niña está enojada pero ya salió y va a estar con ella y la va a convencer de que ya no la va a abandonar”*

8VH (La intervención quirúrgica) *“El niño está recordando una guerra y una operación que le hicieron de emergencia pero, sólo es un mal recuerdo ahora está a salvo.”*

11 (Paisaje primitivo de piedras) *“¡ Ay, que bonito!, es como un paisaje, como una pintura abstracta o algo así pero congelada... sí como uno de esos bloques de hielo que dentro tienen un paisaje o una acuarela,... bueno, aquí en blanco y negro.”*

13N (Niña ascendiendo la escalera) *“Esta pequeña va corriendo aprisa a su casa, su mamá está enferma y va para ayudarle y cuando llega la mamá ya se levantó porque la oyó subir y no quería que la viera en cama”*

13HM (Mujer en la cama) *“Esta mujer está muy enferma, ...muy flaca y envejecida, está ahí r su esposo y no quiere verla así; ella quiere levantarse para ir a esconderse al baño y ponerse algo de colorete pero no puede, el cansancio la vence y está muy angustiada porque la vio así”*

14 (Hombre en la ventana) *“Aquí también está muy oscuro , el quiere alcanzar la luz, él sabe que se espera mucho de él y no debe fallar, termina retirándose de la ventana y se pone a trabajar”*

15 (En el cementerio) *“Es un Sr. que está muy triste porque se le murió un hijo de leucemia, en un ratito se le puso flaquito y pálido y el no pudo hacer nada”*

16 (Lámina en blanco) *“Ay, aquí quiero imaginarme yo con mi familia, todos contentos y olvidándonos de tantos malos ratos, que nos vamos de paseo, de viaje y yo con ellos sintiéndome muy bien con mis cambios bien hechecitos.”*

17NM (El Puente) *“Esta joven está mirando al vacío, está pensando que antes ella quiso tirarse de ahí pero lo pensó muy bien trabajó, aprendió y ahora ya no tiene esos pensamientos”*

20 (Solo bajo el farol) *“Una Sra. o Sr., no se sabe está ahí sola en la noche; esperaba a alguien y no llegó, se quedó ahí, tal vez le pase algo si no se va a su casa mejor”*

Caso 2.- Entrevista semidirigida con una mujer de 23 años con 2 meses de tratamiento crónico de diálisis

1.- ¿Cómo se ha sentido emocionalmente desde que enfermó? (social, personal, familiar, pareja, sexualidad y trabajo) Al principio mucho miedo, me sentía muy mal y creía que me iba a morir, el catéter duro me lastimó mucho y pensaba que eso iba a ser cada semana. Yo le decía a mi mamá que mejor me dejara morir, estaba muy deprimida. Yo antes trabajaba en una fábrica pero no tenía seguro todavía, luego me dijeron que me lo iban a dar pero no se pudo porque dejé el trabajo, ya no podía, me sentía muy cansada... ¿Mis amigos?... yo creo que ellos tuvieron miedo, al principio me visitaban pero ya no va nadie, solo mi familia me visita... ay, Dra., hábleme de tu , si no estoy tan viejita, no, bueno como Ud. le parezca mejor” ¿Que pasó con tu pareja?... ¡ay! Dra. ...pues ya no lo vi ... (Silencio prolongado)... ¿sabe que?... no se lo he dicho a nadie pero... se lo voy a decir a Ud. pero por favor, no se lo vaya a decir a mi mamá... No te preocupes. (Baja la cabeza y deja pasar un tiempo, en tanto se revuelve incomoda en el asiento) ...yo tuve relaciones con mi novio y se que... (Se interrumpe en un sollozo) por eso me enfermé, yo lo sé, Diosito me castigo, yo no debía, no debí hacerlo (continúa llorando) Tu enfermedad no es por eso. ¿No? ¿entonces, por qué, por qué a mí? ¿Que te han dicho tus médicos? Que me dieron infecciones de garganta seguidas, gripas, no sé, que se me fue al riñón y de ahí se pasó al otro... ¿Eso es cierto?, ¿Por qué, no lo crees? Es que...no sé, me parece tan extraño. ¿Que cosa? Eso, de que uno se enferme de los riñones por estar mala de la garganta Pero así es, el virus de la garganta se puede ir a los riñones y enfermarlos, a cualquiera nos puede pasar ¿A cualquiera? (se muerde los labios pensativa) ¿Cualquiera se puede enfermar de los riñones así nomás? (Silencio prolongado, en su cara se refleja angustia, duda, extrañeza) ¿Entonces, no es por lo de mi novio? No... (Limpiándose la secreción nasal, da un hondo suspiro, al parecer de alivio)... entonces, me voy a componer quiero decir, puedo mejorar, me voy a sentir bien con las diálisis ¿No te has sentido bien hasta ahora? Pues, a veces... otras me siento re mal como si yo no mereciera que mi familia haga tanto por mi (solloza de nuevo) Pero ahora ya sabes que no estas enferma por haber querido tener una experiencia propia de tu edad, propia de cualquier jovencita como tu, todas hemos querido tener esas experiencias y a veces más jóvenes, es algo normal; no es un pecado ni una falta aunque a veces puede ser un error, sobre todo si te embarazas siendo soltera y tan jovencita (Me mira sorprendida, entre lágrimas) ¿de veras, Dra? ¿No lo dice para hacerme sentir bien? ¿Qué ganaría yo si te hiciera sentir bien ahora y después peor cuando descubrieras la verdad? (silencio, baja la cabeza unos instantes y luego la levanta) ¿Gracias Dra., no sé porque no me atreví ha hablar de esto, antes con Ud. Tuve tantas ganas de decírselo pero, me daba mucha vergüenza (Le toco el brazo en señal de solidaridad, y sonríe con tristeza)

2.- Con esa carga de conciencia habrás tenido situaciones difíciles, ¿cual ha sido la peor? Cuando me internaban, tenía mucho miedo de morirme y cuando me daban de alta, no quería irme, sentía que lejos del hospital me iba a pasar algo. Luego cuando me enseñaron la técnica yo me decía ¿y para qué? ¿Para qué quiero vivir? ¿Por qué me ayudan tanto?, ¿Por qué dejo que mi familia sufra tanto por mí? sí yo lo que merezco es morirme por haber defraudado a mis padres; ¡ay! Dra., y tanto que me castigué yo sola.

3.- ¿Con tanta culpa, cómo has hecho para mantenerte bien?, Yo no, mi mamá, ...por mi mamá lo hacía, no por mi. Cuando me enseñaron ha hacerme las diálisis, no sé, estaba distraída o no sé que pero, a cada rato me regañaban porque lo hacía mal, mi mamá vino conmigo al curso y ella aprendió antes, ¿Usted cree? Yo me sentía una burra y me daba mucha pena que se me viera la tripa, el catéter, cuando llegaba gente a la casa me escondía o me tapaba toda para que no me vieran.

4.- ¿Que futuro ves en esta situación de enfermedad? Si una lo hace bien, resulta, es cómodo.

5.- ¿Que piensas acerca de su tratamiento?, Que tengo que cuidarme, no hay de otra.

6.- ¿Qué futuro vees con este tipo de tratamiento? Voy a estar bien, primero Dios, voy a estar bien con las diálisis y si alguien de mi familia es compatible conmigo, mi papá dice que van a vender la camioneta para juntar dinero y que me trasplanten.

Bueno, entonces dime, analizando los siguientes relatos, ¿con qué situación podrías semejar todo este tiempo de tratamiento de tu enfermedad, mediante el manejo de la técnica que aprendiste? (escogió la II) "Ir en una bicicleta en ocasiones cuesta arriba, donde tiene que hacer mucho esfuerzo; otras donde va de bajada y siente miedo y hasta vértigo por la velocidad con que se desliza." Es que como me sentía tan mal a veces, se me ha hecho muy difícil, como que ya mejor quería dejarlo todo pero, yo veo que a las otras les va bien, se ven bien, hasta me invitan a hacer fiestas y a bailar, claro sin tomar tanta agua pero, ya ve que yo no quería salir, ni vestirme como ellas, ¿pero soy joven verdad? Puedo divertirme aunque esté enferma, después de todo, no todos los días estoy mal.

TAT Caso 2.-Mujer)

1 (El Chico y el violín) "Es un niño que está triste, tiene que aprender a tocar ese violín y cree que no puede... pero lo va a intentar, quien sabe a veces hay cosas que no nos salen, no más no... quizá lo logre".

2 (La estudiante en el campo) "Es una muchacha que para estudiar tiene que irse a otra ciudad, le da pena dejar a sus padres pero tiene que hacerlo, no hay de otra."

3NM (La Joven en la puerta) "Es una muchacha que se acaba de enterar de algo malo, una enfermedad o algo así y está muy mal, se siente terrible... su familia la va ayudar, todos se ponen en acción y la ayudan y poco a poco se da cuenta que todos la quieren y sale adelante"

7NM (Niña-Muñeca) "La niña no quiere aceptarle la muñeca a la mamá, está enojada por algo, pero su mamá la convence y la abraza y la niña se incontenta al rato salen de compras y compran más juguetes."

8VH (La intervención quirúrgica) "Es un niño que está recordando cuando en su ciudad hubo una guerra, los soldados del otro bando mataban gente y a el le mataron a su familia, ahora el piensa estudiar medicina y va a salvar gente, aunque el no quiere operar porque en las operaciones la gente puede morir, el mejor las cura sin operación"

11 (paisaje primitivo de piedras) “¡Ay!, ¿que es esto? no se ve nada, está como sucio... ¡que asco ¡ esto es como una mosca o cucaracha no sé,(silencio prolongado) ... hay como un camino , esto de aquí ... o¿ qué es, una culebra? ¡ ah, que asco! , se ve fea, peligrosa como que sale de esa piedra y se va a comer a la mosca ... estas son como peñascos, no , no veo nada más.”

13N (Niña ascendiendo la escalera) “Es una niñita que va corriendo a alguna parte, tiene que encontrar algo que necesita, tiene que subir muchas escaleras y se cansa, pero no le importa porque sabe que mientras más pronto llegue, más pronto va a encontrar eso que busca y estará bien”

13HM (Mujer en la cama) “Es una Sra. que está muy enferma, no se puede ni levantar, su marido la dejó porque no quiere batallar con ella que se queja mucho porque le duele, se puso ojerosa y pálida y ya no le gustó a él, por eso no la quiso llevar a la fiesta , no quiere... verla así ; es que de pronto se sintió mal y se fue a acostar ... van a romper su noviazgo a él ya no le gusta ella, se ve enferma, se ve mal”

14 (Hombre en la ventana) “Hay un incendio y este Sr. vio una niña en el piso de arriba y está subiendo por la cuerda para salvarla”

15 (En el cementerio) “Es una persona mala, no puedo explicarlo ... es un cementerio con muchas cruces... como que ya murió , anda penando por algo que hizo en su vida... nada más , ya no veo nada más.”

16 (Lámina en blanco) “Soy yo, con mi familia en un día de campo, estoy en una hamaca bien a gusto porque sé que en el carro están mis bolsas de diálisis y al rato me va a tocar cambiármela, me estoy comiendo un taco de cabeza, con todo, ¡mmm, que rico!, con refresco y todo porque ya me va a tocar dializarme.”

17NM (El Puente) “Esta muchacha está viendo los pescadores a lo lejos, está recordando que ella una vez quiso morir, pero ahora ya no quiere sabe que le queda vida y la puede vivir bien”

20 (Solo bajo el farol) “Esta persona se encuentra sola, no hay nadie por ahí... bueno no se ve nada está muy oscuro y feo; tal vez alguien va a venir a hacerle compañía o no,... no se ve nadie por ahí, sólo la oscuridad.”

Caso 3.- Entrevista semidirigida con una mujer de 26 años con 6 meses de tratamiento crónico de diálisis

1.- ¿Cómo se ha sentido emocionalmente desde que enfermó? (social, personal, familiar, pareja, sexualidad y trabajo) Al principio muy mal, muy asustada, creía que de esta me iba a morir, me dolía mucho dejar a mi hijito cuando venía a internarme, mi esposo se desvelaba conmigo primero por preocupación y luego como que se chocó, porque no se me quería acercar, le daba miedo infectarme ¿Cómo la pasó con eso? Muy mal, yo pensé que ya no me quería, que le daba asco verme así toda agujereada. Y es que ya ve como es la gente, les da cosa verla a una enferma, pálida y ojerosa y cada vez más flaca o gorda toda hinchada de agua, primero te visitan luego te olvidan. ¿Qué pasó con su empleo? Pues ya ve que yo trabajaba en una empresa de secretaria, ¿verdad? pues ahora me dan cosas para trabajar en casa, de la oficina me mandan cosas para trabajar y hago lo que puedo en el día y luego mi esposo me ayuda en la noche; mi hermanita de 16 años se vino de Pachuca para ayudarme y se va a esperar para hacer la prepa, un tiempo, al cabo dice que no le gusta estudiar que mejor me ayuda y que le gusta vivir en el D.F., ¡¿Ud. cree?! Yo se lo agradezco mucho y mi niño la quiere mucho, mi Mamacita viene los fines de semana para hacerme la comida sin sal de toda la semana y la de mi esposo porque él sí come con sal. Ella se está aquí varios días y se vuelve ir a Pachuca con mi Papacito, me ayuda mucho. ¿Cómo van las cosas con su esposo? Bien ...ya lo hablamos, él dice que sí me quiere y me lo ha demostrado. Ya no como antes pero, a veces tenemos relaciones y el se porta muy suave, muy tierno, me cuida mucho para no lastimarme, creo que ahora es mucho más tierno que antes.

2.- Con todo, habrá tenido situaciones difíciles, ¿cual ha sido la peor? Bueno, al principio, nada más, ya ve que no podía con lo del curso, se me hacía muy difícil aprender, yo creo que me sentía tonta o algo así o no me gustaba la idea de traer el catéter siempre aquí en el estomago, ya ve que aquí se queda el tubo, antes creía que se me notaba pero ahora no ¡mire! lo escondo bien con la gasa, mi esposo dice que ni se nota y que me veo bien sexy así, flaquita, como las modelos de las revistas, así toda escurrida (sonríe divertida).

3.- ¿Tuvo que hacer algo para no volver a sentir que la situación era difícil? Pues poner atención, Dra. sí uno la ve bien, esto nos ayuda y no es tan difícil como parece.

4.- ¿Que futuro ve en esta situación de enfermedad? Con las diálisis me siento bien, puedo dedicarme a mi hijito porque ahora trabajo en la casa y puedo jugar con el más que antes pues cuando él se duerme en la tarde o temprano me pongo a trabajar un rato.

5.- ¿Que piensa acerca de su tratamiento? Sí me cuido, puedo salir adelante, no es tan difícil como al principio, lo que pasa es que yo no aceptaba mi enfermedad, creo que era eso, porque esto nos ayuda, ¡sí que nos ayuda!

6.- ¿Qué futuro ve con este tipo de tratamiento? ¡Voy a estar bien, Dios y mi familia me ayudan y tengo un esposo que vale oro, doctora, ¡vale oro!, ahora me chulea más que antes, se preocupa por mí, creo que le dio miedo cuando me vio tan mal, de que me le muriera y eso lo hizo recapacitar, antes se iba con los amigos todos los viernes ahora, me habla por teléfono a diario y me dice que me quiere y llega temprano y se está conmigo, ¡hasta los viernes!, todos, todos los días. Si viera Ud. Doctora que él cambió mucho, antes me dejaba sola, como le digo, nomás yo y mi niño solitos para todos lados, yo solita lo llevaba al parque los domingos y él, que dizque tenía trabajo, ¿no será que andaba de

canijo por ahí? ¿Cómo saberlo? Pues sí, ¿verdad?, pero ahora es diferente y es lo que importa.

Bueno, entonces dígame, analizando los siguientes relatos, ¿con qué situación podría semejar todo este tiempo de tratamiento de su enfermedad, mediante el manejo de la técnica que aprendió? (escoge la I) “Estar en un columpio donde, cuando sube siente nervios y de bajada un vacío en el estómago” ¡Ay! Pues yo creo que la primera, Doctora, porque en realidad es fácil, ¡claro que! Sí uno se descuida pues que miedo que pase algo pero, después de todo uno está bien agarradita de las cuerdas y no tiene porqué caerse, ¿verdad? es decir, uno sabe a que se atiene.”

TAT (Caso 3.- Mujer)

I (El Chico y el violín) “Se trata de un niño que estaba triste porque creía que el no tenía la capacidad de aprender a tocar ese violín pero lo intentó, puso atención y sus papás le ayudaron para que aprendiera”

2 (La estudiante en el campo) “Esta muchacha quiere estudiar y sabe que debe irse lejos para lograrlo, se siente triste por ellos pero, debe hacerlo”

3NM (La Joven en la puerta) “Esta Sra. se enteró de algo muy malo, se angustió tanto que casi se cae al suelo por eso se esta agarrando de la puerta, sin embargo más tarde llega su esposo y le dice que no se preocupe que van a salir adelante.”

7NM (Niña-Muñeca) “Esta Sra. está hablando con su niña que hizo berrinche porque su mamá no le pudo comprar lo que ella quería, y es que como se enfermó y tuvo que comprar medicinas pues ya no pudo darle a la niña lo que le había prometido para reyes, pero al rato cuando crezca la niña la va a entender.”

8VH (La intervención quirúrgica) “Esta es una persona que se está recordando cuando estuvo muy enferma y la operaron de emergencia, pero ahora ya esta bien, sólo se está acordando”

11 (Paisaje primitivo de piedras) “¡Ay, Qué bonito!, ¡mire! Es como un paisaje submarino, ahí se ven los pescaditos y las algas y corrientes por debajo.”

13N (Niña ascendiendo la escalera) “Esta muchacha va subiendo una escalera larga, larga pero con paso firme, va buscando algo y lo va a encontrar”

13HM (Mujer en la cama) “Se trata de una mujer enferma que creía que su esposo la iba a dejar por que ya no le servía para nada, él está llorando desconsolado. De pronto ella se despierta, estaba soñando, fue un mal sueño, nada más”

14 (Hombre en la ventana) “Es una persona que se le cerró el camino y se quiere tirar por la ventana para matarse, está en un cuarto oscuro... no se tira, la piensa bien”.

15 (En el cementerio) *“Esta es una persona que fue a visitar la tumba de un familiar, le está prometiendo que ella no se va a dejar morir, que tiene mucho por qué vivir.”*

16 (Lámina en blanco) *“Aquí hay un jardín, un bonito jardín de flores frescas, limpias y perfumadas, todo está muy limpio, se ve el sol y las montañas, no siempre estuvo así de lindo, por aquí pasó una borrasca y destruyó todo pero ahora es otro tiempo y ya todo ha vuelto a nacer.”*

17NM (El Puente) *“”Esta muchacha pensaba matarse, tirarse de ese puente pero, no lo hizo, pensó en su familia y se dio cuenta que todos la querían más de lo que ella imaginaba y ya no lo piensa más.”*

20 (Solo bajo el farol) *“¿Es un Sr. o una Sra.? Bueno, lo que sea, es una persona sola, está ahí sin nadie a su alrededor... o está esperando por alguien. Si va a llegar la persona que espera”*

Caso 4.- Entrevista semidirigida con una mujer de 37 años con 5 meses de tratamiento crónico de diálisis

1.- ¿Cómo se ha sentido emocional mente desde que enfermó? (social, personal, familiar, pareja, sexualidad y trabajo) ¡Huy, Dra.!, ya, Usted sabe como estaba yo, asustada, temerosa, angustiada, hecha un mar de lágrimas todos los días pero ahora, ya más tranquila. Sí porque he vuelto a trabajar en casa, ya tengo cabeza para pensar ya ve que lo mío es la contabilidad y aunque ya no voy a la oficina porque allá es mucho estrés pues me mandan mis jefes el trabajo a la casa, no tanto como antes, pero ahí la voy pasando. Mi viejo, dentro de todo, ha estado conmigo, ya no se bebe el dinero de la casa, ahora me lo gasto yo en medicinas, (sonrisa triste) ¡incluso hemos tenido relaciones más que antes! Y de calidad, mucha más calidad porque ahora él sabe que tiene que cuidarme, tratarme como a un pétalo de rosa. Yo tenía la duda de si él realmente me deseaba, porque ya ve como se pone uno con la enfermedad, yo perdí pelo, me escurrí, la piel agrietada, la panza dura y enrojecida ¡y así no se ve una muy atractiva, ¿verdad? ¡Pero ¡mire!, quien les entiende a los hombres, ahora mi esposo no me baja de ¡Reina, y preciosa, y mi amor!, cuando antes ni existía yo para él ¿será que sintió que me le iba? También mis hijos ahora llegan de la escuela y me encuentran ahí y me saludan, ¿cómo te sientes hoy, mamita?, yo siento re bonito, yo no sé si nos hacía falta una tragedia para unirnos, qué lástima que me pasó esto a mí pero, que mejor porque sí le hubiera pasado alguno de mis hijos, no lo hubiera soportado y a mi marido, ¡ay, no!, ya ve como son los hombres de coyones cuando se enferman.”

2.- ¿Cree que haya tenido situaciones difíciles? ¿Cual ha sido la peor? ¡Como no!, al principio, Dra. Acuértese como estaba yo, que no podía resignarme, que no aceptaba tener esto y por eso ni quería aprender a manejar yo misma las diálisis, me daba miedo o no sé, que yo no le hiciera como aquí en el hospital y que me fuera infectar, acuértese que me infecté varias veces, qué, ¿no se acuerda? ¡Claro que sí! pero ahora se le ve muy bien. Y me siento bien, Dra., muy bien.

3.- ¿Cómo le hizo para que le fuera mejor? Ay, pues, cuidándome, sobreponiéndome. El ver que mi familia se unía para ayudarme me hizo pensar que después de todo me querían y yo les hacía falta, mis hijos aún están chicos, Dra., les hago falta y ahora mi viejito, dio el cambiazco, es como una madre conmigo, bueno más que eso, ¡es mi marido!

4.- ¿Que futuro ve en esta situación de enfermedad? Es peligroso sí uno se descuida, muy peligroso, pero cuidándose, echándole ganas, se vive bien, todo está en que uno se acostumbre.

5.- ¿Que piensa acerca de su tratamiento? Pues, mire, mi niña de 13 años dice que cuando cumpla 18 me va a donar un riñón, quien sabe, pero si llego a ese tiempo y tenemos con qué, pues adelante y Dios quiera que todo salga bien, pero si no... Mire Dra., yo así estoy bien, mientras pueda estar con mis hijos y vivir esta nueva vida de acercamiento con mi marido, esto es vivir, Dra., Dios sabe si me mandó esto para que yo valorara lo que tengo, un marido y unos hijos que ¡valen lo que pesan!

6.- ¿Qué futuro ve con este tipo de tratamiento? Bien, le digo que es bueno, permite hacer muchas cosas que yo creía que no podría hacer, de veras que yo no creía que me iba a sentir tan bien, bueno, en lo que cabe, ¿verdad?, pero el amor a uno le ayuda, le ayuda a uno a vivir feliz, con todo y todo.

Bueno, entonces dígame, analizando los siguientes relatos, ¿con qué situación podría semejar todo este tiempo de tratamiento de su enfermedad, mediante el manejo de la técnica que aprendió? (escoge la I) “Estar en un columpio donde, cuando sube siente nervios y de bajada un vacío en el estómago” ésta, Dra., porque yo, controlo la velocidad.

TAT (Caso 4.-Mujer)

1 (El Chico y el violín) ““Es un chico que tiene que aprender a tocar este instrumento y está viendo como le hace. La pasa difícil, no sabe cómo, no ha ido a la escuela y por eso no sabe pero... con ayuda sí lo logra”

2 (La Estudiante en el campo) “Pues, esta muchacha está recordando cuando dejó el campo para irse a estudiar a la ciudad, se da cuenta que fue lo mejor”

3NM (La Joven en la puerta) “Esta mujer, está dolida, algo le pasó o se enteró de algo, ella está así porque cree que las cosas no tienen solución, pero se va dar cuenta que aún tiene una familia que la apoya incondicionalmente y esto la va a levantar”

7NM (Niña-Muñeca) “Esta chiquilla está emberrinchada por algo, su madre la consuela y le hace ver que las cosas no son como ella cree, le asegura que pase lo que pase no la va a dejar sola, y al rato se contenta.”

8VH (La intervención quirúrgica) “Este niño está pensando en que va a ser necesario que lo operen y siente miedo pero piensa en que el le va a echar todas las ganas, se va a cuidar y todo va a salir bien”

11 (Paisaje primitivo de piedras) “¡Tranquilidad, vida, aire puro, libertad!”

13N (Niña ascendiendo la escalera) “¡Esfuerzo, lucha, esta personita sabe que es difícil la subida pero todo tiene un final y ella va a llegar”

13HM (Mujer en la cama) “Creo que así me sentía yo al principio, vencida, derrotada, detestable, creía que a mi marido le molestaba sólo de verme ahí tirada en la cama, pero ahora sé que le preocupaba, que lloraba por mí porque le importo. Se que no me va a dejar como creía”

14 (Hombre en la ventana) “Este hombre tiene una gran preocupación, está mirando hacia fuera por la ventana, pensando, luego encuentra la solución y se retira de ahí”

15 (En el cementerio) “Esta persona perdió un ser querido, está llorando pero se va a dar cuenta que quizá fue lo mejor, por algo Dios lo quiso así.”

16 (Lámina en blanco) “Aquí yo imagino, amor, vida, unión familiar como la mía. Dios es grande y me ha hecho ver lo que tengo, una familia que está conmigo, me quiere y me apoya para que el resto de vida que me quede nunca vuelva a llorar por sentirme tan sola”.

17NM (El Puente) “¡Qué difícil!, la entiendo a esta mujer... ella quiere tirarse por la borda pero eso no es la solución, debe esperar y pedir ayuda, seguramente le van a ayudar con su problema.”

20 (Solo bajo el farol) “Una persona está ahí pensando algo, se hizo noche... se va a ir a su casa... quizá sólo fumaba un cigarro y pensaba cosas”

Lámina 1.- (El chico y el violín)



Lámina 2.- (La estudiante en el campo)



Lámina 3NM (La Joven en la puerta)



Lámina 3VH (Reclinado(a) en el diván)

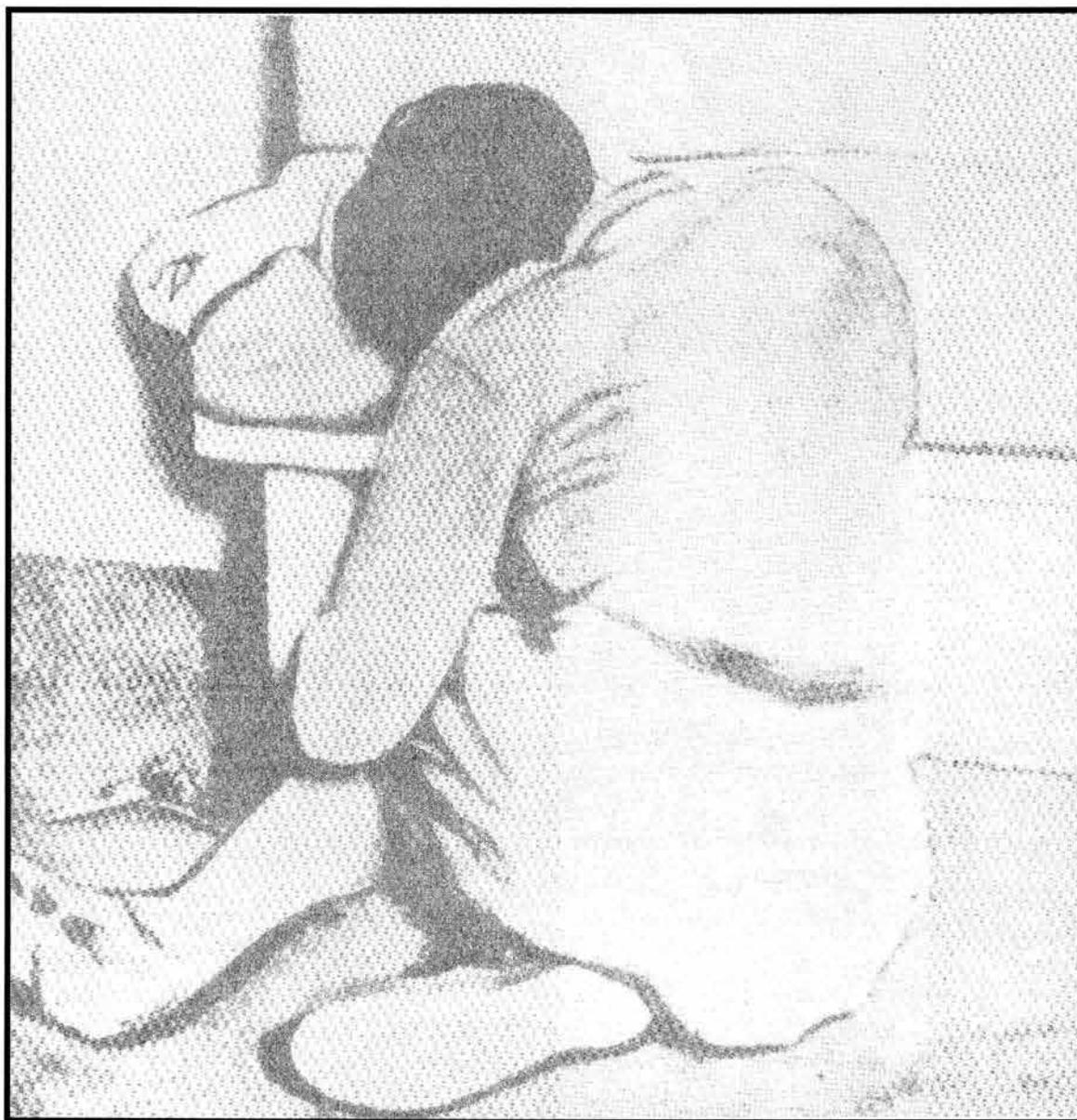


Lámina 5.- (Mujer de edad en la puerta)

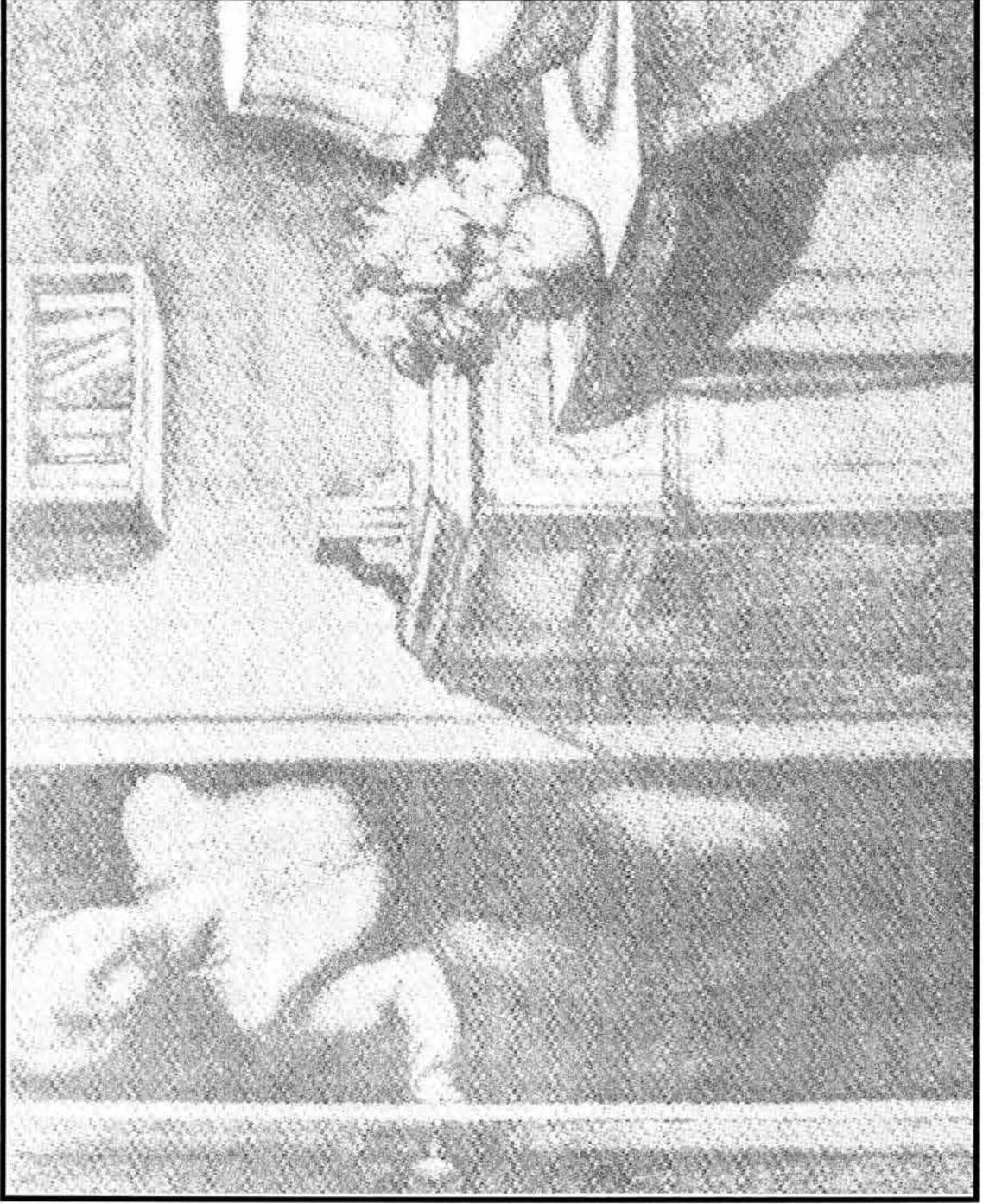


Lámina 6VH (El hijo que se va)

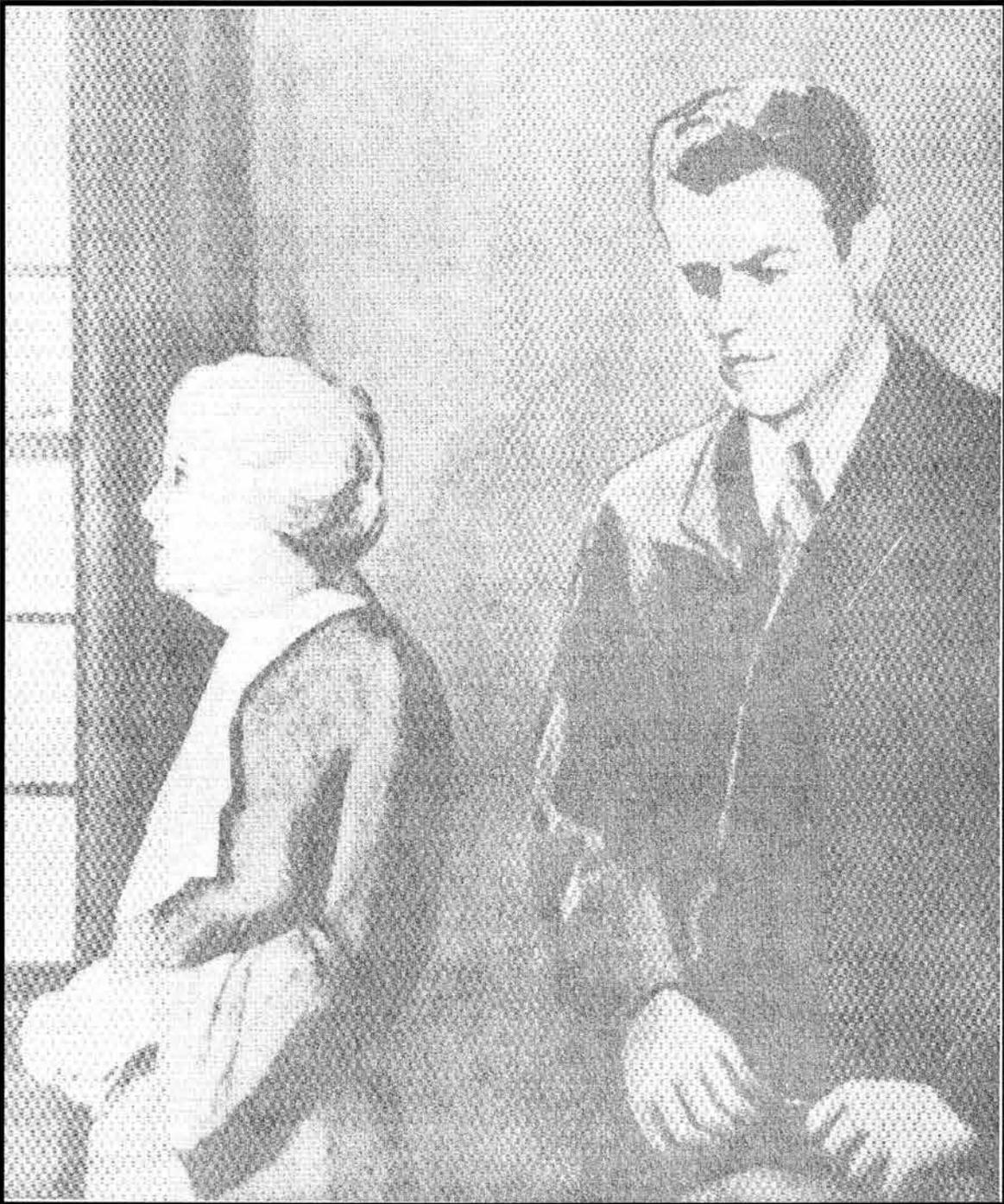


Lámina 7NM (Niña-Muñeca)



Lámina 8VH (La intervención quirúrgica)



Lámina 11 (Paisaje primitivo de piedras)



Lámina 12H (El hipnotizador)

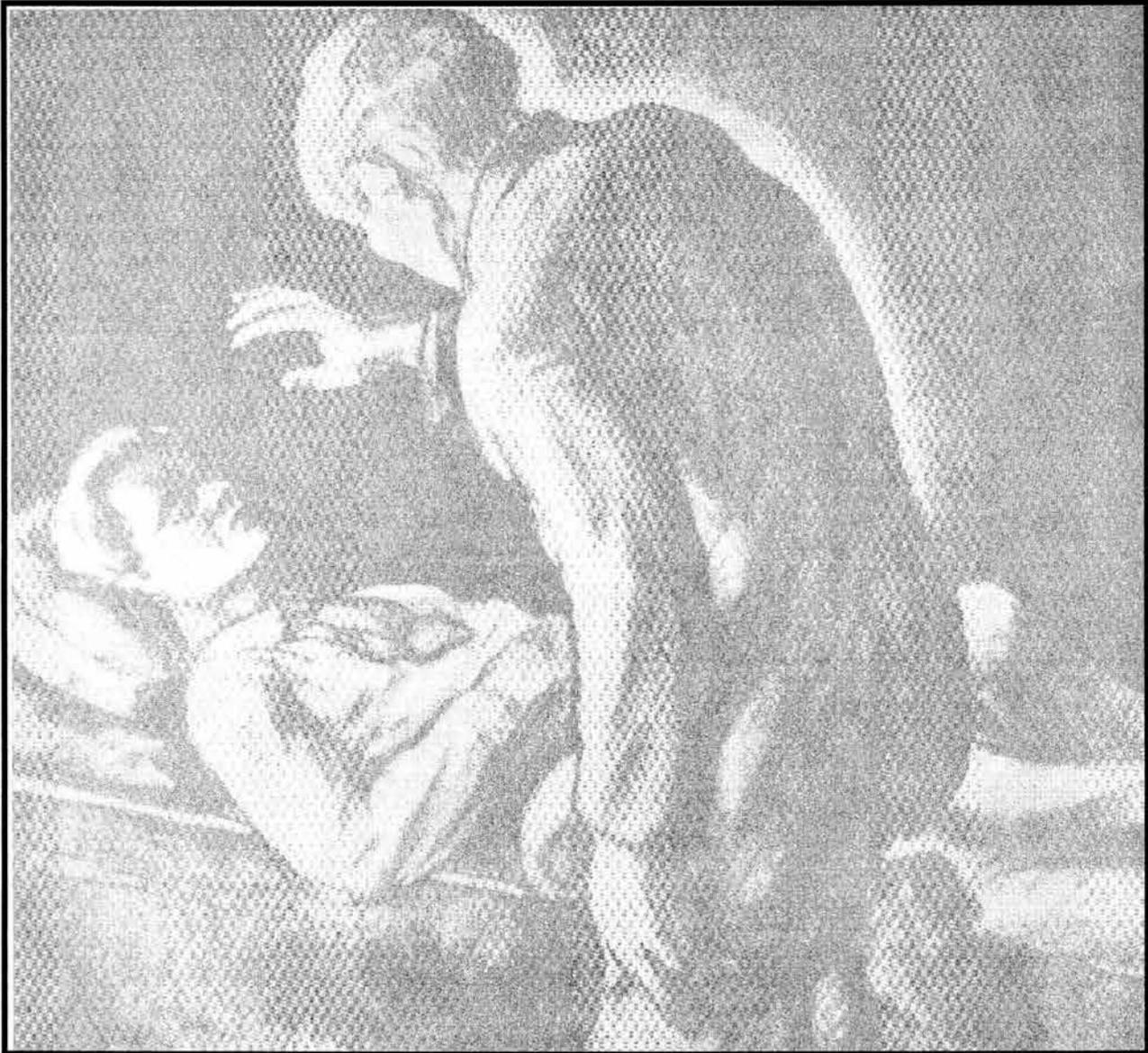


Lámina 13N (Niña ascendiendo la escalera)

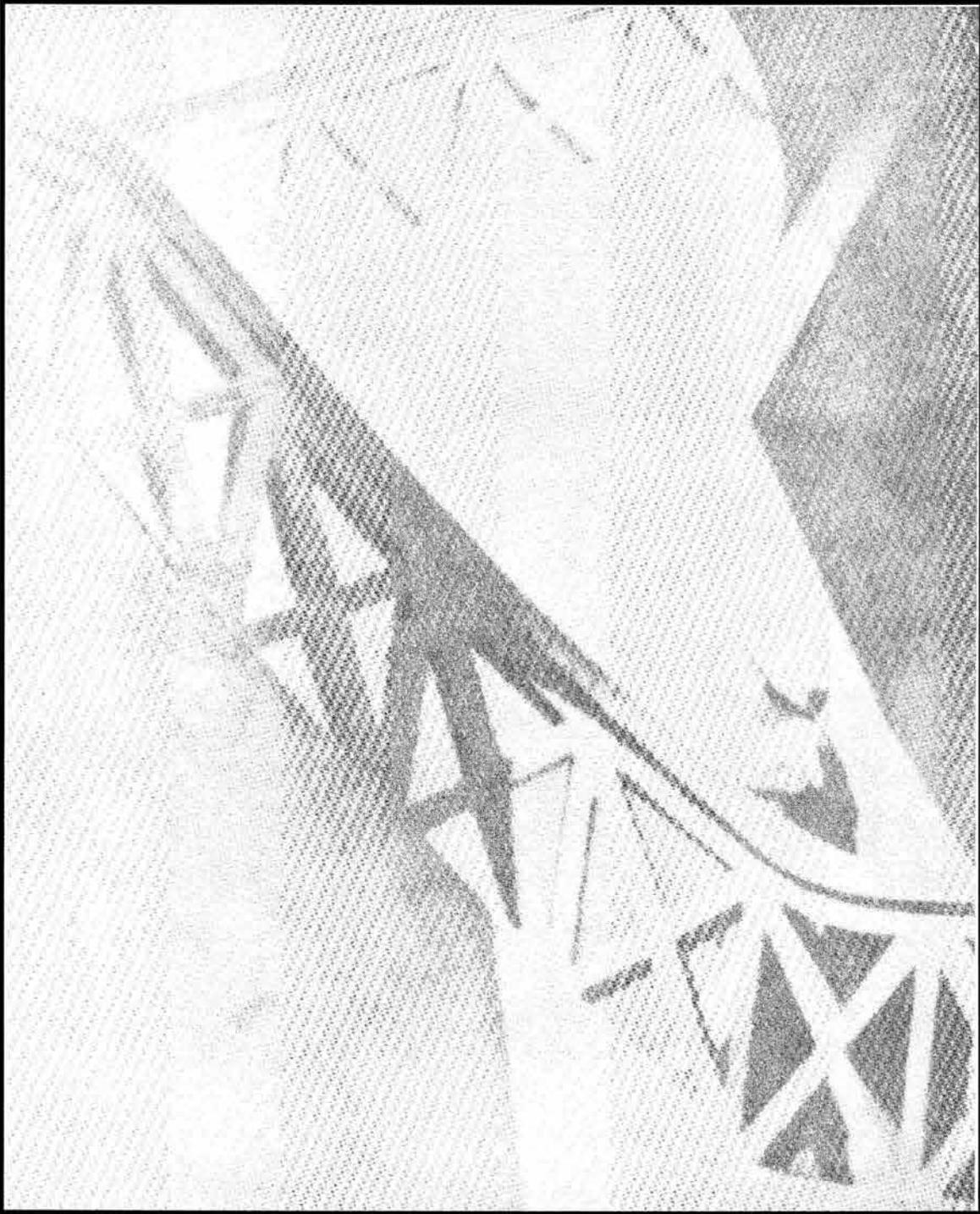


Lámina 13HM (Mujer en la cama)

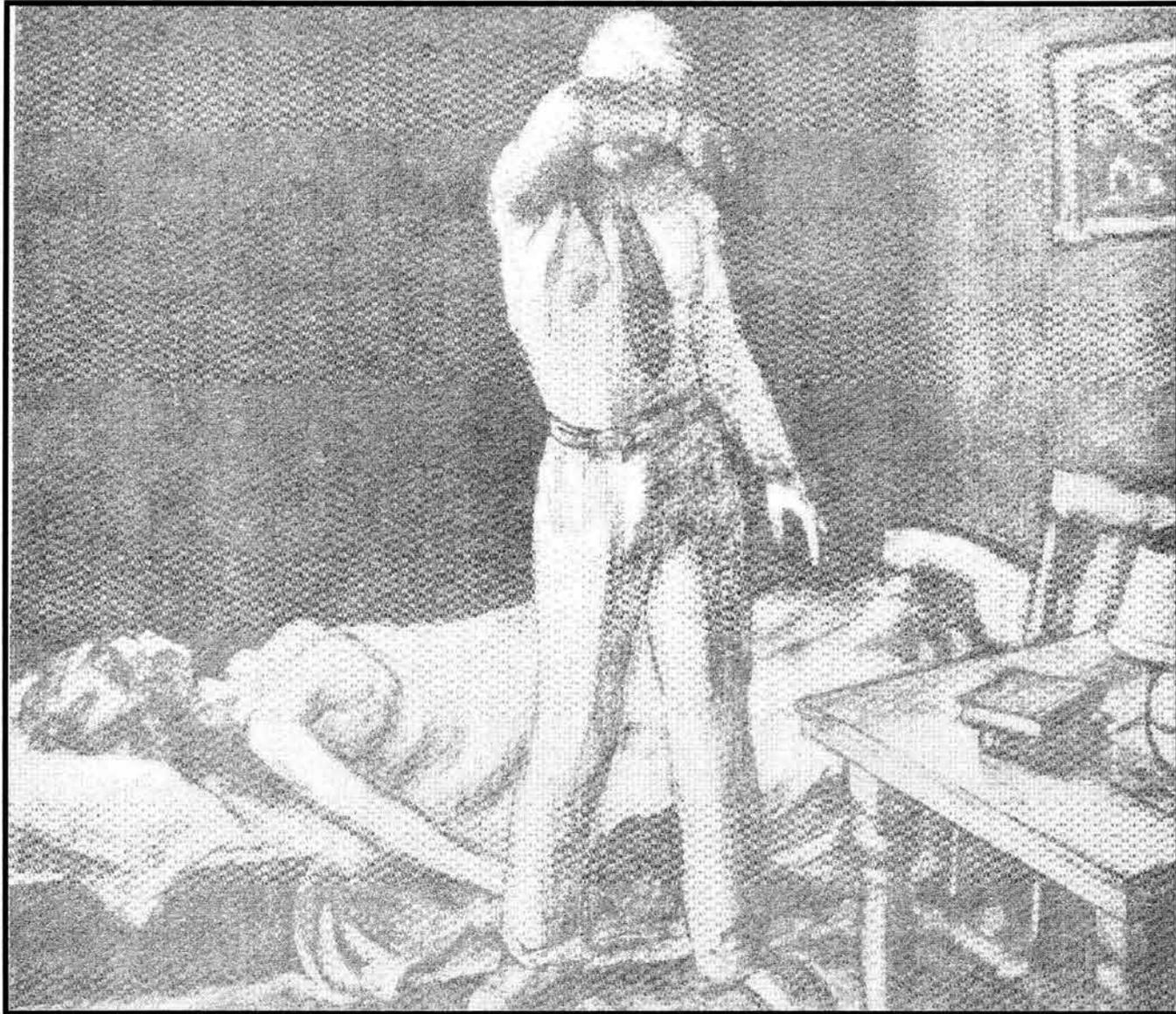


Lámina 14 (Hombre en la ventana)

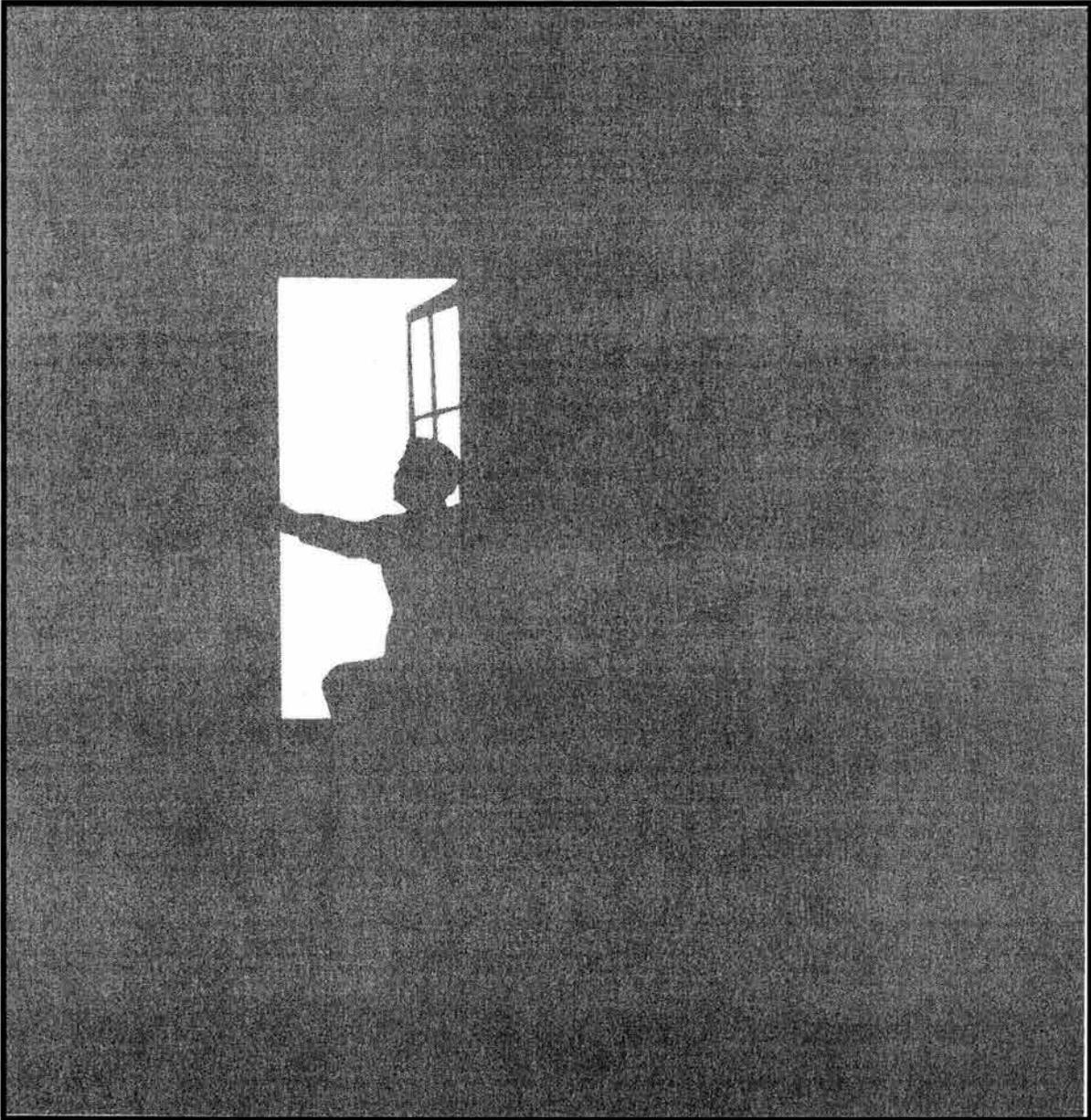


Lámina 15.- (En el cementerio)



Lámina 16.- (En blanco)

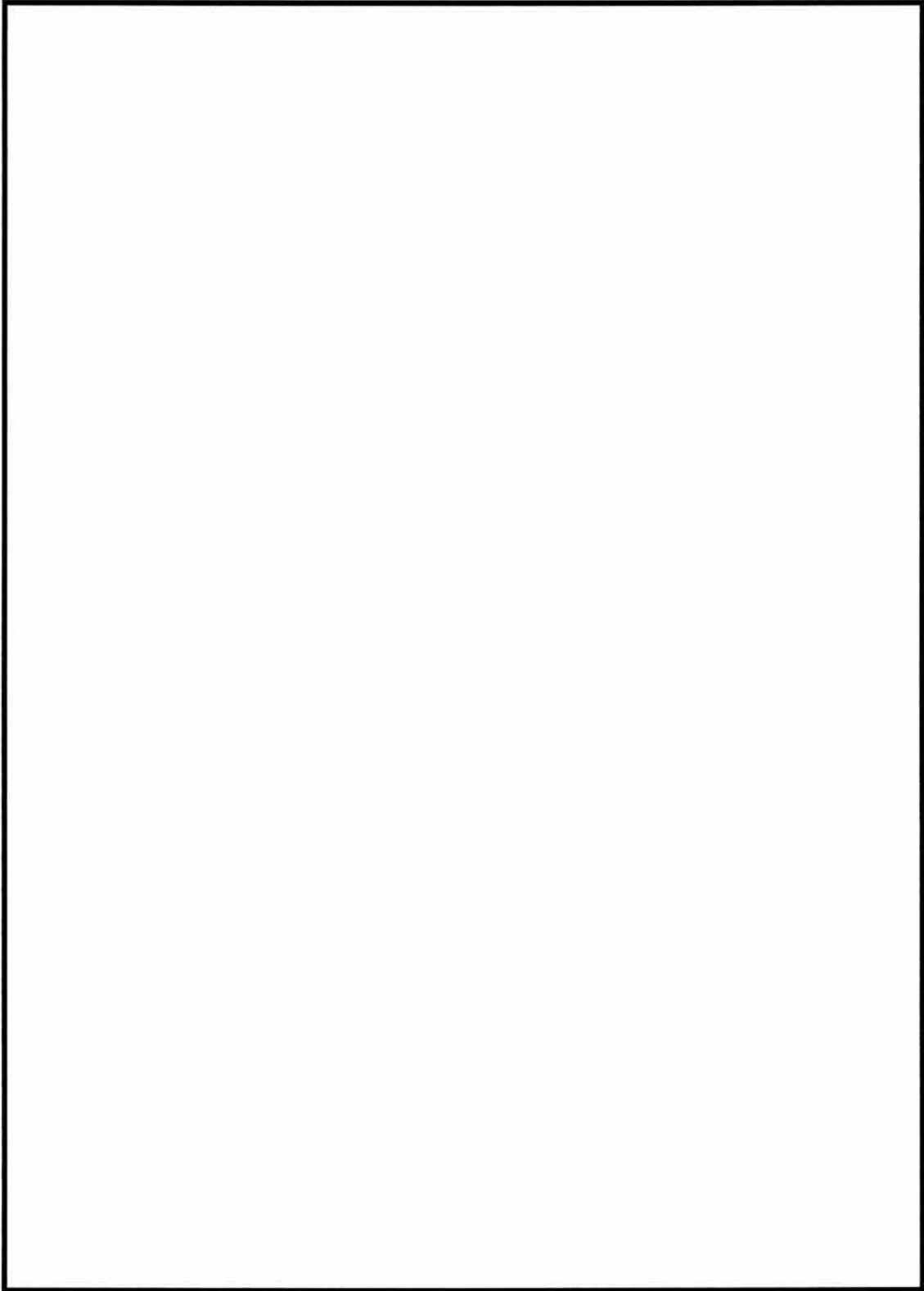


Lámina 17 VH (El acróbata)

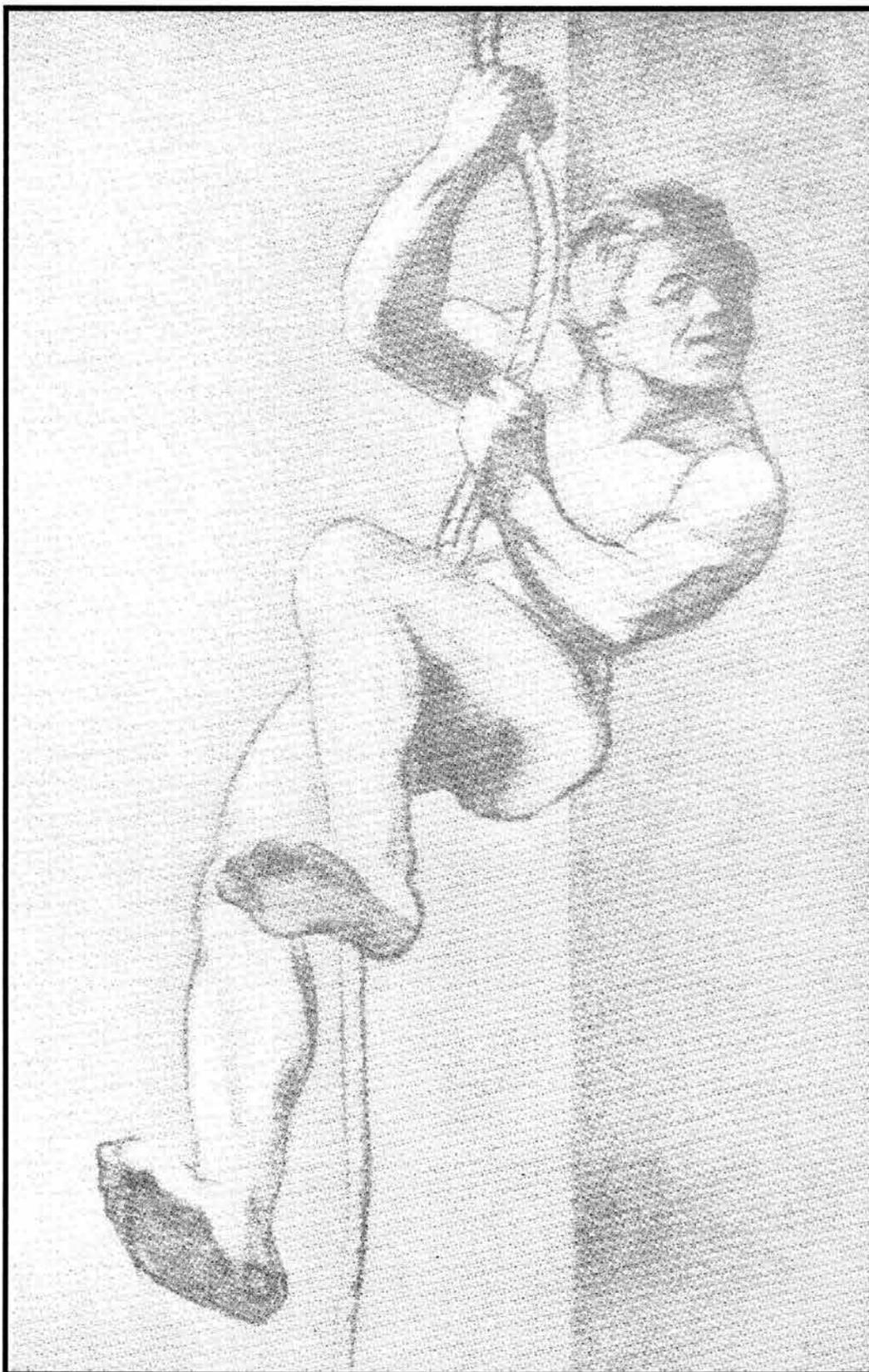


Lámina 17 NM (El puente)

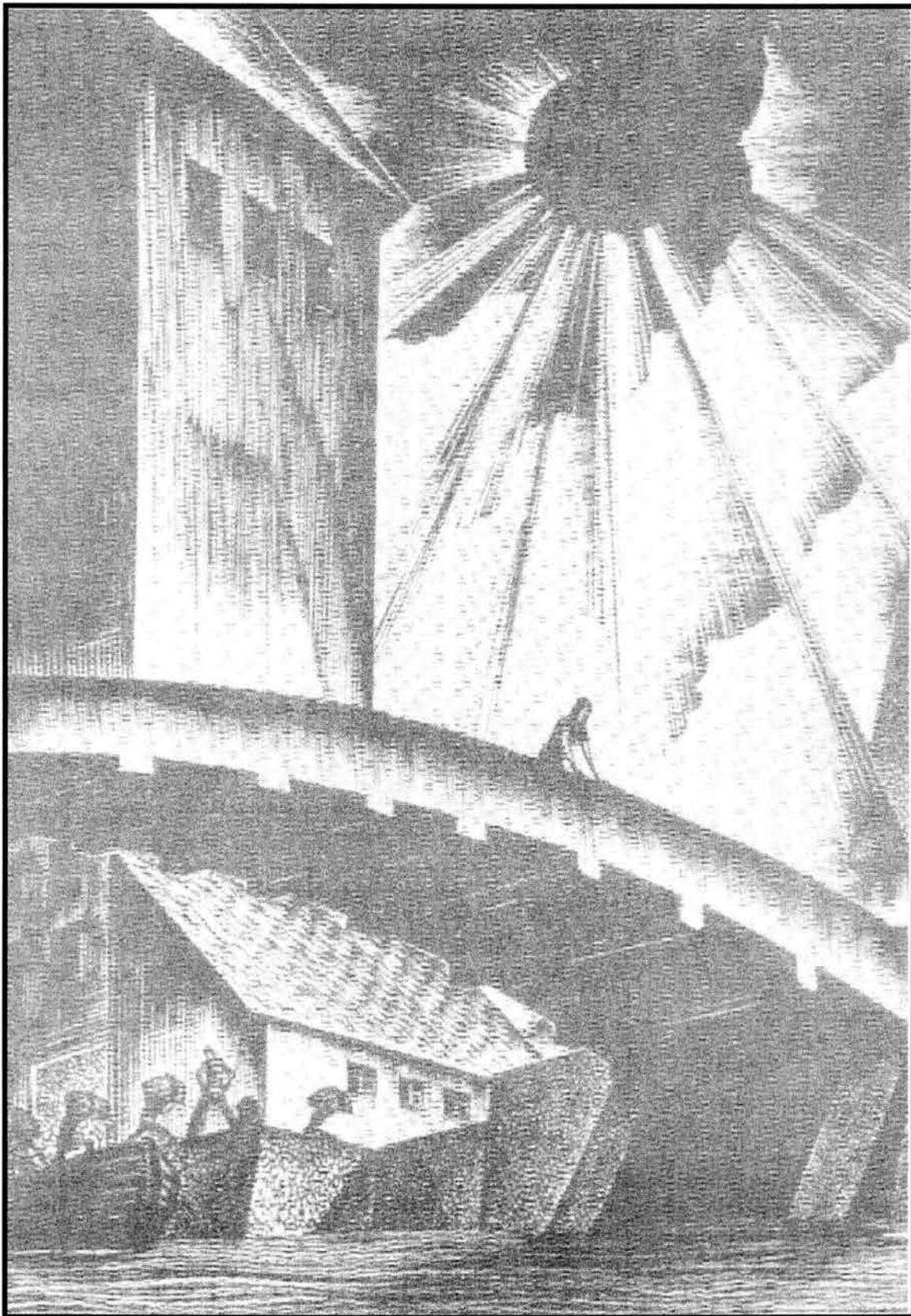


Lámina 18 VH (Atacado por la espalda)



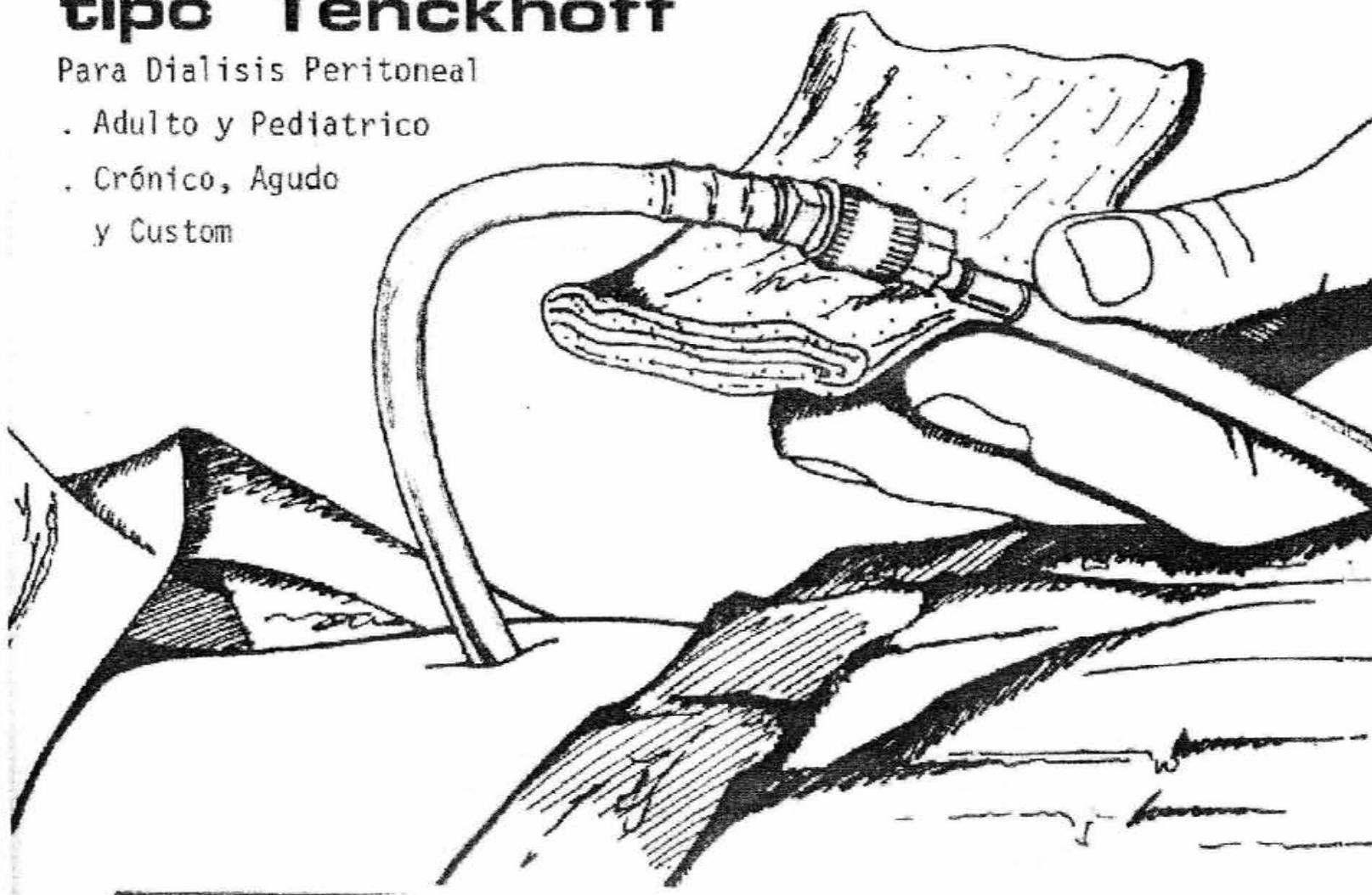
Lámina 20.- (Solo(a) bajo el farol)



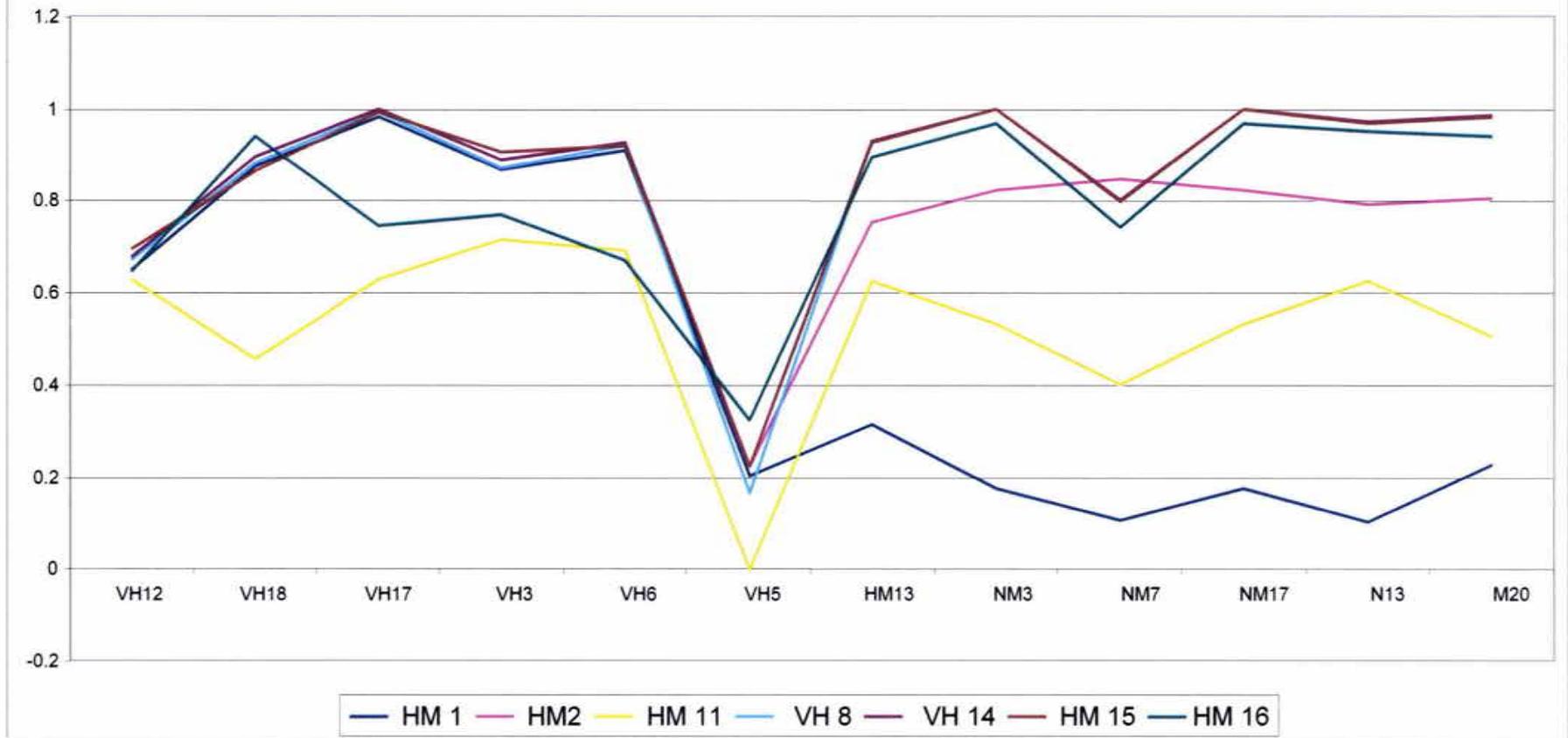
Cateter Blando tipo Tenckhoff

Para Dialisis Peritoneal

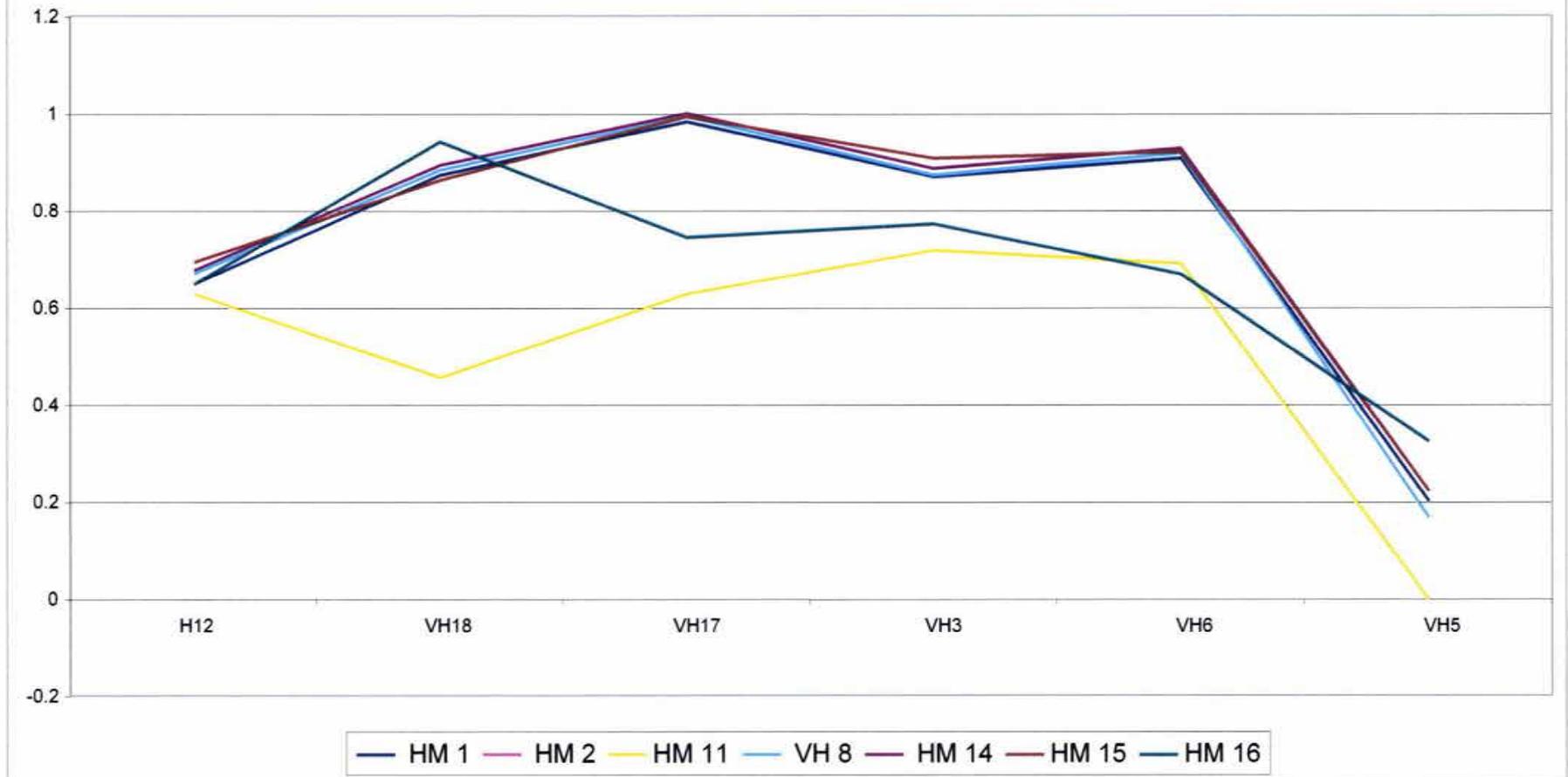
- . Adulto y Pediatrico
- . Crónico, Agudo
y Custom



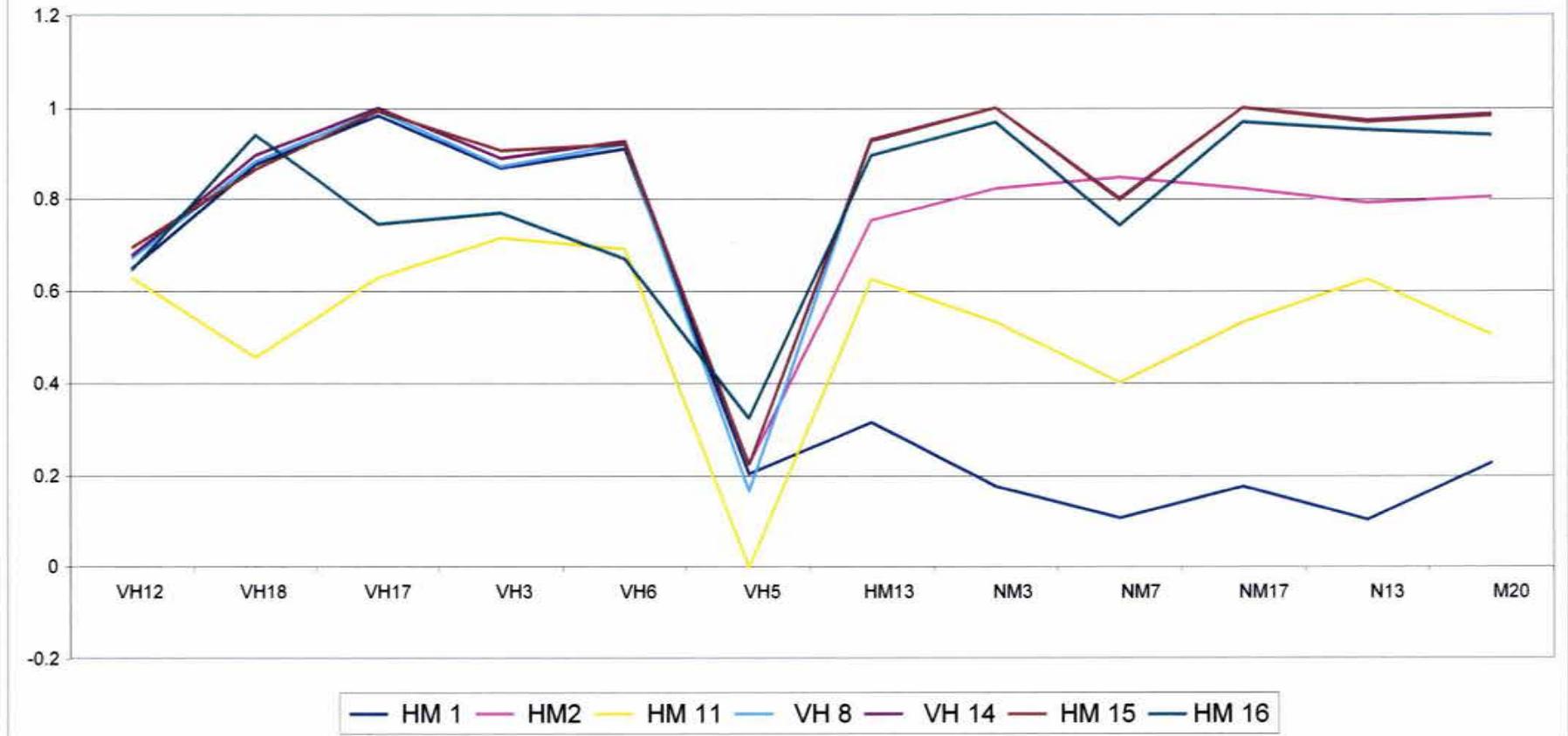
Correlación Intra Indicadores (Hipótesis 1)



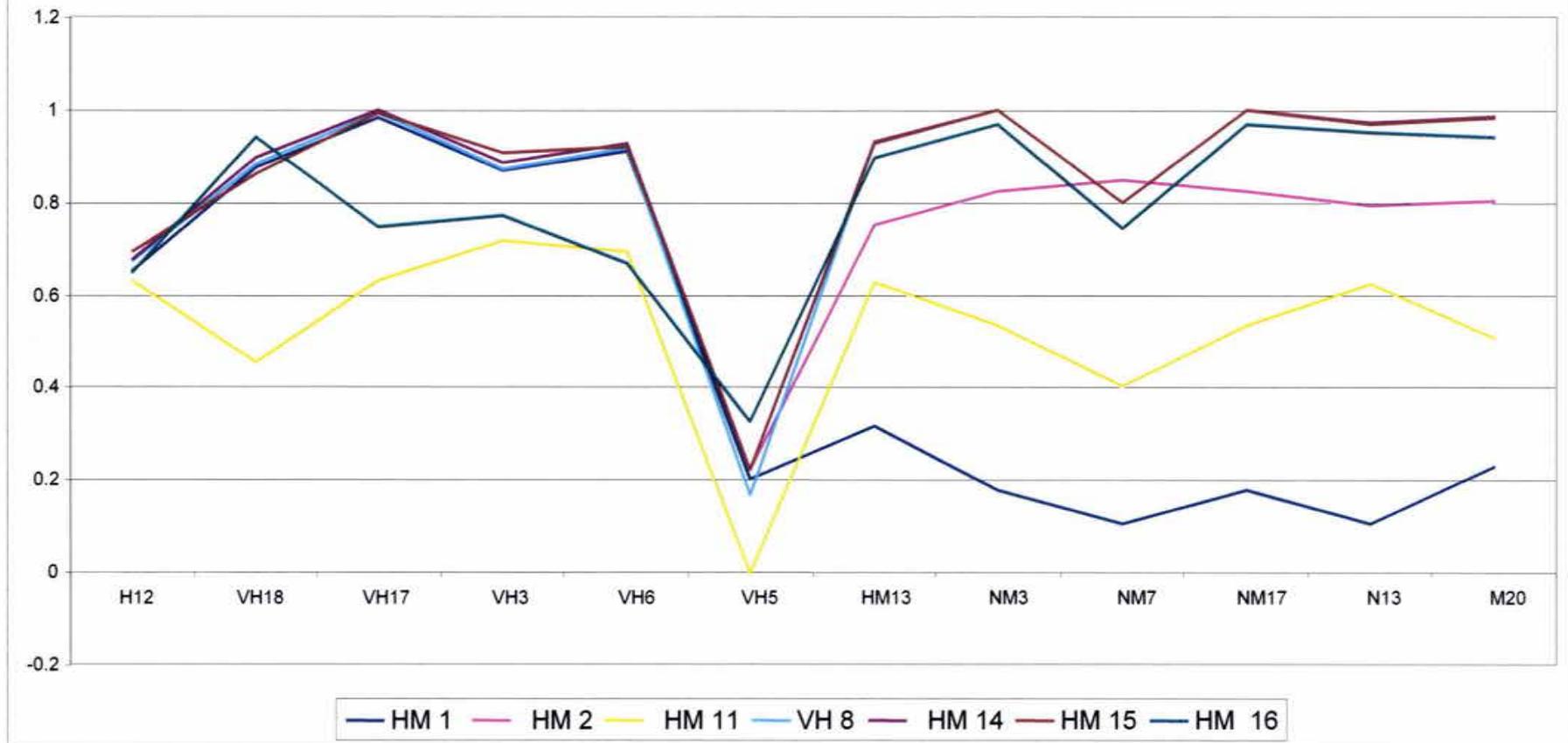
Correlación intra Indicadores (Hipótesis 2)



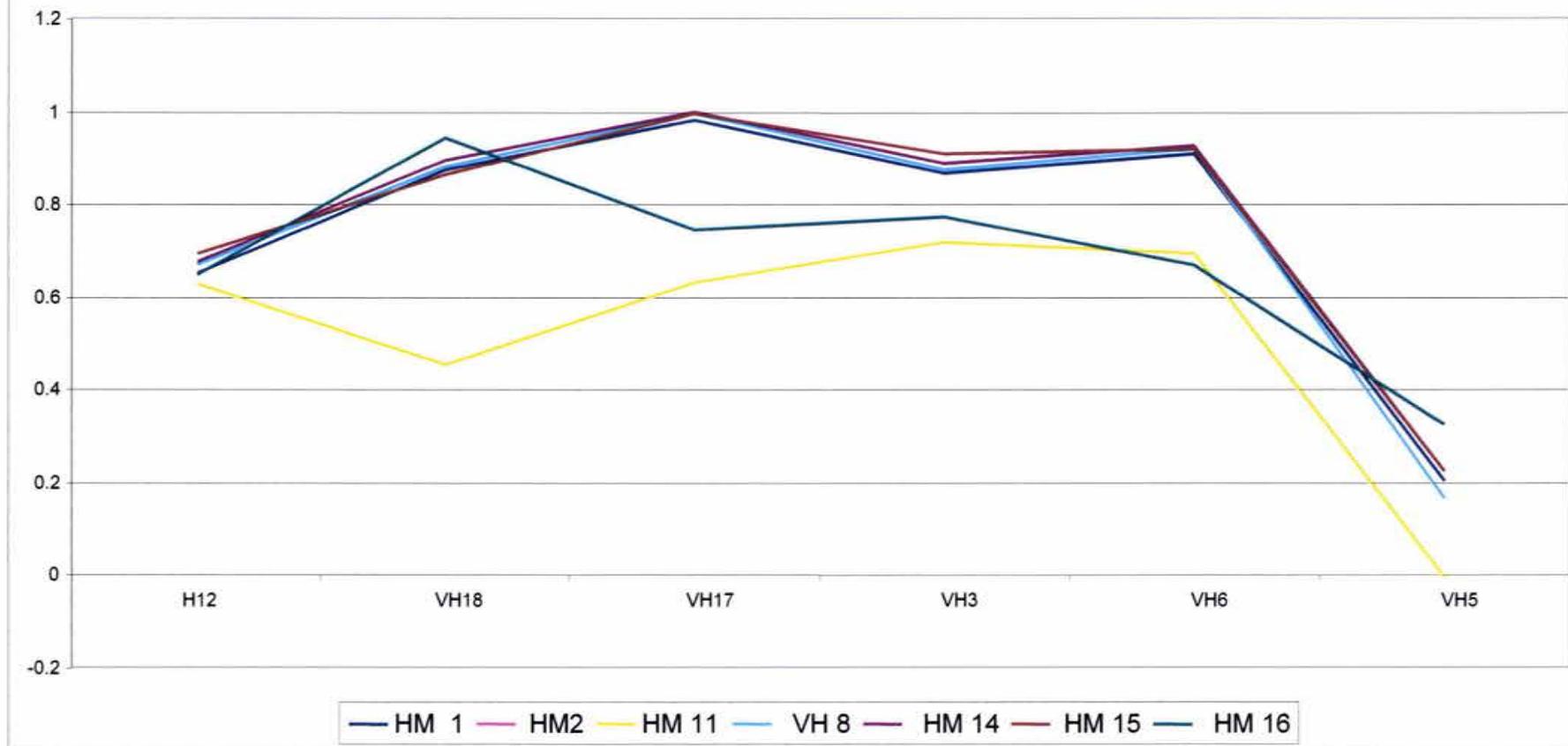
Correlación intra Indicadores (Hipótesis 3)



Correlación intra Indicadores (Hipótesis 4)



Correlación intra Indicadores (Hipótesis 5)



BIBLIOGRAFIA

Aries, Philippe *El hombre ante la muerte* (1999), Ed. Madrid, Taurus

Aulagnier, P. "Observaciones acerca del masoquismo primario" en *Interpretación freudiana y psicoanálisis*, J. Laplanche (comp.) Paidós, B.A. 1976

Badinter, E. "XY; la identidad masculina" Ed, Alianza 1993.

Barren D.J.; Vavasour H.M.; Majur A.; Parfreyps.

Clinical and psychological correlates of somatic symptoms in patients on dialysis. (1990)
Memorial University St. John's, Reverend Nephron, Newfoundland, Canada Volume 55
page 10-15

Beauvoir Simone "La experiencia de vida. El segundo sexo" 2º Edición Libera 2003

Blanck, F. y Cerejido, M. "La vida, el tiempo y la muerte" ; *El papel de la muerte en la vida psíquica* ; Ed. Fondo de cultura económica. , 1996

Bleichmar Hugo. "La depresión: Un estudio psicoanalítico." (1991). Ed. Nueva Visión. B. A

Blum B, Gordillo P. *Problemática Psicosocial del Niño con Enfermedad Crónica Terminal* " *Boletín Médico del Hospital Infantil de México.* 1989; 46:352 - 355

Blum – Gordillo B; Gordillo Paniagua G; García Lozano D. "Psiconefrología" en "Nefrología Pediátrica" de *Gustavo Gordillo Paniagua; Ramón A. Eyeñi; Jorge de la Cruz.* . 2º Edición Cap. 41; Pag. 579 – 596.

Brey; Morry; Jorvis; Joice (1993) *Ajuste de los cambios de vida en diálisis peritoneal y hemodiálisis. Health and Social Work. Vol. 8(3) pages 203-209*

Connell, R. "El imperialismo y el cuerpo de los hombres", en *Masculinidades y equidad de género en America Latina*. T. Valdéz y J. Olavaria, Chile, Fondo de Población de Naciones Unidas, 1998.

Corsino, Gomensoro, Guida y Lutz. "Ser varón en el dos mil; la crisis del modelo tradicional de masculinidad y sus repercusiones." Ediciones con auspicio del Fondo de Población de Naciones Unidas. 1998.

Devin; M. Mahan; Jacqueline; Mundin; Henry (1990) *Predictores Psicosociales de sobriedad en la enfermedad renal de etapa terminal*; *Journal of nervius and mental disease* Vol. 178 (2) pages 127-133

Dejour, Ch. "Investigaciones psicoanalíticas sobre el cuerpo" 1992 Ed. Siglo XXI

Fendrik Silvia Inés "Desventuras del Psicoanálisis" pag.176, Ed. Paidós 1993

Finkelstein F.O.; Sorkin M.; Crimton C.W.; Nolph K. *Initiatives in peritonal diálisis: Where do we from here?* (1991) *Peritonal, Int*, volume 11(3) pages 274-278, Yale University, New Haven, Connecticut

Fernandez – Guardiola, A. *El sentido del Tiempo o el Tiempo Subjetivo*" en *Del tiempo D. Blanck de Cereijido (Comp) Folios Ed. México* 1983

Fernandez A. "Las mujeres en la imaginación colectiva" Ed. Paidós, B.A. 1992

Freud S. "Cómo se genera la Angustia" ; "Fragmentos de la correspondencia con Fliess: Manuscritos "M", "N" y "G" Vol. I, Amorrortu Ed.

Freud, S. "Recuerdos encubridores en la teoría general de la neurosis," Vol. III Amorrortu Ed.

Freud S. "La desfiguración onírica" Vol. IV ; Amorrortu Ed.