

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR FACULTAD DE
PSICOLOGÍA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN
PSICOPATOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS**

**ANÁLISIS DEL CONCEPTO DE PULSIÓN DE MUERTE EN LA OBRA DE FREUD
ANUDADO A LA EXPERIENCIA CLÍNICA CON PACIENTES EN TRATAMIENTO
HEMODIALITICO.**

MELISSA PAZMIÑO VILLASEÑOR

VERÓNICA EGAS, PhD

QUITO, 2021

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Resumen
2. Introducción
3. Tratamiento Hemodialítico
 - 3.1. Insuficiencia Renal crónica
 - 3.2. Incidencia y Prevalencia de la enfermedad en el Ecuador
 - 3.3. Tratamiento renal sustitutivo: hemodiálisis
4. Pulsiones
 - 4.1. Pulsión de vida
 - 4.2. Pulsión de Muerte
5. Sobre el cuerpo
 - 5.1. El cuerpo para el psicoanálisis
 - 5.2. El goce
6. Sobre el Vínculo
 - 6.1. Articulación del concepto de pulsión de muerte con la clínica
7. Conclusiones
8. Bibliografía

1. Resumen

Este artículo trabaja el concepto de pulsión de muerte a través de la obra de Freud, anudado a la experiencia clínica obtenida tras años de trabajo con pacientes sometidos a tratamiento hemodialítico. La escucha a estos pacientes da cuenta de algunas temáticas que parecen anclarse a la pulsión de muerte freudiana de maneras peculiares y repetitivas en muchos de los casos.

Es curioso también la posibilidad de poder evidenciar la forma en que tanto pulsión de vida como pulsión de muerte podrían presentarse con mucha más fuerza en tanto la tensión que se produce entre las dos se escucharía con mayor claridad en el discurso del paciente con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis.

Dentro de este texto se propondrán dos ejes de trabajo, por un lado, el cuerpo, en donde encontramos estrecha relación con la comida, la medicación, la pulsión, el goce y la muerte como tal, y, por otro lado, el vínculo que el paciente crea con los profesionales de la salud encargados de su tratamiento y el discurso sobre la enfermedad, la cura y el lugar del síntoma. El trabajo sobre estos ejes ofrece la posibilidad de una lectura psicoanalítica en la que la tensión pulsional toma relevancia y permite una escucha y un abordaje a aquello que el paciente demanda y al mismo tiempo evita: una demanda manifiesta de mejoría y conductas que vienen más bien a distanciarlo de este bienestar emocional y corporal supuestamente anhelado.

PALABRAS CLAVE: enfermedad renal crónica - hemodiálisis – pulsión de muerte – cuerpo

Abstract

This paper works the concept of the death drive in Freud, based on years of clinic experience with patients under hemodialysis treatment. The listening to these patients reveals some topics that seem to be related with the Freudian's death drive in peculiar and repetitive ways.

It is also curious to be able to show the way in which both, live and death instincts, may appear with much more emphasis in the speech of patients in end-stage renal disease under the hemodialysis treatment.

Within this text, two lines of work will be proposed. On one hand, the body, where a close relationship with food, medication, instinct, enjoyment and death can be found, and, on the other hand, the bound created between patients and health professionals in charge of their treatment, and the discourse about disease, illness, the cure, and the place of the symptom.

The work on these axes offers the possibility of a psychoanalytic reading in which the drive takes on relevance and allows a listening and an approach to what the patient demands, and at the same time avoids: a manifest demand for improvement and behaviors that come rather well to distance himself from this supposedly desired emotional and bodily well-being.

KEY WORDS: chronical renal disease – hemodialysis – death drive – body

2. Introducción

El trabajo constante con pacientes que padecen enfermedades crónicas puede producir una serie de cuestionamientos, sobre todo a propósito del discurso con el que llegan estos pacientes al consultorio. Se puede escuchar en muchas ocasiones ideas totalmente contradictorias y, además, en el trascurso del proceso terapéutico, pareciera que no quisieran prescindir de aquel “malestar” que les aqueja y más bien, lo sostuvieran pese al sufrimiento que dicen padecer: se escucha también una forma particular de relación a la idea de muerte, su comportamiento no siempre es coherente con aquello que expresan y, además, aparecen variables comunes en las que se centra su discurso, que se sostienen pese a la individualidad de cada paciente.

Este discurso en muchas ocasiones desconcierta a los médicos y a los otros profesionales a cargo de su tratamiento integral, quienes suelen catalogar al paciente de mentiroso, exagerado y hasta manipulador. La escucha por parte de los miembros del equipo es distinta, la posición que adopte cada uno de ellos obedecerá a su formación y al tratamiento específico de su área de especialización, de esta manera, el abordaje al paciente se vuelve casi enteramente mecánico, orgánico, funcional y adecuado a valores de laboratorio, dejando de lado aquello que los pacientes dicen sobre su malestar.

El discurso del paciente hemodialítico tiene un tinte peculiar, en el que se escucha una aparente tensión entre fuerzas internas que ellos desconocen y que difícilmente son identificables en el cuerpo, por lo que incluir a un psicólogo dentro del equipo interdisciplinario para que trabajara en conjunto con médicos, enfermeras, técnicos de diálisis y demás personal de salud, se vuelve fundamental con el fin de ayudar al paciente a organizarse frente a esta nueva realidad, realizar acompañamiento y darle un lugar a lo que dicen sobre su enfermedad, se ve también la necesidad de

incluir a un trabajador social, para abordar el contexto familiar y socio –económico del paciente, al ser un servicio gratuito en la red de salud pública del Ecuador, las orientaciones para la obtención del servicio están a su cargo. Finalmente, un nutricionista clínico participa evaluando mensualmente al paciente, dando indicaciones más bien restrictivas sobre alimentos, basándose en exámenes de laboratorio.

Al hablar de pacientes en tratamiento hemodialítico, debemos hacer referencia la patología base que desemboca en la necesidad de un tratamiento renal sustitutivo, en este caso, la Enfermedad Renal Crónica. La falla renal puede tener varios orígenes, entre ellos la diabetes, la hipertensión, altas dosis de medicamentos de trámite renal, dañan la estructura del riñón, provocando su colapso impidiendo la eliminación de toxinas y exceso de líquido, lo que desencadena una serie de efectos en el cuerpo que pueden llegar a ser mortales (Pereira-Rodríguez, 2017).

Hay formas distintas de entender este discurso, una de ellas es introducir el concepto de pulsión de muerte freudiano, en el que daba cuenta de que, a pesar de un deseo expreso y consciente de curación, al mismo tiempo, sus pacientes mantienen el síntoma a pesar de ser displacentero (Freud, 1920/2014), ya que como se verá en el abordaje de la experiencia clínica, esta aparente tendencia de sostener conductas nocivas, no obedecerían únicamente a la voluntad del paciente, sino que también algo de aquello que a pesar de ser no sabido, opera.

El concepto de pulsión de muerte, fue releído por Lacan , proponiendo al concepto de goce, no como placer, que “lejos de ser buscado por sí mismo – según una representación favorecida por las formas de las condiciones contemporáneas del mercado y del intercambio – puede volverse fácilmente tolerable por el sujeto; pero cuando su insistencia lo confronta a una extrañeza de la cual

no está en posibilidades de elaborar: es entonces que surge la angustia” (Thibierge, 2018), y esta angustia a su vez, nos enfrenta a la repetición.

De acuerdo a todo lo antes planteado , éste artículo pretende situar ciertas peculiaridades discursivas de las que se tiene noticia frecuentemente en la experiencia clínica con pacientes sometidos a tratamiento hemodialítico, entre ellas la relación particular que se establece con estos dos ejes principales: la relación del sujeto con el cuerpo y el vínculo con el equipo médico.

Una vez abordada la cuestión orgánica, en tanto manifestaciones propias de la insuficiencia renal crónica, se puede trabajar conceptos como el concepto de goce y cuerpo, estrechamente ligados para el psicoanálisis, en el sentido de que “este es siempre un cuerpo que goza” (Thibierge, 2018, p.8).

3. Tratamiento hemodialítico

3.1. Insuficiencia renal crónica

Una revisión sistemática, basada en estudios poblacionales de países desarrollados, describió una prevalencia media de 7,2% (individuos mayores de 30 años). La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública importante, según datos del estudio Enfermedad renal crónica (ERC) y estatus socioeconómico (SES). Estudio Epidemiología de la enfermedad renal crónica en España (EPIRCE) afecta aproximadamente al 10% de la población adulta y a más del 20% de los mayores de 60 años, además, seguramente está infra diagnosticada (González. et al., 2019).

En pacientes seguidos en atención primaria con enfermedades tan frecuentes como la hipertensión arterial (HTA) o la diabetes mellitus (DM), la prevalencia de ERC es elevada, debido al incremento de la morbimortalidad, especialmente cardiovascular, relacionado con el deterioro renal. La ERC se considera el destino final común a una constelación de patologías que afectan al

riñón de forma crónica e irreversible. Una vez agotadas las medidas diagnósticas y terapéuticas de la enfermedad renal primaria, la ERC conlleva protocolos de actuación comunes y, en general, independientes de aquella (Pereira-Rodriguez, 2017).

La ERC en el adulto se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal (sedimento, imagen, histología) que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal; o un filtrado glomerular (FG) < 60 ml/min/1,73 m² sin otros signos de enfermedad renal. Las guías *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* de enfermedad renal KDIGO, han introducido a los pacientes trasplantados renales, independientemente del grado de fallo renal que presenten. Se consideran marcadores de daño renal: proteinuria elevada, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones electrolíticas u otras alteraciones de origen tubular, alteraciones estructurales histológicas y alteraciones estructurales en pruebas de imagen, la gravedad de la ERC se ha clasificado en 5 categorías o grados en función del filtrado glomerular y tres categorías de albuminuria. Esto es debido a que la proteinuria destaca como el factor pronóstico modificable más potente de progresión de ERC (Pereira-Rodriguez, 2017).

Cuando la función renal está mínimamente alterada (FG 70-100% del normal), la adaptación es completa y los pacientes no tienen síntomas urémicos. A medida que disminuye la capacidad de concentración del riñón, aparecen progresivamente los síntomas que conforman el síndrome urémico: anorexia y náuseas, astenia, déficit de concentración, retención hidrosalina con edemas, parestesias, e insomnio. Como vemos, los síntomas son inespecíficos pudiendo ser causados por otra enfermedad intercurrente. Cuando la enfermedad renal evoluciona muy lentamente, hay enfermos que se mantienen prácticamente asintomáticos hasta etapas terminales (SELLARES, 2020).

3.2. Incidencia y Prevalencia De La Enfermedad Renal Crónica En El Ecuador

A continuación, en la tabla 1 se puede ver la incidencia y prevalencia de la enfermedad renal crónica en el Ecuador.

Tabla 1

Incidencia y Prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica en el Ecuador

Mortalidad	Años vividos con discapacidad	Esperanza de vida corregida por discapacidad	Sexo masculino	Afectación en edad adulta	>60 años	Ingresos < Sueldo básico	Obesidad	Malnutrición	Diabetes	Hipertensión	Glomerulopatías
6% - 7%	1,44%	3,47	63,10%	11%	52,4%	60,70%	17,40%	2%	30%	25%	20%

Construido por la autora a partir de los datos del INEC, 2019

Como se puede ver en la tabla anterior, en el Ecuador, la ERC es un importante problema de salud pública, por su alta prevalencia, en el 2015 la Dirección Nacional de Centros Especializados del Ministerio de Salud Pública del Ecuador publicó el Programa Nacional de Salud Renal, refiere una prevalencia en América latina es de 650 pacientes por cada millón de habitantes, con un incremento estimado del 10% anual. En 2015 se estimaba en el Ecuador, al menos 11.460 pacientes con esta afección, por lo que podemos decir para el 2020 nos encontramos frente a aproximadamente 18.456 pacientes. Se produce además un elevado gasto sanitario, el costo por paciente para el 2014 era de USD 17.472 anual (INEC, 2019), además de representar un importante consumo de recursos farmacológicos.

En países como Ecuador, en los que se encuentran grandes cantidades de población con escasos recursos económicos, ven afectada su salud debido a una alimentación deficitaria basada principalmente en carbohidratos, haciendo que la obesidad, la diabetes y la hipertensión, sean las principales causas de consultas al profesional de salud. La falta de información hace que la

búsqueda de ayuda profesional sea ya en cuadros avanzados de enfermedad en los que no existen muchas alternativas (Dominguez, 2013).

El control frecuente para procurar un diagnóstico y tratamiento precoz de las alteraciones hemodinámicas, minerales y hormonales, reducen significativamente la necesidad eventual de tratamiento renal sustitutivo, puesto que la mayoría de las enfermedades predecesoras, pese a ser crónicas como la diabetes y la hipertensión, pueden ser controladas con medicación y alimentación adecuada.

3.3. Tratamiento Renal Sustitutivo: Hemodiálisis

La diálisis es definida como un procedimiento terapéutico por medio del cual se eliminan sustancias tóxicas presentes en la sangre. Como ya se ha referido, el tratamiento de diálisis consiste en dos tipos de procedimientos: La hemodiálisis y la diálisis peritoneal.

La hemodiálisis (HD) es una técnica de depuración extracorpórea de la sangre que suple parcialmente las funciones renales de excretar agua y solutos, y de regular el equilibrio ácido-básico y electrolítico, esta no suple las funciones endocrinas ni metabólicas renales y consiste en interponer entre 2 compartimientos líquidos (sangre y líquido de diálisis), una membrana semipermeable, para ello se emplea un filtro o dializador (SELLARES, 2020).

No existe actualmente contraindicación para el tratamiento de hemodiálisis, puede ser realizada en niños y adultos mayores, únicamente se plantea no ofrecer este tratamiento a pacientes con dolor intratable (neoplásicos terminales) en estado vegetativo. En el caso de enfermedades malignas, se contempla la realización de HD si se prevé una supervivencia superior a seis meses. Tanto las indicaciones como las contraindicaciones de la hemodiálisis se

deben revisar previamente antes de optar por alguna de las terapias renales, en este caso descrito la hemodiálisis y si esta es conveniente para el paciente (SELLARES, 2020).

Previa iniciación de tratamiento hemodialítico, se debe preparar un acceso vascular, es decir, un sitio del cuerpo desde el cual se extraerá y por el cual se retorna la sangre al cuerpo. El acceso vascular se debe preparar semanas o meses antes de comenzar la diálisis. Esto permitirá que la extracción y el reemplazo de la sangre sea más sencilla, eficaz y con menos complicaciones. Mientras esto sucede, se coloca un CVC (catéter venoso central) que se inserta directamente al corazón y cuya salida se puede percibir a simple vista en un costado del cuello del paciente (Pereira-Rodriguez, 2017).

La sangre se dializa a través de una máquina que permite su circulación desde una arteria del paciente hacia el dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis, la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada. Al tratarse de un proceso lento, el paciente debe permanecer conectado a una máquina durante aproximadamente 4 horas, 2 o 3 veces por semana. Se señala que el tratamiento de diálisis implica ingerir a diario una gran cantidad de medicamentos y seguir una dieta restringida tanto en líquidos como en alimentos (Pereira-Rodriguez, 2017).

La mayoría de los pacientes van a una clínica o a un centro de diálisis tres veces a la semana durante 3 a 5 horas o más en cada visita y pueden elegir turnos en la mañana, tarde o noche, dependiendo de la disponibilidad y capacidad de la unidad de diálisis, además de sus propias necesidades (Pereira-Rodriguez, 2017).

Habiendo abordado la cuestión de la manifestación de la enfermedad renal y la forma en que se realiza el tratamiento de hemodiálisis, es importante recordar que los procedimientos médicos,

por lo general invasivos en esta patología, son realizados a sujetos que, en su particularidad, tendrán una lectura de aquello que les sucede.

4. Pulsiones

4.1. Pulsión de Vida

Se puede hablar de dos momentos de la teoría pulsional dentro de la obra de Freud, de inicio para dar cuenta una suerte de malestar percibido por el sujeto debido a un estímulo interno propone al principio de placer como un concepto que explicaría una búsqueda constante de satisfacción a la que todo sujeto estaría subrogado, y en un segundo momento se plantea esta dualidad de fuerzas en tensión constante. Esta segunda teoría pulsional trabaja el concepto de pulsión de muerte, poniendo un alto a la idea de la primacía del principio del placer.

En el texto *Pulsiones y destinos de pulsión* (1915) de Freud, se lee a la pulsión como “un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante (*Repräsentant*) psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal” (Freud, 1915/2014) mientras que, en *Tres ensayos de teoría sexual* (1905) la describe como “la agencia representante (*Rapresentanz*) psíquica de una fuente de estímulos intrasomática en continuo fluir [...] Así, pulsión es uno de los conceptos del deslinde de lo anímico respecto de lo corporal [...] en sí, no poseen cualidad alguna, sino que han de considerarse sólo como una medida de exigencia de trabajo para la vida anímica.” (Freud, 1915/2014, p.153).

La definición, no varía en mayor medida en ambos textos, a excepción de la palabra alemana *Repräsentant* (representante) que se reescribe como *Rapresentanz* (agencia representante) dando

cuenta de que aquello hacia lo cual apunta la pulsión, no tiene un objeto definido y lo propone como una suerte de trámite o movilización de energía originada en el interior del sujeto hacia un objeto que permitiera disminuir la tensión y generar placer.

Entonces, la pulsión de vida vendría a ser aquella excitación que se produce no solo a nivel orgánico y que exige ser tramitada para alcanzar su satisfacción, en ocasiones puede desbordarse dando paso a estados maniacales. La segunda teoría pulsional es aquello que permite entender a la dualidad pulsional y su constante oposición como fundamental para procurar la homeostasis.

4.2. Pulsión de Muerte

En el texto *Más allá del principio del placer* (1920) Freud propone un segundo modelo pulsional introduciendo el concepto de pulsión de muerte, basado en la experiencia clínica que evidenciaba contradicciones entre el actuar y el decir de los pacientes respecto a la búsqueda de bienestar, además de la relación terapéutica negativa que daba cuenta de que, a pesar de un deseo expreso y consciente de curación, al mismo tiempo, sus pacientes mantienen el síntoma a pesar de ser displacentero.

Para objetar la supremacía del principio de placer, Freud hace referencia a las neurosis traumáticas siendo la repetición el punto nodal, poniendo cierto énfasis en las representaciones oníricas, ligadas a las “misteriosas tendencias masoquistas del yo” (Freud, 1920) y *El Fort – Da* en la infancia, donde la pérdida intencional del objeto, pese a no resultar placentera, es un juego de suma importancia en la construcción del sujeto a través de la repetición.

Los impulsos pulsionales exigen satisfacción, entonces ésta deberá ser ligada a un objeto por lo general externo, para poder ser transferida hacia un proceso secundario y lograr así su satisfacción parcial.

Haciendo referencia a la economía psíquica, se entiende que “[...] de cada movimiento psicofísico que traspasa el umbral de la conciencia se halla tanto más revestido de placer cuanto más se acerca a la completa estabilidad, a partir de determinado límite, o de displacer cuanto más se aleja de la misma, partiendo de otro límite distinto. Entre ambos límites, y como umbral cualitativo de las fronteras del placer y el displacer, existe cierta extensión de indiferencia estética...” (Freud, 1915/2014, p. 115), Entonces esta tendencia hacia la pasividad absoluta o inacción permite que la tensión interna del sujeto sea la mínima posible de manera constante. Las pulsiones tienden a reconstruir un estado anterior, es decir que la meta de las pulsiones es regresar a un estado de inactividad absoluta que precedió a la vida, estabilidad a la que hacía referencia Fechner y este estado no es más que la muerte (Panés, 2012, p. 28).

A partir de este momento, las pulsiones que se mantendrían en contraposición serían: pulsión de vida y pulsión de muerte. Previo a esta propuesta del concepto de pulsión de muerte, toda teorización había girado alrededor de la idea del principio del placer, entonces decir que podría existir una fuerza que actuase en contra de este principio, proponiendo que los sujetos tienden a buscar un estado de inanición que precede su existencia, levantó críticas y discrepancias.

Las nociones de sadismo y masoquismo pueden dar luces sobre el cómo se manifiesta la pulsión de muerte, “la hipótesis más admisible es la de que este sadismo es realmente una pulsión de muerte, que fue expulsada del yo por el influjo de la libido narcisista; de modo que no aparece sino en el objeto.” (Panés, 2012, p. 32), colocando a un objeto externo como destino de esta pulsión,

mientras que en el masoquismo esta se ve volcada sobre sí mismo en una suerte de regresión, que lo colocaría en una posición en la que el dolor se percibe de una manera tan intensa, que su trámite termina en un gasto energético que, a la final, es placentero.

La satisfacción pulsional sólo puede ser parcial, por lo que el sujeto permanece en una insatisfacción constante que lo mueve a la búsqueda de satisfacciones sustitutivas. La noción de pulsión de muerte es propuesta por Freud como aquello que dentro del psiquismo va minando y descomponiendo al sujeto, haciéndolo susceptible a desbordamientos de no ser por las pulsiones de vida, que impiden la desestructuración del sujeto y mantener la homeostasis. “...las pulsiones de muerte parecen efectuar silenciosamente su labor. El principio de placer parece hallarse al servicio de las pulsiones de muerte, aunque también vigile a las excitaciones exteriores que son consideradas como un peligro por las dos especies de pulsiones, pero especialmente a las elevaciones de excitación procedentes del interior, que tienden a dificultar la labor vital” (Freud, 1920/2014, p. 61).

La pulsión de muerte aparece contrarrestando estos impulsos con el fin de mantener un equilibrio. Es bastante común adjudicarle un carácter negativo a la pulsión de muerte, sin embargo, es necesaria su existencia para procurar evitar, a medida de lo posible, desbordamientos de cualquiera de estas dos fuerzas, (Freud, 1920/2014) que darían paso a fases maníacas o depresivas, que se presentan con bastante frecuencia en pacientes en tratamiento hemodialítico.

5. Sobre el Cuerpo

5.1. El Cuerpo en Psicoanálisis

Para el psicoanálisis, el cuerpo no es únicamente visto como un organismo biológico, como un conjunto de órganos que funcionan de una manera predeterminada casi siempre de la misma

manera, para el psicoanálisis, este está atravesado por el lenguaje, lleno de significados y sentidos completamente particulares para cada sujeto y que, responderán a sus historias individuales y cuyas sensaciones y manifestaciones fragmentadas, se inscriben en la psique que procura a su vez, integrarlos junto con la imagen, hacerlos pertenecer a ese Yo, construido a temprana edad frente al espejo, ésta imagen especular de donde surge el sujeto cuando la madre le dice “ese eres tú“ (Lacan J. , 1949/2005).

La cantidad de sensaciones que se producen al interior del cuerpo, no pueden ser interpretadas desde otro lugar que no sea aquel que hemos aprendido según lo que se nos va enseñando, según lo que vamos inscribiendo en la memoria y vamos recordando, sin embargo, son tantos y tan variados los estímulos, que no todos pueden ser traducidos o expresados por palabras, es entonces donde se torna desconocido aquello con lo que convivimos día a día; el sujeto es un sujeto que habla y es hablado, incluso antes de su nacimiento (Dolto, 1986).

La enfermedad viene a presentarse como algo que irrumpe el transcurrir regular de la vida, el órgano afectado, la forma y la agresividad con la que esta se presente será leída por cada sujeto de acuerdo con su propia experiencia y es importante resaltar que es inevitable el impase con la imagen especular. El real del cuerpo, que es inasible por el sujeto si no es por su representación psíquica, va a permitir que el malestar se manifieste de diversas formas, enigmáticas tanto para el sujeto como para quien lo escucha (Nasio, 2008).

Podemos volver a la idea del estadio del Espejo, en donde inicialmente el sujeto se encuentra fragmentado, escindido antes de que la imagen y la palabra le concedieran el estatuto de integración, es decir la formación del yo, que no es el sujeto. ¿Son solo mis riñones los que ya no funcionan, o soy yo entero el que no funciona? ¿la etapa terminal de mis órganos se entiende como

terminal para mi también como ser-humano? La lectura de la enfermedad crónica desde estos tres registros nos da pistas sobre la forma en que el sujeto puede posicionarse frente a su nueva condición de enfermo y permite una escucha mucho más fina dentro del consultorio sobre aquello que le sucede físicamente y lo que esto significa a nivel psíquico.

Para 1953, Lacan dicta una conferencia en la que propone la hipótesis de tres registros: simbólico, imaginario y real, sostenido en la topología y en el nudo Borromeo que los anuda, a partir de lo cual, el psicoanálisis tiene la oportunidad de repensar varios temas, entre ellos, el cuerpo. Lo interesante de la utilización de estos tres registros que se desarrollan a lo largo de la obra de Lacan, es la idea de que tanto cuerpo como psique están íntimamente relacionados junto con el simbólico de la palabra (Murillo, 2011). Esto implica una escucha distinta al sujeto sobre su sufrimiento, ese sufrimiento que exige alivio y sin embargo, lo evade de múltiples maneras, iniciando por ignorar indicaciones médicas sobre su tratamiento, es una escucha al sujeto a quien el cuerpo le falla.

El real del cuerpo sigue siendo desconocido, aquello que cargamos a todo lado y del cual tenemos noticias por medio de sensaciones que se presentan, sensaciones que son abstraídas e inscritas en el plano de lo imaginario, y todo esto, a su vez, atravesado por el lenguaje. Lo que decimos de nuestro cuerpo y lo que se dice de él, “El cuerpo y el significante, si tuviéramos que pensar la relación entre el cuerpo y el significante, podernos remontarnos al mismísimo Freud. Recuerden si no su texto sobre la diferencia entre las parálisis neurológicas y las parálisis histéricas, según la cual, la parálisis neurológica sigue la trayectoria de los nervios, la trayectoria neurológica, mientras que la parálisis histérica afecta al cuerpo siguiendo los cortes que de él hacen las palabras” (Sánchez, 2018, p.7). En el caso de pacientes, lo que el médico dice de su

cuerpo, jugaría un papel importantísimo en la forma en que la enfermedad podría manifestarse. Pacientes a quienes el médico les ha dicho “no hay nada que hacer”, tendrían una forma de llevar su enfermedad distinta a quienes se les dice “usted puede llevar una vida mas o menos normal con el tratamiento”, estas palabras tendrían un efecto en el sujeto que se podría evidenciar en su discurso.

El real del cuerpo choca con el cuerpo imaginario, aquel cuerpo que hemos logrado abstraer y del cual no podemos conocer más que aquello que podemos obtener por parte de la medicina y la ciencia, este cuerpo hablado que inicialmente lo puede todo y que cuando falla, produce en el sujeto una suerte de desconcierto al no tener noticia de que es aquello que pasa a nivel de lo real, se pone en juego el cuerpo simbólico, tan particular y lleno de sentidos, que es desde donde algo se puede decir de este cuerpo que sufre.

5.2. El Goce

Es importante realizar una aproximación al concepto lacaniano de Goce, ya que es justo aquello que se deja entrever cuando se teoriza sobre eso que está “más allá de principio del placer” de Freud, en donde este concepto ya no solo apuntaría a una reducción de la tensión y consecución de placer, de hecho, propone al placer como aquello que no permite que se acceda al goce (Lacan J. , 1966/2006).

El goce desarrolla la noción de que el sujeto no pertenece únicamente a una dimensión biológica – orgánica – anatómica, sino que, al estar atravesado por el lenguaje, el hablar es justo aquello que da cuenta de esta posición al estar inscrito en la lógica del significante; Braunstein (2006) lo propone justamente como aquello que escapa del discurso y se deslinda del placer.

Lacan propone al Goce (*Jouissance*) como una teorización de estrecha relación con la economía psíquica trabajada por Freud a propósito de la pulsión y con la relación entre el deseo y su objeto, en tanto aquello que pueda obtenerse de este, se trata también de un término relacionado a lo legal y en 1968, Lacan hace una referencia importante al plus de goce de Marx (Bernal, 2002).

Podría decirse que un síntoma viene con una suerte de ganancia secundaria que, a pesar de una demanda manifiesta y latente de “curación” el sujeto en ocasiones tiende más bien a alejarse de tal propósito, abandonando procesos terapéuticos psicológicos e incluso, médicos, en tanto que la cura médica tendría a apuntar a un regreso a un estado anterior a la enfermedad: En el texto: “Un Psicoanálisis para curarse de qué?” de 1992, De Neuter dice que primero debemos darnos cuenta de lo neurótico de la demanda, puesto que la economía psíquica del sujeto ha sido sacudida y ha dado paso al surgimiento de un síntoma, que es a la vez fuente de sufrimiento y satisfacción, de un nuevo goce, y es justo ahí donde el psicoanálisis entra a perseguir el fantasma que organiza este goce y sostiene al síntoma.

Al proponer una relación entre goce y síntoma, en tanto sufrimiento – satisfacción psíquica, estamos haciendo referencia a aquello de lo que solo se puede dar cuenta en un proceso analítico, debido a que solo se presenta como efecto del lenguaje y la cura como tal no puede suceder si es que el sujeto no accede a dejar su síntoma. De Neuter propone en su texto: ¿Un psicoanálisis para curarse de qué? Cinco alternativas de curación, de las cuales rescato la segunda de ellas, en la que propone abandonar la pasión por la ignorancia a la que hace referencia Lacan, que nos hace desconocer nuestro deseo inconsciente, que esta estrechamente relacionado con el fantasma y la tachadura del sujeto, la falta y que determina el síntoma (De Neuter, 1992). De esto, difícilmente tendrán noticia los médicos que están enfocados en la remisión del síntoma del paciente y en la cura del órgano como tal, y, ante la imposibilidad de una cura del órgano en la insuficiencia renal

crónica, las intervenciones se centran en la realización de la hemodiálisis y el control de las patologías concomitantes y sus síntomas, sin ahondar en lo que dice el paciente sobre su cuerpo.

5.3. Sobre el Vínculo

La primera intervención con un paciente recientemente diagnosticado con Insuficiencia renal crónica terminal, podría decirse que inicia con una reorganización del saber del sujeto sobre su propio padecer y que, además, lo enfrentan directamente a la posibilidad de la muerte (Muñiz,2007). Uno de los temas más recurrentes durante las primeras consultas post diagnóstico, es aquello que se genera en el sujeto tras leer la palabra “terminal”; es bastante complicado para el paciente comprender el hecho de que un órgano (los riñones en este caso) haya dejado de funcionar dentro de ellos y que, sin embargo, la vida pueda continuar con ciertas modificaciones importantes en su cotidianidad. En este sentido, el vínculo que se empieza a forjar con los profesionales que intervienen en estos cambios, juega un papel fundamental en la respuesta del paciente ante el tratamiento; en alguna ocasión un paciente reacio al tratamiento solicitaba cada mes un nuevo eco renal, porque, según él, no necesitaba de hemodiálisis y las pruebas eran los ecos en los que se veía claramente que él tenía riñones, que no los había perdido como el “médico mentiroso” le había dicho, evidentemente habiendo mal entendido la idea de la pérdida de la función renal o quizá, sosteniendo casi literalmente el término de pérdida.

La hemodiálisis puede considerarse un procedimiento altamente invasivo ya que implica modificaciones corporales y cambios drásticos en el estilo de vida. Las sesiones se realizan en grupos, por lo que los pacientes generan una suerte de identidad grupal que los representa. No es extraño encontrarse con dolencias y quejas similares durante un periodo de tiempo en sujetos de un mismo grupo. “No sólo se incluye la experiencia individual, sino el contexto concreto en que se

sitúan los individuos y los grupos es una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido” (Jodelet, 1988).

Una de las expresiones escuchadas casi a diario es “soy enfermo”, ya sea para solicitar atenciones especiales, consideraciones, o realizar justificaciones. La utilidad que esta identificación puede tener es variada, pues en ocasiones parecería obedecer a la conveniencia. En pacientes con más tiempo de tratamiento, es más frecuente el saberse enfermo en ocasiones específicas, sobre todo para librar alguna responsabilidad, sin embargo, pacientes de reciente diagnóstico o con menos de un año de tratamiento, en muchas ocasiones no logran realizar una apropiación de la enfermedad en su ser y, por ende, no pueden utilizarla a su favor. A propósito de esto, Muñiz comenta que “El padecimiento no sólo es un proceso de alteración corporal y objetiva, sino que implica una serie de alteraciones subjetivas de la imagen corporal y de la identidad frente a sí mismo y ante los demás, ya que las personas se reconocen como enfermos, de allí que los pacientes además de buscar curación o alivio a sus malestares, establecen una búsqueda de reorganización e integración con su cuerpo a través de los vínculos con los curadores a los que se recurre (Muñiz, 2007).

El “ser” enfermo, ofrece una posición interesante por parte del paciente al momento del trabajo dentro del consultorio, puesto que la enfermedad puede ubicarse tanto fuera como dentro de él, es decir que el paciente también suele decir que “está” enfermo. La forma de referirse a la enfermedad, en este caso crónica y con ninguna posibilidad de curación diferente a un trasplante, puede darnos pistas de como se ha introyectado (Castaño, 2007) la idea de la enfermedad y de como esta posición opera a nivel significante. El ser enfermo podría hacer referencia a una imposibilidad de escape, mientras que el estar sugiere una transitoriedad.

Otro de los temas recurrentes dentro de la consulta, es la dificultad de apegarse al plan nutricional mensual que se establece para cada uno de ellos, además de la constante “pelea” con el/la nutricionista. Las restricciones nutricionales se perciben como agresivas, ya que, en casi todos los casos, implica una reestructuración casi total de sus hábitos alimenticios, es entonces que el vínculo que se genera con el profesional de nutrición tiende a ser notoriamente ambivalente, en el sentido de que la prohibición explícita colocada sobre muchos alimentos, genera una respuesta negativa en los pacientes, que, a su vez, deben seguir si es que desean tener una sensación de bienestar físico, de la misma manera, el vínculo que se forme con el médico puede resultar determinante en el comportamiento del paciente y el seguimiento de indicaciones. En varias ocasiones, el paciente dice sentir que es tratado como “un costal de papas”, haciendo referencia a que en ocasiones percibe una desvalorización de su cuerpo, de su malestar, y una tendencia a la minimización de su sufrimiento; constantemente hace referencia a lo “mecánico” del examen médico o de las intervenciones ante un cuerpo con el que “no hay mucho que hacer”, en el sentido de que no existe, aún, intervención sobre el cuerpo que sea capaz de eliminar la enfermedad.

En la experiencia clínica, pacientes con menores recursos económicos tenían una dieta basada en carbohidratos y no es extraño que su nefropatía estuviera relacionada con diabetes e hipertensión (Castaño, 2007). Dentro de la consulta, sobre todo con adultos mayores de género femenino, se escucha mucho la idea de que “la gordura es salud”, entonces el trabajo de psicólogo y nutricionista se basa en procurar introducir a medida de lo posible, nociones como el de porciones de alimentos, índice de masa corporal, valores adecuados en laboratorio, que poco a poco van formando parte de la cotidianidad del paciente.

El control de ingesta de líquidos puede llegar a ser el punto más complicado de trabajo que atañe a todas las áreas. Lo curioso es que durante la anamnesis los pacientes manifiestan nunca haberse

preocupado por consumir una cantidad determinada de líquidos al día, sin embargo, una vez diagnosticados con insuficiencia renal y dadas las indicaciones, sobre todo la prohibición de ingesta de más de un litro de líquido al día es que inicia una suerte de necesidad de transgresión a la norma establecida por el médico.

El seguimiento de indicaciones médicas respecto a los fármacos es de difícil abordaje, en ocasiones, las creencias de los pacientes hacen que cualquier explicación médica sea ignorada o cuestionada y, también tiene que ver con el vínculo que haya logrado establecer el paciente con su médico tratante. Es bastante frecuente encontrar una mejor adherencia al tratamiento y a las indicaciones médicas, cuando esta figura del médico es percibida como maternal o paternal, cuando el médico es “buenito”, “suavecito”, “cariñoso”. La elección de remedios caseros o naturales que suelen preferir ciertos pacientes puede obedecer netamente a una cuestión social, sobre todo en una población con raíces indígenas más arraigadas, o a una relación terapéutica negativa en la que el “llevar la contra” al médico o probarlo en error, agrava muchas veces su condición inicial, provocando en ocasiones cuadros severos y hasta fallecimientos.

Las intervenciones en crisis se dan con frecuencia, es bastante común que algún paciente entre en paro cardio-respiratorio y sea necesario que el equipo médico intervenga con maniobras de resucitación. Los demás espectadores comienzan a ponerse ansiosos durante la emergencia y es necesario brindar un espacio posterior al evento para poder tramitar aquella experiencia. En ocasiones la necesidad de trabajo sobre el incidente o la muerte de algún compañero de turno se prolonga por semanas y hasta meses, siempre retornando como ¿y si me pasa a mí?, generando una angustia que se expresa de varias maneras, algunos pacientes serán más estrictos en el cumplimiento de las indicaciones, mientras que otros harán más notorio su desinterés, llegando a ponerse en peligro real.

La probabilidad de que los sujetos mueran durante el tratamiento o en sus casas por no acatar recomendaciones médicas y nutricionales es moderada, las patologías concomitantes y los cuidados propios juegan un papel fundamental en la estabilidad del paciente en tratamiento hemodialítico, y lo curioso es que son pocos aquellos que logran adaptarse a aquello que la enfermedad implica. Se percibe comúnmente la insistencia en el incumplimiento, sobre todo de la ingesta de líquidos y en las restricciones nutricionales, que conlleva malestar durante su tratamiento y en ocasiones internamiento en hospitales (Mezzano, 2005).

La manifestación expresa de un deseo de muerte es bastante común en algunos pacientes, ideas de cómo, cuándo y dónde terminarán con su vida, es tema recurrente dentro de las sesiones y por lo general son estos los que, al enfrentarse a una emergencia real, hacen todo lo posible para poder superar el cuadro. Por otro lado, pacientes que jamás hacen una referencia explícita de un deseo de muerte, son quienes menor cuidado presentan en las indicaciones nutricionales, abusan de la ingesta de líquidos e incumplen el esquema de medicamentos, si llegan a agravarse y sobreviven, regresan a su tratamiento luego del alta hospitalaria y no presentan cambio significativo en su conducta, es decir, mantienen actitudes conscientemente nocivas.

Es importante saber, que el diagnóstico de enfermedad crónica terminal, pese a que entra en categoría de enfermedad catastrófica y es posible acceder a un carné de discapacidad, el tratamiento renal sustitutivo permite al paciente llevar una vida mas o menos normal, una vez adaptada a los horarios del tratamiento, el paciente es perfectamente capaz de sostener actividades laborales y cotidianas. Es también bastante común la solicitud de un porcentaje de discapacidad mayor al real, únicamente para sortear las responsabilidades laborales y poder acceder a ayudas gubernamentales.

6. Articulación del concepto de pulsión de muerte con la clínica

Revisando lo descrito anteriormente, la experiencia del trabajo con pacientes en hemodiálisis permitiría dar cuenta de esta eterna tensión entre pulsión de vida y pulsión de muerte. Pacientes que, pese a la demanda manifiesta de mejoría, sostienen conductas que los alejan radicalmente del objetivo de mantener controlada su enfermedad y que, además, podría colocarlos en situaciones de un malestar aún mayor y un peligro de muerte real.

Se puede hablar de una ganancia secundaria del síntoma ganancia que muchos pacientes han logrado aprender a utilizar para su conveniencia, modificando su discurso según el caso y haciendo uso del síntoma cuando lo sintieren necesario; es así como se puede escuchar a un paciente decir “cuando sé que mi esposo va a venir de visita y debo tener sexo con él, me hago la enferma. Si no me cree, entonces tengo que de verdad meter drama hasta que me internen en el hospital”. En ocasiones no resulta tan sencillo controlar a voluntad, por lo que el desborde del malestar produce situaciones de crisis en las que el paciente es interpelado por su responsabilidad subjetiva consigo mismo, lo que en ocasiones puede resultar en un reposicionamiento discursivo que no es lo mismo que una supresión del síntoma (De Neuter, 1992).

Una cosa es la supresión del síntoma y otra es el cambio de posición del sujeto, no es suficiente con que el síntoma deje de manifestarse, pues este encontrará la manera de presentarse de alguna otra forma. Un paciente con el que había trabajado alrededor de 4 años decía “...este mes me toca sentirme mal por el dolor del pecho, lo chistoso es que me duele de verdad y sé que al siguiente mes ya no me dolerá el pecho, sino que me empezará a molestar la espalda... o si tengo suerte se me infectara el catéter”. Tanto Lacan como Freud no se apresuraban en el curar a un paciente de su síntoma, más bien se entiende que el trabajo psicoanalítico trae a la cura “por añadidura”, ya que el aparato psíquico está en continuo movimiento, al trabajar con un sujeto, no es específicamente el

enfoque en aquello que sucedió en su infancia lo que prima, sino, en qué de aquello de la infancia se repite actualmente (De Neuter, 1992).

Dentro del encuadre institucional, los pacientes tienen derecho a una consulta con especialista una vez al mes, y más que un derecho, en ocasiones se vuelve una obligación, recuerdo a un paciente que acudía a la consulta y decía "...no tengo nada que decirle, mis riñones siguen muertos y yo atado a la maquina, mejor cuénteme algo usted". En ocasiones parecía simplemente mala actitud, en otras una suerte de introyección de lo que significa padecer una enfermedad renal crónica, es decir, que esta cronicidad implicaría la estancia permanente del malestar, que, con el tiempo, quizá solo tendría oportunidad de empeorar. Recuerdo a uno de los pacientes decir "... esta enfermedad es como una escalera mal hecha, bajas gradas, a veces esas gradas se alargan y te dejan caminar un poco y ni bien te estabilizas, te toca bajar dos de golpe... pero nunca subes".

La estructura del personal de salud que debe mantener una clínica especializada en tratamiento de hemodiálisis suele ser clara, sin embargo, los pacientes parecen tener dificultades al momento de elegir al profesional adecuado para direccionar su malestar, es así que solamente dentro de juntas médicas en las que se trata el "caso por caso" de forma interdisciplinaria, es donde se puede detectar una posible somatización o si por otro lado, el malestar emocional del paciente tiene una base orgánica de difícil reconocimiento, esto se debe categorizar y reportar.

La patologización de lo que el paciente trae a consulta, parecería ser más importante incluso que el contenido de su discurso. La implementación de normativas de control de calidad, y la exigencia de reportes por parte de entidades superiores hace que todos los pacientes deban entrar en categorías que permiten más bien añadir una característica a esta identidad de enfermo: "soy enfermo y soy depresivo, ¿qué otra cosa espera de mi?" (Muñiz, 2007).

Una cuestión repetitiva durante las consultas, con pacientes indiferentemente de su edad o sexo, era la referencia constante a la muerte en tanto deseo. “Solo la muerte me liberará de este sufrimiento”, “no sé por que diosito no me lleva ya”, “esto es vida sin vida, prefiero morirme”, “me quiero morir, ya no me interesa nada”, “a estar atado a una máquina, ojalá mañana amanezca muerto”, algunas de estas frases acompañadas con excesos de líquido importantes dentro de su organismo generando fallas en su respiración y riesgos médicos altísimos que, pese a la constante advertencia parecía no tener importancia. El paciente realmente deseaba morir, parecía ser que esta tendencia a volver a un estado anterior, hasta que se producía un colapso orgánico real, entonces el paciente se desesperaba y rogaba ser salvado, llevado de urgencia al hospital y atendido con diligencia, como si de pronto, ante la posibilidad real de la muerte, se despertara una suerte de fuerza y un impulso vital se presentara y lograra sobreponerse a este deseo de muerte.

La pulsión de muerte, entendida como aquella tendencia hacia la inanición o ausencia de estímulos, ya sea endógenos o exógenos, atraviesa tanto al eje corporal como al eje vincular trabajados en este artículo, procurando que los excesos percibidos tanto del cuerpo propio, como del entorno se equilibren a medida de lo posible y la vida sea más o menos tramitable.

7. Conclusiones

Regresando a las preguntas que guiaron este trabajo, se puede decir que el paciente en tratamiento hemodialítico es particularmente complejo, en muchas ocasiones, las manifestaciones orgánicas de la enfermedad, las constantes intervenciones por parte de los profesionales de la salud, además de las situaciones familiares en ocasiones tensas, pueden llegar a sobrecargarlo emocionalmente, entonces este exceso pulsional sentido como brumador necesita ser equilibrado,

aliviado de alguna manera y aparece la pulsión de muerte en pos de buscar esta homeostasis, apareciendo este deseo de que todo acabe, de morir.

La hemodiálisis es indiscutiblemente un proceso que implica un gran desgaste físico y mental de quien padece insuficiencia renal crónica. Se infiere que un deseo de muerte expreso, no debería ser direccionado hacia un encasillamiento quizá dentro de un criterio diagnóstico rígido (depresión en la mayoría de casos), puesto que la teoría pulsional de Freud, la hipótesis de los tres registros de Lacan, las nociones de cuerpo y goce, permiten pensar a este sujeto enfermo desde una posición diferente a la de la medicina tradicional o a los manuales psicológicos que nos exigen trabajar para conseguir un bienestar emocional, y permitir a este paciente realmente ser escuchado en su individualidad.

La importancia que tiene el trabajo interdisciplinario entre nutrición y psicología específicamente es uno de los pilares del tratamiento, ya que estas dos áreas tienen una intervención directa sobre los ejes propuestos para este trabajo, lo corporal y lo vincular. Al tratarse de una enfermedad crónica, la idea de cura no existe, la enfermedad es una condición para toda la vida con la que el paciente tiene que aprender a vivir, por lo tanto, el trabajo que se realice en una cuestión tan básica como la alimentación va a determinar en gran medida el éxito o fracaso de tratamiento, los vínculos que el paciente forme con cada uno de los profesionales que formaran parte de su cotidianidad será también determinante.

Escuchar a un paciente sometido a hemodiálisis hace que surjan cuestionamientos profundos como, por ejemplo, si estas referencias a la muerte son alertas ante posibles intentos autolíticos o si, por otro lado, se trata de una forma de llamar la atención por parte de familiares o de los mismos médicos para obtener tratos especiales. La forma en que algunos pacientes llevan al extremo su

condición física ya que, bajo su identidad de enfermo, justifican acciones en ocasiones moralmente sancionables, o el simple hecho de no trabajar y llegar a obtener ayudas económicas por parte del gobierno.

Este trabajo pretende ofrecer una lectura diferente para el personal de salud, permitiendo abordar la insuficiencia renal crónica más allá de lo orgánico, la socialización y explicación de esta lectura al personal de primera línea de atención, podría ser útil para procurar una nueva forma de relación al paciente con insuficiencia renal crónica.

8. Bibliografía

- Abram, H. (1972). The Psychiatrist the treatment of chronic renal failure and the prolongation of life. *American Psychiatry*.
- Adan, C. M., Barreda Marina, M., Pellicer Zamora, C., & Rallo Romero, J. (1990). Hemodiálisis y Sueños. *R.A.E.N.*, 333-344.
- Baker, A. K. (1976). Psychiatrist aspects of uremia. *American Journal Psychiatry*.
- Bernal, H. (2002). El goce de Lacan (The "jouissance" of Lacan) . Colombia: Universidad Católica Luis Amigó.
- Cantis, J. (2005). Trauma, cuerpo y duelo en los adolescentes con discapacidad adquirida. *Jornada de ASAPPIA "Duelos en la infancia y la adolescencia. Modos de intervención"*. USAL.
- Casagrande, G. (2019). El síntoma médico y su función para la práctica psicoanalítica. In *"Práctica Clínica e Intersecciones en el Campo de la Salud Mental"*. Argentina: Universidad del Rosario.
- Castaño, I. E. (2007, Enero - Marzo). Nutrición y enfermedad renal. *Colombia Médica* .
- Chemama, & Vandermersch. (1993/2004). *Diccionario del Psicoanálisis*. . Madrid – España: Amorrortu Editores.
- Cieza, J. E. (1995). Influencia de la hemodiálisis sobre la capacidad laboral de pacientes en hemodiálisis crónica intermitente . Lima: Revista Médica Herediana.

- Corsi, P. (2002). Aproximación preliminar al concepto de pulsión de muerte en Freud. *Revista chilena on line de neuro-psiquiatría v.40 n.4. .*
- De Neuter, P. (1992). Un Psicoanálisis para curarse de qué? *Conferencia EFE.*
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo.* Buenos Aires : Paidós.
- Dominguez, E. (2013). *Dsesigualdades sociales y diabetes mellitus.* Habana - Cuba: Rev Cubana Endocrinol vol.24 no.2.
- Freud, S. (1900/2014). *La interpretación de los sueños en Obras Completas tomos IV y V.* Buenos Aires-Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914/2014). Introducción al Narcisismo. En *Obras Completas tomo XIV.* Buenos Aires - Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915/2014). Duelo y Melancolia. En *Obras Completas tomo XIV.* Buenos Aires - Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915/2014). Pulsiones y Destinos de Pulsión. En *en Obras Completas tomo XIV.* Buenos Aires - Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1920/2014). Más Allá del Principio del Placer. En *Obras completas tomo XVIII.* Buenos Aires - Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1923/2014). El Yo y el Ello. En *Obras completas tomo XIX.* Buenos Aires - Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1925/2014). Inhibición, Síntoma y Angustia. En *Obras Completas tomo XX.* Buenos Aires - Argentina: Amorrortu Editores.

- García, D. (2016). Análisis de las Manifestaciones del proceso de duelo por pérdida de autonomía e independencia en pacientes en tratamiento de diálisis por insuficiencia renal crónica . *Estudio realizado desde la teoría psicoanalítica en pacientes de la clínica Cener en el período enero- mayo 2016*. Quito, Ecuador: PUCE.
- González. et al. (2019). EPIRCE. In *Enfermedad renal crónica (ERC) y estatus socioeconómico (SES). Estudio Epidemiología de la enfermedad renal crónica en España*. España.
- Gordillo, G. (2013). Acompañamiento Terapéutico a pacientes adultos que padecen Insuficiencia Renal Crónica desde la Psicología Humanista y psicoanalítica . Quito, Ecuador: PUCE.
- Hopen, C. (2018). El goce y sus estragos. *abcDiario semestral*, 18-27.
- INEC. (2019, abril). Registro estadístico de deducciones Generales. *Boletín Técnico*. Ecuador.
- J, G. M. (2009). Nefrología. Conceptos básicos en atención primaria. España. Editorial. España: ICG Marge, SL.
- Jodelet, D. (1986). La representación social. : *fenómenos, concepto y teoría en Moscovici S. Psicología Social /I. Pensamiento y vida social,*. España: Paidós.
- Lacan, J. (1949/2005). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. In *Escritos 2* (pp. 86-93). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1959-1960/2002, febrero 18). *La Ética del Psicoanálisis*. Buenos Aires - Argentina: Paidós. Retrieved from Psikolibro:
<http://www.bibliopsi.org/docs/lacan/09%20Seminarario%207.pdf>

- Lacan, J. (1966/2002). Más allá del "principio de realidad". In *Escritos I* (pp. 67-85). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1966/2006). Psicoanálisis y medicina. *Conferencia*.
- Mezzano, A. (2005). Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección. *Med. Chile Online*.
- Michilena, D. (2018). Más allá del goce fálico: Ser-todo-en-el-goce. *abcDiario semestral*, 36-37.
- Muñiz, E. y. (2007). Pensar el Cuerpo. *El cuerpo y la enfermedad*. Azcapotzalco, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Murillo, M. (2011). La hipótesis de los tres registros -simbólico, imaginario, real- en la enseñanza de J. Lacan. *Revista de Investigaciones*, XVIII(1), 123-132.
- Nasio, D. (2008). *Paranoia, histeria y lesión de órgano*. Buenos Aires - Argentina: Paidós.
- OMS. (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pereira-Rodríguez, J., Boada-Morales, L., Peñaranda-Florez, D., & Torrado-Navarro, Y. (n.d.). *Dialisis y hemodialisis. Una revisión actual según la evidencia*. Cúcuta, Colombia: Rehabilitar Cúcuta IPS, Grupo De Investigación RehabilitarCI.
- Pereira-Rodríguez, J. y. (2017, marzo). *Diálisis y hemodiálisis. una revisión actual según la evidencia*. Cúcuta, Colombia: Rehabilitar Cúcuta IPS, Grupo de investigación Rehabilitar CI.
- Pérez, J. (2017). *El cuerpo entre el lenguaje y el goce*. España: Universidad de Sevilla.

- PUCE. (2016, agosto 30). *Código de Ética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*. Retrieved from <https://www.puce.edu.ec/intranet/documentos/normas/CODIGO-DE-ETICA-PUCE-Aprobado-CONSEJO-SUPERIOR-29082016.pdf>
- Sánchez, B. (2018). *El Cuerpo y los tres registros*. Lecturas on-line de la revista enlaces 20
- SELLARES, V. L. (2020). *Enfermedad Renal Crónica*. Retrieved from Sociedad Española de Nefrología: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>
- SENPLADES. (2015). Viceministerio de Atención Integral en Salud Subsecretaría de Provisión de Servicios de Salud Dirección Nacional de Centros Especializados. *Plan Nacional de Salud Renal*. Ecuador: Ministerio de Salud Pública.
- Thibierge, S. (2018). Sobre algunos aspectos contemporáneos del cuerpo y del goce. *abcdiario Freud-Lacan : Del goce y sus estragos*, 6-17.