PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **FELIPE JOSÉ CASTILLO MAFLA, CC. 171894034-7,** autor del trabajo de graduación intitulado: **"LA IMAGEN DEL CUERPO EN PACIENTES CON TRANSPLANTE DE RIÑON DESDE LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA". Estudio en pacientes que han recibido un trasplante con donante vivo relacionado en Quito en el 2013,** previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGO CLÍNICO,** en la Facultad de **Psicología.**

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, enero 2015

FELIPE JOSÉ CASTILLO MAFLA

CC. 171894034-7

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

PSICÓLOGO CLÍNICO

LA IMAGEN DEL CUERPO EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE RIÑÓN DESDE LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA.

ESTUDIO EN PACIENTES QUE HAN RECIBIDO UN TRASPLANTE CON DONANTE VIVO RELACIONADO EN QUITO EN EL 2013

NOMBRE

FELIPE CASTILLO

DIRECTOR: MSTR. FRANCISCO JARAMILLO

QUITO, OCTUBRE 2014

Agradecimiento

Agradezco a todos los que hicieron que este paso sea posible. A mi familia, a mi amada Nataly, a mis profesores y maestros y a mis amigos.

Tabla de contenidos

AGRADECIMIENTO II

TABLA DE CONTENIDOS III

RESUMEN V

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO 1. LA IMAGEN DEL CUERPO 5

1.1. Pulsión: Paradigma del cuerpo 5
1.1.1. Características de la pulsión 9

1.2. Goce lacaniano 11

1.3. El cuerpo 12
1.3.1. El cuerpo. Contexto epistemológico 13
1.3.2. Cuerpo real, cuerpo simbólico y cuerpo imaginario 15
1.3.2.1. Cuerpo Real 16
1.3.2.2. Cuerpo simbólico 17
1.3.2.3. Cuerpo Imaginario 18
1.3.2.4. Cuerpo y Síntoma 22

1.4. El transitivismo 23

CAPÍTULO 2. TRASPLANTE DE RIÑÓN CON DONANTE VIVO 25

2.1. Salud 26
2.1.1. Psicología de la salud 26
2.1.2. Cura 26

2.2. Enfermedad 27
2.2.1. Psicología de la enfermedad 27

2.3. Enfermedad crónica 27
2.3.1. Enfermedad renal crónica 28
2.3.1.1. Aspectos psicológicos de la IRC 30

2.4. Trasplante de órganos 31
2.4.1. Trasplante de riñón 31
2.4.1.1. Evaluación 35
2.4.2. Intervención psicológica en el proceso de trasplante 36

2.5. Trasplante en el Ecuador 37

CAPÍTULO 3. LA IMAGEN DEL CUERPO EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE RIÑÓN CON DONANTE VIVO RELACIONADO. 38

3.1. Donación 38

3.2. Don y don-acción 41
3.2.1. Perspectiva antropológica de la don-acción 43

3.3. La donación y el Parentesco 44

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA DEL TRABAJO DE CAMPO Y LA ARTICULACIÓN ENTRE LA TEORÍA Y LA CLÍNICA DEL PACIENTE CON TRASPLANTE DE RIÑÓN. 46

4.1. Mecanismos de investigación 46

4.2. Articulación entre la teoría y la clínica 49
4.2.1. Imagen del cuerpo 49

CONCLUSIONES 57

RECOMENDACIONES 60

BIBLIOGRAFÍA 61

Referencias Físicas 61

Referencias Digitales 63

ANEXOS 65

Documentos operativos 65

Resumen

Debido a la variedad de usos y significados que tiene el cuerpo en la vida cotidiana, en el ámbito científico, social y cultural, la presente investigación basa su estudio en la teoría de la imagen del cuerpo enunciada desde la teoría psicoanalítica, para analizar un procedimiento médico como el trasplante de riñón con donante vivo. Esta técnica médica se ha desarrollado durante los últimos años y ha mejorado la calidad de vida a decenas de personas que, después de perder las funciones de sus riñones, atravesaban por un proceso de diálisis normalmente tormentoso. Al abordar el discurso médico bajo una perspectiva psicoanalítica, el enfoque cambia, y el objeto de estudio deja de ser el cuerpo y entra en juego las repercusiones inconscientes del trasplante en el sujeto. Se comienza analizando la importancia de la pulsión en el cuerpo y la relación de los tres registros del cuerpo (Cuerpo Real, Cuerpo Simbólico y Cuerpo Imaginario) en la conformación subjetiva de la enfermedad y del deseo de un nuevo cuerpo y una nueva función. Además, el cuerpo entra en juego a partir de una imagen unificante en el espejo que refleja a sí mismo en la mirada del Otro y la imagen del Otro. Todo este recorrido teórico se vincula con el relato de pacientes que se sometieron a un trasplante de riñón.

Introducción

El presente trabajo se realizó a partir del interés del investigador por los trasplantes de órganos, especialmente el de la donación en vida. Este interés surge a partir de las prácticas universitarias y haber desempeñado la función de psicólogo en el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, INDOT, ente regulador de toda la actividad trasplantológica en el país, y por el contacto con pacientes a la espera de ser trasplantados, ya sea por un donante cadavérico o por un familiar que haya otorgado su órgano, y pacientes ya trasplantados. Se evidenciaron las problemáticas que enfrentan los pacientes y sus familiares al momento de formar parte de este proceso: pacientes que están inscritos en una lista de espera por un periodo prolongado o están en tratamientos que compensan la función del o los órganos dañados (por ejemplo el tratamiento de diálisis en el caso de una insuficiencia renal) lo que involucra efectos secundarios a la salud y a la economía de estas familias. También se constató varios problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos, como ansiedad, depresión o la insatisfacción con su imagen corporal. A pesar de los avances como técnica médica en el país, todos estos problemas reflejan que la práctica trasplantológica da mayor énfasis a la parte médica y orgánica que al sujeto en sí. Además, se reconoció que las funciones de un departamento de psicología serían necesarias para realizar un seguimiento adecuado a los pacientes y complementar el trabajo médico, tales como una psicoprofilaxis previa a un trasplante, así como un seguimiento psicológico posterior a los pacientes y familiares que se sometieron a este procedimiento médico. Es por esto que esta investigación busca analizar la problemática de personas que han sido trasplantadas de riñón con donante vivo relacionado, y articularla a conceptos de la teoría psicoanalítica.

El cuerpo forma parte de todos los aspectos de la vida y la muerte del ser humano, desde antes de nacer hasta después de morir, es merecedor de todas las producciones culturales que ayudan a la construcción del sujeto y su propio cuerpo. Mucho de lo que nosotros somos, o se cree que somos, proviene de lo que vemos o sentimos de nuestro cuerpo, de lo que han dicho sobre él o de la manera que otro trata a ese cuerpo; por lo tanto es fundamental la comprensión de este elemento de vital importancia del ser humano. Por ejemplo, cuando una persona está enferma, las repercusiones engloban a todo lo que es el sujeto y su entorno. Más aún cuando de la enfermedad se derivan situaciones mucho más complejas, como la prolongación indefinida de la misma enfermedad o someterse a

procedimientos o técnicas complejas como única alternativa para vivir, como es el trasplante de órganos. Se trata por lo tanto trasladar una concepción que prioritariamente es médica-científica como "organismo" (equivalente al cuerpo), a una relación más subjetiva como es el concepto del cuerpo y su imagen como estructurante del sujeto.

Sí se va a empezar hablando del cuerpo, es importante abordarlo desde la complejidad que el mismo concepto presenta. Es evidente que está inmerso en manifestaciones culturales y un *polimorfismo* del término *cuerpo;* cuerpo anatómico, cuerpo social, cuerpo de amor, cuerpo ideal, cuerpo del delito etc., todas estas referencias haciendo muchos cuerpos. Su alcance llega a una infinita producción histórica, social, económica, política y científica del ser humano. Desde los discursos médicos-científicos a las construcciones eróticas y sexuales subjetivas, pasando, por supuesto, por las construcciones cotidianas y el continuo cambio de la imagen del cuerpo del sujeto; las concepciones y representaciones son tan variadas que sería imposible recorrerlas todas sin saber de antemano que se fallará en abordarlas apropiadamente y que será un recorrido sin meta segura.

Es por esto que es necesario advertir que el presente trabajo no pretende abarcar todas las concepciones del cuerpo de forma minuciosa; lo que busca comprender es el concepto *cuerpo* en el discurso psicoanalítico, particularmente de los planteamientos teóricos de Sigmund Freud y Jacques Lacan sobre sus distintas aristas conceptuales que tienen su punto común en el cuerpo. En Freud se encuentra desde sus primeros escritos el reconocimiento de una «corporalidad» necesaria que surge a partir de los primeros cuestionamientos de su método y el desciframiento de los síntomas histéricos. A modo de ejemplo sobre este punto, se mencionan algunos de los conceptos que tendrán que ver con el cuerpo de manera directa: entre los principales: la pulsión, aquel concepto pilar de la teoría psicoanalítica en el que el cuerpo se ve inmerso por todos sus costados, ya sea del lado de las características o del de sus destinos. Por otro lado están las zonas erógenas, o la problemática del Edipo en la castración y la economía libidinal.

El presente trabajo definirá al cuerpo como concepto a partir de la *pulsión,* ya que parece conveniente considerar la importancia del concepto de cuerpo con otro igual de importante. Además, hay que tomar en cuenta que casi todos los conceptos de la teoría psicoanalítica se vinculan de alguna forma con el del cuerpo, por lo que también se tomarán otros conceptos paradigmáticos para tratar de comprenderlo de mejor forma; entre estos se

destaca el concepto de *goce*, desarrollado por Lacan y que de igual forma se circunscribe en una relación directa con el cuerpo.

También es importante reconocer aportes psicoanalíticos relacionados directamente con el cuerpo y que servirán para enriquecerlo conceptualmente, como «la imagen inconsciente del cuerpo» de Françoise Dolto o el concepto empleado por Didier Anzieu: «yo-piel» y otros autores que han hecho una minuciosa recopilación de diversos conceptos en el discurso psicoanalítico, como Juan David Nasio que analiza los conceptos de Dolto y Lacan, y que dan un nuevo enfoque al cuerpo como concepto para también formar parte de la estructura argumentativa del presente trabajo. Estos conceptos psicoanalíticos se los tratará en el primer capítulo.

En el segundo capítulo, se abordará otras concepciones ligadas al cuerpo. Una de ellas es la del cuerpo frente a la medicina, disciplina que basa su práctica en el recorrido enfermedad-salud. La medicina occidental ha puesto en escena el poder que tiene sobre el cuerpo del enfermo, "el cuerpo enfermo". La experiencia de la enfermedad se desarrolla en relación con el retorno a la productividad, ya sea para las escuelas, fábricas o a la oficinas, y por lo tanto la convalecencia tiene que ser lo más corta posible. Hacia allá van encaminados todos los avances técnicos médicos científicos. A pesar que la experiencia de la enfermedad ha disminuido por los avances de técnicas y procedimientos médicos, también es evidente el poder que tienen los médicos y sus prácticas sobre el sujeto y su cuerpo.

De igual manera se abordará el procedimiento de los trasplantes en el país y en el exterior, así como los efectos fisiológicos, psicológicos y familiares tanto antes, durante y después del trasplante. También se enfocará en las enfermedades crónicas como la insuficiencia renal y contextualizarla a través de referencias históricas y culturales, lo cual permitirá reconocer cuál ha sido el avance como técnica médica en el país.

En el tercer capítulo, la donación que parte del discurso médico se la asociará con el don, concepto de la antropología, analizado por Marcel Mauss. Debido a este contraste, se puede referir la relación de la persona que dona y recibe un órgano y analizar nociones médicas como son "mejor calidad de vida" y "prolongación de la vida" en los pacientes.

En el cuarto capítulo se analizarán los datos de los pacientes trasplantados que han recibido un riñón por parte de sus familiares, estos datos fueron recogidos a partir de entrevistas

voluntarias a personas que recibieron el trasplante de un familiar que donó su riñón. Se complementará con las definiciones de los conceptos y las técnicas médicas, mencionadas en los primeros capítulos, para así tratar de comprender cómo se concibe el cuerpo en el psicoanálisis.

Capítulo 1. La imagen del cuerpo

> Voy a hablar largamente de mi cuerpo. Tanto voy a hablar que, de entrada, os parecerá que olvido la parte del espíritu [...] En el espíritu y demás, me decía, ya pensaré más adelante, cuando esté mejor. (Gide, 2014, p. 78)

Para hablar del cuerpo en el psicoanálisis es necesario situarlo en el campo de la relación Freud-Lacan. Esta relación permitirá conjugarlo con otros conceptos como el de la pulsión, el goce o el narcisismo y así tratar de comprender al cuerpo como concepto.

1.1. Pulsión: Paradigma del cuerpo

La pulsión *(Trieb)* es uno de los conceptos pilares en la elaboración conceptual del psicoanálisis especialmente en las elaboraciones teóricas de Freud y Lacan. "Es un concepto a partir del cual, el psicoanálisis organiza su elaboración, después del inconsciente" (Andrade, 2007, p. 1). Además, es un concepto vinculado directamente al cuerpo desde todas sus aristas. Freud posicionó a la pulsión como "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" (Freud, 1998a, p. 117) Es por esto que es imprescindible organizar el presente trabajo a partir de la Pulsión.

El concepto de pulsión (*Trieb)* en Freud fue trabajado de forma particular en 1915 en "*Pulsión y destinos de pulsión"* y mencionado por primera vez de forma explícita como concepto en *"Tres ensayos de teoría sexual"* en 1905 aunque está presente desde el principio de la obra freudiana; en los primeros trabajos, a finales del siglo XIX, ya se encuentran referencias del concepto pero es confundida con el concepto de *energía.* Más adelante el concepto fue modificado a medida que las distintas líneas de pensamiento iban aportando nuevas luces a las reflexiones de Freud. El resultado fue un constante dualismo, el cual permite que el sujeto tenga dinamismo en su vida. En un primer lugar, se centró en la pulsión sexual y la pulsión de autoconservación o «pulsión del yo». Posteriormente debido a la primera y segunda tópica, el concepto de pulsión sufre modificaciones en su estructura; y por último la influencia historicista y sociológica para la última referencia de la Pulsión en Freud integrándola como pulsión de vida y pulsión de muerte.

El concepto adquiere importancia a partir de su formulación metapsicológica, y el texto en el que Freud propone esta dimensión del concepto es de *Pulsiones y destinos de pulsión*

(1915) por lo que sus recorridos teóricos argumentativos tienen una gran importancia dentro del psicoanálisis y es fundamental plantearlos en el presente trabajo.

Como se dijo anteriormente, Freud pretendía elevar al psicoanálisis a la categoría de ciencia por lo que los conceptos y la teoría que se habían planteado por más de quince años a partir de la publicación de "La interpretación de los sueños" (1900) y trabajos precedentes a este; los planteamientos propuestos por Freud debían tener una estructura adecuada y un fundamento estable. Los conceptos como el del inconsciente o el de la pulsión tenían validez de ciencia en cuanto su estructura base sea a partir de conceptos de otras ciencias como la física o la matemática. Pero los planteamientos del psicoanálisis se basaron en la atención (olvidada para otras ciencias) de los asuntos cotidianos, como los actos fallidos, los sueños o los chistes. Para Roland Chemama, psicoanalista francés miembro de la Asociación Lacaniana Internacional, el psicoanálisis se aparta del abordaje científico al enfocase en las producciones olvidadas por otras ciencias. Lo dice de la siguiente forma: "el psicoanálisis, para Freud, no es un procedimiento anticientífico, ni siquiera extracientífico. Por el contrario, trata de encarar, de manera racional, lo que las otras ciencias descuidan, lo que constituye el desecho del determinismo universal" (Chemama, El goce: contextos y paradojas, 2008, p. 15) y se perturba toda la concepción científica del mundo.

Hay que resaltar que Freud expuso los conceptos principales de su producción teórica como lo inconsciente, la represión y la pulsión, en toda su obra; no obstante, en "Trabajos sobre una metapsicología", escritos entre marzo y mayo de 1915, su preocupación principal era encontrar un concepto preciso que definiera la teoría que estaba desarrollando y poder situarla como ciencia, aunque este intento ya databa de tiempo atrás. En este trabajo se presentaron varios conceptos de forma sistemática para tratar de aportar estabilidad a lo que observaba dentro de la práctica clínica de los fenómenos neuróticos. Para él fue necesario que los conceptos que planteaba sigan el mismo recorrido de los conceptos de toda ciencia, es decir que sean definidos y delimitados a partir de conceptos de ciencias probadas, como la matemática o la física, y a su vez que se apartara de la medicina y la psicología de la conciencia.

Por lo tanto, el esclarecimiento de la pulsión es uno de los objetivos que buscó Freud en sus textos, en especial el de "Pulsión y destinos de la pulsión" y "Más allá del principio del placer", a pesar de que en trabajos posteriores afirmará que es un concepto "bastante

oscuro, pero del cual no podemos prescindir en psicología" (Freud, 1920, p. 43). En este mismo texto mencionará que la pulsión es como la mitología para el psicoanálisis y que la pulsión es un ser mítico y grandioso en su indeterminación; así trata de dar cuenta de lo importante e inacabado que es este concepto dentro de la teoría psicoanalítica.

Se debe hacer una acotación en este punto. En las primeras traducciones del castellano, francés e inglés *Trieb* fue traducido por *Instinto (instinct)* desde la traducción de James Stratchey (Chemama, 2004, p. 569) por lo que se referiría a las manifestaciones del resto de animal que quedaría en el humano. En la lengua alemán existe tanto la palabra *Instinto (Instinkt)* por su derivación latina, y lo que Lacan luego traducirá como pulsión, *Trieb,* en relación a su raíz germánica y guarda relación con el término «empuje» (*trieben).* En el castellano para diferenciar estos dos términos, se toma del francés la palabra *Pulsion* que equivalea *Trieb*, término que Jean Laplanche señala que su acento "[...] está en el matiz de «empuje» y que recae menos en la finalidad y en el objeto que del carácter irreprensible de una orientación general, de estar siempre en el constante empuje" (Laplanche, 1996, pp. 324-325). Para Laplanche estos dos términos, el de *Instinto* y el de *Pulsión,* tienen relación directa. El autor indica que muchos pasajes de la obra freudiana, a pesar de nunca utilizar el término *Instinkt,* se refieren a él. El autor ejemplifica este en lo que Freud llama «visión popular de la sexualidad» como referencia a lo que es el instinto (Laplanche, 2000).

En el presente trabajo se mantendrá la distinción entre «instinto» y «pulsión» aunque el aspecto hereditario entre términos pueda ser confuso en algunos pasajes. La diferenciación de lo humano con lo animal es lo importante dentro de esta distinción, ya que lo instintual por definición es una característica compartida por animales mientras que la pulsión es lo que nos distingue como seres humanos.

La definición que el diccionario de psicoanálisis recopilado por Jean Laplanche y Jean-Bertrand Pontalis propone es la siguiente:

> Proceso dinámico consistente en un empuje (carga energética, factor de motilidad) que hace tender al organismo hacia un fin. Según Freud, una pulsión tiene su fuente en una excitación corporal (estado de tensión); su fin es suprimir el estado de tensión que reina en la fuente pulsional; gracias al objeto, la pulsión puede alcanzar su fin. (Laplanche & Pontalis, 1996, p. 89)

Es un proceso dinámico porque tiene un continuo fluir, cambiante y en relación de dos fuerzas pulsionales que se enfrentan "como una fuerza *constante"*[1] (Freud, 1915, p. 114). La dinámica en física es un término que tiene relación con el cambio físico o de movimiento. Si éste término se traslada al campo del psicoanálisis, tal como lo propone Laplanche, el énfasis está en el cambio, ya no de un estado físico o de movimiento, más bien de un fluir energético corporal *constante*; el *empuje [Drang]* resalta el fluir constante y sin interrupciones de la energía que fluye en el recorrido de la pulsión, Freud dirá que una de las características es "su coercibilidad por acciones de huida" por lo que es inútil desprenderse de ella; esta es su cualidad por efecto de la pérdida constante del objeto de la pulsión y por lo tanto de la búsqueda de satisfacer la pulsión.

Vale hacer algunas anotaciones a lo que anteriormente se dijo. El concepto de pulsión es de gran complejidad dentro del entramado conceptual psicoanalítico; como se dijo anteriormente, en primer lugar se valió de términos y conceptos de otros campos, en especial la física, de tal modo que términos como "energía" o "dinámica" fueron incluidos al inicio del recorrido conceptual para denotar un carácter científico a las producciones freudianas. Los nuevos hallazgos e incorporación de nuevos conceptos brindaron a la *pulsión* nuevos matices, distintos de los primeros trabajos. En la definición que propone el diccionario compilado por Roland Chemama y Bernard Vandermersch, la pulsión es una noción que no remite directamente a un fenómeno clínico tangible y lo menciona de la siguiente forma: "Si el concepto de pulsión da buena cuenta de la clínica, es porque constituye una construcción teórica forjada a partir de las exigencias de ella, y no porque dé testimonio de alguna de sus manifestaciones particulares." (Chemama & Bertrand, 2004)

Para Silvia Quezada, psicoanalista argentina, la función que juega la pulsión en el cuerpo es de disyunción y ninguna unificación posible: "Lo pulsional, sitúa al cuerpo en relación con lo psíquico, más en una dimensión de red, de nudo, que de unidad" (Quezada, 2006, p. 78) argumenta además que al momento que el cuerpo se instala como cuerpo erógeno, no puede existir una unión entre lo corporal y lo psíquico.

Las vías de satisfacción de la pulsión son diversas, por lo que se podría hablar de pulsiones. Debido a que este trabajo está enfocado en el cuerpo, se toma a la pulsión como

[1] Destacado en original

paradigma del cuerpo y parte del entramado de la teoría psicoanalítica; por lo tanto se seguirá mencionando las generalidades de las pulsiones y se lo mencionará en su forma singular: *pulsión.*

1.1.1. Características de la pulsión

Dentro de la obra de Freud no se establece una clara delimitación del cuerpo como concepto. Aunque existan referencias del término, como la que menciona Patricia Garrido refiriéndose a la concepción de Freud sobre el cuerpo y el inconsciente: "lo que es del orden de lo inconsciente, no es del orden del cuerpo"; así diferencia al cuerpo de las producciones del inconsciente, aunque la clínica evidencie que "el inconsciente *no está sin* relación del cuerpo" (Garrido, 2010, s/p). Igualmente, como ya se mencionó anteriormente, casi todos los recorridos teóricos dentro de la teoría psicoanalítica se relacionan de una forma u otra con el cuerpo y el concepto que se eligió para mostrar claramente lo dicho es la Pulsión *[Trieb]* que se vincula directamente con un organismo que tiende a un fin. Ya se han visto las complicaciones que surgen dentro del entramado conceptual al momento de definir específicamente lo que es la *Pulsión.* Las características de la pulsión parecen ser una vía privilegiada para ejemplificar la relación del cuerpo dentro de la teoría psicoanalítica.

Por **Fuente** *[Quelle]* de la pulsión, se entiende al "proceso somático que se localiza en un órgano o en una parte del cuerpo y cuya excitación está representada en la vida psíquica por la pulsión" La fuente de la pulsión se sitúa en las zonas erógenas, recordando que Freud dijo que todo el cuerpo es potencialmente erógeno en zonas parciales; al borde del cuerpo como el labio, el ano, el pene, la vagina o cualquier margen que suponga un recorte.

Por **objeto** *[Ding]* es todo aquello a lo que el sujeto apunta para que la pulsión llegue a su fin, por lo tanto tiende a múltiples posibilidades, tanto dentro como fuera del cuerpo. En un inicio Freud diferencia el objeto de la pulsión como objeto interno (intrapsíquico) u objeto del yo y objeto externo del que el sujeto tratará de satisfacer su pulsión. Lacan señala que el objeto de la pulsión responde a estructuras básicas: la oralidad, la analidad, lo escópico y lo invocante. Por lo tanto sus objetos respectivamente serán el pecho, las heces, la mirada y la palabra. Mientras que la fuente se reconoce por su estructura de agujeros relacionados con el inconsciente que para Lacan se lo reconoce por topología agujereada. Las fuentes de

la pulsión en el sujeto serán: labios, ano, oreja y el párpado. Moreno en su texto sobre las pulsiones precisará cual es el recorrido de la pulsión a través de estas zonas del cuerpo.

> En estas zonas del cuerpo marcadas por la pérdida de objetos es donde la pulsión parcial encuentra su fuente. Se trata de bordes donde la intervención del Otro con sus primeros cuidados produce una erogeneización, introduciendo así al sujeto en la dialéctica de la satisfacción, del goce sexual, más allá de la mera satisfacción de la necesidad. (Moreno, 2002, p. 6)

Esto conduce a hablar de meta. La **meta** *[Ziel]* de la pulsión consiste en la satisfacción o la posibilidad de satisfacción de la misma para que el organismo alcance una descarga pulsional. Freud lo menciona de la siguiente forma: "La meta de una pulsión es en todos los casos la satisfacción que sólo puede alcanzarse cancelando el estado de estimulación en la fuente de la pulsión" (Freud, 1915, p. 122); por las propias características de la pulsión que siempre estará pulsando por lo que el estímulo no podrá ser cancelado, mientras que el recorrido mismo de la pulsión hacia ese blanco está dirigido a fallar. Néstor Braunstein, en su texto sobre el goce como concepto lacaniano, agregará que la meta es una aspiración frente a la falsa idea de satisfacción que se tiene de la pulsión:

> Para Freud es la necesidad lo que se satisface, mientras que la pulsión es un ser mítico, magno en su indeterminación, que es una fuerza constante, una exigencia incesante impuesta al psiquismo por su ligazón con lo corporal que acicatea más allá de toda posible domesticación, siempre hacia adelante. La pulsión no se satisface, insiste, se repite, tiende a un blanco al que siempre falla y su objetivo no se alcanza por la saciedad, con la paz *(Friede)* de su aplacamiento *(Bifriedegung)* sino con el nuevo disparo de la flecha, siempre tirante, tenso, el arco de su aspiración[2] (Braunstein, 2006, pp. 61-62)

Añade además un término al de la meta: Meta Inhibida; es la pulsión que se satisface a través de su recorrido y de forma parcial, algo que trabajos posteriores constatará como el resultado de toda pulsión, y añadirá, lo que anteriormente se mencionó, que la pulsión no se satisface, que lo que se satisface es la necesidad expresada en una demanda.

El **esfuerzo** *[Drang]* Como explicaba anteriormente, es la fuerza constante que busca satisfacerse. Freud lo caracteriza como "la esencia misma" de toda pulsión. Freud lo describirá como la "suma de fuerzas" o la medida de la exigencia de trabajo que ella representa.

[2] Destacado en el original

De las características más importantes que se manifiesta en la teoría de las pulsiones es que cualquier parte del cuerpo puede ser fuente o fin de la pulsión dependiendo del momento en el que la pulsión lo invista. Esto además da cuenta de la multiplicidad de pulsiones que devienen del y hacia el sujeto. Además la permanente tensión provocada por la misma pulsión tiene como resultado que las pulsiones tengan dificultad de tender hacia un mismo fin común. De hecho, es falso que la naturaleza de la pulsión sea la armonía. Tanto su fuente como su meta están en constante cambio. Esto lleva a la tercera conclusión, aunque en un inicio se habló de la satisfacción de la pulsión, ésta no se satisface, al menos no de forma permanente. En otras palabras nunca dejará de *pulsionar* ya que esa es su naturaleza.

1.2. Goce lacaniano

Al igual que Freud, Lacan da relevancia al concepto de pulsión y lo sitúa en el seminario XI "Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis" (de 1964) como pilar fundamental de la teoría psicoanalítica, junto al inconsciente, la repetición y la transferencia. Resalta lo inaprehensible del concepto dándole un carácter de ficción y "en referencia a un dato primigenio, a algo arcaico y primordial" (Lacan, 1964, p. 175) que como señala Braunstein, es la característica inasible de la pulsión resaltando su carácter mítico y magno en su indeterminación (Braunstein, 2006). Por lo tanto, se reconoce que de la pulsión no se sabe nada a no ser por sus representaciones.

Para Chemama, el goce se manifiesta en dos vías. Por un lado el goce concebido con la tentativa de colmar toda falta y por otro el de apego a la pérdida. Esta aparente contradicción la explica diciendo que el sujeto trata de prevenir su ligazón a la pérdida (ya que es un "agujero donde también sería aspirado") por la posibilidad de una sutura del agujero e instalar allí un "tapón".

> […] subsiste la cuestión de lo que hace que el mundo contemporáneo – el universo capitalista o lo que llamamos el discurso capitalista – el sujeto pueda ser particularmente reforzado en esa esperanza de encontrar siempre un objeto disponible, hasta el punto de reconocer ahí totalmente su goce. (Chemama, 2008, p. 21)

En el mismo texto, el autor toma la definición que hizo Lacan en 1966 la cual parte de qué se entiende por placer y su distinción con el goce. El placer es "la menor excitación, lo que hace desaparecer la tensión, lo que más la tempera, por tanto lo que necesariamente nos detiene en un punto de alejamiento, de distancia muy respetuosamente del Goce" Lacan agrega "lo que yo llamo goce en el sentido en que el cuerpo se prueba, siempre es del

orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, hasta la proeza" (Lacan en Chemama, 2008, p. 22) El goce es por lo tanto aquello que tiene que franquear la barrera impuesta por el placer. Es aquella forma particular de satisfacción alejada del placer y está constantemente orientada al fracaso por estar siempre fuera de nuestro alcance.

El goce en la obra lacaniana tiene directa relación con el cuerpo. A pesar de la polisemia de sus acepciones, en la teoría psicoanalítica, el goce proviene del campo del derecho: "usufructo" que hace referencia a la propiedad del objeto. En la filosofía del derecho, Hegel menciona que "el *Genuss,* el goce, es algo que es 'subjetivo', 'particular', imposible de compartir al entendimiento y opuesto al deseo que resulta de un reconocimiento recíproco de dos conciencias y que es 'objetivo', 'universal' sujeto a legislación". (Braunstein, 2006) Además, Braunstein menciona que la apropiación y el disfrute del objeto en tanto lleva a que exista una expropiación de otro que no posee el objeto. Para gozar plenamente del objeto, es necesario que otro renuncie a las pretensiones de poseer ese objeto. Es por esto que el goce está plenamente relacionado con el cuerpo: la primera propiedad que tenemos es nuestro cuerpo, y que excluye a otros que disfruten de ese cuerpo a través de reglamentaciones y leyes.

La dimensión corporal encuentra cabida en el discurso de Lacan a través del goce cuando este se define como "todo lo que proviene de la distribución del placer en el cuerpo" (Lacan J., 2008, p. 206) o como "la satisfacción de una pulsión" (Lacan J., 1990, p. 253), además que todo goce es corporal y que el deseo, aquel concepto que lo trabajó en sus primeros seminarios, se implicaba en otra dimensión diferente, en otro polo contrapuesto: el del goce. Por lo tanto la noción de goce equivale a la satisfacción que excede los límites del placer en función del contorneo pulsional de los orificios corporales.

Braunstein argumenta así la génesis del goce en el cuerpo del sujeto de la siguiente forma "La seducción se hace presente con los primeros cuidados, con los modos en que se administra la satisfacción de las necesidades, con la regulación y la supeditación del cuerpo del niño a las exigencias y a los deseos inconscientes del Otro" (Braunstein, 2006, p. 24).

1.3. El cuerpo

Como ya se vio, el concepto del cuerpo en psicoanálisis está inmerso en un sinnúmero de recursos y recorridos a través de otros conceptos que son fundamentales para su

constitución y abordaje como concepto. Se elaboró el enfoque del cuerpo a partir de la pulsión, concepto trabajado por Freud y que ha sido pilar para la teoría del psicoanálisis; por otro lado se trabajó el goce, un concepto lacaniano que se lo piensa a partir de su relación con el cuerpo. Por lo tanto, es necesario ubicar al cuerpo como concepto en referencia a los dos conceptos mencionado anteriormente y en un contexto epistemológico.

1.3.1. El cuerpo. Contexto epistemológico

El dualismo cartesiano ha sido importante en las producciones filosóficas y científicas; también está presente en la obra de Freud (como en el concepto de pulsión en la que siempre estuvieron en relación dos contraposiciones de pulsión, yo/sexual, autoconservación/objetal y vida/muerte), y en otros autores posteriores a él.

Es de larga data la concepción binaria del mundo y del sujeto en la separación definida de cuerpo y alma; varias producciones filosóficas y científicas se han valido de esta concepción en diferentes expresiones, desde la tensión entre bueno/malo hasta el lenguaje binario de los sistemas operativos. Es evidente varias expresiones del ser humano se han producido a partir de la prima cartesiana. La *res extensa* siempre en función de la *res cogitans,* es decir que el cuerpo siempre en papel secundario al del pensamiento. (Moulin, 2006)

Esta idea tiene como herencia la concepción griega de cuerpo y alma. Parte del dualismo entre lo mortal y lo divino, entre lo tangible (*Physis*) y lo no corpóreo (aquello que no puede ser tocado ni visto), el alma o *Phsyque*. El campo que se ha definido a partir de ahí es aquello decididamente dualista: atribuye al individuo un aparato psíquico y somático como una correspondencia causa-efecto, en relación directa una de otra, pero siempre diferenciándose.

El dualismo será predominante al menos hasta el siglo XIX, en el siglo XX la "división entre el cuerpo y el espíritu se va difuminando en un punto en el que el cuerpo- espíritu se los concibe como una totalidad priorizando al cuerpo" (Courtine, 2006, p. 17) Sin embargo Garrido señala que las nuevas producciones que continúan con la tradición cartesiana, como el actual florecimiento del concepto *psicosomático* o la concepción médico-psicologista sobre el sujeto como *unidad biopsicosocial* propuesto por Engel en 1947, plantea que estas fuerzas, que parecen volver al dualismo o nunca haberse separado de este, son insumergibles (Garrido, 2010, s/p). En otras palabras, son producciones que

difuminan el dualismo marcado entre soma-psique y lo convierten en una unidad ambigua *somapsique* sin que esto quiera decir que se ha desvinculado de esta concepción.

Separarse de la tradición dualista parece un trabajo complejo. El psicoanálisis concibe al cuerpo ya no como efecto de continuidad entre lo corporal y el psiquismo inconsciente. Andrade ejemplifica esta idea de la siguiente forma:

> Dialéctica constituyente del sujeto, primero como el *yo* de las identificaciones, del narcisismo, y en un tiempo lógico anterior, sólo fundado en la retrogradencia; el sujeto ordenado desde la estructura pulsionante, de la pulsión impuesta al psiquismo por su ligazón con lo corporal, del deseo, del goce, del malestar, del sufrimiento, o como "sujeto del síntoma" quien generalmente se ausenta en su presentificación ante el médico, en esa escenificación tan corriente de la experiencia que se expresa en el síntoma dado a ver. (Andrade, 2007, p. 3)

Como se dijo anteriormente, el cuerpo en psicoanálisis difiere del organismo vivo/muerto del que se ocupa la biología y la medicina. No es pertinente identificar al ser vivo con el cuerpo; o en otras palabras, lo que puede definirse como cuerpo no es la vida. Para diferenciarlo de la vida, se puede trabajar desde otra perspectiva: la muerte. Esta ha recorrido al cuerpo a través de la historia de la humanidad. Pestes y guerras han colaborado para que se evidencie el valor del cuerpo muerto. Camus señala que "cien millones de cadáveres, sembrados a través de la historia, no son más que humo en la imaginación". (Camus, 1979, p. 21). Si el cuerpo en la muerte no representa sino "humo en la imaginación" ¿el cuerpo se diferencia de la vida o es una relación inextricable? Según Lacan, la vida "se diferencia y queda excluida de la noción de cuerpo. Lo que puede definirse como el cuerpo no es la vida" (Lacan, 1974, s/p)

Esta diferencia la marca Freud al considerar que el cuerpo es un efecto de la acción y estructura de lo psíquico; es así que el cuerpo ya no se rige a las funciones biológicas tales como la autoconservación y la reproducción. Menciona la importancia de la corporeidad en la descripción de los síntomas histéricos, en el narcisismo e identificación con el otro y sobre todo lo resalta en el concepto de la pulsión anteriormente explicado.

La idea tradicional del cuerpo se liga con el del discurso médico/organicista que relaciona al sujeto y su cuerpo con *organismo*. El cuerpo es el producto de la forma en la que se trata mediante cortes y ataduras, remiendos y añadiduras, aparentemente una cuestión orgánica, pero también tendrá que ver en la relación con el Otro.

La tradición dualista se supera al colocar al cuerpo en el nivel de la palabra. Lacan (1972), al final de su trabajo, señala que el cuerpo habla en respuesta a un goce. Se enfatiza en la comprensión de la pulsión para lograr dilucidar la importancia que tiene el cuerpo en el sujeto. Por lo tanto el cuerpo ya no pertenece al mismo espacio conceptual del dualismo cartesiano en que el cuerpo sea efecto de lo psíquico. Él introdujo un ternario inédito, y así pudo colocar al cuerpo en los registros Simbólico, Imaginario y Real, extensionales que se articulan con la dialéctica constituyente del sujeto.

Desde la comunicación que fue presentada al Congreso Internacional de Psicoanálisis en Zúrich en julio de 1949, Lacan ya instauró una diferencia marcada de la experiencia en el psicoanálisis y la tradición dualista cartesiana manifestada en *cogito ergo sum*. En el estadio del espejo, manifiesta "hoy especialmente en razón de las luces que aporta sobre la función del yo [je] en la experiencia que de él nos da el psicoanálisis. Experiencia de la que hay que decir que nos opone a toda filosofía derivada directamente del cogito" (Lacan, 1997, p. 11) Esta nueva dimensión se la representa también en la topología que instauró una manera diferente de pensar el cuerpo en el lenguaje y formar la triada cuerpo-lenguaje-deseo.

Por lo tanto, el sujeto ya no organismo (materia) y alma (inmateria), ahora es *Uno* con su cuerpo. A partir del lenguaje que se dice: "este cuerpo es mío" el cuerpo se constituye como un hecho. Es decir, es mencionado como palabra por lo que ya no hay cabida para el "organismo" y da paso al significante que hace al sujeto uno con el cuerpo. Esto lo explicará Lacan desde los registros Simbólico, Imaginario y Real del cuerpo.

1.3.2. Cuerpo real, cuerpo simbólico y cuerpo imaginario

La estructura psíquica del sujeto se sostiene a partir de los tres registros enunciados por Lacan: Real, Simbólico e Imaginario que conforman una triada que permite sostener toda la realidad humana y el cuerpo no es una excepción.

Se había mencionado anteriormente que la concepción dualista cuerpo-espíritu ya no se sostiene en la práctica psicoanalítica a partir de la entrada de la triada representada por los registros R, S e I con una lógica borromeana.

Se puede considerar a cada uno de los registros de forma individual, pero sin olvidar que es la consistencia topológica del nudo lo que no permite desprenderse un registro del otro.

Garrido lo menciona de la siguiente manera: "el anudamiento, que hace sostenerse en conjunto las tres consistencias de manera que no se desbalaguen. Es decir, lo que hace a la subjetividad" (Garrido, 2010, s/p). Cada uno de los registros, concebidos como un redondel de cuerda, no permite la supremacía de ninguno de ellos por su estructura nodal. Hay un cuarto anillo que liga a los otros tres, Lacan lo define como Síntoma *(Sinthome)*, y es el que provee cuerpo y también un inconsciente estructurado (Gorali, 2006) En la entrevista presentada en la edición 23 de la revista Acheronta, Vera Gorali, psicoanalista de orientación lacaniana argumenta que así como no hay narcisismo primario, en un principio el cuerpo no existe porque el cuerpo siempre es un sistema en construcción: "cuando uno nace es atravesado por el Otro, tomado por el lenguaje, pero su cuerpo es pedazos […] entonces lo primero que tenemos es la forma imaginaria de tener un cuerpo, que se sostiene por un Ideal, algo simbólico" (Gorali, 2006, s/p) Por lo tanto es necesario que aparezca el Otro, ese tercero el cual el sujeto se dirige para ver si esa imagen especular es la que se tiene que amar.

Es necesario hablar por lo tanto del cuerpo Real, Simbólico e Imaginario. Para Juan David Nasio la tríada lacaniana de los tres cuerpos; la plantea de la siguiente manera:

> Diré que el *cuerpo real* es el cuerpo que siento, que el *cuerpo imaginario* es el que veo y que el *cuerpo simbólico* es a la vez mi cuerpo *simbolizado, símbolo* en sí mismo y *significante*, vale decir, agente de cambios operados en mi realidad somática, afectiva y social.[3] (Nasio, 2008, p. 76).

1.3.2.1. Cuerpo Real

Para hablar de cuerpo real es necesario saber a qué se entiende con *Lo Real* dentro de la teoría psicoanalítica. *Lo Real* es aquello que no es susceptible de ser representado mediante la imagen o la palabra. Francisco Celi, en su trabajo de disertación, menciona que tratar de definir a Lo Real implica una dificultad intrínseca a la naturaleza del concepto "ya que este registro contiene todo aquello no susceptible de ser representado mediante la palabra" (Celi, 2010, p. 19). Este argumento lo completa con una cita de Juan David Nasio, que explica lo inaprehensible de *Lo Real* de la siguiente manera: "lo real es muy difícil de explicar porque en sí mismo es un concepto indefinible; no es simbolizable y se sustrae a toda aprehensión por parte de la razón" (Nasio, 2008, p. 76) La génesis de todo lo imaginario, de lo simbolizable y lo fantaseado se construyen a partir de las sensaciones ya

[3] Destacado en el original

sentidas incluso antes, siendo niños. Es por esto que en la presentación del reportaje realizados por Michel Sauval, enfatiza en el punto de "no saber nada" de lo real: "el real del psicoanálisis no es ese real donde hay un saber, cómo en el real de la ciencia (...) el real del psicoanálisis, justamente, implica que no se lo sabe, implica que hay algo que hay que construir ahí" (Gorali en Sauval, 2006, s/p)

El cuerpo real no se refiere al cuerpo orgánico o de aquel que impulsa al ser humano a mantenerse con vida: "lo real del ser vivo, según Lacan, se diferencia y queda excluido de la noción de cuerpo. Lo que puede definirse como el cuerpo no es la vida" (Lacan en Garrido; 2010, s/p). Para J.D. Nasio "El cuerpo real, en el sentido lacaniano de la expresión, es a la vez cuerpo de las sensaciones, cuerpo de los deseos y cuerpo del goce" (Nasio, 2008, p. 77) es decir, el cuerpo real es el cuerpo sensorial, erógeno (abierto al cuerpo del otro para dar y recibir placer) y cuerpo del goce (sensación de degradación del propio cuerpo). Para Nasio, lo real en el cuerpo "no porque sea sólido y palpable, sino porque la vida que está en él, esa efusión permanente, continúa siendo para nosotros, un misterio impenetrable" (Nasio, 2008, p. 77) Es un misterio impenetrable porque el Cuerpo Real es aquello que preexiste a la imagen y a lo simbólico y que puede ser aprehensible a través de estos registros.

1.3.2.2. Cuerpo simbólico

Al igual que en Lo Real, para discernir qué se entiende como cuerpo simbólico, es necesario precisar sobre lo que es *Lo Simbólico.*

Lo simbólico es equivalente al orden del lenguaje, "aquel que se constituye de significantes que le permiten al hombre desplegar la facultad de la representación" (Celi, 2010, p. 28) La representación es algo para otro, mientras que lo simbólico es parte de un entramado de significantes que permiten ser evocados:

> Antes de la palabra, nada es ni no es. Sin duda, todo está siempre allí, pero sólo con la palabra hay cosas que son-que son verdades o falsas, es decir que son- y cosas que no son. Sólo con la dimensión de la palabra se cava el surco de la verdad en lo real. Antes de la palabra no hay verdadero ni falso. (Lacan en Celi, 2010, p. 28)

El niño es introducido al Orden del Lenguaje por acción y la existencia de la palabra de los padres, incluso antes del nacimiento. Lacan no pondrá a personas específicas para que este

orden se instaure, sino que denomina a una función que no necesariamente remite a un progenitor. El *Nombre del Padre* obedece al corte necesario para la estructuración psíquica del sujeto deseante y separarlo así de la relación monádica madre-hijo para así incorporar lo simbólico en el niño.

En el diccionario, del que Roland Chemama y Bernard Vandermersch son compiladores, se menciona que el cuerpo de los significantes designa "el conjunto de los **significantes** conscientes, reprimidos o forcluidos, así como su modalidad general y singular de organización" (Chemama & Vandermersch, 2004, p. 113)

El cuerpo simbólico está construido de muchas de las experiencias vividas en el mismo cuerpo y de los elementos ligados a su estructura, lo cuales sirven de significantes que *nutren* lo simbólico. Esta línea de pensamiento conduce a plantear que las diversas partes del cuerpo pueden servir de significantes e ir más allá de su función en el cuerpo viviente. Así lo entiende Patricia Garrido:

> Lo que es primero es la palabra, es de la palabra que surge el deseo, y el cuerpo está ligado al deseo. […] el verdadero cuerpo, el primer cuerpo, es el lenguaje, es decir, lo que él llamará más tarde, "el cuerpo simbólico". El simbólico, es en efecto un cuerpo, porque podemos considerarlo como un sistema de relaciones internas. El lenguaje es cuerpo, y además, es cuerpo que (al incorporarse) da cuerpo. (Garrido, 2010, s/p)

En este mismo punto, el diccionario anteriormente mencionado, indica que el recorrido de los significantes de las primeras inmersiones en el lenguaje del niño se inscribe en la memoria psíquica y otros se graban en el cuerpo. Es decir que palabras, sílabas y fonemas pueden afectar el cuerpo de cualquiera, sea cual sea su estructura. (Chemama, 2004)

Debido a su característica borromeana, el cuerpo simbólico no puede ser independiente al de los otros registros aunque se lo puede considerar en sí mismo como una abstracción de los otros registros. Frida Saal, psicoanalista argentina exiliada en México, recalca la relación de lo simbólico con lo imaginario hacia lo real del siguiente modo: "Lo simbólico ancla y agujerea lo real organizando lo imaginario que es efecto de la acción de lo simbólico sobre lo real." (Saal, 1983, pp. 259-260).

1.3.2.3. Cuerpo Imaginario

Es importante en este punto comenzar a definir a la imagen para poder pasar así al concepto de cuerpo como tal.

La imagen es la relación semejante o igual de un objeto. En las matemáticas se la define como dos objetos que pertenecen a dos espacios distintos, el objeto B es la imagen del objeto A si a todo grupo de puntos de B corresponde un punto A (Nasio, 2008). La relación es de semejanza o igualdad del grupo antecedente aunque estén en espacios y tiempos diferentes.

Si se traslada esta concepción al sujeto, la imagen se puede representar en un externo o interno. En el primer caso puede ser en una superficie pulida, como en un espejo, el reflejo es claro, es el doble de la apariencia del cuerpo. En el segundo caso, la representación de la imagen como una imagen pensada en la memoria. Aquella imagen que está en una superficie virtual y que es inconsciente o consciente. Por último se tiene una imagen *actuada*, que es la manifestación involuntaria del cuerpo, una postura o acto irreflexivo. Cada una de estas instancias se interrelacionan con las otras y continuamente se alimentan de las sensaciones vividas en la infancia impresas en nuestro inconsciente una imagen original *(protoimagen)* "que se reactivará como una imagen consciente y conmovedora cuando aparezca una sensación semejante o un elemento asociado a ella" (Nasio, 2008, p. 68).

Por lo tanto para el psicoanálisis, la imagen se define en relación con el cuerpo; el "imaginario significa efecto de una imagen; también decir que el cuerpo es imaginario, es decir que la imagen es asumida por el sujeto a través de una serie de identificaciones" (Garrido, 2010, s/p). El cuerpo no está exento de las identificaciones y las relaciones con los otros y el Otro, por lo que siempre estará distorsionado con las imágenes de amor y odio. Para Dolto, la imagen del cuerpo es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia. Por lo tanto, la imagen es subjetiva con experiencias emocionales vividas y que son esencialmente erógenas, es decir "la encarnación simbólica inconsciente". (Dolto, 2010, p. 45)

Es así que existen objetos, seres y cosas que se ama y que su percepción se encuentra velada por los fantasmas, hay un objeto que prevalece sobre todos los objetos por su importancia y que para el sujeto es vital e imprescindible: el cuerpo.

Lacan, en los escritos antes de 1953, planteó las bases de lo que luego será su morfogénesis y el efecto de la imagen en ciertos momentos del ser vivo lo que será el fundamento del estadio del espejo:

> El hombre nace en un estado de prematuración. El sujeto anticipa una unidad para la que no tiene en ese momento los medios (neuronales ni motores) y esta unidad anticipada descubre, de vuelta, un cuerpo que, por el hecho de esta reflexividad nueva, va sentirse despedazado. El despedazamiento no es dato primero dictado por una cenestesia caótica, como aparecía inicialmente con el texto del Crimen de la hermanas Papin, sino como el choque retroactivo de esta unidad dada demasiado temprano en la imagen, es un hecho de imagen. El Yo *(Je)* es el resultado de ese estadio del espejo en tanto va a ser símbolo de una unidad irreducible, inédita antes de él, que no es ya la de la imagen sino la de un reflejo de la imagen en el cuerpo. (Garrido, 2010, s/p)

Esta es la primera de los cuatro tiempos capitales en las reflexiones de Lacan. Es así que la imagen del cuerpo se postula como un concepto a partir de la observación del júbilo de los niños a partir de 6 meses a los 18 meses que ya se identifican en el espejo. Este primer tiempo capital es el de la imagen en el espejo tal como lo describe Garrido. El Yo *(Je)* va a ser el portador de la formación de una imagen que en un primer momento es el *reflejo de la imagen del cuerpo*. En la comunicación presentada en Zúrich en 1949, comprende que la actividad de fijar un aspecto instantáneo de la imagen es entendida como una identificación:

> […] trasformación producida en el sujeto cuando asume una imagen […] nos parecerá por lo tanto que manifiesta, en una situación ejemplar, la matriz simbólica en la que el *yo* [je] se precipita en una forma primordial, antes de objetivarse en la identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto. (Lacan, 2005, p. 12)

De igual forma se debe tomar en cuenta que esas imágenes que devuelve el espejo pasan por el filtro de lo que ha sido hablado el cuerpo. Estas interpretaciones sobre el cuerpo y sus imágenes son subjetivas y pasan por la criba de lo dicho por nuestro cuerpo, del amor o del odio que el Otro manifieste sobre nuestro cuerpo. El resultado: creamos una imagen exagerada del cuerpo o una idea falsa de nuestras sensaciones internas por el encuentro con el fantasma. Nasio propone que el fantasma está compuesto por cuatro elementos: los sentimientos de amor y odio, sea este sentimiento consciente o inconsciente; experiencias que marcaron la infancia; la presencia del Otro, "presencia interiorizada de todos aquellos que fueron, son o serán mis elegidos y, al mismo tiempo […] la influencia social, económica y cultural del mundo en que vivo" y la imagen que conservo en mi memoria inconsciente del objeto amado que vuelvo a encontrar hoy, objeto presente. (Nasio, 2008, p. 62)

La imagen como significante organiza al cuerpo ubicándolo, desde su inicio y su formación, en el orden de lo imaginario como cuerpo humano- Lo real del cuerpo necesita de esta marca para significarse y humanizarse como Uno (Garrido, 2010). Pero no se lo reconoce fragmentado por las sensaciones dispersas vividas por el *infans*. El tiempo de fragmentación y unidad se dialectiza en la encrucijada de doble sentido: en un precipitado que anticipa la unidad que es del orden de la representación y lo ubica en un devenir prospectivo, pero también en sentido retroactivo en la medida en que las imágenes de cuerpo fragmentado son retroactivas a la constitución de esta unidad. Sólo puede haber partes en relación con un todo, sólo se puede desgarrar lo que se presenta entero; antes de ello no hay fragmentación. Antes que eso solo están las sensaciones corporales. (Saal, 1983)

El *yo* está íntimamente relacionado con el cuerpo. La idea que se forja del cuerpo es la idea de la representación mental que se forma de él y de la imagen que devuelve el espejo. Nasio condensa esta idea lacaniana en la siguiente expresión "tengo el sentimiento de ser yo mismo cuando siento y veo mi cuerpo vivo" (Nasio, 2008, p. 56). Además distingue dos imágenes corporales diferentes complementarias a las mencionadas anteriormente: "La imagen mental de nuestras experiencias corporales y la imagen especular de nuestro cuerpo. Esto provoca el sentimiento incomparable de ser yo". Es decir que el *yo* es una sensación que se complementa con las imágenes que se tenga del cuerpo, "los espejismos que desdibujan la percepción que tenemos de nosotros mismos" (Nasio, 2008, p. 57).

Para ejemplificar este punto, se puede hacer referencia a la imagen que devolvió el espejo de nuestro cuerpo en la mañana: si es un cuerpo cansado, con rasgos de agotamiento, el *yo* se dice débil. Si por el contrario la imagen muestra una postura vigorosa y ágil el *yo* se creerá saludable y fuerte. Tenemos la certeza de ser uno mismo, sustrato de nuestra identidad, pero es una certeza llena de ilusiones y datos equívocos; el resultado son constantes cambios en función de las sensaciones corporales internas y de la imagen que devuelve el espejo, por lo que el *yo* también cambiará.

La corporeidad no es una cualidad primaria de la subjetividad, así lo menciona Garrido. A pesar de que la corporeidad sea la primera propiedad del sujeto, esta no constituye al sujeto. La tradición idealista en la que la filosofía y su dependencia psicológica argumentan que la sensibilidad es el dato primero de la subjetividad: mi cuerpo y sus sensaciones constituyen lo que soy y lo que seré.

Ya se definió el cuerpo en sus expresiones y su importancia en el sujeto. Sin embargo, como también ya se señaló, el cuerpo también está dirigido a un Otro, en cuanto es construido y su dinámica se desenvuelve en esa vectorización de ida y vuelta que es la significación de Uno-Otro. El Uno nos viene dado del Otro, nos viene bajo la forma especular. Antes de eso es un cuerpo anterior, es cuerpo fragmentado, un cuerpo de pedazos. Por lo tanto, se constituye una vez que se le da forma completa para así sentirse *Uno.* Esto se consigue por el anudamiento del síntoma (Sinthome).

1.3.2.4. Cuerpo y Síntoma

Como se dijo anteriormente, los registros del cuerpo Real, Simbólico e Imaginario se unen por un cuarto anudamiento: el Síntoma que permite que exista un cuerpo. Vera Gorali plantea que hay dos maneras de presentarse ese síntoma: "Está el síntoma que anuda y que provee un cuerpo y están los síntomas que son metáforas a descifrar" (Gorali, 2006, p. 15)

Lo que se trata de esclarecer es el efecto que el cuerpo tiene en el síntoma, o por el contrario si el síntoma es el que tiene que llevar a cuestas ese cuerpo. Partamos pues de la concepción del cuerpo en el síntoma

> El síntoma no es una noción que proceda propiamente del discurso médico, como habitualmente tendemos a considerarlo. Etimológicamente tomes es corte, como anatomía. El síntoma es corte que se hace conjuntamente en algo […]. Nosotros tenemos en nuestra condición de derivados de ese discurso de la medicina, en el que se formaron Freud y Lacan, la noción de síntoma como aquello que es una manifestación de la enfermedad […]. El síntoma lo que hace es manifestar una realidad, no es un mal, sino una manifestación de una estructura que se debe entender […]. Por lo tanto el síntoma debe ser comprendido en la razón de su existencia. […] Entonces el síntoma en medicina (mismo) no es lo que se debe combatir, sino eso que se debe entender. Una vez que se entiende el síntoma se puede entender también que el síntoma produce o es causa de situaciones, de elementos que el organismo o la persona quisiera privarse de ellos […]. (Braunstein, 2013, s/p)

Al síntoma se lo deja hablar y decir del sujeto. Y la repercusión en el cuerpo son efectos de ese decir.

El sujeto está ordenado desde la estructura pulsionante, de aquella impuesta al psiquismo por su ligazón con lo corporal; del deseo, del goce, del malestar, del sufrimiento, o como "sujeto del síntoma" quien generalmente se ausenta en su presentificación ante el médico, en esa escenificación que se expresa el síntoma dado a ver nunca reconocido.

El sujeto está concernido pues en el síntoma del que se queja, habla de su malestar, de sus recuerdos, y demanda de un sujeto supuesto que hable por su síntoma; el médico responde a partir de un saber sobre el órgano mas no sobre el sujeto; nadie responde aun por ese síntoma ya que existe un sujeto que desea desprenderse de él. El camino posible es de su reconocimiento a través de la palabra proveniente del Otro hace del cuerpo, un cuerpo en el que habla lo inconsciente.

1.4. El transitivismo

Un concepto que es necesario presentar por su papel fundamental en la constitución del yo es del transitivismo. Además da cuenta de la alienación del *infans* al deseo materno, evidenciado en la dialéctica de la imitación de comportamientos de semejantes por parte del niño.

El transitivismo es "la negación de la vivencia del otro y que su lógica lo sitúa entre la satisfacción por un objeto alucinatorio del deseo y la doble negación". (Bergès & Balbo, 1999, p.10) El paradigma de este concepto es el de la respuesta de dolor y sufrimiento por otro semejante del que ha recibido el golpe y no ha demostrado o expresado dolor alguno; la dirección que toma el vector del transitivismo es de doble vía.

Hay que acotar que lo que se transitiva no es el dolor, más bien es la acción de pasar de un sujeto a su objeto, tal como la lo hace el verbo transitivo en el sentido gramatical. Por el lado de la madre, la expresión del afecto de dolor del hijo es tanto demostrativa como articulada y exhibida en la palabra. Esta demostración es una certidumbre, se sostiene de un real, ya que su hijo se expresa a partir de lo que ella le dice y le ha dicho. Los autores señalan:

> El transitivismo no es sólo lo que la madre experimenta y demuestra, es también el proceso que inicia cuando se dirige a su hijo porque formula la hipótesis de un saber en él, saber en torno del cual designio va a circular como alrededor de una polea, para volverle en la forma de una demanda; demanda que ella supone la de una identificación de su hijo con el discurso que le dirige. Esta circulación describe un proceso muy general que se relaciona con el acceso a lo simbólico (Bergès & Balbo, 1999, p. 10).

Este pasaje hace referencia al armado del cuerpo del niño marcado por el deseo de la madre. A través de acciones que esbozan las configuraciones motrices en momentos tempranos, el niño organiza la secuencia de movimientos a partir de la presencia del semejante, como una especie de captación del imaginario, tal cual lo describió Lacan en el

estadio del espejo. El transitivismo pasa necesariamente por el cuerpo ya que el niño encuentra aquí "el lugar de encubrimiento por el cual el mundo toma forma y consistencia para el niño". Este cuerpo que describe la relación del semejante no es solo el cuerpo imaginario, sino también el cuerpo de lenguaje, de significante y letras. (Bergès & Balbo, 1999, p. 10) Es decir que a partir del deseo de otro, de la madre que construye y responde ese cuerpo, el sujeto va materializando su propio cuerpo y pasar de ser originariamente objeto del deseo de otro a construir su propia identidad sin desligarse de ese momento primario de completa alienación.

Capítulo 2. Trasplante de riñón con donante vivo

La sustitución de un órgano enfermo por uno sano ha constituido un anhelo de longevidad de la humanidad desde hace siglos. Gracias a los nuevos avances en el campo de la Medicina, durante las últimas décadas ha existido una evolución acelerada de los trasplantes especialmente de órganos. Estos procedimientos han constituido una oportunidad de vida para miles de personas alrededor del mundo, personas con diversas enfermedades (en especial enfermos crónicos) con el fin de disfrutar de una buena calidad de vida. También los trasplantes han ayudado a la evolución de otros tratamientos médicos, (como el de la Inmunología, la Anestesiología, la Hepatología, la Cardiología, etc.), por lo que se puede decir que el balance es muy favorable dentro de las necesidades de la sociedad.

Dentro de un escenario tradicionalmente dualista, en el que médico y paciente son los protagonistas, la familia o la sociedad se encuentran en un papel secundario; en los trasplantes, el tercero encuentra un protagonismo esencial en la función de donador. Él entra en una relación binaria para constituirla en una ternaria que tendrá tintes de altruismo y responsabilidad social; por la incursión de este tercero se crearon nuevas leyes y se evaluaron nuevos procedimientos en base a costos y beneficios para los implicados, diferente distribución de servicios y un abordaje interdisciplinario como política pública que ha ayudado a esta disciplina a desarrollarse como una experiencia clínica diferente a la tradicional.

Por lo tanto es necesario abordar el tema del trasplante desde su perspectiva médica situándose fuera de ella pero sin apartarse de ella.

La Medicina es una ciencia cuya práctica está dirigida por las reflexiones positivistas. Hay que recordar que el positivismo surge en oposición del negativismo, doctrina la cual se limita a negar que ciertos conceptos puedan definirse; en otras palabras, la realidad se somete a un proceso de duda de los hechos para concebirla en función de la razón, mientras que el positivismo trata de rescatar el estudio de los fenómenos como objetos neutrales gobernado por leyes universales y válidas. Por lo tanto priorizan el conocimiento a través de los sentidos (principalmente la vista y la función de observar) para plantear la experiencia como el medio de conocimiento principal (Pardo & Vera, 2009).

Por lo tanto es importante situar a la práctica traspantológica con los términos fundamentales de la Medicina, tales como la enfermedad/salud, enfermedades crónicas y cura.

2.1. Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como: "[…] el completo estado de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de incapacidad o enfermedad" (OMS, 1946, p. 1). Lo importante de esta definición es el carácter de múltiples determinaciones como las psicológicas y sociales y desplazando la concepción de la enfermedad como simples problemas fisiológicos.

2.1.1. Psicología de la salud

La psicología surgió como una necesidad de incursionar en la nueva forma de concebir la salud y la enfermedad en el siglo XX. Con el nuevo enfoque interdisciplinar, la Psicología de la Salud surgió y se desarrolló en el decenio de 1970 como una rama de aplicación y orientada a los problemas de la salud y la enfermedad física. (Hernández & Lozano, 2012). Las psicólogas argentinas Alicia Martorelli y Alba Mustaca enfatizan el carácter multidisciplinar que la Psicología tiene con otros campos de la ciencia y lo que esto favorece para la salud: "es un área donde confluyen contribuciones específicas de distintos conocimientos científicos […] que tiene como objetivos la promoción y el mantenimientos de la salud, así también la prevención y el tratamiento de la enfermedad." (Martorelli & Mustaca, 2004)

Hernández señala las áreas de acción de la Psicología de la salud (Hernández & Lozano, 2012, p. XII):

- Promoción de la salud y en particular la promoción de un estilo de vida saludable
- Modificación de hábitos insanos asociados a enfermedades
- Tratamientos de enfermedades específicas en combinación con otros especialistas de la salud
- Evaluación y mejora del sistema sanitario

2.1.2. Cura

La cura en Medicina en el siglo XX se trata de apartar de la administración de fármacos, tal como se vio en la definición oficial de salud anteriormente mencionada. La importancia va dirigida a otras disciplinas, como la psicología, dando lugar a un "Modelo Biopsicosocial de Salud estableciendo un continuo entre la salud y la enfermedad" (Hernández & Lozano, 2012, p. XI)

2.2. Enfermedad

La enfermedad se define como la pérdida de salud o el sufrimiento de un problema en la salud de una persona que le incapacita para trabajar o desarrollar una vida normal. Canguilhem señala: "Las enfermedades son los instrumentos de la vida mediante los cuales el viviente, tratándose del hombre, se ve obligado a confesarse mortal". (Canguilhem, 2004, p. 47)

2.2.1. Psicología de la enfermedad

La Psicología también se ha enfocado en el tratamiento y la psicoterapia de las personas enfermas. Su perspectiva de la enfermedad prevé anticipar comportamientos futuros de las personas enfermas con el fin de aumentar las posibilidades de curación o sanación. La vía elegida es del lado del paciente para anticipar el curso de la enfermedad sea para eliminarla o como método paliativo en enfermedades terminales o crónicas: "[…] los procesos psicológicos del enfermo son los que ayudan a anticipar o prever la orientación de los procesos somáticos" (Joyce-Moniz & Barros, 2007, p. 1) y en permanente sintonía con la Medicina Curativa y Paliativa sobre el conocimiento subjetivo de la enfermedad para una prevención de complicaciones posteriores de la enfermedad.

La psicología de la enfermedad aborda principalmente las *enfermedades crónicas*, que son las que representan mejor las concepciones biomédicas de integración de las vías curativa y paliativa.

2.3. Enfermedad crónica

La enfermedad crónica apareció como resultado del declive de las enfermedades infecciosas posterior a la Segunda Guerra Mundial (Moulin, 2006). La enfermedad crónica representa una larga coexistencia con la enfermedad, con distintos fallos orgánicos que el

paciente tiene que sufrir. Está marcado por el desgaste gradual y la cronicidad de los síntomas. (Correa & Arrivillaga, 2007)

> Una enfermedad crónica es aquella en la que los síntomas de la persona se prolongan a largo plazo de manera que perjudican su capacidad para seguir con actividades significativas y rutinas normales. Su tratamiento médico suele tener una eficacia limitada, y contribuye a veces al malestar físico y psicológico de las personas y sus familias. (Shuman, 1999, p. 21)

La característica común de la enfermedad crónica es la dependencia de la Medicina y de técnicas de supervivencia. El enfermo, a su vez desarrolla, saberes y habilidades acerca de su enfermedad y se convierte en colaborador del experto. (Moulin, 2006)

Varios textos ponen énfasis en el tiempo de la enfermedad tal como se muestra en la anterior definición. Velasco también define a la enfermedad crónica a partir de las consecuencias que tiene para la persona enferma, su entorno familiar y social: "[…] continuo deterioro físico, mental o ambos, en el individuo que la padece llevándolo incluso a la muerte […] (el paciente enfermo) y su familia se enfrentan, quizá por primera vez, a la ineludible realidad de que son mortales" (Velasco & Sinibaldi, 2001, pp. 37-38); esto produce un desequilibrio y crisis en la familia ante el temor de perder a un miembro de esta.

> La enfermedad crónica hace impacto típicamente en la percepción que la persona tiene de su cuerpo, su orientación en el tiempo y en el espacio, su capacidad para predecir el curso y los acontecimientos de la vida, su autoestima, y sus sentimientos de motivación y dominio personal. (Shuman, 1999, p. 21).

La enfermedad crónica desde su diagnóstico, fantasías de incapacidad, cirugías y cuidados post operatorios sumergen a la persona y a su familia en "un estado temporal de desorganización, el cual se caracteriza sobre todo por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando sus métodos acostumbrados para solucionar problemas" (Velasco & Sinibaldi, 2001).

2.3.1. Enfermedad renal crónica

Los riñones tienen un sinnúmero de funciones vitales que se pueden resumir de la siguiente forma. (Vidal, 2003)

- *Limpieza y filtración:* Ayudan a la filtración de la sangre de toxinas como las urémicas o la creatinina, que a su vez fueron recogidas del organismo.

- *Equilibrio hidroelectrolítico y ácido-básico:* Mediante la reabsorción o secreción de agua y solutos como sodio, potasio e hidrógeno.
- *Metabolismo óseo:* Regula la excreción de calcio, fósforo y secreta vitamina D, necesaria para la absorción de calcio óseo. *Hormonal: Se encargan de secretar hormonas y vitaminas*: Eritropoyetina implicada en la formación de glóbulos rojos, Vitamina D necesaria para la absorción de Calcio y la Renina que interviene en la regulación de la presión arterial.
- *Nutrientes:* Retiene nutrientes como la proteína, glucosa y la vitamina D.

Cuando la función de los riñones falla o el riñón se lesiona, la incapacidad de este provoca múltiples repercusiones a través de todo el organismo. Varias funciones y órganos se ven afectados debido a que el cuerpo comienza a retener agua y sustancias nocivas. La presión sanguínea sube y el organismo ya no produce suficientes glóbulos rojos. A la destrucción definitiva de los riñones se la conoce como *insuficiencia renal terminal* (IRT). Existen terapias de reemplazo renal que sustituyen el trabajo de los riñones como diálisis o el trasplante de riñón el cual se explicará más adelante. El primero es un tratamiento que se desarrolló desde 1958 en Estados Unidos; consiste en reemplazar las funciones de filtrado y limpieza de la sangre (función que cumplían los riñones ahora dañados) por una máquina externa. Por la prolongación de la vivencia de la enfermedad y la dependencia del paciente a este tratamiento médico, la patología pasa a ser crónica y se la denomina *Insuficiencia Renal Crónica* (IRC).

En cuanto a la diálisis existen dos modalidades:

Hemodiálisis: El objetivo es sustituir la acción limpiadora y filtradora del riñón a través de un circuito extracorpóreo que hace pasar a la sangre a través de un dializador que extrae potasio, el exceso de líquido y desechos tóxicos (urea y creatinina), e introduce en plasma bicarbonato y calcio. Se requiere un acceso vascular para las sesiones de hemodiálisis, para esto, el paciente es sometido a una intervención quirúrgica para realizarle una fístula arteriovenosa (acceso de elección). Las sesiones pueden ser tanto en el hospital como en la casa y duran de 2 a 4 horas tres veces por semana.

Diálisis Peritoneal: El objetivo de este procedimiento es, al igual que el anterior, la limpieza de la sangre. A diferencia de la hemodiálisis, este tipo de diálisis utiliza el peritoneo (membrana delgada en forma de saco que cubre muchos órganos como el hígado,

estómago e intestinos en el abdomen). Es necesaria una intervención quirúrgica en la que se introduce un catéter en la cavidad abdominal, a través de este catéter se administra una solución dializante y el peritoneo actúa como filtro. La diálisis peritoneal se puede realizar de manera continua o intermitente y se puede ejecutar a nivel hospitalario o en domicilio. (Vidal, 2003)

2.3.1.1. Aspectos psicológicos de la IRC

Los enfermos con IRC afrontan no solo una nueva condición física, sino nuevas demandas psicológicas y sociales. Cuando una persona enfrenta una enfermedad, las construcciones corporales que se han desarrollado de forma automática por procesos madurativos y de aprendizaje, dejan de serlo y se intenta conseguir equilibrio con el medio y "las reacciones automáticas dejan de serlo y las cosas que se dan por supuestas ya no lo son tanto" (Vidal, 2003, p. 398) y las personas que padecen una enfermedad crónica no están exentas de esto.

Ante el diagnóstico, la persona puede entrar en un estado de shock o en otros casos puede aparecer un estado de depresión, enfado o emociones de angustia que con el tiempo y las circunstancias van cambiando. Por último hay pacientes que son capaces de adaptarse tras un período de elaboración relativamente corto. Después del diagnóstico, el paciente pone en marcha numerosos cambios para adaptarse al nuevo entorno y su nueva forma de vida. Los diferentes tipos de respuesta y adaptación a la IRC dependen del grado de adaptabilidad que el paciente ha atravesado; el diagnóstico precoz contribuye a una mejor adaptación al tratamiento que el fallo renal crónico sin previo aviso, en este caso no va encontrar aceptación familiar y tendrá pocas herramientas personales para afrontar la enfermedad por lo que es más probable que se genere un cuadro de depresión o ansiedad. (Vidal, 2003)

Las áreas que se ven afectadas en la vida son las siguientes:

Área laboral: Dependiendo del tipo de trabajo, el rendimiento y la capacidad de trabajo se ve disminuida por lo que la persona tendría que optar por salir del trabajo, jubilarse o pedir licencia lo cual podría causar ansiedad o depresión al paciente y pérdida del rol familiar.

Área social: El paciente tiende a aislarse de su entorno natural habitual y evita compartir espacios por los nuevos hábitos que conlleva su enfermedad o por pensar que otros lo consideran como disminuido.

Área familiar: En la mayoría de casos la familia toma una actitud de sobreprotección al enfermo con IRC, a esto se agrega la significación de ponerse en el rol de enfermo o el cambio de los papeles preponderantes dentro de la familia lo cual puede alterar el funcionamiento intrafamiliar.

2.4. Trasplante de órganos

El trasplante es un procedimiento médico que consiste en la transferencia de un órgano, tejido o célula de un donador a un receptor; hay ocasiones en las que el receptor puede ser el mismo individuo que actúa como donante o recibir el órgano de alguien genéticamente igual (gemelos) o distintos, de la misma o diferentes especie. El objetivo de este procedimiento es el de restaurar o reemplazar una estructura enferma o una disfunción orgánica. (Mosby, 2010)

Los trasplantes de órganos que se pueden llevar a cabo son los de: hígado, corazón, pulmón, intestino, páncreas y riñón. Este procedimiento está indicado a personas que tienen graves problemas de funcionamiento de uno o algunos de sus órganos vitales y no pueden recuperarse con otro tratamiento. Por ejemplo a personas que presentan cuadros de insuficiencia renal crónica, trastornos hepatobiliares progresivos e irreversibles, insuficiencia hepática aguda o cirrosis alcohólicas; insuficiencias cardíacas debido a una cardiopatía valvular, una cardiopatía congénita o una miocardiopatía (Pérez San Gregorio, 2005). Es decir, los trasplantes son tratamientos que ofrecen al paciente y a su familia una mejor calidad de vida aunque conlleven un cambio radical en el estilo de vida de los pacientes y sus familiares y vengan acompañados de repercusiones psicológicas.

2.4.1. Trasplante de riñón

Como se había mencionado anteriormente, el trasplante de riñón es la mejor alternativa para contrarrestar los efectos de la IRT (Amado, 2010) debido al fallo de los dos riñones. El procedimiento consiste en la colocación un riñón saludable y compatible que pueda cumplir las funciones que los dos riñones ya no cumplen.

Este procedimiento se lo realizó por primera vez en 1954 por un equipo del Peter Bent Brigham de Boston, dirigido por John Merrill y Joseph Murray que trasplantaron a un

paciente de veintitrés años afectado de una glomerulonefritis (tipo de enfermedad renal en la cual se inflaman los glomérulos o los filtros que se encargan de eliminar el exceso de líquidos y toxinas de los riñones) en estado terminal, con el riñón de su hermano gemelo univitileno y en el que su recuperación fue un éxito. (Matesanz, 2006)

Existen tres protagonistas que incursionan en el proceso del trasplante de órganos. Por un lado el paciente que va a ser *trasplantado*, es decir el paciente que va a recibir un órgano de otra persona, el *donador*. Por último, el grupo de especialistas que durante el proceso intervienen para que la ablación y el trasplante se lleven a cabo de manera exitosa.

Además existen dos tipos de donantes en los trasplantes de riñón: el primer tipo son los donantes cadavéricos, es decir personas que han fallecido por *muerte cerebral* (MC) y que cumplen con las condiciones médicas y legales para ser donantes; por otro lado los donantes vivos que además de cumplir con las condiciones de donante por MC debe cumplir con condiciones psicológicas y sociales, dependiendo de las leyes y reglamentos del país que se vaya a hacer el trasplante.

En cuanto al donante vivo puede dividirse en dos tipos principales (Matesanz, 2006, p. 241):

- Gemelos univitelinos
- Parentesco genético
    - Próximos (padres, hijos, hermanos)
    - Lejanos (tíos, primos, sobrinos…)
- Con relación emocional
    - Esposos/as, compañeros estables
- Con relación legal
    - Cuñados/as...
- Intercambio de parejas
- Intercambio en lista de espera
- Altruista desconocido
- Donación retribuida
    - Regulada oficialmente
    - Sin control: tráfico de órganos

Como se mencionó anteriormente, los primeros trasplantes con éxito fueron aquellos con donante vivo durante las décadas de 1960 y 1970, luego en las década de los 80's se desarrolló la donación de personas fallecidas y se creyó que la donación en vida estaba condenada a un papel casi testimonial. Sin embargo en la mayoría de países existe una desproporción de oferta-demanda que aumenta cada año; por esta razón el trasplante de donante vivo ha vuelto a ser una alternativa complementaria y ya no una oposición a la de donante fallecido.

Existen varias ventajas al momento de realizar un trasplante de un donante vivo: en primer lugar no depende de la disponibilidad de un órgano compatible con el receptor por lo que el tiempo de espera para el trasplante se acorta. Además está demostrado que tiene mejores resultados que el trasplante de cadáver: el trasplante anticipado (aquel que evita los inconvenientes derivados de las técnicas de diálisis) da mejores resultados que en aquellos pacientes que ya han iniciado la diálisis ya que el tiempo de espera en diálisis tiene relación con una peor evolución del injerto trasplantado. (Amado, 2010)

Además los receptores de alotrasplantes con donante vivo relacionado gozan de una significativa ventaja en la supervivencia del injerto sobre aquellos que lo reciben de donantes cadavéricos. Entre las ventajas que menciona Emilio Ramos, Profesor de la Escuela de Medicina de Maryland, es el trasplante preventivo, es decir el trasplante antes de que el paciente se someta a diálisis. Además en el estudio menciona que hay cada vez más pruebas de que los pacientes que se someten a un trasplante preventivo han mejorado la supervivencia del injerto, en comparación con aquellos que se someten a un período de diálisis antes del trasplante. (Ramos, Vijayan, & Vella, 2014)

Aunque anteriormente los donantes de mayor edad (>50) no se consideraban adecuados para la donación de órganos, en la actualidad si la persona que vaya a ser donante se encuentra en buenas condiciones físicas y mentales y una función renal adecuada, no hay problema para que sea donador. En el estudio ya mencionado de Ramos Sande, señala que no existe un límite de edad máxima absoluta para la donación de riñón (la edad mínima depende de la legislación de cada país). Esto favorece al aumento de personas aptas para ser consideradas para la donación de órganos.

Basados en datos de Rafael Mataesanz, director del órgano encargado de regular los trasplantes en España, existen complicaciones como consecuencia de la pérdida de un

riñón: a pesar de que el uno por ciento de la población nace con un riñón y vive con normalidad, a partir de los treinta o treinta y cinco años, las nefronas, unidades filtradoras microscópicas, se pierden en uno por ciento cada año de las dos millones con las que se nace; si a una persona sana se le quita un riñón, las restantes tienen que trabajar un poco más.

> […] el problema pasa por saber si el proceso de envejecimiento representará una sobrecarga imposible de aguantar por las cada vez menos numerosas nefronas, y si esta precariedad, a su vez, puede acabar de lesionar el riñón como consecuencia de un mal control de la tensión arterial" (Matesanz, 2006, p. 236).

Esto no ocurre si el donante es una persona sana; mientras que si tiene algún problema adicional, como una hipertensión o diabetes, y que este problema le haya hecho gastar una cantidad importante de nefronas, podría derivar a una insuficiencia renal progresiva. A pesar de estos "inconvenientes", la incidencia de estos es baja, por lo que la donación de vivo es razonablemente segura si es que se toman en cuenta el historial clínico de pacientes y sus enfermedades.

Aunque las ventajas son favorables para el paciente receptor del órgano, el principal inconveniente al momento de plantearse la donación de trasplante con donante vivo es el abordaje ético y los principios de beneficencia y no maleficencia que rigen la práctica médica; es decir que la obligación de todo momento procurar el bien del paciente se ve en una contradicción al momento de quitar un riñón a una persona sana y someterle a un procedimiento quirúrgico con el riesgo inherente que este implica aunque según datos de la Organización Nacional de Trasplante en España (ONT) la mortalidad del donante es muy baja; "se estima una variación de uno por cada tres mil casos, incluso de uno por cada diez mil según algunos estudios" (Matesanz, 2006, p. 34). A pesar que la recuperación del postoperatorio pueda ser una complicación dentro del procedimiento tanto para los pacientes receptores como para los donantes, la introducción de la técnica laparoscópica ha reducido a la mitad la estancia en el hospital y ha convertido en un procedimiento sencillo aunque dependa de una formación específica de los cirujanos.

En definitiva, a pesar de ser considerado una necesidad lamentable (tal como lo manifiesta la guía creada por la Asociación de Urología Europea: "el trasplante de donante vivo se ha considerado una necesidad lamentable debido al éxito de este tipo de trasplantes – según lo valorado por la supervivencia de los injertos y pacientes– y la escasez de órganos de

donantes fallecidos" (Kälble,et al. 2009, p. 1073) en el mismo documento afirma que el beneficio no es físico pero sí psicosocial por lo que si se justificarían los riesgos del trasplante

Actualmente, los trasplantes de riñón con donante vivo no necesariamente son entre individuos relacionados genéticamente y "los riñones de donantes vivos no relacionados son cada vez más utilizados desde que el injerto aventaja en supervivencia comparado con aquellos que reciben riñones de donantes fallecidos" (Ramos, Vijayan, & Vella, 2014, s/p). En el Ecuador, las normas legales permiten la donación solo entre personas que tengan parentesco. En la Ley Orgánica de Donación y Trasplante de órganos, tejidos y células, en el artículo 33, inciso b) se menciona que:

> Que la o el receptor tenga parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, con la o el donante, o se trate de su cónyuge o conviviente en unión libre; y, que, siendo el caso, se hubiere comprobado la compatibilidad entre donante y receptor mediante pruebas médicas correspondientes. (INDOT, 2011, p. 3)

Esto obedece a que el estado prioriza el control de la actividad trasplantológica dentro del país y evita que existan elementos de coerción y compensación financiera que motive o impida a realizar el trasplante fuera de las normas legales.

Hay que tomar en cuenta que la donación de vivo está relacionada directamente a la cultura en la que se desenvuelven los actores del procedimiento trasplantológico, la relación familiar, a la unidad dentro de la familia y el altruismo, sin olvidar la parte operativa, es decir del avance del país en temas relacionados al trasplante con donante fallecido y el número de personas en espera de recibir un trasplante.

2.4.1.1. Evaluación

Este punto tiene importancia en el contraste de las entrevistas presentadas en el cuarto capítulo.

La evaluación de las personas que donan y reciben un órgano se hace prioritaria en el proceso de trasplantes, ya que "es una experiencia de gran estrés y que da lugar a una amplia gama de condiciones" (Martínez, 2003, p. 372), por lo que se trata de evitar con las evaluaciones aplicadas a los pacientes próximos a recibir o dar un órgano, son aquellas condiciones o efectos que podrían afectar al proceso trasplantológico. El objetivo de la

evaluación es priorizar a aquellos candidatos que presenten ciertas características que determinen que los cuidados en el postoperatorio sean adecuados. Se basa en los siguientes parámetros:

- Determinación del grupo sanguíneo
- Una evaluación médica
- Una evaluación psicosocial

El estudio previo al trasplante comienza con la evaluación del grupo sanguíneo del donante y del receptor y una prueba cruzada entre ellos. Además de esta prueba, se realiza la sensibilización HLA (Antígenos Leucocitario Humanos por sus siglas en inglés) prueba molecular de antígenos presentes en las células y que es usada para proyectar la mayor compatibilidad para el trasplante de órganos a fin de evitar respuestas inmunes que desemboque en la pérdida del órgano trasplantado. En algunos centros de Estados Unidos, la mayoría de donantes no se realizan la tipificación HLA debido a las mejoras notables de tratamientos y resultados inmunosupresores. A pesar de esto, en la mayoría de trasplantes renales como rutina se realiza la tipificación HLA de rutina, a fin de proyectar la supervivencia del trasplante, además de optimizar la compatibilidad en el caso que haya más de un donante. (Ramos, Vijayan, & Vella, 2014)

El propósito para la evaluación médica después de seleccionar a las personas por su tipificación HLA y sanguínea, es asegurar que el paciente donador goce de buena salud a partir de un análisis de su historia médica, con énfasis en las condiciones relacionadas con el riñón, historial familiar y social.

2.4.2. Intervención psicológica en el proceso de trasplante

Gonzalo Martínez Sande, psicólogo clínico especializado en Salud Mental, propone la intervención psicológica al receptor en cuatro "fases" a fin de que la intervención sea más eficaz: la primera es la evaluación e inclusión en la lista de espera, el periodo preoperatorio, el preoperatorio inmediato (en el hospital) y por último el seguimiento posterior. (Martínez, 2003)

El objetivo del psicólogo en la evaluación psicosocial es determinar qué candidatos pueden mantener cuidados adecuados en el postoperatorio; con esto se trata de evitar el rechazo del órgano por incumplimiento de las normas terapéuticas, lo cual implicaría que ese órgano

sea útil a otra persona con resultados favorables. Para esto el autor propone que la información se base en:

- Nivel de adaptación psicológica previo y actual así como la apreciación del impacto de la enfermedad y el proceso pre y post-operatorio.
- Identificación de psicopatología clínica significativa.
- Apreciación de estabilidad, satisfacción y disponibilidad de apoyo social.
- Evaluación de la valoración del candidato y la familia de las vicisitudes y requerimientos de la cirugía de trasplante. (Martínez, 2003, p. 374)

2.5. Trasplante en el Ecuador

En el país, la institución encargada del proceso trasplantológico es el Instituto Ecuatoriano de Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (INDOT), entidad adscrita al Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MPS). Esta institución se formó a partir de la emisión de la nueva Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células vigente a partir de marzo de 2011 y de la emisión del Reglamento General en julio del 2012 que regula el desarrollo y aplicación de la ley. Con esta legislatura vigente se produce la transición del Organismo Nacional de Trasplantes de Órganos y Tejidos (ONTOT) a lo que ahora es INDOT que trabaja en tres coordinaciones zonales (Quito, Guayaquil y Cuenca).

El INDOT tiene como misión ejecutar las políticas públicas de donación y trasplante de órganos, tejidos y células, mediante la regulación, coordinación, promoción, provisión, control, vigilancia y evaluación de la actividad de donación, extracción, preservación, asignación y trasplantes en el marco del respeto de los principios bioéticos, de equidad y transparencia. Para lograrlo, los profesionales de la institución han sido capacitados en los aspectos técnicos relativos a los procesos ya mencionados pero debido a que estos conllevan implicaciones psicológicas en los actores, es necesario un trabajo multidisciplinario que incluya la asesoría psicológica durante las diversas fases de la actividad trasplantológica de manera que se garantice una atención integral.

Capítulo 3. La imagen del cuerpo en pacientes trasplantados de riñón con donante vivo relacionado.

El objetivo del tercer y cuarto capítulo es vincular lo tratado en los capítulos I y II, referentes al concepto psicoanalítico de la **Imagen del Cuerpo** y el **Trasplante de Riñón con donante vivo relacionado** con los análisis de ocho pacientes que se sometieron, en el 2013, a este trasplante**.** De esta manera, se trata de enlazar el Yo con la realidad de estos pacientes que o fueron receptores o donantes de un riñón, a través de las directrices que constituyen al sujeto, es decir del placer y el sufrimiento como expresión de su naturaleza, analizado por la teoría psicoanalítica. Es por esto que se tratará de responder a preguntas, que a su vez forman, a modo de directrices, de argumento del presente capítulo y que están relacionadas con el análisis de entrevistas a pacientes y donantes. Se tratará de analizar cuál es la importancia de la imagen del cuerpo en estos pacientes y en qué difieren con sujetos que no han recibido o donado un órgano, pacientes que padecen de otro tipo de enfermedades crónicas o patología grave, o personas que son trasplantadas y que el órgano que recibieron proviene de una persona fallecida.

3.1. Donación

La medicina llamada occidental se ha convertido no solo en el principal recurso en el caso de enfermedad, sino en una guía que compite con las direcciones de conciencia tradicionales. (Moulin, 2006) A este discurso Lacan lo llama el discurso del amo por como dice Moulin, "dicta reglas de conducta, censura placeres, envuelve lo cotidiano en una red de recomendaciones. (Moulin., p. 29) Esto tiene una causa: el evidente avance de técnicas médicas que han llevado a que aumente la longevidad y el bienestar en las personas que tienen acceso a servicios de salud.

¿Qué se puede interrogar sobre esta técnica médica desde el psicoanálisis? ¿Cómo se relaciona el objeto de deseo con el órgano trasplantado y cómo entra en juego el objeto a como causa de ese deseo? ¿En qué favorece el análisis de esta técnica médica? ¿A quién favorece este tipo de análisis?

Como se dijo en el segundo capítulo, la meta suprema de la tecnología biomédica es la conservación de la vida por cualquier medio. El desarrollo de técnicas y de nuevas tecnologías está orientado hacia la máxima prolongación de la vida de los individuos de

una sociedad. Este imperativo plantea diferentes problemas, entre ellos el de la supremacía de la vida del sujeto, priorizándola sobre el sujeto en sí o sobre su propio deseo. En otras palabras, el discurso médico acerca de la vida de un paciente llega incluso a prolongar una enfermedad, tal como ocurre con las enfermedades catastróficas.

La importancia de la vida en el discurso médico, incluso sobre el sujeto, requiere ser analizada bajo una nueva perspectiva, que integre un trabajo conjunto entre disciplinas y conceptos que ayuden a clarificar esta discusión. En el caso particular de la donación de órganos con donante vivo, es fundamental para entender el discurso implícito que se encuentra en esta técnica médica que avala la demanda del Estado ecuatoriano, que basándose en la responsabilidad social y el generosidad, convierten a todos los ciudadanos en donantes universales. El discurso de universalidad de la donación abarca tanto al trasplante con donante vivo como al cadavérico, ya que implica que la donación está ligada al altruismo. Por lo tanto, la "donación de órganos" parte de una exigencia de dar un órgano sin esperar nada a cambio.

La peculiaridad de la donación en vida de órganos en el Ecuador y el actual desarrollo de la actividad trasplantológica, puede dar lugar a una discusión atractiva sobre la ética y la pertinencia del trasplante con donante vivo relacionado. La problemática bioética adquiere un tinte peculiar en la discusión de perpetuar la vida a cualquier costo. La meta es la perpetuación de la vida (y por lo tanto, en algunas ocasiones, también de la enfermedad); y como ya se lo mencionó en el segundo capítulo, esto plantea problemas inéditos, ya sea para tomar una postura a favor o en contra de la donación se debe dejar de lado un punto de discusión importante, como son los efectos psicológicos de los pacientes, su postura frente al Otro y al otro, que es el donante. Por lo tanto, este punto será tomado en cuenta en el análisis a pacientes.

Sin embargo, es necesario mencionar la importancia y el beneficio del el trasplante de órganos con donante vivo relacionado: esta actividad es peculiar en el análisis de técnicas y procedimientos médicos. En el caso del trasplante con donante vivo, la ley vigente en el Ecuador, restringe la donación a familiares con cuarto grado de consanguinidad. Esto implica que el donante puede ser un familiar cercano, como uno de los padres, hermanos, tíos, primos. Aunque la relación en el caso de los abuelos es particular, ya que además del grado de consanguinidad, en el trasplante de órganos también se toma en cuenta la

diferencia de edad que hay entre el donador y el que recibe el órgano y tiene que haber sido comprobada la compatibilidad entre donante y receptor. Además, la Ley Orgánica de Donación de Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, permite que el cónyuge o el conviviente en unión libre pueda ser también donador (INDOT, 2011, p. 6).

Esta especificidad de la ley permite analizar la donación de órganos con donante vivo bajo una perspectiva diferente. Se puede suponer que entre el donador y el receptor existe una relación previa al trasplante, un vínculo ya formado. Sea cual fuese el familiar implicado o el tipo de relación que hubo antes o después del procedimiento trasplantológico, existe una relación significante.

El discurso médico sobre los trasplantes es enmarcado por la escasez entre la oferta y la demanda de órganos. Existe un mayor número de personas que requieren un órgano que órganos disponibles. Por lo tanto, el Estado insta a la sociedad al altruismo y la solidaridad, considerando la donación como un acto de desprendimiento en favor de la vida. Es así que el trasplante de órganos se convierte en una responsabilidad social, en la que se convoca a los ciudadanos a que su cuerpo sea solidario con otros; con nociones como el de la responsabilidad social, dignidad de la vida o mejora en la calidad de vida, el discurso médico sustenta su práctica en beneficio de una gestión racional.

Es más, según la ley que rige la donación y el trasplante de órganos en el Ecuador, los donantes y receptores gozan del derecho a recibir, oportuna y gratuitamente, todas las facilidades para precautelar la salud, garantizando la asistencia precisa para su restablecimiento y a su vez de la prohibición de que "no se podrá ofrecer ni recibir compensación económica o valorable económicamente por la donación de órganos y/o tejidos humanos, por parte del donante o cualquier otra persona […]" (INDOT, 2011, p. 3). Es decir que la gratuidad del procedimiento es respaldada por el Estado; lo que se busca conseguir es que el acto de donación sea voluntario y completamente altruista en beneficio de la persona que ha sido trasplantada y de toda la sociedad.

En la introducción del informe estadístico del 2013 de la actividad de donación y trasplantes en el Ecuador, la Ministra de Salud, Carina Vance, se refiere al "acceso equitativo y la cobertura a los trasplantes de órganos y todas sus etapas" como beneficio directo a la sociedad: "El resultado positivo de un trasplante de órganos, evidencia no solo el avance en salud, sino que es la manifestación de la consciencia de toda una sociedad que

se ha activado, optando por el altruismo y la solidaridad, por la vida misma." (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014, p. 2)

Por lo tanto, de un primer análisis sobre el don en el discurso médico, se manifiesta de forma clara, el altruismo implícito en el acto de la donación y el trasplante, tanto para todas personas que se involucran en este proceso, como por parte del Estado, por ser el mediador entre el paciente y su necesidad de reestablecer la función de un órgano, y el avance de las técnicas médicas de trasplantes de órganos habilitadas para restaurar la función perdida de un sujeto.

Las políticas públicas van encaminadas a esto: las leyes presuponen que la donación es aceptada por todos los ciudadanos; es por esto que existe en la ley un apartado en el que se menciona la universalidad para donar en vida después de muertos. Según Eleazar Correa, psicoanalista mexicano, esta gestión técnica para optimizar recursos es la "razón instrumental" de la donación de órganos. El autor, basándose en el concepto foucaultiano de 'biopoder', argumenta que el cuerpo humano está en función de la administración instrumental de la donación que no es más que el poder sobre la vida colectiva e individual. (Correa, 2007)

¿Qué ocurre con los donantes en vida? En la donación en vida existe una motivación apartada del simple desprendimiento generoso. Existe un requerimiento por salud. La obligación moral de la familia para preservar la vida de sus familiares, no busca fortalecer un vínculo "la existencia del discurso pro donación y la demanda de la institución médica, ejercen una coacción que puede ser leído como un imperativo de salud y vida a todo costo, este hecho nos aleja más del carácter propio a la donación." (Correa, 2007, p. 7)

3.2. Don y don-acción

La actividad trasplantológica encuentra su peculiaridad frente a otros tratamientos que el discurso médico cataloga como enfermedades orgánicas graves o catastróficas. Sin embargo hay que diferenciar la donación en el discurso médico de otros discursos, como el que plantea el psicoanálisis y la antropología. Según la construcción del don y del amor en la teoría psicoanalítica podemos interrogar el discurso médico, aunque este no tiene una relación directa con las leyes del mercado, en la que un órgano vital no forma parte de la

transacción comercial, por lo que un órgano no puede ser vendido o comprado, ni formar parte del capital.

El altruismo y la solidaridad de la gratuidad en todo el proceso trasplantológico, como se ha visto, se vincula también con la meta de las técnicas médicas, que es la prolongación de la vida. Esta técnica permite salvar y mejorar la calidad de vida de muchas personas. Todos las personas que formaron parte de esta investigación, refirieron que el beneficio del trasplante, comparado a la etapa de diálisis, es absoluto; les permitió deponer la terapia dialítica (y los efectos físicos y psicológicos que esta provoca a la mayoría de pacientes entrevistados) por un mejor estilo de vida.

Sin embargo, el proceso monetario sí está presente, y la donación está alejada del altruismo, que en un primer análisis, no había duda en su relación directa trasplante-solidaridad-altruismo. Para el Estado existe un beneficio económico ligado al trasplante de órganos. Rafael Matesanz, director de la Organización Nacional de Trasplantes de España (ONT) asegura que:

> […] los receptores de trasplante renal no tienen una supervivencia limitada a unos cuantos meses cuando entran en situación de espera […] pues tienen la opción de la diálisis. […] el número de enfermos en diálisis va creciendo en todos los países del mundo, al ser muchos más los que comienzan este tratamiento que los que lo abandonan. […] Por otra parte, el coste de este tratamiento se va incrementando de forma exponencial tanto por el mayor número de pacientes dializados como por el mayor coste de los mismos, a medida que se van incorporando nuevas tecnologías y fármacos más desarrollados. (Matesanz, 2006, p. 150).

El resultado de la insuficiencia renal, ya sea por la diabetes como la hipertensión, representa gastos para el Estado. El tratamiento de diálisis es Estados Unidos cuesta, en promedio, 66.000 dólares anuales, en España la insuficiencia renal representa el 2% del gasto sanitario nacional, aunque los pacientes representen una milésima parte de la población. Para Matesanz la conclusión es evidente: "se deduce fácilmente que el número de enfermos tratados en un país deteminado estará en estrecha relación con su grado de riqueza, y con los recursos que pueda dedicar a este tipo de terapéutircas." (Matesanz, 2006, p. 150) Más adelante, el autor argumenta las posibles soluciones que actualmente se evidencia en el futuro mediato. "El trasplante renal es mucho más económico que la diálisis […] lo que cuesta de más una intervención de trasplante se amortiza en un plazo de dos a tres años en relación con la diálisis." (Matesanz, p. 152) Por lo que el ahorro para el

paciente, o en el caso de que el Estado asuma ese costo, cada vez se vuelve más significativa.

Por lo tanto el don en la don-acción no está desvinculado con la actividad económica, es indiscutible que el desarrollo de las técnicas médicas que favorecen la donación y el trasplante de órganos está en estrecha relación con las leyes de mercado. En función de esto, las técnicas de trasplante se han ido desarrollando al punto de permitir a los pacientes tener una mayor espectativa de vida que aquellos que se encuentran en diálisis, conviertiéndose en la mejor opción terapéutica, en función principalmente de su beneficio económico.

Otro punto importante es el que de la donción se dice, la donación no es un acto altruista, del que nada se espera y del que se desprende generosamente de algo. Ya se ha visto que existe un fin utilitarista en la actividad trasplantológica. El órgano que se da a otra persona tiene como fin preservar la vida de su familiar. La utilidad de una parte de cuerpo permite que otra persona tenga un mejor estilo de vida.

3.2.1. Perspectiva antropológica de la don-acción

La don-acción, al guardar una relación significante con el don, también se convierte en un tema tratado por la ética y la antropología. Al entrar en juego el don, – aunque sea de forma fallida – se analiza las relaciones entre individuos de un mismo núcleo familiar, que por una situación particular, como es el de la donación en vida bajo las leyes que rigen nuestra cultura, se ha manifestado; ya que no existe una forma única para presentar estas relaciones, el fundamento esencial estará enfocado en el trasplante de órganos como un hecho social, que si bien involucra al sujeto donante y receptor, también interviene el Estado y las leyes que se han mencionado anteriormente. Maurice Godelier, antropólogo francés, hace referencia a una tesis mencionada por Marx, que trata de ilustrar lo dicho: “la idea de que para comprender una sociedad, no se debe tomar como punto de partida a los individuos como tales sino las relaciones que existen entre ellos.” (Marx en Godelier, 2000, p. 13).

En este mismo texto, Godelier analiza al don como una realidad esencial más allá de la economía de mercado, tan desarrollado en las sociedades modernas. En el texto, menciona sobre el don en la obra de Marcel Mauss.

> Es un acto que, al mismo tiempo, instaura una relación doble entre el donador y el receptor. Dar es compartir voluntariamente lo que se tiene o lo que uno es. Un don forzado no es un don. El don voluntario acerca al donante y al receptor y, por ser voluntario, crea una deuda en quien lo recibe, es decir, las obligaciones de recibir y de devolver o volver a dar, a su vez. (Mauss en Godelier, 2000, p. 177)

De esta cita se puede deducir que el don produce una disimetría entre el donante y el receptor, ya que previamente existe una obligación de dar (porque dar obliga), de aceptar lo que el donante le otorga (para no entrar en conflictos) y de devolver lo que uno aceptó. Sobre esta última obligación, Godelier menciona que Mauss quería demostrar que el objeto dado era a la vez alienable y alienado. Este objeto es alienable porque el donante da derecho de uso, mientras que es un derecho inalienable en el que la propiedad se conserva por el donante. Cuando al dar un don se crea una deuda, el individuo que recibe ese don se encuentra en una relación de inferioridad frente al donante.

3.3. La donación y el Parentesco

Dentro de los trasplantes, intervienen relaciones de parentesco, Godelier, en su libro *Cuerpo, Parentesco y Poder* categoriza el sistema de parentesco en tres conjuntos de relaciones que forman los componentes básicos: "Las relaciones entre padres e hijos, las relaciones entre hermanos y las relaciones entre aliados." (Godelier, 2000, p. 125) Toda sociedad se encarga de instaurar estas relaciones sociales, ya sea por normas o formas, que ayuden a reconocerse entre ellos como pertenecientes a un grupo. Por lo tanto, se considera que el trasplante y la donación de órganos da paso a una relación de parentesco entre los individuos implicados, tal como un rito vincular, ya que se toma del cuerpo un órgano y se intercambia entre ellos. El cuerpo se manifiesta como social a partir de las relaciones de parentesco, que a la final se "metamorfosea en atributos de su persona"; en el mismo texto, Godelier menciona sobre el cuerpo: "A través del parentesco, el cuerpo de cada individuo se pone a funcionar, a partir del nacimiento, como una máquina ventrílocua de la sociedad." (Godelier, 2000, p. 131).

El trasplante y la donación se desenvuelven en un intercambio particular a ser analizado. La imagen del cuerpo parte del esquema corporal, tal como se mencionó en el primer capítulo, y en permanente relación con el Otro. El riñón es organismo, pero también entra en esta forma particular de relación como parte de la red de significantes del sujeto. Esta relación está atravesada por una transacción, originada por la demanda de donación

realizada de forma explícita por el discurso médico, y de forma implícita por la cultura. Además, esta relación comprende el deseo del paciente que requiere del otro semejante de algo que no posee, representado en el esquema corporal como el órgano deficitario; simbólicamente es la representación del *objeto a*.

Charles Melman, psicoanalista francés, en una conferencia en Colombia en el 2004, menciona sobre el deseo en la imagen del Otro: "Es así que se constituye el deseo para el sujeto, a partir de la imagen que otro le da de lo que sería poseer el objeto verdadero, el que Lacan llama el objeto a. Mi deseo se constituye a partir de la imagen de otro que parece poseer el objeto verdadero" (Melman, 2004, p. 1). Es aquí, como dice Melman, que la envidia entra en el recorrido del deseo, como constitución del deseo en el sujeto. Mientras la imagen que se me presenta es aquella que se escapa, la del objeto deseado (motivado por la mirada del objeto a) es la que representa lo que el sujeto necesita. Aquel *objeto a* que no está presentificado y es rechazado, existe un deseo particular de poseer aquella satisfacción, aquel goce, para que la persona cuente con aquello que le falta, que ve en la imagen del otro y que conduce al objeto verdadero. En otras palabras, por la imagen del otro, parece que este tiene una satisfacción absoluta al poseer el objeto que a mi me falta. En la donación de órganos, el evento de dar algo que al otro le falta, ocurre en lo Real, en el organismo; el cuerpo es carente de la función adecuada de un órgano y en lo imaginario el sujeto de esa carencia, desea un órgano sano y funcional. El otro posee ese órgano, que es objeto del deseo en el imaginario del sujeto, pero a pesar de la donación, no puede llenar la falta del objeto a, permanentemente vaciado.

Esta relación amorosa de "dar lo que no se tiene a alguien que no lo es", tal como lo menciona Lacan, es representada en la don-acción (término construido por la conjunción de relación significante que la donación tiene con el don). En otras palabras, la don-acción se fundamenta en la dialéctica implícita de aquel intercambio, aquel resto que cae como resto de este significante y que se vincula con el cuerpo, el altruismo, y el intercambio. Como aquella condición de sujeto, esta expresión está atravesada por la cultura, aquella que exige y demanda una lógica social simbólica de relaciones sociales representativas y siempre vinculadas al otro.

Capítulo 4. Metodología del trabajo de campo y la articulación entre la teoría y la clínica del paciente con trasplante de riñón.

4.1. Mecanismos de investigación

En el presente capítulo, se hace referencia a la investigación de campo que se realizó con pacientes receptores y donantes de un riñón. Se llevaron a cabo entrevistas personales y una entrevista virtual, de pacientes que se sometieron a un trasplante de riñón con donante vivo relacionado en el 2013. Se hará referencia lo descrito por las personas que formaron parte de la entrevista y se vinculará con la teoría descrita en los capítulos precedentes.

Los pacientes que formaron parte de la investigación, fueron contactados a través del Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (INDOT). Posterior a informar sobre su participación en la investigación y firmar un consentimiento informado (Anexos), se procedió a la entrevista, principalmente con preguntas abiertas. Este formato de entrevista se basa en la Evaluación Psicosocial de Candidatos para Trasplante (*PACT* por sus siglas en inglés) desarrollado por Olbrisch, Leveson & Hamer en 1989 y descrito por Gonzalo Martínez Sande, El *PACT* es un cuestionario psicosocial organizado en cuatro áreas: apoyo social, la salud psicológica, los factores ligados al estilo de vida, y el grado de comprensión para el trasplante y el seguimiento; además debe ser puntuado del 1 al 4, según el criterio del evaluador respecto a lo dicho por el paciente y su familia. Este cuestionario busca categorizar la información del candidato previo al trasplante para identificar las personas que son idóneas para acceder a un órgano, ya sea de procedencia cadavérica o donante vivo. (Martínez, 2003) Sin embargo, el formato de este cuestionario está estructurado de forma que puede ser la base de una entrevista; los ámbitos que considera esta evaluación psicológica son los necesarios para que la palabra circule entre el paciente y el entrevistador. Los parámetros que se tomó en cuenta del *PACT* para las entrevistas son: la historia actual médica y psicológica previa y posterior al trasplante, percepción de su entorno familiar y factores trascendentes del procedimiento clínico.

Es así que se trató de indagar sobre los distintos temas, separándolos previo al trasplante como después del mismo. A continuación se puntualiza los temas generales que se trataron en las entrevistas con los pacientes:

1. Preoperatorio

a. Sección médica

- ¿Cuál fue su diagnóstico? Causa del fallo del órgano.
- ¿Se sometió a diálisis? ¿A qué tipo de diálisis se sometió? ¿Cuánto tiempo se sometió a diálisis?
- Proceso de la enfermedad, tratamientos, hospitalizaciones previas.
- Proceso en la lista de espera.

b. Sección psicológica

- Sentimientos de angustia preoperatorios.
- Cambios en el rol familiar.
- Sistema de apoyo para el cuidado del paciente.
- Relación con el donante / sentimientos de culpabilidad.

2. Postoperatorio

- Síntomas actuales/Visitas médicas.
- Efectos en el funcionamiento cotidiano fisiológico.
- Efectos en la adaptación.
- Preocupaciones y angustias con respecto al trasplante.
- ¿Cuál es su relación con su donante?
- Cómo era su relación antes del trasplante

Las entrevistas fueron realizadas a pacientes que fueron trasplantados del riñón en el 2013 en la ciudad de Quito y cuyo órgano sea actualmente funcional. La duración fue alrededor de una hora en la que los participantes relataron su experiencia subjetiva antes y después del trasplante.

Según información proporcionada por el INDOT, el año pasado se trasplantaron 19 pacientes, sin embargo, varios contactos no correspondían a los pacientes o no se podía realizar la entrevista debido a que su residencia está fuera de Quito. A pesar de que se priorizó entrevistas personales, Alejandra, residente en Guayaquil, aceptó ser consultada a través de conferencia virtual, la misma que aporta con información importante para la investigación.

A continuación (Tabla 1) se categoriza a los pacientes que aceptaron contar su experiencia, por su nombre, si el paciente es receptor o donante, género, edad, y observaciones.

Tabla 1. Listado de pacientes entrevistados.

Cód.	Nombre	Paciente	Género	Edad	Observaciones
1AR	Daniela	Receptor	Femenino	24	Donante: Hermano de 31 años, no aceptó formar parte de la investigación.
2BR	Diego	Receptor	Masculino	40	Donante: Hermana de 35 años, ausente el día de la entrevista.
3CR	Fernanda	Receptor	Femenino	54	Donante: Hija C2
4CD	Diana	Donante	Femenino	22	Receptor: Madre C1
5DR	Laura	Receptor	Femenino	18	Donante: Hermano D2
6DD	Juan	Donante	Masculino	20	Receptor: Hermana D1
7ED	Pedro	Donante	Masculino	59	Receptor: Hermano de 65 años ausente en la entrevista.
8FR	Alejandra	Receptor	Femenino	34	Donante: Prima de 46 años. Esta entrevista se realizó virtualmente debido a que la paciente vive en Guayaquil.

Los nombres de los pacientes son ficticios y escogidos al azar para guardar la confidencialidad de las personas que colaboraron con la investigación.

El código del paciente está ordenado por el número de entrevista en el orden que se realizó, la primera letra en mayúscula en caso de que se repita, indica que se pudo obtener una entrevista con receptor y donante, y la segunda letra en mayúscula es para identificar si el paciente es receptor (R) o donante (D).

Debido a que no todos los pacientes viven en Quito, se optó que la paciente 8FR realice la entrevista virtualmente.

4.2. Articulación entre la teoría y la clínica

La sociedad cada vez realza el imaginario de cuerpo sano y fuerte. Se ha instaurado la premisa en la que el cuerpo es el reflejo del alma. Esto es producto de un pensamiento filosófico que ha primado por decenas de años: el dualismo cartesiano. Este pensamiento, como se mencionó en el primer capítulo, menciona que el ser humano está dividido en dos sustancias. Por un lado está el cuerpo que a su vez estaba subordinado a la otra sustancia: la pensante. Este pensamiento es primordial para entender al cuerpo en nuestro tiempo.

La argumentación teórica se ha fundamentado en conceptos del psicoanálisis, con el propósito de examinar una técnica médica (trasplante de riñón) desde la perspectiva analítica. Además, se articulará lo dicho por pacientes en las entrevistas, previamente descritas, con lo tratado en los capítulos precedentes.

4.2.1. Imagen del cuerpo

A partir de las postulaciones de Freud, el *yo*, es la imagen corporal. En cuanto a su función, es la superficie perceptiva del aparato psíquico; y es la imagen proyectada de la superficie sensible del cuerpo por su consistencia. Juan David Nasio, psicoanalista argentino, reflexiona sobre lo dicho por Freud, si se traduce la palabra "proyección" por el de "imagen" tal como él lo propone.

> En efecto, el yo es una *imagen*, la imagen mental de nuestras sensaciones externas que emanan de la superficie del cuerpo, vale decir, de la piel y de las mucosas de los orificios. Pero también es imagen mental de nuestras sensaciones viscerales y propias que emanan del interior del cuerpo. (Nasio, 2008, p. 155)

A continuación, en el mismo texto, Nasio se refiere a lo que dice Freud respecto al yo y al cuerpo, en su manifestación dialéctica de superficie y proyección: "El yo es ante todo un yo corporal; no es sólo un ser de superficie, sino que es en sí mismo la proyección de una superficie" (Freud en Nasio, 2008, p. 156) El yo dice ser según lo que del cuerpo se ve y se siente.

En efecto, los pacientes trasplantados de riñón hablan de su cuerpo partiendo de sus sensaciones internas y de cómo ven su cuerpo a través del espejo. Las personas que formaron parte de esta investigación manifiestan ser lo que su cuerpo siente, y cada uno relata cambios de su cuerpo, sensaciones de debilidad, sobre todo durante el proceso previo al trasplante; es decir que ellos se consideraban todo lo que la superficie del cuerpo

proyectaba; lo que siente el cuerpo, el yo lo asume como propio, su imagen se proyecta por las sensaciones internas, y repercuten en el sujeto. Cuando Laura estuvo en diálisis, su cuerpo (y en consecuencia ella) estaba cansado, con náuseas y dolores. Lo relata de la siguiente manera:

"[…] irme a una diálisis, al principio era como que voy a estar cuatro horas sentada, una máquina, yo sé que va a ser por mi bien, pero cuatro horas de aburrimiento, sentada, adolorida, me cogían dolores, calambres y sí era feo la verdad. Venir acá a la casa y recostarme y no poder levantarme y pedir ayuda a cualquiera hasta para ir al baño, porque cuando me levantaba, me desmayaba, era demasiado de eso y así pasaron, el primer mes de diálisis pasé así, inclusive hasta para coger y bañarme le pedía ayuda a mi mami porque no podía, tenía miedo, una de que el catéter se me dañara y otra de yo poder estar mal." (Entrevista 5DR; 06 de octubre de 2014)

Cuando las pulsiones invisten el propio cuerpo, este pasa a ser el primer objeto de amor. Al estar unidas, se vuelcan al exterior y conquistan el objeto del amor. Sin embargo, la pulsión siempre está recorriendo su propio cuerpo, sus malestares y sus deseos. En lo mencionado por Laura, podemos distinguir que lo corpóreo va más allá del cuerpo. Cuando el sujeto inviste un objeto externo a su cuerpo, como el catéter, y forma parte de la imagen de su cuerpo, lo corpóreo engloba lo que se proyecta del cuerpo. Laura se refiere a lo dicho cuando estaba en la etapa de diálisis e inyecciones, fístulas y catéteres eran comunes para ella. *"Yo antes era deportista. Sí me afectó, fue muy duro ya no poder hacer lo de que hacía antes, el coger y quedarme a entrenar y desahogarme un poco con el deporte. Ya no podía hacer eso. Igual iba, o sea como tenía el catéter, inclusive hasta me cambiaron el catéter, no podía ni moverme, o sea, era algo, como un estorbo, más que todo, porque no me podía ni bañar con el catéter porque siempre me decían que no con el catéter porque se podía infectar, los hongos y eso me podía producir una infección y que se me haga una gangrena o algo parecido."* (Entrevista 5DR; 06 de octubre de 2014)

Fernanda, mujer de 54 años, pasó 5 años en diálisis, en la cita realizada en su domicilio, ella dijo sobre su corporalidad: "*Me pusieron un catéter aquí (señala cuello) y estuve cuatro meses que no aguanté porque me tuvo con fiebres, escalofríos, hasta que y tuvieron que sacarlo a los cuatro meses porque yo me desmayé y tuvieron que sacar ese catéter. Pasó un tiempo así en diálisis, aparentemente los primeros días para mi eran una maravilla porque me sentía bien. Pero conforme iba pasando el tiempo, (los años más bien*

porque estuve unos cinco o cuatro años en diálisis) el cuerpo como que se iba deteriorando." (Entrevista 3CR; 06 de octubre de 2014) En primer lugar concluimos que la imagen del cuerpo no es estática, que su proyección depende de las sensaciones internas que el yo encuentre en la superficie del cuerpo. Éste no pertenece a algo deseado por el sujeto.

Esta percepción de incomodidad y de miedo por lo que su cuerpo no puede hacer lo viven todos los pacientes que han recibido un riñón y que vivieron una etapa de diálisis previamente. Diego, paciente de 40 años, recibió el riñón de su hermana, durante el proceso de diálisis, él piensa que fue un momento muy duro. Las consecuencias en su cuerpo era lo que sentía cada sesión de diálisis: "(Las diálisis) s *e hacían tres veces por semana, por cuatro horas sentados en la máquina para la transfusión de sangre, entonces tenía que evitar el agua pero lo que más daba ganas era de agua porque daba mucha sed, el cuerpo se debilita. Ya dentro de la diálisis hay que estar esperanzado de que todo salga bien porque se vienen los desmayos, vienen las náuseas, los vómitos, se sube la presión, se baja la presión, es difícil, es duro. Ya cuando se sale de las diálisis se sale fatigado solo con ganas de desmayarse, derrumbarse."* (Entrevista 2BR; 05 de octubre de 2014)

Incluso, se prohíbe gozar del cuerpo; como observamos en la entrevista de Diego, el cuerpo debe ser privado de agua. *"En el proceso de diálisis hay que evitar (tomar agua) porque se produce el proceso de edematización (hidropesía), entonces la cara se hincha, los ojos, las extremidades se hinchan y viene (acompañado) con náuseas, vómitos, dolores de cabeza, hasta sangrados la máquina se traba porque se hacen coágulos."* (Entrevista 5DR; 06 de octubre de 2014)

Durante el proceso de trasplantes, por las intervenciones constantes, medicamentos, privaciones y cuidados, los pacientes sufren de cambios constantes de su imagen corporal. Diego menciona: "*Al principio, del medicamento inmunosupresor, me salía vello. Una cortadura se demora en cicatrizar unas dos a tres semanas. En comparación de diálisis, el cuerpo ahora es más estable, más relajado."* (Entrevista 2BR; 05 de octubre de 2014) Algo similar menciona Fernanda: "(…) *(era) una cosa triste, porque la cara comienza como negrita porque esas pastillas sacaban pelos, tenía unas cejotas así (las señala grandes), unas pestañotas largas, pelitos por aquí que me salían a cada rato. Y no me gustaba que me tomen fotos por eso."* (Entrevista 3CR; 06 de octubre de 2014) Es decir que su propia imagen no le gustaba.

Uno no ama el cuerpo tal como éste es. La imagen de nuestro amor, el amor por nuestro cuerpo es aquel cuerpo que deseamos o tememos tener. (Nasio, 2008) Todas las personas están y estarán inconformes por sus propios cuerpos. Esta imagen deseada esta velada por las propias experiencias del sujeto, y siempre de vuelta hacia su propio cuerpo, aquel primer objeto de amor. Es por esto que no se ama el propio cuerpo tal como es. Diego menciona de su propio cuerpo al momento de ser diagnosticado: *"Los riñones funcionaban como para un bebé y a su vez no abastecían a mi cuerpo. Estaba decepcionado, me eché a morir (...)"* (Entrevista 2BR; 05 de octubre del 2014) Cuando el cuerpo no corresponde a su propia imagen de amor, el yo proyecta ese mal-estar.

Como se había dicho en el primer capítulo, la imagen del cuerpo es captada como forma. Pero el cuerpo del que hablan los pacientes trasplantados no es aprehensible, es aquel cuerpo gozante dice Nasio refiriéndose a aquel concepto psicoanalítico desarrollado por Lacan. (Nasio, 2008, p. 159) Es aquel que siente sed y no es posible satisfacerlo, el que sus cicatrices están expuestas y permanentemente evidenciadas por el reflejo de ese "fragmento del cuerpo de donde emana la sensación, el deseo o el goce" (Nasio, 2008, p.158), es decir parte de ese conjunto, lo que se menciona como Uno. Por lo tanto se desprende de la concepción binaria de cuerpo-psique y entra en juego una relación ternaria del cuerpo: Real, Simbólico e Imaginario, enlazados los tres registros por el anudamiento del *Shintome.*

El cuerpo real es aquel impenetrable del que se siente y se goza, pero que jamás es nombrado. Es la degradación repentina, aquello que no es vida, pero está en el cuerpo. En la entrevista con Daniela, ella habla de su cuerpo y a su vez cae como resto aquel cuerpo real, producto de la degradación, de sus sensaciones, placeres y sus goces. En su relato, se evidencia lo repentino de su enfermedad y la importancia que encuentra este punto en el relato de la paciente, además la degradación de su cuerpo que fue causada por su propia acción, correspondiente con una satisfacción oral: "*De un momento a otro perdí la visión, pensábamos que era como intoxicación por alcohol o algo así. Pensé que era un problema de la visión; pero después de que una semana no pasaba nada y me comencé a preocupar. Yo no tenía ni idea de que era hipertensa, y por lo hipertensión se habían roto mis retinas de los ojos. No sabía cuál era la causa, o la insuficiencia o la hipertensión. Es posible que mis riñones se hayan dañado por mucha medicación, me automedicaba. Pero no llegaron a una causa confirmada, verdadera. Después de tres semanas de haber perdido la visión,*

se dieron cuenta que la creatinina y la urea estaban muy elevadas y era porque mis riñones ya no estaban trabajando casi nada. Así me detectaron la insuficiencia renal en etapa terminal, de un momento a otro." (Entrevista 1AR; 03 de septiembre del 2014)

La imagen del cuerpo es aquella representación especular y de identificación. Patricia Garrido, psicoanalista mexicana, que analiza la imagen del cuerpo en los textos de Lacan, plantea lo siguiente: "imaginario significa efecto de una imagen; también decir que el cuerpo es imaginario, es decir que la imagen es asumida por el sujeto a través de una serie de identificaciones" (Garrido, 2010, s/p). Las identificaciones que sugiere Garrido, es lo que dice Nasio sobre la dirección que toma la libido, desde el cuerpo hacia el objeto (el otro) "y devolver la libido del objeto hacia el cuerpo" (Nasio, 2008, p. 159) Por lo tanto, esta imagen es significante, dice Nasio, porque tiene la capacidad de modificar lo real. El cuerpo cansado se refleja, la imagen es un cuerpo derruido, y el sujeto se percibe de esa misma forma. La sensación de cansancio parte de lo captado en la imagen de su cuerpo. Lacan indica la importancia de la imagen a través de la siguiente cita.

> El hombre es captado por la imagen de su cuerpo. Esto explica muchas cosas y, en primer lugar, el lugar privilegiado que ocupa esa imagen para él. Su mundo […], su *Umwelt,* lo que tiene alrededor de él, el *corpo-reificado* por él, lo convierte en una cosa a imagen de su cuerpo. (Lacan en Nasio, 2008, p. 158)

Esta imagen que es devuelta por el espejo, la Imagen Especular, ofrece al sujeto un modelo de sí mismo, completo y humano. Esta forma es articulada por la mirada del Otro, aquella presencia interiorizada de su propia imagen que se refleja en el espejo. Esta imagen es la mirada sostenida por el objeto a, aunque éste no sea especularizable (y por lo tanto velada por la misma imagen especular), pero que es la mirada que capta esa misma imagen. Por eso la imagen que el sujeto reconoce de sí mismo, esa imagen especularizable, se vivifica por el objeto a, y es de la que se goza. Los pacientes miran su cuerpo carente, no por un órgano que no cumple con su función fisiológica, sino un conjunto fallido que el yo se declara y dice "estoy cansado" "estoy enfermo", "estoy con energía", etc. Esto es lo que comentan los pacientes trasplantados. A pesar de que la causa de su enfermedad es la insuficiencia de sus dos riñones, el cuerpo es al que lo perciben como enfermo. El cuerpo deseado no es el que tenía en diálisis, pero tampoco es el que tiene ahora. Daniela dice: *"Lo único que me molesta (de mi cuerpo) es que ya no puedo subir de peso por la medicación que tomo. No me gusta ser delgada y me ha tocado acostumbrarme un poco."* (Entrevista 1AR; 03 de septiembre del 2014) El diccionario de psicoanálisis, recopilado

por Roland Chemama y Bernard Vandermersch, sugiere que la causa de la falta originada por el objeto a es la causa del deseo (Chemama, 2004) ¿Acaso el órgano que recibe el sujeto actúa como falo imaginario que tapona la falta fundamental del objeto a? ¿La falta de este trozo de deseo en el cuerpo propio no es también causa de deseo y de envidia del cuerpo saludable del otro? Diego relata: *"Los riñones funcionaban como para un bebé y a su vez no abastecían a mi cuerpo. Estaba decepcionado, me eché a morir […]"* (Entrevista 2BR; 05 de octubre del 2014) Al decir decepcionado de su cuerpo, esto se traduce en que las expectativas que tenía de su propio cuerpo habían fallado y no es lo que él necesitaba. Él no se reconoce como bebé, él no ve en el espejo nada más (ni nada menos) de lo que él espera ser pero no es: un cuerpo sano y funcional. Fisiológicamente, su cuerpo no abastece las necesidades del paciente y no está cumpliendo su función; en otras palabras, no es lo que él desea.

El mismo paciente relata un sueño, que manifiesta su deseo de un cuerpo distinto al que en ese momento refleja. *"Lo que he soñado antes de la operación, porque no orinamos en diálisis, sólo lo mínimo: antes de la operación soñé que orinaba full cuando recibí la noticia de la donación, fue un sueño placentero."* (Entrevista 2BR; 05 de octubre del 2014). Esta manifestación de deseo plantea nuevas formas de vivir del cuerpo en sus distintos registros: Real, Simbólico, e Imaginario. Esa sensación de placer, de una parte de su cuerpo no nombrado, manifestado como el órgano a ser trasplantado, organiza el deseo y el goce de su cuerpo real. Desde ya se reorganiza imaginariamente un cuerpo recuperado en sus funciones y placentero al sujeto. Ese deseo que se revela en el sueño, constituye la vía simbólica por donde el cuerpo habla.

Tanto Daniela como Diego esperan un cuerpo renovado después del trasplante, que aquel trozo trasplantado funja como semblante del objeto a en el imaginario del sujeto. Pero ¿acaso aquel cuerpo "renovado", con una mejor "calidad de vida" y vida prolongada, no representa también un duelo de ese cuerpo enfermo? Previo al trasplante, el cuerpo es visto como débil, como una carga, tanto para el sujeto como para su familia. Los efectos fisiológicos y psicológicos de un proceso de diálisis ya se han señalado. Sin embargo también es interesante evidenciar la ganancia secundaria del síntoma (concepto psicoanalítico desarrollado por Freud), ya sea por los cuidados, la preocupación de sus familiares, o la satisfacción de algo que antes de su enfermedad estaba privado. Laura narra *"Sí, el primer mes fue duro, bien duro, el coger y afrontar la situación ,el coger y tener un*

objeto extraño dentro de mí, un catéter, el no poder ya hacer las cosas como los demás jóvenes, el no poder ir al colegio sin que todos los licenciados se preocupen por mí y estén ahí pendientes de mí. Eso, y después, los demás meses ya fue más tranquilo, fueron atenuándose porque creo que hay que acostumbrarse a todo, al fin y al cabo es una enfermedad que es degenerativa y puedo correr riesgo de que hoy o mañana o cualquier día entro otra vez a diálisis y tenga que seguir la secuencia de la vida." (Entrevista 5DR; 06 de octubre del 2014).

Ella menciona la posibilidad de regresar a diálisis. Esto implica un retorno a las complicaciones, a un estilo de vida con impedimentos y malestares físicos y psicológicos, pero también el regreso de las licencias en el colegio, las atenciones y las preguntas que recibía y demás cosas que no reciben «los demás jóvenes», aquellos que no viven las diálisis ni su enfermedad. Diego relata los beneficios sociales de su enfermedad: "*En un principio yo apliqué al carnet del CONADIS y pude conseguir un trabajo."* (Entrevista 2BR; 05 de octubre del 2014).

Se desarrolla por lo tanto un proceso de duelo del cuerpo enfermo. Después del trasplante, el sujeto y su familia pierden el objeto de cuidados, la protección social y los cuerpos externos del cuerpo (catéteres y fístulas), que fueron investidos pulsionalmente e incorporados a su imagen. Son reemplazados por un cuerpo renovado, sano y mejor calidad de vida. Por una demanda imperativa de reemplazar un órgano dañado del discurso médico y de la familia, se perdió aquel cuerpo disfuncional objeto de ganancias necesarias para el sujeto. Diego relaciona directamente su duelo por la muerte de su hermano con su propio trasplante. "*Hace seis meses exactamente falleció mi hermano. Fue algo bien duro, difícil, incluso más duro que el trasplante. Ahorita estamos superando como familia todo esto porque han sido golpes duros. Mi enfermedad, mi trasplante, la muerte de mi hermano. Todo eso ha sido difícil pero gracias a Dios hemos salido adelante."* (Entrevista 2BR; 05 de octubre del 2014). El enumera los duelos que él y su familia viven después del trasplante: la enfermedad, el trasplante y la muerte del hermano.

La demanda del trasplante parte del discurso médico o del lado de la familia. En la mayoría de las personas entrevistadas, es un imperativo a ser acatado por el paciente receptor. Él no tiene la decisión de su curación porque es una situación que su familia ya no puede soportar. Daniela indica el deseo unilateral del hermano para donar su riñón. "*El trasplante fue una historia media rara. Mi hermano dijo primero que él iba a dar su riñón sin*

consultarse nada entre ellos. Entonces el doctor tuvo reuniones con él para proceder al trasplante de riñón. De mis hermanos solo dos tienen el mismo tipo de sangre que yo. Pero él siempre quiso hacerlo desde un comienzo, entonces no tuvieron que ponerse de acuerdo en eso." (Entrevista 1AR; 03 de septiembre del 2014) Parecido es lo dicho por Diego: "(*Por mi hijo) decidí aplicar mi trasplante, vivir por él, ante todo fue por mi hijo que me propuse realizar el trasplante. En un primer momento decidí aplicar para trasplante con donador cadavérico pero como eso es largo, uno le tiene que poner en la lista de espera, entonces mi hermana con mi hermano, o sea mi familia, decidieron donarme un riñón. Mi hermana decidió donarme su riñón y entonces se aplicó esto."* Más adelante dice de la demanda de la familia y de su hermana: "*En mi casa ya me veían mal y deciden donarme un riñón. Mi hermana decidió donarme su riñón. Dijo que ella quería donar.* […] *mi hermana me dio la oportunidad, habló conmigo y me dijo: "yo te voy a dar mi riñón, yo quiero que tú vivas, y aproveché y seguí adelante. Por lo cual vivo agradecido, agradecido a Dios, a mi hermana, a mi familia porque me ha tenido mucha paciencia porque ellos fueron los únicos que se quedaron a mi lado"* (Entrevista 2BR; 05 de octubre del 2014)

A pesar del cuerpo enfermo, perdido ya, el cuidado del cuerpo de los pacientes sigue conformándose en rutinas muy parecidas a las que tenía previo al trasplante. Diego enumera todos los cuidados que debe realizar después del trasplante, rutinas que se originaron desde el proceso de diálisis. "*La alimentación igual en el proceso de diálisis (los doctores) nos enseñaron a comer sano, y en el proceso de trasplante más sano todavía. He aprendido a comer sano. Como dijo el doctor, el cuerpo se acostumbra. La alimentación sin sal en dosis bajas, sin dulces. La asepsia, en todo, en lo personal, el baño, la ropa, ya que nosotros manejamos lo que son los inmunosupresores, entonces las defensas se nos bajan y cualquier síntoma hay que tener mucho cuidado. Cuando hay personas con gripe o tos, utilizo la máscara."* (Entrevista 2BR; 05 de octubre del 2014).

Es así como los pacientes continúan señalando su cuerpo actual y el enfermo como uno. Sigue existiendo temor y cuidados que fusionan rutinas pasadas y presentes. Se manifiesta la añoranza del cuerpo enfermo, que fue perdido por la demanda de la propia familia, pero no de su propio deseo.

Conclusiones

El concepto de cuerpo se articula a través del concepto de pulsión. A partir de este, es posible abrir caminos de estudio; es así cómo el goce y los registros del cuerpo, conceptos desarrollados por Lacan, enuncian el cuerpo del que habla. Sin estos conceptos, la teoría no se puede desprender de la concepción cartesiana de cuerpo y alma y por lo tanto no se puede hacer el análisis del discurso de los sujetos.

El sujeto habla de su cuerpo a partir de los tres registros desarrollados por Lacan; Real, Simbólico e Imaginario. De estas dimensiones del cuerpo se desprende que el cuerpo es Uno con el sujeto por su característica tópica. Es así que el cuerpo se conforma por la mirada del Otro por su amor o por su odio, del que algo no se puede decir, y de aquel que se toma como modelo que el sujeto no puede alcanzar.

El discurso médico no reconoce más que los síntomas que el paciente manifiesta sobre su cuerpo y los signos que son visibles en su organismo. El síntoma del que se queja el sujeto, se diferencia del mal funcionamiento orgánico ya que lo que él busca es el reconocimiento del Otro por su malestar y no solo la observancia y el tratamiento de su cuerpo.

El discurso médico se fundamenta en la noción de enfermedad, de cura y de salud. Es un modelo biopsicosocial en el que se enfatiza la posibilidad de sanación de una enfermedad, ya sea eliminarla o disminuirla.

Las enfermedades crónicas tienen repercusiones en el estado psicológico de la persona ya que la muerte se presenta como una posibilidad real. Los efectos psicológicos que se manifiestan, como depresión o ansiedad, influyen en la percepción de incapacidad del individuo. El tratamiento médico privilegiado para suplir las necesidades orgánicas por el daño de un órgano, es la diálisis o el trasplante de riñón.

El trasplante de órganos, según el discurso médico, ofrece al paciente enfermo y a su familia una mejor calidad de vida. En el caso de la insuficiencia renal, se puede realizar un trasplante de riñón que sea de un donante cadavérico o vivo.

La opción de optar por este procedimiento se reduce porque hay una desproporción entre el número de personas que requieren un órgano y los órganos que se pueden trasplantar. Debido a esto, varios pacientes con IRC optan por la donación en vida, por lo que el

trasplante es entre familiares con cuarto grado de consanguinidad, debido a las leyes vigentes en el Ecuador.

Aunque el discurso médico (que se diferencia de la política y el discurso del Estado, aunque en varios aspectos tengan semejanzas, como en el discurso del altruismo) sustenta que la donación es un acto altruista, fuera de la lógica de mercado y que no se debe esperar nada a cambio, existe una obligación social y moral del donador para 'salvar la vida' a un familiar si este lo requiere. Por lo tanto, esta obligación se vincula con la lógica del Don como un acto no altruista del que se espera conseguir algo, en este caso, la vida del receptor de un riñón.

Aunque el beneficio del trasplante, comparado con el proceso de diálisis, es para el paciente que recibe el riñón, esta alternativa se convierte en la mejor opción terapéutica por una relación económica de costo-beneficio comparado con otros procedimientos (como el tratamiento en diálisis) que favorece principalmente a la administración de recursos por parte del Estado.

Existe una relación entre la don-acción y el don. No hay un don forzado, el don debe ser voluntario, crea una deuda y la obligación de recibir y de devolver o volver a dar lo que recibió. Aunque la donación sea motivada por una obligación moral, los pacientes que fueron trasplantados de riñón, están obligados a recibir lo que su donante les otorga y devolver ese don con gratitud imperecedera.[4]

La gratuidad del receptor por su donante también está acompañada por el sentimiento de culpa del paciente por causar malestar a su familia, debido generalmente a un proceso de enfermedad largo. Es por esto que el paciente que recibe el riñón debe acatar que otra persona le otorgue su riñón.

La imagen del cuerpo que manifiestan los pacientes que formaron parte del proceso trasplantológico, por un lado consciente manifiestan percibir un cuerpo sano, renovado y mejor del que tenían en diálisis, su discurso inconsciente sugiere un cuerpo cansado y débil que requiere muchos cuidados y es causa de muchas limitaciones.

[4] Referirse a los fragmentos de las entrevistas de los pacientes 2BR (Diego) y de 1AR (Daniela) de las páginas 55 y 56.

Los pacientes que fueron trasplantados de riñón hablan del duelo de su cuerpo enfermo, de las incorporaciones (introducción de cuerpos externos como el catéter, la fístula o la máquina de diálisis, que el sujeto integra a su cuerpo) y de la ganancia secundaria que su cuerpo recibía en el período de la enfermedad. Es así que los pacientes enfrentan un proceso de duelo del cuerpo enfermo y de las incorporaciones, desprendidas después del trasplante.

Recomendaciones

A partir del presente trabajo, la perspectiva de analizar la técnica médica del trasplante podría estar orientada a otros tipos de donación e incluso compararlo con el trasplante de otros órganos o partes de cuerpo.

Debido a las dificultades psicológicas, sociales, familiares y económicas, que los pacientes y sus familias relataron en las entrevistas de la presente investigación, y por la ausencia de un acompañamiento y evaluación psicológica proveniente de la institución estatal encargada de los trasplantes y donaciones en el país, INDOT, se sugiere que a los pacientes que se sometan a un trasplante de riñón y estuvieron un tiempo en diálisis deben ser acompañados por un psicólogo durante todo el proceso trasplantológico desde que el caso es remitido a la Institución.[5]

Aunque en la ley orgánica de Donación y Trasplante de Órganos manifieste que uno de los requerimientos para la donación en vida es una evaluación psiquiátrica, no se conoce que exista un formato único para esta evaluación. Se recomienda que se utilice los parámetros del cuestionario PACT, que se usó en la presente disertación, ya que es completo en cuanto a la relación del paciente receptor con su entorno

[5] Se conoce que en algunos centros de diálisis y hospitales cuentan con un departamento de psicología, mas no es una generalidad en los casos de trasplante.

Bibliografía

Referencias Físicas

Andrade, E. (2007). La palabra y el cuerpo. 7º Jornadas Académicas, (pp. 1-8). Quito.

Bergès, J., & Balbo, G. (1999). Sobre el transitivismo. El juego de los lugares de la madre y el niño. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Braunstein, N. (2006). El goce: un concepto lacaniano. Buenos Aires: Siglo XXI.

Camus, A. (1979). La peste. Barcelona: Sudamericana.

Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre medicina.* Buenos Aires: Amorrortu.

Celi, F. J. (2010). El malestar en la escultura: la cirugía estética en la posmodernidad. (Tesis inédita titulación de Psicología Clínica). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.

Chemama, R. (2004). Diccionario del Psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu.

Chemama, R. (2008). El goce: contextos y paradojas. Buenos Aires: Nueva Visión.

Correa Sánchez, D., & Arrivillaga Quintero, M. (2007). La humanización de la asistencia en la enfermedad crónica. En M. Arrivillaga, D. Correa, & I. Salazar, *Abordaje integra de la enfermedad crónica* (pp. 247-273). Bogotá: Manual Moderno.

Courtine, J. J. (2006). Introducción. En A. Corbin, J. J. Courtine, & G. Viarello, La historial del cuerpo: las mutaciones de la mirada (Vol. III). Madrid: Taurus.

Dolto, F. (2010). La imagen inconsciente del cuerpo (Décima ed.). Barcelona: Paidós.

Freud, S. (1998a). Pulsiones y destinos de pulsión. En Obras completas. Tomo XIV (p. 118). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1998b). Más allá del principio del placer. En Obras completas.(Vol. XVIII, p. 30). Buenos Aires: Amorrortu.

Gide, A. (2014). El inmoralista. Barcelona: DeBolsillo. (Obra original en 1902)

Godelier, M. (2000). *Cuerpo, Parentezco y Poder: perspectivas antropológicas y críticas.* Quito: Abya Yala.

Hernández Valderrama, L., & Lozano Treviño, L. R. (2012). *Psicólogos y psicoanalistas en hospitales. Formación, experiencia y reflexiones.* México: Manual Moderno.

INDOT. (4 de Marzo de 2011). Ley orgánica de donación y trasplante de órganos, tejidos y células. *Registro Oficial No. 398*. Quito, Ecuador.

Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2007). *Psicología de la enfermedad para cuiddos de la salud.* México: Manual Moderno.

Lacan, J. (1964). Cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1974). *Les non dupes errent* [Los no incautos yerran]. (Seminario inédito) del 12 de marzo de 1974.

Lacan, J. (1990). Seminario VII. La ética del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (2005). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En J. Lacan, Escritos (23 ed., Vol. II, pp. 86-93). México: Siglo XXI.

Lacan, J. (2008). Seminario 16. De un Otro al otro. Buenos Aires: Paidos.

Laplanche, J. (1996). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Paidós.

Martorelli, A., & Mustaca, A. (2004). Psicología positiva, salud y enfermos renales. *Revista de nefrología, diálisis y trasplante*, 99-104.

Matesanz, R. (2006). *El milagro de los trasplantes: de la donación de órganos a las células madre.* Madrid: Fundación MM.

Mosby. (2010). *Diccionario Mosby Pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud.* Barcelona: Elsevier.

Moulin, A. M. (2006). El cuerpo frente a la medicina. En J.-J. Courtine, *Historia del cuerpo. Las mutaciones de la mirada: el siglo XX* (Vol. III, pp. 29-80). Madrid: Taurus.

Nasio, J. D. (2008). Mi cuerpo y sus imágenes. Buenos Aires: Paidós.

Pardo Cruz, N., & Vera Sánchez, A. (2009). *Análisis de la noción de cuerpo trasplantado.* Quito: Facultad de psicología Pontificia Universidad Católica del Ecudor.

Pérez San Gregorio, M. Á. (2005). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *International Journal of Clinical and Health*, 99-114.

Saal, F. (1983). La re-flexión de los conceptos de Freud en la obra de Lacan. México: Siglo XXI.

Shuman, R. (1999). *Vivir con una enfermedad crónica.* Barcelona: Paidós.

Velasco, M., & Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia. sistemas, historias y creencias.* México: Manual Moderno.

Vidal, E. M. (2003). Intervención psicológica en pacientes con insuficiencia renal crónica. En E. Remor, P. Arranz, & S. Ulla, *El psicólgo en el ámbito hospitalario* (pp. 395-419). Barcelona: Desclee de Brouwer.

Referencias Digitales

Amado, A. (1 de Noviembre de 2010). *Indicaciones y contraindicaciones de la donación renal de vivo*. Recuperado el 28 de Abril de 2014, de Revista Nefrología: http://www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos&idarticulo=10689&idlangart=ES

Braunstein, N. (12 de Abril de 2013). La técnica y el discurso capitalista. (Videoconferencia inédita) Quito, Ecuador.

Correa, E. (03 de Mayo de 2007). *Donación de órganos y su discurso: una lectura psicoanalítica.* Obtenido de https://es.scribd.com/doc/14881083/Donacion-de-organos-y-su-discurso-Una-lectura-psicoanalitica-Eleazar-Correa-Glez

Garrido, P. (7 de Abril de 2010). El Cuerpo. Un recorrido por los textos de Jacques Lacan. Recuperado el 9 de Mayo de 2013, de Carta Psicoanalítica: http://goo.gl/zaBd4

Gorali, V. (13 de Abril de 2006). Reportaje a Vera Gorali. Recuperado el 14 de Abril de 2014 de Revista Acheronta, pp. 11-21. (M. Sauval, Entrevistador) http://www.acheronta.org/pdf/acheronta23.pdf

Kälble, T. e. (Marzo de 2009). *Guía Clínica sobre el trasplante renal.* Recuperado el 2014 de Mayo de 20, de European Association of Urology: http://www.uroweb.org/gls/pdf/spanish/15-%20GUIA%20CLINICA%20SOBRE%20TRANSPLANTE%20RENAL.pdf

Laplanche, J. (2 de Febrero de 2000). Pulsión e instinto. Distinciones, oposiciones, apoyos y entrecruzamientos. Recuperado el 14 de Abril de 2014, de Revista Alter: http://www.revistaalter.com/Revistas/Numero1/Pulsion_instinto.htm

Melman, C. (Agosto de 2004). El ser y las pasiones. Association lacanienne internationale. Bogotá, Colombia. Obtenido de Association lacanienne internationale: http://www.freud-lacan.com/fr/component/content/article/44-categories-fr/ancien-site/948-El_ser_y_las_pasiones

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (Enero de 2014). Datos Estadísticos de la actividad de donación y trasplante de órganos, tejidos y células. Obtenido de Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células: http://www.donaciontrasplante.gob.ec/indot/wp-content/uploads/downloads/2014/03/DATOS_ESTADISTICOS_MSP-INDOT_ECUADOR.pdf

OMS. (22 de Julio de 1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud.* Recuperado el 19 de Mayo de 2014, de OMS: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf

Quezada, S. (2006). Cuerpo y síntoma: un anudamiento singular. Recuperado el 14 de Abril de 2014, de Revista Acheronta, pp. 78-81: http://www.acheronta.org/pdf/acheronta23.pdf

Rufino, J., & Hernández, R. (1 de Febrero de 2011). *Evaluación del receptor del trasplante renal*. Recuperado el 4 de Abril de 2014, de Nefrología Digital: http://nefrologiadigital.revistanefrologia.com/modules.php

Anexos

Documentos operativos

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Estimado/a participante:

La presente investigación forma parte de un proceso de titulación requerido por la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Ecuador para la obtención del título de Psicólogo Clínico. Esta tiene como objeto relacionar un procedimiento médico bajo una perspectiva psicológica. En este marco, el investigador está llevando a cabo una disertación titulada:
LA IMAGEN DEL CUERPO EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE RIÑÓN DESDE LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA. ESTUDIO EN PACIENTES QUE HAN RECIBIDO UN TRASPLANTE CON DONANTE VIVO EN QUITO EN EL 2013
La investigación planteada pretende estudiar y analizar las características psíquicas, especialmente las representaciones de la imagen del cuerpo, de personas que se han sometido a un trasplante de riñón con donante vivo relacionado.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO: Analizar la relación de un procedimiento de médico, como el trasplante renal con donante vivo relacionado, con la concepción subjetiva de la imagen del cuerpo.

PROCEDIMIENTOS: Se realizará entrevistas individuales tanto del paciente que ha recibido el trasplante como aquel que ha donado a fin de recabar información sobre las repercusiones del trasplante de riñón en su entorno familiar y subjetivo. La duración no será más de dos horas y no menos de una. También se procederá a técnicas proyectiva de modelado o dibujo del cuerpo humano a cada entrevistado. Los datos obtenidos serán manejados de manera **confidencial** por el investigador.

BENEFICIOS: Este estudio permitirá conocer el análisis psicológico de un procedimiento principalmente médico como el trasplante de riñón con donante vivo relacionado

RIESGOS: La participación en el estudio no conlleva ningún riesgo.

COSTOS: El participante no debe incurrir en ningún costo.

CONFIDENCIALIDAD: Cada cuestionario será codificado, de tal manera que no se pueda asociar el nombre del participante con la información recabada. De ninguna manera se identificará a los participantes en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio.

COMUNICACIÓN CON EL INVESTIGADOR: Para cualquier duda o consulta, usted puede contactarse con las siguientes personas:
Mtr Francisco Jaramillo T: 299 16 41 – 099 529 7209
Felipe Castillo: 227 89 07 – 098 458 9523

DERECHOS DEL PARTICIPANTE: El participante en la investigación puede retirarse en cualquier momento de la misma, sin tener que dar ningún tipo de explicación y sin que ello signifique ningún perjuicio para él.

Después de haber leído esto, si usted desea participar en la investigación, sírvase llenar con sus datos y firmar el FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO que encontrará a continuación.

Atentamente,

Mtr. Francisco Jaramillo T
DIRECTOR DE LA INVESTIGACIÓN

Felipe Castillo Mafla
INVESTIGADOR

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN[1]

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente yo… _____

accedo a participar en el protocolo de investigación titulado: **LA IMAGEN DEL CUERPO EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE RIÑÓN DESDE LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA. ESTUDIO EN PACIENTES QUE HAN RECIBIDO UN TRASPLANTE CON DONANTE VIVO EN QUITO EN EL 2013**

desarrollado en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en la Facultad de: PSICOLOGÍA

El objetivo del estudio es Analizar la relación de un procedimiento de médico, como el trasplante renal con donante vivo relacionado, con la concepción subjetiva de la imagen del cuerpo.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en Formar parte de una entrevista que tiene por objeto recabar información de las repercusiones del trasplante de riñón en su entorno familiar y subjetivo.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre (ver anexo) :

Objetivos del estudio, criterios de selección, características y metodologías del estudio, confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho a no participar del estudio y/o retirarme en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte en nada.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga del estudio.

_____ _____

Nombre y firma del participante

Felipe Castillo Mafla

Investigador Responsable

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de dudas y preguntas relacionadas con el estudio:

22 78 907 / 098 458 9523

[1] http://www.cis.gob.mx/index.php/formatos/doc_download/103-anexo-4-carta-de-consentimiento-informado-adultos