

Cardozo, María Agustina

**Vicisitudes a la adaptación
psicológica a la hemodiálisis en
personas que padecen
insuficiencia renal crónica en
una institución hospitalaria
polivalente estatal de la Ciudad
de Córdoba**

**Tesis para la obtención del título de grado
de Psicóloga**

Directora: Giménez, Marta Inés

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**

Universidad Jesuita

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Modalidad: Sistematización de prácticas

Contexto: Clínico

**VICISITUDES DE LA ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA A LA HEMODIÁLISIS EN
PERSONAS QUE PADECEN INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN UNA
INSTITUCIÓN HOSPITALARIA POLIVALENTE ESTATAL DE LA CIUDAD DE
CÓRDOBA**

Autora: María Agustina Cardozo

Córdoba, 2022.

**VICISITUDES DE LA ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA A LA HEMODIÁLISIS EN
PERSONAS QUE PADECEN INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN UNA
INSTITUCIÓN HOSPITALARIA POLIVALENTE ESTATAL DE LA CIUDAD DE
CÓRDOBA**



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**

Universidad Jesuita

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Modalidad: Sistematización de prácticas

Contexto: Clínico

**VICISITUDES DE LA ADAPTACIÓN PSICOLÓGICA A LA HEMODIÁLISIS EN
PERSONAS QUE PADECEN INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN UNA
INSTITUCIÓN HOSPITALARIA POLIVALENTE ESTATAL DE LA CIUDAD DE
CÓRDOBA**

Autora: María Agustina Cardozo

Directora: Lic. Giménez, Marta Inés

Córdoba, 2022.

AGRADECIMIENTOS

Tarda en llegar.

Y al final... al final, hay recompensa.

A mi familia, por haberme acompañado a lo largo del camino, a veces más sinuoso, otras veces empinado, pero al final he llegado. Gracias por apuntalarme y sostenerme cuando el camino se hacía más pesado.

A Pedro, mi compañero de vida desde el momento cero, gracias hijo por hacerme más fuerte y empujarme a no bajar los brazos.

A mis amigas, porque cada palabra y empujón me hicieron estar un poquito más cerca de donde me encuentro hoy.

A la Universidad Católica de Córdoba, y todos sus docentes, por haberme acogido a lo largo de estos años y permitir sentirme parte de la vocación que nos atraviesa.

A la Mgter. Elizabeth Jorge, por haberme acompañado a lo largo del recorrido en mi año de prácticas y enriquecerme con sus aportes en los espacios de supervisión.

A la Lic. Marta Giménez, por su acompañamiento a lo largo de la construcción de este Trabajo Integrador Final. Gracias por su guía y dedicación.

Al Hospital Córdoba y sus profesionales, por la gran predisposición al recibirme y brindarme la posibilidad de compartir experiencias enriquecedoras. Un gran agradecimiento a todos ellos que dedicaron su tiempo y conocimientos para enseñarme a construir el rol profesional.

A la Lic. Tamara Cuello, por su calidez humana y profesional, gracias por guiarme en mi recorrido y brindarme la posibilidad de conocer relatos de vida que hoy forman parte de mi Trabajo Integrador Final y que sin duda me permitieron aprender sobre el rol profesional.

A la Lic. Patricia Depetris, las palabras sobran, pero es un “gracias” enorme por enseñarme a confiar en lo que soy y lo que creo.

A mí, gracias por animarme a recorrer este camino, de tormentas, arcoíris, alegrías y miedos, pero que al final del camino me hizo valorar lo que realmente soy.

ÍNDICE

Índice de siglas	8
1. Introducción	9
2. Contexto de práctica	11
3. Contexto institucional	16
3.1 Hospital Córdoba: su historia	17
3.2 Servicio de salud mental del hospital	18
4. Eje de sistematización	21
5. Objetivos	23
6. Perspectiva Teórica	25
6.1 Aproximación conceptual	28
6.1.1 Insuficiencia renal crónica	28
6.1.2 Conceptos psicoanalíticos clave	30
6.1.2.1 Duelo	30
6.1.2.2 Narcisismo	32
6.1.2.3 Cuerpo	34
6.1.2.4 Enfermedad somática	35
6.2 Categorías de análisis	36
6.2.1 Etapas de adaptación a la hemodiálisis	36
6.2.2 Actitudes hacia la IRC	38
6.2.3 Rol del psicólogo en el tratamiento de hemodiálisis	40

7. Modalidad de trabajo	43
7.1 Tipo de estudio	44
7.2 Caracterización de los sujetos	44
7.3 Técnicas	45
7.4 Consideraciones éticas	45
8. Análisis de la experiencia	48
8.1 Recuperación del proceso vivido	49
8.2 Análisis de datos	55
8.2.1 Manifestaciones emocionales en las distintas etapas de adaptación a la hemodiálisis	55
8.2.2 Actitudes hacia la enfermedad en las distintas etapas de adaptación a la hemodiálisis	60
8.2.3 Rol del psicólogo clínico en hemodiálisis	68
9. Conclusiones	76
10. Referencias	80

ÍNDICE DE SIGLAS

CUD: Certificado Único de Discapacidad

FG: Filtrado glomerular

IC: Interconsulta médico- psicológica

IRC: Insuficiencia Renal Crónica

DX: Diagnóstico

DBT: Diabetes

HTA: Hipertensión arterial

Consideraciones¹

¹ En el presente trabajo utilizaremos el estilo itálico para citar los testimonios de Registros, con el fin de diferenciarlos de citas teóricas o de autores.

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final surge a partir de la Práctica Profesional Supervisada realizada en el nosocomio público provincial Hospital Córdoba. Dicha práctica está enmarcada dentro del contexto clínico y fue llevada a cabo entre los meses de abril y diciembre del año 2019, como instancia final de la carrera de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba.

Se realiza una descripción del contexto clínico e institucional, caracterizando el área de ejercicio profesional del psicólogo dentro de instituciones hospitalarias, como también la institución y el servicio de salud mental a partir del cual se origina la práctica. A partir de tomar contacto con usuarios del nosocomio que padecen insuficiencia renal crónica y se dializan allí, fue posible delimitar el eje de sistematización del presente trabajo y los objetivos pertinentes para su análisis. Posteriormente, se plantea el marco conceptual desde el cual es posible pensar la experiencia vivida, desarrollando la conceptualización de los distintos constructos teóricos planteados.

A continuación, se describe la modalidad de trabajo utilizada para la sistematización.

En el siguiente apartado, se desarrolla el análisis de la experiencia, recuperando el proceso vivido hasta el momento en función de las actividades designadas y la sistematización propiamente dicha de los objetivos.

Finalmente, tendrán lugar las conclusiones.

El eje de sistematización surge a partir de conocer el modo singular en que cada uno de los usuarios renales atraviesa su enfermedad y el tratamiento.

A partir de esta experiencia vivenciada en las prácticas, el eje de análisis del trabajo fue propuesto de la siguiente manera: “Vicisitudes de la adaptación psicológica a la hemodiálisis en personas que padecen insuficiencia renal crónica en una institución hospitalaria polivalente estatal de la Ciudad de Córdoba”.

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA

El rol del psicólogo surge mucho antes que existieran certificaciones habilitantes y normativas reguladoras de su ejercicio, vinculando su práctica desde un comienzo a la psiquiatría. El psicólogo funcionó durante mucho tiempo como auxiliar del médico, sin posibilidad de ver reconocida su labor a nivel profesional ni de adherir su pertenencia a un campo disciplinar específico del rol. La construcción y aceptación de este rol supuso muchos años de disputa con los psiquiatras, tras un amplio proceso histórico de evolución de la Psicología en tanto disciplina científica pudo lograrse el reconocimiento legal del psicólogo y su ejercicio profesional.

A partir de la creación en la Provincia de Córdoba de la Ley Provincial N° 7.106 de Ejercicio Profesional de la Psicología, fue posible delimitar lo que se entiende por contexto clínico. De acuerdo al Artículo 2 de dicha normativa: “Se entenderá por área de la Psicología Clínica: la esfera de acción que se halla en Hospitales Generales, Psiquiátricos, Neuropsiquiátricos, Centros de Salud Mental, Clínicas e Instituciones Privadas de la misma índole y en práctica privada de la profesión.” (p.1).

En función de ello, el rol del psicólogo clínico se circunscribe a la exploración psicológica de la personalidad, la orientación psicológica, la investigación, y el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos y conflictos de la personalidad.

Para poder comprender de qué modo fue posible llegar a esta clarificación conceptual del ejercicio profesional y las características del rol, se realiza un breve recorrido histórico que permita dar cuenta de la evolución de la Psicología en la República Argentina.

El desarrollo de la Psicología en Argentina respondió a una serie de cambios cualitativos que se dieron a lo largo de la historia humana en la concepción del sujeto, de la salud mental y del padecimiento psíquico y su tratamiento. Su funcionamiento como disciplina autónoma supuso revueltas ideológicas en pugna con la Psiquiatría, ya que, en sus comienzos, tal como se mencionó, estaba estrechamente vinculada a ella. Lonigro (2015) plantea:

Los inicios de la psiquiatría y la distinción de la locura como enfermedad mental surgieron en el marco del Estado moderno enlazados a la concepción del sujeto cartesiano y a las transformaciones producidas por la Revolución Francesa. En un marco económico/político que reclamó un sujeto de conciencia, capaz de decidir

por sí mismo, asumir responsabilidades y ejercer derechos ciudadanos, “el loco” constituyó el paradigma de la irracionalidad. Signado como peligroso, fue privado de aquellos atributos. En tanto irracional, no fue considerado sujeto de derecho. (p.5)

En el caso de Argentina, en la época colonial de los albores del siglo XIX los denominados enfermos mentales no tenían un lugar especial de tratamiento, y en función de las condiciones económicas de tales, vagaban por las calles terminando muchas veces encarcelados. En otros casos, al contar con una mejor posición económica, eran recluidos en sus domicilios, lo que dio lugar a que durante mucho tiempo se retuviera en el mismo espacio a delincuentes, enfermos orgánicos y a quienes padecían alguna enfermedad mental.

En tal contexto, el tratamiento del padecimiento mental era llevado a cabo exclusivamente por médicos, siendo la ciencia positiva la que se encargaba de los sujetos alienados. El tratamiento se reducía a prácticas de castigo y sometimiento mediante las cuales se buscaba extirpar el ente maligno que acechaba el alma de la persona, configurando a través del modelo asilar o de internación lo que luego sería el paradigma hegemónico de la Psiquiatría.

La Psicología, por su lado, no fue reconocida como disciplina científica hasta avanzada la Historia, ya que, al insertarse en Argentina, previo al período profesional que se inicia con la creación de la carrera, estaba fuertemente vinculada a la Filosofía. Es a fines del Siglo XIX, en relación al florecimiento económico que vivió el país y los cambios productivos derivados de la Segunda Guerra Mundial, que la Psicología experimenta un desarrollo importante de la mano del positivismo. Se crean los primeros laboratorios experimentales y se inicia la formación de orientadores profesionales y psicotécnicos, no siendo concebida aún como profesión autónoma, sino que sus saberes se supeditaban a la resolución de problemas en campos profesionales ya conformados.

Será en el año 1955 que la creación de la primera carrera de Psicología inicia la etapa profesional de la disciplina, que en sus comienzos tuvo un tinte clínico muy demarcado, de la mano de una amplia expansión del psicoanálisis en el país. Hasta ese momento era el médico quien se abocaba al campo de la salud en general, y ello abarcaba también la esfera mental.

Desde el ámbito del ejercicio profesional, este conflicto se reflejaba en la “Ley Carrillo” Resolución 2282, que prohibía al psicólogo el ejercicio de la psicoterapia y el psicoanálisis en

el consultorio privado, limitándose al psicodiagnóstico o investigación, bajo la supervisión de un psiquiatra, ignorando además las competencias del psicólogo en otros ámbitos fuera del clínico y reduciendo su rol a un auxiliar del profesional médico (Alonso, 2001).

Al tratarse de una ciencia humana encarnada en los valores de la sociedad, los procesos históricos que el país atravesó durante estos años afectó también a su desarrollo y transformación. Durante los años de Dictadura Militar la Psicología atravesó una fuerte crisis institucional, ya que el psicólogo en tanto agente de cambio social era visto como peligroso.

Se cerraron o se suspendieron las inscripciones en casi todas las carreras. Numerosos docentes fueron dejados cesantes y otros "desaparecieron" en la maquinaria represiva del llamado "terrorismo de Estado". Se interrumpieron líneas de investigación y se cerraron diversos institutos. Muchos equipos de trabajo se disolvieron y la actividad de los psicólogos se vio muy dificultada, sobre todo en los ámbitos académicos universitarios. (Courel y Talak, 2001, p.6)

Es a partir de la década del 80, con el regreso de la democracia a la Argentina, que la promulgación en el año 1984 en la provincia de Córdoba de la Ley Provincial 7.106 de Disposiciones para el Ejercicio de la Psicología, y la Ley Nacional N° 23.277 del Ejercicio de la Psicología en el año 1985, permite legalizar el ejercicio de la profesión. Se reconocieron los niveles de aplicación individual, grupal, institucional y comunitaria, en las áreas de la Psicología Clínica, Educacional, Laboral, Jurídica y Social, postulando también derechos y obligaciones que corresponden a los profesionales matriculados dentro de la disciplina.

Junto al fortalecimiento del rol profesional y en relación al marco que sustentó las modalidades asistenciales en el campo de Salud Mental hasta ese momento, en el año 2010 a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, y la Ley Provincial de Salud Mental N° 9.848 en Córdoba, se configura un cambio de paradigma en la asistencia dentro del campo de la salud mental.

Se reemplaza la denominación de enfermedad por sufrimiento o padecimiento, acorde a la definición de salud mental propuesta remarcando la ausencia de determinación unicausal, ya que se trata de un proceso en que influyen componentes históricos, socioeconómicos,

biológicos, culturales y psicológicos. En función de esto, se privilegió el lugar de la interdisciplina en la atención, dejando en plano de igualdad a todas las profesiones asociadas. La internación será el último recurso terapéutico posible, debiendo realizarse en instituciones generales, por periodos cortos de tiempo y con revisión continua de los profesionales correspondientes, estimulando el mantenimiento de vínculos con el entorno del paciente.

Este nuevo paradigma supone un enfoque de derechos que intenta a partir de una comprensión distinta de la salud mental, reconocer y velar por la dignidad de las personas que sufren algún padecimiento mental, apuntando a la desmanicomialización de la sociedad, a través del cierre y prohibición de nuevas instituciones manicomiales. A través de esto se intentó también romper con el modelo asilar tradicional de la Psiquiatría que suponía sometimiento al saber y poder del especialista, considerando a la enfermedad como un daño biológico individual, y negando su historicidad.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1. HOSPITAL CORDOBA: SU HISTORIA

La Práctica Profesional Supervisada se realizó en el “Hospital Córdoba”, una institución pública, provincial y polivalente. Está ubicada en la calle Libertad N° 2.051, en el barrio Alto General Paz de la Ciudad de Córdoba.

El Hospital Córdoba está dedicado primordialmente a la atención de alta complejidad, se destaca en lo que refiere a neurocirugías y trasplantología. Aloja un vasto abanico de especialidades médicas, tales como Cardiología, Clínica Médica, Diabetes, Hematología y Nefrología entre otras, ocupándose de la prevención, detección y diagnóstico, como así también de la rehabilitación de múltiples patologías. Ofrece a su vez servicios únicos en la provincia como por ejemplo la atención a pacientes quemados a través del Instituto del Quemado, un centro de diálisis propio, el Programa de cirugía bariátrica, entre otros.

Desde sus inicios, el Hospital fue pensado para funcionar a modo de escuela también, por lo cual aun en la actualidad se dictan clases teórico-prácticas y se realizan residencias de distintas carreras del campo de la salud pertenecientes a la Universidad Nacional de Córdoba y a la Universidad Católica de Córdoba. Se ubica en la calle Libertad 2051, esquina Avenida Patria, en el Barrio Alto General Paz de la ciudad de Córdoba.

Desde fines de 1909 comenzó a gestarse la construcción de las instalaciones del Hospital Córdoba, sin embargo, es recién a partir de 1940 que se pone en marcha la obra final junto a la colaboración del Gobierno Nacional de Juan Domingo Perón, retomando las gestiones necesarias para finalizar la construcción de la obra abandonada a medio terminar en años anteriores. La inauguración oficial del Hospital se realizó el 1 de julio de 1950, en ese entonces designado con el nombre de Hospital Eva Perón, que luego fue reemplazado por el nombre de Hospital Córdoba conservado hasta la actualidad.

Desde el origen del Hospital existe un sector de profesionales dedicados al tratamiento de pacientes quemados, en este sentido Pellanda, Garibotti, Iudicello, Juaneda y Quintana (2001) plantean:

Desde el comienzo mismo del funcionamiento del Hospital Córdoba, un grupo de médicos se dedicó a esta difícil labor, con desvelo y con 10 camas asignadas en el Servicio de Cirugía General se realizó una muy valiosa tarea convirtiéndose en

el único centro hospitalario de la provincia donde se trataban y rehabilitaban quemados. (p.50)

Frente al elevado nivel de demanda referida a la asistencia de este tipo de pacientes se crea en 1949 el Instituto del Quemado, localizándose inicialmente en el cuarto piso del Hospital y fundándose oficialmente años después, actualmente se ubica en la misma manzana del Hospital, con un ingreso independiente por la calle Avenida Patria 656.

A lo largo de su desarrollo, el Hospital sufrió distintas transformaciones, tanto edilicias como de profesionalización, que dieron lugar a diferentes avatares a los cuales debieron enfrentarse los profesionales involucrados en el proceso. En el año 2019, la modificación más reciente ha sido la implementación de la historia clínica digital en reemplazo del papel, tal como plantea Lazzarini (2019): “En enero de 2017, el ministro de Salud provincial, Francisco Fortuna, dijo que el cambio pretendía agilizar la búsqueda de información de los pacientes”. A partir de esto se pretende a futuro elaborar estadísticas sobre ciertas enfermedades crónicas y facilitar la auditoría administrativa. Se trata de un sistema en red con otras instituciones hospitalarias públicas de la capital que permitirá mayor manejo y circulación de la información existente acerca de los pacientes, pudiendo estos mismos acceder a sus datos a través del sistema de Ciudadano Digital.

Fernández (2016) refiere que desde el año 2016 las autoridades vigentes son Guillermo Moisés Azize en el cargo de director, quien era el jefe de la unidad coronaria, e Iver Pistoia en el cargo de subdirector, quien estaba a cargo del servicio de medicina del deporte y rehabilitación, y sustituye a Marcelo Ovejero.

3.2 SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL

El servicio de salud mental se encuentra ubicado en la planta baja del Hospital, está conformado por un equipo profesional de nueve psicólogos, dentro de los cuales se encuentra el jefe del servicio, y dos psiquiatras. A nivel de espacio físico, cuenta con dos consultorios

por los cuales se atienden consultas externas, y también se utilizan consultorios de otros Servicios en caso de no estar disponibles los propios.

Los profesionales que integran el servicio realizan tareas de diagnóstico, tratamiento y asistencia psicológica y psiquiátrica, atendiendo también diversas interconsultas a través del trabajo en conjunto con otras disciplinas como Clínica Médica, Nefrología, Unidad Coronaria, Instituto del Quemado, entre otras. Actualmente existen cuatro dispositivos grupales psicoterapéuticos en funcionamiento, además de las agendas de consultorio externo tanto psicológico como psiquiátrico.

En relación a la historia de su origen, en el periodo que abarca de 1961 a 1975 el Hospital contaba con tres profesionales del campo de la Psicología, que integraban el servicio de endocrinología, traumatología y otorrinolaringología respectivamente, por lo cual trabajaban de manera aislada ya que no existía un servicio de salud mental propiamente dicho que diera pertenencia a estos psicólogos. Esporádicamente se reunían, pero esto no era de forma sistemática ni organizada, sino que respondía más a una necesidad de confrontar opiniones. En aquel momento el rol del psicólogo se limitaba al de auxiliar del médico, que a través de entrevistas clínicas debía brindarle un diagnóstico del paciente. Al no existir un reconocimiento legal de la profesión, dichos psicólogos no cobraban los honorarios correspondientes y tampoco podían ocupar puestos directivos.

La dominancia del modelo médico hegemónico durante esos años se vio reflejada en el hecho de que el cargo de la jefatura del servicio de Psicopatología en 1983, que luego pasó a llamarse salud mental, fuera ocupado por un médico, el Dr. Ruiz Cecconello, quien sería luego reemplazado por el Dr. Mauricio Salgado siguiendo el mismo criterio. Tal como comenta el jefe del servicio de salud mental (comunicación personal, 14 de mayo, 2019) el modelo médico hegemónico dominó la Psicología hasta el advenimiento de la Ley 7.625 del Equipo de Salud a partir de la cual todos comenzaron a tener acceso a la posibilidad de la conducción. Esto permitió que desde hace 15 años aproximadamente un profesional psicólogo haya podido ocupar el cargo de jefe del servicio de salud mental.

A partir de 1973 surge el anteproyecto de Ley de Ejercicio Profesional del Psicólogo, y de la mano de ello comienza a pensarse en el Hospital la posibilidad de organizar un servicio de salud mental independiente de otras instancias médicas. Sin embargo, esto no perduro ya que en 1976 asume el gobierno de facto, dando fin a la reforma que venía transformando al campo de la salud mental y recobrando poder la psiquiatría biológica.

Con el retorno de la democracia se consolida el servicio de salud mental como tal integrando al mismo a todos los psicólogos que hasta ese momento desempeñaban su labor

dentro del Hospital. En el año 2003 se produce un hito profesional asumiendo un psicólogo en el cargo de jefe de servicio, quien realizó una modificación importante en relación a la interconsulta médico psicológica. Hasta ese momento, la interconsulta estaba fuertemente determinada por el modelo médico tradicional, por lo cual se generaba en consultorios externos y el foco estaba puesto en los inconvenientes del médico para el manejo del paciente y su enfermedad. A partir de los aportes del modelo de Balint se transforma la noción de interconsulta, abordando el vínculo entre el médico, el paciente, la familia y la institución, lo que permite complejizar el abordaje al momento de intervenir sobre las situaciones que se presentan.

En estos años también se establece y consolida la práctica grupal como modalidad principal de tratamiento y consulta, siendo precursor el jefe del servicio y sumándose a la alternativa ya establecida de la consulta individual. Comienzan a sistematizarse diferentes programas de actividades, estableciéndose un cronograma que permitiera la distribución de las mismas entre los distintos profesionales.

Desde el año 2010, a partir de la ejecución de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010), en el Artículo 28 se plantea:

Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la Ley 23.592. (p.17)

A partir de esto, se efectivizó la implementación de un sector correspondiente a guardia de internación para la asistencia rápida y eficiente de pacientes de Salud Mental, denominadas “camas frías”, orientadas a la externación, para lo cual se programó un sistema de guardias semanales en las que se procura que siempre exista un profesional del servicio disponible ante una urgencia de esta índole.

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

Vicisitudes de la adaptación psicológica a la hemodiálisis en personas que padecen insuficiencia renal crónica en una institución hospitalaria polivalente estatal de la Ciudad de Córdoba.

5. OBJETIVOS

Objetivo General

- Caracterizar las vicisitudes de la adaptación psicológica a la hemodiálisis en personas que padecen insuficiencia renal crónica.

Objetivos Específicos

- Identificar las manifestaciones emocionales en las distintas etapas de adaptación al tratamiento hemodialítico.
- Indagar las actitudes de los usuarios hacia la enfermedad, en las distintas etapas de adaptación al tratamiento hemodialítico.
- Describir el rol del psicólogo clínico a lo largo del tratamiento hemodialítico, en personas que padecen insuficiencia renal crónica.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

El término *vicisitud* deriva etimológicamente del latín *vicissitūdo*, que significa alternancia. La Real Academia Española (2014) propone dos acepciones posibles: “1. f. Orden sucesivo o alternativo de algo. 2. f. Inconstancia o alternativa de sucesos prósperos y adversos”. En este sentido, es preciso considerar a las vicisitudes como la sucesión de acontecimientos vitales alternados con eventos de distinto orden que irrumpen en el curso vital de una persona, tal como sucede en el caso de una enfermedad.

La insuficiencia renal crónica (IRC) enfrenta a la persona a una serie de modificaciones en su vida que repercutirán a nivel social, físico y psicológico afectando al individuo y su entorno. En palabras de Zubieta Silva (2016):

Las características que derivan del IRC, como la incertidumbre con respecto al futuro, la dependencia a máquinas y al personal de salud, las restricciones en la dieta, las complicaciones físicas, la toma periódica de medicamentos, los cambios en las relaciones sociales y familiares y la situación laboral, explican que estos pacientes manifiesten trastornos emocionales que se asocian con un empobrecimiento de la calidad de vida. (p.14)

La aparición de la enfermedad supone la pérdida de la propia salud, esto podrá ser percibido por el individuo como una amenaza, en tanto las demandas del medio sobrepasan la capacidad de adaptación de la persona. En un nivel más general, de acuerdo a Kimmel (2006, citado en Hernández Moreno, 2007): “Para el enfermo la pérdida de la función corporal se relaciona con la pérdida de la autonomía e independencia” (p.403). Estas condiciones pueden sumergir a quien padece en situaciones favorecedoras de trastornos afectivos. La aceptación de la condición de enfermedad y del tratamiento requiere que la persona pueda transitar un proceso de duelo a través del cual elabore las distintas pérdidas que de forma pasiva ha vivenciado a partir del diagnóstico. Para esto, la persona implementará diferentes recursos internos que le permitan afrontar este proceso.

Por limitaciones propias de la experiencia que se sistematiza, en el presente trabajo se hará un recorte teórico que permita abordar lo referido al tratamiento de hemodiálisis, considerando que existen otras alternativas posibles de tratamiento. Diversos autores (Brantley,

1995; Guendelman y Hoffmann, 1991; Kaplan-DeNour y Czaczkes, 1976; Rudnicki, 2006) plantean distintas etapas en el proceso de adaptación psicológica al tratamiento de hemodiálisis. Cada etapa se caracteriza por distintas manifestaciones emocionales que repercuten sobre la personalidad del individuo y el modo de concebir la enfermedad.

A continuación, se realiza una aproximación conceptual de los elementos clave que forman parte del eje de sistematización planteado para el presente trabajo. Posteriormente se definen las categorías conceptuales a partir de las cuales serán operacionalizadas las variables formuladas.

6.1 APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

6.1.1 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Los riñones cumplen diferentes funciones vitales tales como filtrar y limpiar la sangre, para la eliminación de agua y productos tóxicos contenidos en el organismo, equilibrar la presión arterial, los productos químicos y los líquidos del cuerpo, como así también retener nutrientes y hormonas. Cuando estas funciones se retardan o el riñón se lesiona, se desencadena la IRC.

La ERC se define como una disminución en la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) o un aclaramiento de creatinina estimado $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, o como la presencia de daño renal en ambos casos de forma persistente durante al menos 3 meses. (Soriano Cabrera, 2004, p.30)

En diferentes guías de práctica clínica sobre la evaluación de la IRC se propone una clasificación de los estadios evolutivos de la enfermedad. Se trata de cinco estadios determinados por los distintos valores de FG. El diagnóstico precoz entre los estadios 1 y 2 es fundamental para prevenir la pérdida de la función renal y evitar complicaciones cardiovasculares. Entre las patologías más comunes que subyacen a la IRC se encuentran la diabetes e hipertensión arterial.

Generalmente el diagnóstico suele darse de forma tardía, ya que se presenta de manera asintomática en las primeras etapas. Suele ocurrir que cuando la persona acude a consulta médica por primera vez, su función renal se encuentre ya muy deteriorada y por ende en una fase terminal o próxima a ella. Ante este escenario se vuelve necesario recurrir a tratamientos que sustituyan el trabajo de los riñones. Los tratamientos sustitutivos son el trasplante y la diálisis.

El trasplante se trata de un procedimiento médico quirúrgico por el cual se implanta un riñón sano, que puede provenir de un donante vivo, generalmente un familiar compatible

histopatológicamente, o un donante cadavérico. En el segundo caso, es necesario incluir a la persona en una lista de espera para recepción del órgano, lo que puede suponer un factor generador de estrés y ansiedad ya que no existe un tiempo de espera predeterminado. En todos los casos, será necesario realizar una evaluación previa al trasplante para valorar las condiciones del individuo y la posibilidad de que la intervención sea llevada a cabo.

En la mayoría de los casos, quienes padecen IRC comienzan su tratamiento dializándose y el procedimiento de trasplante es la solución a la que aspiran. Si bien evita la necesidad de dializarse, no implica una solución definitiva de la enfermedad, sino que forma parte del tratamiento, por lo cual, una vez realizada la intervención, la persona debe seguir tomando medicamentos diariamente y cumplir con las indicaciones del médico especialista, teniendo en cuenta que los órganos poseen un tiempo de vida útil determinado.

El tratamiento de diálisis se trata de un procedimiento que permite eliminar los productos de desecho y el exceso de agua de la sangre. Existen dos modalidades:

1. Diálisis Peritoneal

A través de este procedimiento, Acosta Hernández, Chaparro López y Rey Anacona (2008) describen:

Una membrana interna que reviste el abdomen, llamada peritoneo, filtra la sangre del exceso de agua, desechos y sustancias químicas, introduciendo una solución de diálisis en el abdomen durante 4 a 6 horas, realizando los recambios 4 veces al día. (p. 10)

Para ello se debe intervenir quirúrgicamente al paciente insertando de forma permanente un catéter en la cavidad abdominal, dentro del cual se introduce una solución dializante y la membrana actúa como filtro. Este tipo de tratamiento permite mayor autonomía al individuo que la hemodiálisis, ya que no debe asistir regularmente a un centro sanitario más allá de los controles generales, pudiendo realizarlo de forma individual.

2. Hemodiálisis

La hemodiálisis es un procedimiento a través del cual una máquina purifica y filtra la sangre de desechos nocivos, sal y exceso de líquido, haciendo que circule en forma continua durante varias horas, y una vez que es depurada se restituye al sistema vascular. Este mecanismo es realizado a través de dos agujas conectadas a una fístula que se retiran al final de cada sesión. Para ello es necesario intervenir quirúrgicamente al individuo, uniendo una arteria a una vena, lo que se conoce como fístula arteriovenosa.

El procedimiento suele realizarse tres veces por semana, para lo cual la persona debe acudir a un centro sanitario en donde dializarse, con una duración aproximada de dos a cuatro horas, no pudiendo realizar otras actividades en este horario. A lo largo de las sesiones es posible que la persona experimente algunos síntomas somáticos tales como calambres, fiebre, cefaleas, náuseas, vómitos y arritmias.

6.1.2 CONCEPTOS PSICOANALÍTICOS CLAVE

A continuación, se realiza un breve recorrido teórico de los conceptos psicoanalíticos fundamentales para una mayor comprensión del presente escrito elaborado.

6.1.2.1 DUELO

En la obra *Duelo y Melancolía* (1917), Freud desarrolla el concepto de melancolía comparándolo con el duelo. Tal como enuncia Freud (1917) “El duelo es, por lo general, la reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc. “(p.2091). Ante la situación de pérdida, podrá surgir en algunas personas, por cierta predisposición morbosa, la melancolía en lugar del duelo.

La pérdida llevará al sujeto a iniciar un recorrido complejo a través del cual, echando mano de sus mecanismos defensivos, realizará un proceso de elaboración psíquica y

desinvestidura libidinal del objeto amado. Los mecanismos de defensa surgirán para prevenir el efecto traumático de un evento que la psiquis teme no poder soportar.

De acuerdo a Laplanche y Pontalis (1996) se trata de un “Proceso intrapsíquico, consecutivo a la pérdida de un objeto de fijación, y por medio del cual el sujeto logra desprenderse progresivamente de dicho objeto” (p.435). Trabajo interno que el psiquismo del sujeto deberá realizar para renunciar al objeto perdido, y luego de transcurrido cierto tiempo volver a disponer de la libido.

El duelo, en tanto proceso, requiere tiempo y esfuerzo por parte del sujeto y su psiquismo. Freud (1917) sostiene que, si bien no debe ser considerado como un estado patológico del sujeto, “(...) se trata de un estado que le impone considerables desviaciones de su conducta normal” (p.2091). Esto debido a que dicho proceso suele atravesarse junto a un monto considerable de dolor, que conlleva el alejamiento del mundo exterior, la ausencia de interés por el mismo, la imposibilidad de elegir un nuevo objeto de amor, y la inhibición de toda productividad. La conmoción emocional de la pérdida obliga al psiquismo a quitar la libido del mundo exterior para así retener toda la energía disponible y poder intentar reponerse del impacto sufrido.

En lo que respecta al proceso de duelo, Freud (1917) postula que el examen de realidad muestra que el objeto amado ya no existe y por esto la libido debe desligarse del mismo. Ante esta demanda surge una oposición, pudiendo llegar a ser tan intensa que se genere el apartamiento de la realidad y la conservación del objeto por medio de una psicosis alucinatoria. Sin embargo, en un proceso de duelo normal, la realidad irá dando lugar al abandono del objeto. Proceso que no será llevado a cabo de forma inmediata, sino de modo paulatino, con un considerable gasto de tiempo y de energía para la sustracción de la libido. Al final del recorrido, el yo quedará disponible nuevamente y exento de toda inhibición.

En el caso de la melancolía, el sujeto sabe a quién ha perdido, pero no lo que con él ha perdido, por lo que según Freud (1917) se trataría de “(...) una pérdida de objeto sustraída a la conciencia, diferenciándose así del duelo, en el cual nada de lo que respecta a la pérdida es inconsciente” (p.2092). A esto se suma un considerable empobrecimiento del yo del sujeto, quien se considera indigno, incapaz de amor, de interés y de rendimiento. Fenómeno explicado porque tras la disolución de la relación objetal, la libido sustraída al objeto no fue desplazada sobre uno nuevo, sino que se retrajo al yo del sujeto, dando lugar a una identificación del yo con el objeto perdido. Dirá Freud (1917) “La sombra del objeto cayó así sobre el yo;” (p.2095), transformándose la pérdida del objeto en una pérdida del yo.

6.1.2.2 NARCISISMO

Se trata de uno de los conceptos claves dentro del Psicoanálisis, ya que forma parte del proceso de estructuración psíquica del sujeto. Si bien a lo largo de su obra Freud (1914) desarrolla la idea en varias oportunidades, será a partir de la misma que le otorga categoría oficial al concepto de narcisismo dentro de su corpus teórico. A partir de los desarrollos teóricos que el autor realiza en relación a la sexualidad humana, ubicará al narcisismo como una fase del desarrollo de la libido, entendida como energía sexual, intermedia entre el autoerotismo y la elección de objeto.

En el tiempo del autoerotismo, el yo aún no está constituido y predominan las pulsiones parciales, cada una de las cuales se satisface de modo independiente a través de las distintas zonas erógenas. En los comienzos de la vida, la madre o sus sustitutos serán quienes libidinicen al niño y le brinden una imagen unificada de sí mismo, a través del cuidado, las caricias, las miradas, la voz. Es a partir de esta imagen brindada por otro que el niño se identificará, unificándose las pulsiones en torno al propio yo. Junto con la formación del yo, se establece la distinción entre uno mismo y los objetos externos.

Freud (1914) distingue entre un narcisismo primario y un narcisismo secundario para poder pensar las relaciones que el yo establece con los objetos del mundo exterior. El narcisismo primario sería la base sobre la que luego se edifica el narcisismo secundario, y corresponde a un estadio inicial de indiferenciación yo-no yo, por lo cual la concentración de la libido estaría ubicada en el propio cuerpo. Más adelante, esa libido podrá ser desplazada a los objetos.

El narcisismo secundario consiste en el retorno de la libido al yo, habiendo previamente investido otros objetos. Se establece al mismo tiempo que la formación del yo, por identificación con el objeto. Considerando que el yo sería el reservorio inicial de libido, la acumulación de energía psíquica demanda ser descargada. Una parte de esa libido se desplaza a los objetos, la libido objetal. Otra parte de esa libido, la libido yoica, permanece en el yo de

manera fija y corresponde a un resto autoerótico, no desplazable. En palabras de Martínez Castro (2012):

Freud dirá que uno pasa del narcisismo al amor objetal por una necesidad, para no enfermar, ya que el hecho de depositar libido sobre objetos externos ocurre “cuando la investidura del yo con libido ha sobrepasado cierta medida” (Freud, 1914 citado en Martínez Castro, 2012) y entonces para no provocar una estasis libidinal en el yo, la cual tendría efectos patógenos, se realiza la separación y distribución de libido hacia objetos que están fuera. (p.84)

Con el ingreso al orden simbólico, se hace necesario el atravesamiento por la castración, y tras atravesar el complejo de Edipo se abandonarán estas primeras satisfacciones narcisistas como condición de ingreso a la cultura, efectuándose un desplazamiento libidinal desde el narcisismo al ideal del yo. De acuerdo a Martínez Castro (2012):

En Freud, del narcisismo resignado como parte del ingreso a la cultura, deviene el Ideal del Yo, “instancia psíquica que elige entre los valores morales y éticos requeridos por el Superyó aquellos que constituyen un ideal al que el sujeto aspira” (Chemama, 1996 citado en Martínez Castro, 2012, p.86) y con el que se medirá y hará posible la represión de algunos contenidos que entren en conflicto con dicho ideal. (p.87)

Para entender el narcisismo, Freud (1914) tomará como modelos la enfermedad orgánica, la hipocondría y el enamoramiento. En el primer caso, la enfermedad orgánica afectará a la distribución de la libido, ya que mientras esta perdure, el individuo quita su interés del mundo exterior y retira sus investiduras de los objetos externos direccionándolas hacia el propio yo para su curación.

En el caso de la hipocondría, de modo similar, el sujeto retrae su libido y su interés de los objetos externos para concentrarla sobre el órgano que preocupa. A diferencia de la enfermedad orgánica, las sensaciones dolorosas en este caso no tendrían fundamento comprobable.

En relación al enamoramiento, en el estado amoroso el sujeto reconduce su carga libidinal hacia el objeto amado, empobreciendo la propia investidura para dirigirla hacia otro. En un comienzo la elección objetal se realiza por apuntalamiento, apoyada en los primeros objetos sexuales. La otra elección posible es de tipo narcisista, en la cual el objeto de amor es el propio yo, por lo cual se elige según el modelo de la propia persona.

6.1.2.3 CUERPO

Hablar de cuerpo remite a la idea de pulsión, en tanto concepto fronterizo entre el soma y la psique. Es por esto que para el Psicoanálisis el cuerpo es ante todo cuerpo erógeno, en tanto investido por el propio yo y por otros.

El cuerpo, solo es constituido como tal a partir de la intervención de otro. De acuerdo a Villa Delgado y Montañez Holguin (2010) “para el psicoanálisis, el lugar del cuerpo connota una significación particular: se afirma que el infante nace con un organismo, pero que ha de hacerse a un cuerpo a través de los referentes identificatorios de sus pares (...)” (pp.55-56). Se trata de una construcción que se produce a partir de la relación con otro, en un inicio las figuras parentales. Al satisfacer las necesidades básicas, serán los primeros objetos de satisfacción. A su vez, apoyados en una necesidad vital brindarán un plus ineliminable que instalará el circuito de la pulsión y el deseo. Todo esto dará inicio al proceso de armado del cuerpo como unidad. En un inicio, el cuerpo será tomado como parcializado en distintas zonas. A partir del desarrollo que Freud (1905) elabora de la sexualidad infantil, postula que en sus comienzos aparece ligada a determinadas funciones fisiológicas, por lo cual se satisface en el propio cuerpo y se va desarrollando en base al predominio de cada una de las zonas. Junto al movimiento libidinal del narcisismo, el cuerpo se constituye como imagen unificada de sí mismo. Desde este momento se trata ya del yo-cuerpo que se constituye por identificación, dando cuenta de la importancia de la intervención del otro como soporte para su construcción.

En función de las vicisitudes sucedidas en torno a la intervención del otro y el armado de la unidad corporal, como también del atravesamiento por el orden simbólico, es que cada sujeto establecerá una particular relación con su cuerpo. Relación mediada por las representaciones que se hayan construido y las fantasmáticas en torno a ellas.

6.1.2.4 ENFERMEDAD SOMÁTICA

Hablar de enfermedad en psicoanálisis remite al cuerpo pulsional, va más allá de los órganos y del orden biológico, y no funciona escindido, sino que interactúa de forma constante con el psiquismo del sujeto. Desde esta perspectiva, y retomando algunos aportes del campo de la psicósomática, todo enfermar tiene un sentido para el sujeto. De acuerdo a Chiozza (1986):

Cada enfermedad distinta representa, en el escenario de la vida íntima, un drama diferente, tan típico e identificable como la enfermedad misma. Un drama que el enfermo siempre conoce de un modo distorsionado o incompleto, y cuya relación con la enfermedad generalmente ignora o malentiende (p.17)

En su cotidianeidad, el ser humano entrama su existencia entre la realidad psíquica, la social que hace a los vínculos, y la realidad del propio cuerpo, conformando una compleja estructura a la que debe enfrentarse. La irrupción de la enfermedad somática produce un corte en la biografía del sujeto, generando una escisión entre el cuerpo y la psiquis, espacio donde se aloja el sentido de la enfermedad.

Fischbein (2000) sostiene que “desde el modelo dinámico freudiano, la enfermedad es concebida como un proceso con un devenir temporal. No es una situación o estructura armada, sino un acontecer, una sucesión de hechos en el tiempo” (p.158). Este acontecer se entrecruza con la vida del sujeto, significando algo del cuerpo que habla por él. El sentido de la enfermedad estará en relación con el momento vital que se atraviesa, su historia, su relación con el cuerpo y su representación de la salud y de la enfermedad.

La enfermedad somática romperá la ilusión narcisista omnipotente de exclusión del sufrimiento. Esta irrupción se registrará como una vivencia amenazante ya que enfrenta al sujeto con la finitud de su cuerpo y la pérdida de la salud. Es así que se producirá un mecanismo de retracción libidinal necesario para la elaboración de la pérdida. Al enfermar, el sujeto se enfrentará a la necesidad de llevar a cabo un proceso de duelo por la salud en estas circunstancias. Tarea compleja a la que el psicoanalista es convocado a acompañar, ofreciendo

habilitar la palabra como herramienta metabolizadora del duelo. En palabras de Chiozza (1986):

El peñón más abrupto de nuestra “profesión imposible” consiste en el hecho de que, al hombre enfermo, que busca un tratamiento, lo anima la idea de “volver” a un estado anterior. Pero la enfermedad, como toda pérdida de la inocencia, es siempre irreversible, y la salud sólo puede provenir de un doloroso progreso, que es totalmente opuesto a la ilusión de volver (p.36)

6.2 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

6.2.1 ETAPAS DE ADAPTACIÓN A LA HEMODIÁLISIS

Tras el ingreso a hemodiálisis, siguiendo la propuesta de Rudnicki (2006) es posible plantear diferentes etapas por las que atraviesa la persona en su proceso de adaptación al tratamiento.

1) La primera etapa conocida como “**luna de miel**”, coincide con un estado avanzado de la enfermedad por el cual la persona manifiesta síntomas neurológicos y emocionales asociados a la falla orgánica. De acuerdo a Hidalgo (1997):

En los pacientes con IRC se observa un estado afectivo que antecede el ingreso a diálisis crónica, denominado “*estado psíquico de uremia terminal*”. Consiste en la vivencia de todos los trastornos psicológicos productos del alto nivel de uremia, a saber, déficit en la capacidad de concentración, apatía, insomnio, irritabilidad, agitación, tristeza, pena, ansiedad, disminución del interés sexual y cambios de personalidad que pueden llegar incluso a cuadros psicóticos, caracterizados por estrechamiento de conciencia, desorientación, confusión y alucinaciones. (p.36)

Luego de las primeras sesiones de diálisis, la persona se siente mejor tanto a nivel físico como emocional por la notable mejoría que experimenta. Se manifiestan sentimientos de confianza y alegría por la posibilidad de vivir. Esto favorece la tolerancia y aceptación de la dependencia hacia la máquina, los procedimientos y el equipo médico, expresado a través de actitudes de gratitud y cooperación. Este período suele iniciarse una o dos semanas después de la primera sesión de diálisis, pudiendo variar en su duración de seis semanas a seis meses.

2) La siguiente etapa se conoce como “**desencanto**”. Rudnicki (2006) sostiene: “Los sentimientos de satisfacción, confianza y expectativas disminuyen o, incluso, desaparecen. Cuestiones previas, que hasta entonces eran evitadas, empiezan a aparecer cuando las demandas reales como empleo, familia y responsabilidades económicas disipan la euforia inicial” (p.283). La persona adquiere mayor conciencia de las limitaciones de su tratamiento y de la realidad del padecimiento de una patología crónica.

Esto provoca sentimientos de angustia, desamparo, tristeza y desesperanza; culpa en relación a los excesos de la dieta, vergüenza por la naturaleza de la enfermedad; intensos sentimientos de rabia y molestia, preferentemente dirigidos al personal de la unidad renal. (Hidalgo, 1997, p. 36)

Su inicio suele coincidir con la necesidad de asumir un rol activo nuevamente, pero distinto, en el ámbito laboral y/o familiar, como también ante alguna complicación médica derivada del proceso de diálisis. Este período puede prolongarse de tres a doce meses.

3) La última etapa se denomina “**adaptación**” o “**fase crónica**”. Se trata de un período de transición gradual marcado por fluctuaciones de sensación de bienestar con episodios de sintomatología depresiva. La persona alcanza la aceptación de las limitaciones y complicaciones propias de la hemodiálisis, y de su dependencia respecto del tratamiento. Si bien son frecuentes las expresiones de rabia y agresión, los períodos de bienestar y satisfacción se vuelven más prolongados.

6.2.2 ACTITUDES HACIA LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Quien padece una enfermedad crónica se enfrenta ante la realidad de una pérdida, en este caso la salud. De ella podrán derivar otras pérdidas, del rol social y familiar, por ejemplo. Toda pérdida implica un duelo. En palabras de Apolo (2004, citado en Basualdo y Collarino, 2009):

El duelo es un conjunto de sucesos y acontecimientos psíquicos que configuran un proceso que se produce como consecuencia de la pérdida de un objeto importante y significativo para una persona. Por objeto entiendo tanto una persona como un ideal; un algo concreto o una abstracción, un valor intrínseco o simbólico, en fin, un algo que tenga importancia, valor y significación para un sujeto dado. (p. 282-283)

Desde el psicoanálisis freudiano se propone la necesidad que plantea el duelo de un trabajo de elaboración. Esto implica tiempos lógicos y no cronológicos, por lo cual las distintas actitudes que irá adoptando la persona a lo largo del proceso pueden repetirse en diferentes momentos. Tales actitudes serán producto de la implementación de distintos mecanismos defensivos inconscientes que el sujeto pone en marcha para afrontar este arduo proceso.

De acuerdo a Laplanche y Pontalis (2009), se entiende por defensa a un “conjunto de operaciones cuya finalidad consiste en reducir o suprimir toda modificación susceptible de poner en peligro la integridad y la constancia del individuo biopsicológico.” (p.89) El proceso defensivo comprende mecanismos de defensa más o menos integrados al yo que actúan, al menos parcialmente, de forma inconsciente. En palabras de Bracerías (2006):

Las defensas no son un accidente psicopatológico, no son suprimibles, el dolor psíquico es aquello que las moviliza; cuanto menos elaborado, necesita defensas más costosas e inhabilitantes para soportarlo. Tramitar psíquicamente el dolor, la muerte, implica asirlo a la estructura del saber del Sujeto, soportando los ‘efectos de verdad’ que se produzcan. (p. 55)

Los aportes de Kubler Ross (1993) permitirán a fines didácticos identificar las distintas actitudes sustentadas por los mecanismos defensivos ejecutados. La autora describe cinco etapas que atraviesan aquellas personas que padecen una enfermedad terminal y saben que van a morir. Si bien en el caso de la IRC lo terminal alude a la función del riñón y no a la vida en

sí misma, es posible concatenar estas etapas con las distintas actitudes que se despliegan hacia la enfermedad y su tratamiento.

Al comienzo, tras recibir el diagnóstico de la IRC y tomar conocimiento de sus implicaciones, la persona tiende a la **negación** y el **aislamiento**. Se intenta negar la enfermedad, como modalidad defensiva ante el dolor que causa la posibilidad de pensar en la propia muerte. Kubler Ross (1993, citado en Zubieta Silva, 2016) plantea que “la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial” (p.61). Una vez que se ingresa al tratamiento, esta negación se traslada también hacia el tratamiento en sí mismo, lo que dificulta la adherencia.

Transcurrido cierto tiempo, aparecen la **ira** o el **enojo** con la enfermedad. El enojo se produce ante lo incomprensible del acontecimiento, que muchas veces es vivido como injusticia. También es en relación al dolor que se padece, producto de la enfermedad y el tratamiento. “En este caso, el enojo es desplazado y proyectado contra todo lo que los rodea, se enojan con su familia y luego se arrepienten, se sienten culpables y les genera vergüenza” (Zubieta Silva, 2016, p.18).

En un tercer momento, se suscita una etapa de **negociación**. La persona establece objetivos a corto plazo, motivo por el cual intenta negociar con la enfermedad para poder alcanzarlos. Esto permite tolerar un poco más la dependencia al tratamiento y a quienes asisten, a cambio de una mejor calidad de vida que permita a la persona cumplir con estos objetivos pactados.

Con el paso del tiempo y ante el desarrollo de la enfermedad, la conciencia de realidad se impone. Esto da lugar a la cuarta etapa, donde aparece la **depresión**. De acuerdo a Zubieta Silva (2016) “Surgen sentimientos de vacío e impotencia, acompañados de sensación de pérdida” (p.18). Esto puede deberse a la prolongación del tratamiento, la pérdida de la posición laboral, entre otros factores que repercuten en lo familiar y a su vez debilitan la organización psíquica de la persona. En este caso se trata de una depresión reactiva a la enfermedad, y por ende transitoria. Posición que puede dar cuenta de un mayor grado de conciencia de la enfermedad, como también de elaboración del proceso de duelo por las pérdidas vividas. Esto prepara a la persona para el último paso que será la **aceptación**.

En este caso no se trata de una aceptación de la muerte, tal como plantea Kubler Ross (1993) originalmente, “sino que se trata de una aceptación de la vida, que incluye la esperanza de un futuro trasplante” (Kersner, 2000, p.2). A través de este movimiento, se vuelve posible la integración de la enfermedad al curso vital de la persona, considerada sólo como una parte más de la vida.

6.2.3 ROL DEL PSICÓLOGO EN EL TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

El diagnóstico de IRC supone una profunda herida narcisista, derivando de ello el cuestionamiento de la capacidad de autoconservación (Zubieta Silva, 2016). La persona que se dializa se siente incapaz de cuidar de sí mismo para poder vivir, ya que debe delegar esta tarea a una máquina y al equipo de salud. A esto se suman las restricciones y alteraciones en el estilo de vida que supone el tratamiento. Todo esto desencadena un proceso de duelo a través del cual la persona intentará elaborar todas las pérdidas suscitadas. Ante este panorama, se vuelve de relevancia la presencia del psicólogo clínico.

En palabras de Martorell (2015), “Los pacientes con sus múltiples quejas, dolores y padecimientos, denuncian el terror ante la muerte” (p.5). La labor del psicólogo tenderá a alojar y facilitar el espacio para que las manifestaciones emocionales tengan lugar. Tal como plantean Finquelievich y Gabay (2002)” la subjetividad del individuo marcará la relación que establezca con su dolencia y con las prácticas médicas dirigidas a la curación de su cuerpo orgánico.” (p. 28). En este sentido, el proceso de enfermar se asienta sobre una tríada conformada por la enfermedad en sí misma, quien la padece y lo referido al equipo médico y las tecnologías necesarias para su tratamiento.

Los avances tecnológicos en el campo de la medicina posibilitaron que enfermedades antes incurables puedan ser tratadas, permitiendo en el caso de quien padece IRC, permanecer con vida modificando algunas funcionalidades orgánicas que garantizan cierto recupero de la salud. Sin embargo, en muchos casos surgen reticencias a aceptar un tratamiento, que, de acuerdo a los autores,

Sería el momento en que muestra su presencia la subjetividad, a través de actos de negativismo, de fantasías intolerables (castración, muerte, robotización, etc.) o de la percepción del propio cuerpo como algo extraño y, por ello, ligado a vivencias de lo ominoso, entre otras posibilidades. (p.28)

Es a partir de estos efectos de lo subjetivo sobre el tratamiento médico que se vuelve necesaria la intervención del psicólogo como interconsultor. De acuerdo a Alekseiuk (2014, citado en Agüero Pozzo y Aquino Cabral, 2017):

La interconsulta (IC) es un espacio de participación interdisciplinario donde se encuentran dos disciplinas con diferentes teorías explicativas, modelos de acción, que surge ante la presencia de un malestar y que interfieren en el acto de curar y en relación a la atención de un paciente. (p. 427)

Retomando la propuesta de Coronel (2015) es posible pensar el desarrollo del dispositivo en tres momentos diferenciados. El primer momento alude al pedido, ya que la IC comienza cuando la medicina, desde su discurso, no logra responder a una determinada problemática. “Es en este momento cuando el médico solicita nuestra intervención, (...) lo primero que hacemos es escuchar qué y para quién demanda” (p.185).

Al tomar contacto con el usuario se da lugar al segundo momento, que corresponde a la entrevista propiamente dicha. En ella “se apuesta a establecer las condiciones mínimas de escucha que permitan dar cabida a un sujeto, aquel que queda eludido en el discurso de la medicina” (p.188). Tomando en cuenta la relación que cada usuario establezca con su palabra, podrá determinarse la continuidad de las entrevistas o la conclusión de la IC.

Luego de realizarse las entrevistas, se procede al momento final de la IC que comprende la devolución al médico en forma oral, y la inscripción en la historia clínica del usuario. En este tercer momento se privilegian los intercambios discursivos con el médico que favorezcan el tratamiento del usuario. Tal como menciona la autora “La importancia de este momento de diálogo con el médico la verificamos en los nuevos pedidos realizados, que producen la circulación de demandas, otorgándole consistencia al dispositivo” (p.190).

A lo largo de todo el proceso de la IC, el profesional psicólogo realizara un diagnóstico situacional, teniendo en cuenta los distintos elementos que la conforman. Esto será de utilidad para detectar si existe alguna patología psiquiátrica de base o desencadenada que no corresponda a las manifestaciones emocionales propias de la situación hospitalaria que atraviesa el individuo.

En relación a las disposiciones de ejercicio para el psicólogo clínico, tal como plantea la Ley 7.106 de Ejercicio Profesional de la Psicología (1984), la orientación psicológica junto a la educación son dos funciones primordiales. Es posible pensar la labor del psicólogo clínico sostenida en tres pilares fundamentales de aplicación. Por un lado, se brinda una escucha activa a la persona que se dializa, ofreciendo un espacio en el cual plantear sus inquietudes y necesidades. El psicólogo también puede informar, en casos que sea necesario, acerca de la

patología y su tratamiento para poder esclarecer inquietudes. Asimismo, puede contribuir a la adquisición de conductas de autocuidado, apostando a rescatar la autonomía del sujeto.

A lo largo del tratamiento, el psicólogo clínico realiza una “exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad” (Ley 7.106 Ejercicio Profesional de la Psicología, 1984, p.2) para conocer el estado emocional del usuario. Tal exploración será situacional y en estrecha relación con el proceso de duelo que atraviesa la persona hemodializada. Sin embargo, en caso de identificarse dificultades que pueden derivar en sintomatología psicopatológica, se trabajará de forma conjunta con profesionales de Psiquiatría. Un pilar fundamental en la labor del psicólogo clínico será la familia del usuario, a quienes se les brinda un espacio de contención emocional, a través del cual se pueda orientar en el cuidado y sostén del familiar que se dializa, acompañando en el proceso.

Otro plano posible de intervención será a través de la capacitación a los profesionales del área. El psicólogo brindará información acerca de las características psicológicas y las alteraciones psíquicas más frecuentes en la IRC, como así también herramientas para aprender a lidiar con sentimientos y conflictos que la práctica les suscita. Esto permitirá una mejora en la calidad de la asistencia brindada y los vínculos que se entablan con los usuarios.

Para finalizar, retomando los aportes psicoanalíticos freudianos, el trabajo del psicólogo en estos casos puede resumirse como un intento de rescatar la subjetividad de la persona, lo que le permitirá interrogarse desde otro lugar sobre su padecimiento. Tal como plantean Basualdo y Collarino (2009), interviniendo “como posibilitadores en el dolor y no como obturadores del proceso del duelo” (p.285). Este trabajo de duelo permitirá a la persona aceptar su nueva condición vital, tolerando lo que no es posible e integrando sus posibilidades físicas y psíquicas al curso de su vida. Al conectarse nuevamente con su historia, sus proyectos y sus vínculos, desde allí podrán sostenerse.

7. MODALIDAD DE TRABAJO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo comprende la sistematización de una experiencia enmarcada en el contexto clínico, utilizando a nivel metodológico un diseño de tipo cualitativo. Siguiendo a Jara (2013):

La sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. (p. 4)

En tal sentido, se intentará reconstruir la experiencia, para así interpretarla críticamente y producir conocimientos significativos desde la particularidad de lo vivido, enfatizando los saberes de quienes han sido protagonistas de la misma.

En consonancia con lo anteriormente mencionado, la perspectiva cualitativa se prefiere en tanto "...se busca comprender la perspectiva de los participantes acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad." (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2010, p.364), articulando la práctica con conocimientos teóricos que permitan dar cuenta de lo vivenciado.

7.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

Se seleccionaron ocho usuarios de entre 34 y 63 años, dos de sexo femenino y seis de sexo masculino, que al momento de ser entrevistados presentaron diagnóstico de insuficiencia renal crónica y se encuentran bajo tratamiento hemodialítico en el "Hospital Córdoba" con una oscilación temporal que varía en todos los casos, con el objetivo de dar cuenta el atravesamiento de las diferentes etapas de adaptación psicológica a la hemodiálisis.

Al final del apartado se presenta una tabla (Tabla 1) que detalla cada uno de los casos seleccionados.

7.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para dar respuesta al eje planteado, uno de los instrumentos utilizados fueron los registros de campo, que se tratan de anotaciones descriptivas de las situaciones observadas en las distintas actividades de las cuales fui participando, enlazando esta información con algunas percepciones subjetivas y valoraciones teóricas. A lo largo de todo el proceso de la práctica, a su vez también se utilizó la técnica de observación, participando en la mayoría de las actividades activamente. En el caso del enfoque cualitativo, la observación “No es mera contemplación; implica adentrarnos en profundidad a situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones” (Hernández Sampieri et al., 2010, p.411).

Otra herramienta utilizada fue la entrevista semiestructurada, que siguiendo a Hernández Sampieri et al. (2010) “se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados” (p.418). Esto permite que los participantes puedan expresarse de manera más fluida acerca de su experiencia, posibilitando a su vez que el entrevistador focalice los puntos de interés sobre los cuales se intenta indagar.

7.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización del siguiente trabajo, de acuerdo a la Ley 26.529, será preservada la confidencialidad de los datos personales, respetando así el derecho a la intimidad de las personas involucradas, modificando aquellos datos referidos a nombres, domicilios y otras cuestiones que impliquen la vida privada de los participantes.

Al momento de realizar las entrevistas, se garantizó la confidencialidad de los datos y el anonimato de todos los participantes, informando que la participación del estudio es de forma voluntaria, solicitando para ello su consentimiento informado. Tal como se plantea en la Ley de Protección de los Datos Personales (Ley 25.326, 2000, art.5):

El tratamiento de datos personales es ilícito cuando el titular no hubiere prestado su consentimiento libre, expreso e informado, el que deberá constar por escrito, o por otro medio que permita se le equipare, de acuerdo a las circunstancias.

Todos los participantes fueron informados acerca de los objetivos y alcances del presente trabajo, indicando que su participación no implica ningún perjuicio para su persona.

Nombre	Edad	Lugar de Residencia	Tiempo de DX	Tiempo en diálisis	Enferm. asociadas	Grupo conviviente
Pedro	34	<i>Córdoba capital</i>	16 años	Reingreso hace una semana	HTA	Solo
Marcela	51	<i>Córdoba capital</i>	6 meses	2 meses y medio	No	Marido, Madre, 2 hijas y 3 nietos
Luis	54	<i>Córdoba capital</i>	20 días	20 días	-	Esposa
Laura	56	<i>Córdoba capital</i>	2 años	2 meses y medio	DBT	Marido y una hija
Raúl	52	<i>Córdoba capital</i>	7 años	7 años	-	Dos hijos
Martin	42	<i>Córdoba capital</i>	1 año	Reingreso hace una semana	No	Esposa e hija
Julio	57	<i>Córdoba capital</i>	4 años y medio	4 años y medio	-	Esposa e hija
Omar	63	<i>Córdoba capital</i>	3 años y medio	3 años y medio	HTA	Vive solo

Tabla 1
Casos seleccionados

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

Inicié mi Práctica Profesional Supervisada en el Hospital Córdoba el mes de abril del año 2019. A lo largo de la misma tuve la posibilidad de participar en distintos espacios y actividades: junta calificadora de discapacidad, junta médica, consultas psiquiátricas, psicoterapia individual, interconsultas médico-psicológicas, valoraciones psicológicas para candidatos a trasplante renal, entrevistas psicológicas en sala de diálisis, taller de musicoterapia, revista de sala en Instituto de Quemados y grupo psicoterapéutico.

La junta calificadora de discapacidad se compone de un equipo interdisciplinario integrado por una médica, una trabajadora social y una psicóloga que realizan una revisión de todos los pacientes que se postulan para acceder al Certificado Único de Discapacidad (CUD), trabajando en red con el resto de las jurisdicciones del país.

Para emitir el CUD es necesario certificar con documentación la patología que subyace a la discapacidad. El CUD se emite por un plazo mínimo de seis meses y un plazo máximo de diez años, existiendo la posibilidad de renovación, y contempla prestaciones tales como rehabilitación, integración escolar, estimulación temprana, hogar de día, transporte, entre otras.

Para la evaluación de los usuarios se utiliza un protocolo basado en los criterios de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Se evalúan las potencialidades de la persona, tomando en cuenta cuatro áreas: funciones corporales, estructura corporal, actividad y participación, y factores ambientales. La utilización de este manual supone un cambio de paradigma en la concepción de la discapacidad, focalizando las posibilidades de la persona y ya no el órgano enfermo y las deficiencias que produce.

En el tiempo que participé de esta actividad pude observar concurrir a personas con diversas discapacidades, en un comienzo mi rol fue principalmente de observador participante para luego integrarme paulatinamente al proceso de evaluación. Los atravesamientos sociales que son inherentes toda patología orgánica, en este caso no fueron una excepción. En algunos casos, concurrían niños que incluso contando con obra social no tenían posibilidad de realizar su tratamiento porque se les negaba esto. En otros casos, los individuos no calificaban para el CUD, pero llegaban movilizados por la necesidad de contar con la cobertura gratuita del transporte o alguna pensión monetaria ya que no podían trabajar. En estos últimos casos, debía remitirse a la persona a la dependencia correspondiente, la junta médica de incapacidad.

La junta médica estuvo en funcionamiento hasta el mes de agosto en el Hospital, estaba integrada por un psiquiatra, una psicóloga y un médico clínico. Se abocaba a la tramitación de aptos psicológicos laborales, curatelas en casos de pacientes que precisan de representante legal, y también pensiones por incapacidad para aquellas personas que por alguna patología orgánica, sin poder llegar a considerarse discapacidad, se ven imposibilitados de realizar alguna actividad laboral. En varias oportunidades, quienes asistieron presentaban alguna patología psiquiátrica como por ejemplo un individuo que padecía esquizofrenia y recientemente había retomado su tratamiento, pero deseaba tramitar la pensión ya que se veía imposibilitado de trabajar.

A lo largo del año también tuve la oportunidad de presenciar consultas psiquiátricas atendidas por dos profesionales del servicio. Poder compartir con ambos en distintos espacios y momentos de mi práctica me permitió conocer dos modalidades distintas de abordar padecimientos de salud mental dentro de una misma especialidad médica. Si bien en un caso se enfatizaba más el seguimiento de la evolución sintomática a partir del discurso del usuario, en otro caso el profesional intentaba develar el sentido que la persona le otorgaba a estos síntomas. Un ejemplo fue el caso de una mujer que el neurocirujano derivó por sintomatología ansiosa y depresiva, y dificultades para dormir. La persona fue operada años atrás por un aneurisma. Indagando un poco acerca de la historia personal, relató que el aneurisma se desencadenó luego de la muerte de su madre, con quien vivió toda su vida. La psiquiatra intervino preguntando “*¿Qué relación hace entre la enfermedad de su mamá y la suya?*” (Registro, 13/8/19). Dicha intervención permitió que esta persona reflexionara sobre lo que le sucedía. Su elevado monto de angustia, de acuerdo a la psiquiatra, quizás se debía a un proceso de duelo que aún no podía elaborar en relación a su madre.

En todos los casos, por parte de ambos profesionales, se realizó la valoración de cada caso en particular. Sin dejar de lado dificultades a nivel burocrático que generaron extensas demoras para acceder a los turnos, siempre intentaron privilegiar el discurso y la palabra de la persona, como paso previo a prescribir la medicación. También en algunos casos se sugirió realizar psicoterapia, generalmente como pilar de apoyo al tratamiento que se acordaba. En una oportunidad, por ejemplo la psiquiatra indicó un esquema farmacológico inicial que permitiera “*despegarse del estado angustioso y poder pensar con más claridad, más objetivo*” (Registro, 23/7/19), sugiriendo además que en un tiempo posterior a iniciada la medicación sería favorable que realizara psicoterapia, para poder comenzar a elaborar lo que le estaba

sucedido, remarcando la necesidad de que primero transcurriera al menos un mes de la toma de medicación para estabilizarse anímicamente.

En el espacio de psicoterapia individual, pude tomar contacto con variadas patologías psiquiátricas, destacándose los cuadros de ansiedad y depresión. En la mayoría de los casos, las problemáticas emocionales aparecían atravesadas por lo orgánico, pero esto no las definía, sino que el factor vincular insistía en casi todos los casos.

“Me saturé muchísimo con P, tuvo un episodio muy feo del corazón, la pasé sola”, “tengo dos jefas muy tóxicas, siempre me callo, no quiero que me afecte más lo que la gente me dice” (Registro, 9/5/19) refirió una joven como ejemplo de la angustia que le generaban los conflictos vinculares que estaba atravesando; *“mi padre está muy ansioso y nos pone a todos mal”* (Registro, 30/5/19) comentó otro usuario que manifestaba sintomatología ansiosa y encontraba motivos en relaciones familiares conflictivas.

“Llega un momento en que tengo ganas de pegarme la cabeza contra la pared”, “siempre pensando, las deudas, problemas económicos” (Registro, 13/6/19) sostuvo un paciente que funciona como único sostén económico en su hogar y consulta por sintomatología ansiosa; *“siento que me voy a morir en cualquier momento, no doy más, el dolor que me produce toda la situación es inmenso”* (Registro, 13/6/19) comentó una paciente angustiada, con síntomas depresivos, por conflictos severos por la tenencia de su hijo.

A partir de la invitación espontánea de algunas profesionales del servicio, asistí a diversas interconsultas solicitadas desde Clínica Médica. Pude conocer un poco más acerca del rol del psicólogo clínico en el trabajo con otras disciplinas. Las distintas interconsultas me permitieron tomar contacto con patologías, en su mayoría de curso crónico. En algunos casos el pedido de interconsulta se refería a la falta de adherencia al tratamiento, en otros se vinculaba más al estado emocional de la persona internada. Por ejemplo, entrevistamos a un individuo que se encontraba internado por un intento de suicidio a causa de haber sufrido la pérdida de un hermano tiempo atrás. En relación a lo sucedido pudo decir *“pase por unos momentos feos, me sentía solo, aturdido”, “sé que mis hijas están con psicólogo, ahora me doy cuenta que por querer hacerme daño solo hice daño a los otros”* (Registro, 18/6/19). A partir de entablar un diálogo con la psicóloga y sentirse escuchado, la interconsulta ejerció un efecto terapéutico sobre él. La profesional le sugirió que sería bueno poder iniciar una psicoterapia en la cual trabajar acerca de lo que lo llevó a este accionar, ofreciéndole antes de su alta la posibilidad de encontrarse nuevamente para poder conversar un poco más acerca de lo ocurrido.

Las primeras veces que asistí, las condiciones físicas que presentaban estas personas generaron un impacto en mí, sobre todo en caso de enfermedades terminales. Generalmente se

encontraban desnudas, con sólo una sábana tapando su cuerpo, y en algunos casos por la evolución propia de la enfermedad se veían muy debilitadas. La sensación transmitida era de indefensión y sufrimiento. Con el paso del tiempo, logré tolerar un poco más la movilización emocional que esto generaba para atender mejor al discurso de la persona.

En otras ocasiones, asistí al Instituto del Quemado junto a una psicóloga, esta oportunidad me permitió conocer un poco acerca del rol del psicólogo en tal dependencia. Por ejemplo, el caso de una mujer que se encontraba internada por quemaduras que según refería habían sucedido en un accidente doméstico, pero hacían sospechar de hetero agresión por parte del marido. La psicóloga planteaba que si bien ciertos aspectos del discurso que ella había captado, y que a mí también me resonaban, daban cuenta de que algo más de lo relatado había sucedido, si la paciente no declaraba algo distinto no era posible intervenir desde otro lugar, explicándome también que *“el modo de intervenir desde lo psicológico con los pacientes que llegan al Quemado es intentando evitar repreguntas, el profesional se atiene al discurso del paciente, y si luego hay una demanda de Salud Mental por parte del paciente, esto puede desencadenar la posibilidad de hablar de otras cuestiones.”* (Registro, 14/5/19).

Algunas semanas pude compartir junto a una psicóloga del servicio las valoraciones psicológicas para quienes se postulaban a un trasplante renal. En dicha valoración se tomaban los datos personales y se realizaban algunas preguntas de exploración para poder conocer un poco más de la historia del paciente y su enfermedad. En prácticamente todos los casos, las personas ya se encontraban bajo tratamiento de diálisis o en algún momento lo habían realizado. A partir del discurso de estas personas, pude conocer las diferentes modificaciones que tuvieron que afrontar a partir del diagnóstico de la insuficiencia renal. También pudieron narrar las implicaciones que tuvo la enfermedad, y en muchos casos la diálisis, en sus vidas cotidianas, y en la dinámica familiar.

En todos los casos, la recepción del trasplante era algo muy esperado y que generaba mucha ilusión en los pacientes, por la posibilidad que suponía de poder mejorar la calidad de vida, como refirió un paciente *“estoy esperando con ansias el trasplante, que me cambie la vida”* (Registro, 21/5/19) y volver a hacer cosas que ya no podían, como por ejemplo trabajar.

A partir del interés que suscitó en mí conocer acerca de la patología de disfunción renal y las implicaciones en la vida de la persona, comencé a realizar búsqueda bibliográfica que me acercara al eje de trabajo. En el mes de septiembre pude definir el eje definitivo de sistematización de la práctica, denominado *“Vicisitudes del tratamiento hemodialítico en personas que padecen insuficiencia renal crónica”*. Posteriormente, comencé a asistir durante varias semanas a la sala de diálisis para entrevistar junto a una psicóloga diferentes usuarios

allí. En estas entrevistas fue posible conocer los diferentes significados que estas personas atribuyen a su tratamiento, que están estrechamente vinculados con el modo en que se posicionan ante la enfermedad. Un ejemplo de esto fue el caso de un hombre, que diez años después de trasplantado tuvo que volver a diálisis. El impacto de este regreso no fue tan disruptivo, ya que previamente se había dializado a lo largo de seis años, por lo cual manifestó *“ya lo asumí; trato de tomar esto como si fuera un trabajo”* (Registro, 8/8/19). Esto dio cuenta de la singularidad de los efectos en el ingreso a diálisis dependiendo de la historia personal de cada sujeto.

A nivel grupal, pude formar parte de dos espacios. Por un lado, el taller de musicoterapia, coordinado por una psicóloga y una psiquiatra que pertenecen al servicio, además de al menos dos profesionales del área de Fonoaudiología. Dicho taller, en palabras de la psicóloga *“Se trata de un espacio que pueda rescatar un poco más lo saludable de cada uno, que no se trate solo de que las personas tengan que ir al hospital porque están enfermos o deben ver algún médico, sino que es un espacio para el bienestar, para la salud.”* (Registro, 22/4/19).

Este espacio funciona desde hace varios años, participan aproximadamente seis usuarios por encuentro. La primera parte del taller funciona con una modalidad similar a la de un grupo terapéutico, privilegiando la palabra de los participantes, y en la segunda parte de su desarrollo adopta la modalidad de taller de música. Algunos tópicos enunciados fueron la ansiedad, en relación a lo cual un paciente refirió *“no sé cómo controlar la ansiedad, soy tipo piraña para comer”* (Registro, 22/4/19) ante ciertas dificultades que ha tenido al momento de registrar el hambre y su relación con el estado emocional. Otros temas que también surgieron fueron la locura y el dolor, al respecto algunos comentarios de una paciente fueron *“cuando me agarra la locura, me mareo”*, *“estoy con una pata abajo y una arriba”* (Registro, 22/4/19) en relación a distintas afecciones orgánicas que ha sufrido y la hacen sentir de ese modo.

A través de la música y el movimiento, como herramientas terapéuticas, pude observar otro modo de trabajar sobre distintas temáticas que aquejan a los participantes, entre las cuales muchas veces el cuerpo está involucrado. Con la coordinación del equipo, previo al uso de la música como herramienta en sí misma, se suelen realizar diferentes ejercicios de meditación. Estos ejercicios permiten en algunos casos reducir tensiones y ansiedades que los participantes traen al taller, y tomar conciencia de la corporalidad de cada uno y de la presencia real en ese momento, posibilitando dejar de lado pensamientos invasivos.

El valor terapéutico del grupo en sí mismo, si bien no resulta objetivo principal del taller, se vislumbra en todas las sesiones. Tanto en la primera parte del mismo, que suele

dedicarse más al compartir las vivencias cotidianas de los participantes y dialogar un poco sobre lo que cada uno trae, incluso si se plantea algún sufrimiento, como en la producción musical en sí misma, en la cual entre todos seleccionan las canciones a interpretar, acompañándose en los cantos e incentivándose entre todos a cantar, sin importar lo bien o mal que lo hagan, y por el simple hecho de disfrutarlo y liberar las tensiones que traen consigo.

Por otro lado, formé parte del grupo psicoterapéutico que coordina una psicóloga del servicio. Al mismo asisten seis usuarios que previamente realizaron psicoterapia individual con la psicóloga y en algún punto del proceso, ella les sugirió incluirse al espacio.

A lo largo de las sesiones, la psicóloga señala en diferentes momentos cómo se va dando la dinámica del grupo. La tarea que el grupo se dispone a trabajar en cada sesión se desprende de lo que los mismos participantes aportan, sin existir un tema establecido previamente. A partir de la construcción colectiva se van destrabando conflictos individuales que a su vez atraviesan a todos de un modo diferente.

Formar parte de este espacio me ha permitido conocer los distintos modos de funcionamiento grupal y la riqueza de los aportes que cada uno puede incorporar de los demás. En algunos casos, por ejemplo, uno de los participantes asumió el rol de queja del grupo, mientras que otro adoptó una posición más depresiva, que no sólo era propia sino de todos.

En ambos espacios grupales se me brindó la libertad de intervenir y aportar según lo creyera pertinente al tema de trabajo que se tocaba, esto me permitió afianzar un poco más la confianza en el rol que me encuentro próxima a desempeñar. Podría decirse que, a lo largo de este año, mi participación en los distintos espacios fue evolucionando. Inicialmente se limitó a la observación, en muchos casos participante, permitiéndome desplegar distintas inferencias que me hubieran surgido al presenciar las entrevistas. Siempre conté con la apertura de los profesionales ante las inquietudes que me fueron surgiendo al conocer acerca de los usuarios y los distintos padecimientos manifestados, esto me ha resultado de sumo valor en mi proceso de aprendizaje.

8.2 ANÁLISIS DE DATOS

En el siguiente apartado, se realizará una articulación teórico- práctica para analizar e interpretar las experiencias que tuvieron lugar en la práctica profesional supervisada a los fines de dar respuesta a los objetivos planteados.

En primer lugar, se intentarán identificar las manifestaciones emocionales de los pacientes en las distintas etapas de adaptación al tratamiento hemodialítico.

Luego, se indaga acerca de las actitudes de los usuarios hacia la enfermedad, en las distintas etapas de adaptación al tratamiento hemodialítico.

Finalmente, la descripción del rol del psicólogo clínico a lo largo del tratamiento hemodialítico, en personas que padecen insuficiencia renal crónica.

8.2.1 MANIFESTACIONES EMOCIONALES EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE ADAPTACIÓN A LA HEMODIÁLISIS

Tal como se ha planteado a lo largo de la perspectiva teórica, las personas que padecen IRC atraviesan distintas manifestaciones emocionales a lo largo de su adaptación al tratamiento. Esto es así debido a que el ingreso a este tipo de tratamientos enfrenta a los pacientes a una situación de crisis. En ella se pondrán en juego sus mecanismos adaptativos ante esa amenaza real de pérdida y frente a la cual, en palabras de Rivera-Vázquez y Rojas (2017) “el paciente debe hacer un esfuerzo por adaptarse y rediseñar su vida en función de las limitaciones de su enfermedad.” (p.83)

Siguiendo con lo mencionado, Rudnicki (2006) explica que “la enfermedad precipita la pérdida del control interno y del medio ambiente” (p. 281), ya que en la sesión de hemodiálisis la persona adopta una actitud pasiva, volviéndose dependiente de quien lo atiende y de la máquina. Por tal motivo, la dependencia física y emocional supone un conflicto de relevancia de quien se encuentra en hemodiálisis, lo cual requiere un proceso de adaptación en tanto el

cuidado de su organismo y su salud deberá ser compartido con profesionales y terceros a quienes necesariamente deberá integrar al curso de su vida.

Teniendo en cuenta la propuesta de la autora anteriormente mencionada, se propone en esta instancia visualizar las fases retomadas por la autora desde el discurso de uno de los usuarios entrevistados. El caso de Pedro fue seleccionado para dar cuenta del proceso de adaptación al tratamiento dado que en él pudo visualizarse el desarrollo de las distintas etapas a lo largo de diferentes momentos vitales, y en entrecruzamiento con sucesivas crisis vitales y accidentales, de ahí la riqueza del material.

De acuerdo con Garcia y Calvanese (2008, citados en Cantú Guzmán, Uribe Arnaiz y Cirlos Martínez, 2011): “Los avances en la tecnología de los tratamientos sustitutivos garantizan la supervivencia de los enfermos, pero no necesariamente se traducen en un completo bienestar físico, emocional y social.” (p.92). En el proceso de adaptación al tratamiento que la persona debe realizar, si bien se atraviesa por distintas etapas ya planteadas en el marco teórico, se genera la necesidad de incorporar una imagen y una identidad nuevas por los cambios que la persona percibe tanto desde su aspecto físico como en su estilo de vida.

La IRC en función de su cronicidad evoluciona a lo largo del tiempo y esto demanda por parte de quien lo padece un proceso de ajuste a la enfermedad y al tratamiento que se le asigna. Desde lo planteado teóricamente es posible pensar el proceso de adaptación, en este caso al tratamiento de hemodiálisis, en distintas etapas que los autores distinguen desde que la persona inicia su tratamiento. Sin embargo, la sucesión de estas etapas no es lineal ya que en cada persona el proceso de adaptación se conjuga con los tiempos psíquicos particulares de cada uno. En este sentido, las distintas crisis tanto vitales como accidentales que cada individuo atraviesa a lo largo de su vida pueden contribuir, o no, a que la persona logre atravesar ciertas etapas de adaptación mucho tiempo después de lo planteado e incluso pueda resignificarlas.

Pedro, quien fue diagnosticado a los 18 años de edad, es entrevistado más de quince años después, reconociendo que en el momento de su diagnóstico había adoptado una actitud completamente pasiva frente a su tratamiento y al manejo de su enfermedad. Según refiere:

“Yo empecé a los 18 años, tuve la falla renal, nunca se me explicó cuál fue la causa, nunca se me hizo biopsia, y yo me dialicé cinco años.” (Pedro, registro 21/11/19)

En este sentido, cabe mencionar la importancia del acompañamiento psicológico al usuario desde el momento del diagnóstico, junto a la calidad de la información que se le brinda. Esto puede resultar decisivo en el modo en que la persona encara el proceso de adaptación a su tratamiento, tan singular como lo es cada individuo.

Tal como mencionan Basualdo y Collarino (2009) la historia personal, la información recibida sobre la enfermedad y el tratamiento, y el pronóstico futuro interactúan de forma dinámica, influyéndose mutuamente; “de acuerdo con la manera en que se asocien e integren estos tres aspectos será el proceso de elaboración del dolor que el paciente pueda realizar. (p.282).

A partir del diagnóstico y del ingreso precipitado de Pedro en hemodiálisis, es que la familia por no estar conforme con la calidad del tratamiento que se le estaba brindando deciden consultar en Córdoba y allí es cuando se le realiza un trasplante siendo donante una de sus hermanas. Sin embargo, la decisión del trasplante fue primordialmente tomada por su familia, ya que según refiere: *“Yo siempre fui una persona rebelde, yo nunca pensaba en el trasplante, porque sabía las complicaciones, no podés llevar una vida que lleva una persona normal de 18 años que tiene mucha fiesta.”* (Pedro, registro 21/11/19).

Tomando como referencia las fases de adaptación al tratamiento de la hemodiálisis, el ingreso suele ser percibido como un alivio debido a la mejoría física y emocional que la persona experimenta. A pesar del alivio físico experimentado al inicio, Pedro al haber sido diagnosticado en plena adolescencia y no poder llevar el mismo estilo de vida que sus pares, inició el tratamiento con actitud rebelde y desinteresada.

“Yo me dialicé cinco años, y yo iba en el horario de 4 a 9, y a mí se me iba la vida...se me iba la vida porque imaginate, tenía 18 años, me amanecía, me levantaba a la 1, 2 de la tarde, me iba a diálisis y volvía a la noche.” (Pedro, registro 21/11/19).

Tal como plantea Zubieta Silva (2016) “El diagnóstico de una enfermedad renal, constituye una herida narcisista profunda donde el paciente se cuestiona constantemente sobre sus capacidades más importantes de autoconservación.” (p. 22). La capacidad de cuidarse de sí mismo falla y esto puede hacer que la persona se sienta incapaz de ello, “delegando a otro esta tarea (equipo de salud), lo que incrementa su dependencia, por lo tanto, no actúa para resguardar su vida.” (p. 22).

En contraposición a la experiencia de inicio en el tratamiento, Pedro vivenció la cirugía de trasplante como un símbolo de libertad ya que le permitía no tener que asistir todas las semanas a diálisis, sintiendo de algún modo ese tiempo como perdido. Tal como relata:

“Para mí fue algo lindo el trasplante en un momento cuando sentí la libertad y llegaba martes, jueves y sábado y yo estaba en mi casa.” (Pedro, registro 21/11/19).

Sin embargo, teniendo en cuenta las fases de adaptación, es posible pensar que para poder llegar a percibir la posibilidad del trasplante como una alternativa que implica mayor

nivel de independencia, es necesaria alcanzar cierta maduración en la adaptación al tratamiento que en el caso de Pedro no se había dado. Posterior al trasplante, él sostuvo una conducta de cuidado que mucho distaba de cumplir adecuadamente las indicaciones médicas recibidas, tal como sucedió los años anteriores en los que se dializaba. Algunos extractos de la entrevista dieron cuenta de ello: *“Yo no me dializaba bien, había veces que no iba semanas enteras (...) Los cinco años fueron así, pura rebeldía, faltaba, tomaba de lunes a lunes, consumía drogas, tenía mala relación con toda la gente en el centro de diálisis, muy complicado.”* (Pedro, registro 21/11/19).

En relación a lo que la diálisis significaba para él, Pedro menciona: *“No me costó, yo creo que hace poco lo asimilé al proceso ese, no en el momento que lo tenía que asimilar sino hace poco, pero no lo supere porque yo después que me trasplante tenía pesadillas todas las noches de que estaba en diálisis, nunca se me fueron esas pesadillas.”* (Pedro, registro 21/11/19).

Considerando las fases estudiadas, sería esperable que luego del trasplante Pedro hubiese avanzado a la fase de adaptación propiamente dicha, alcanzando la aceptación de las limitaciones propias del tratamiento, y de su dependencia respecto del mismo. Sin embargo, el hecho de vivenciar pesadillas sobre la diálisis, dieron cuenta de que el tratamiento no había sido asimilado. Si bien esto no sucede de un momento a otro, es ahora que Pedro se encuentra transitando este proceso, su actitud hacia el tratamiento es muy diferente a la que sostuvo al inicio, probablemente el haber madurado en otros aspectos de su vida le permitió encarar este proceso con mayor responsabilidad.

Tal como plantea Pérez (2010):

Trabajar la aceptación de la enfermedad y el tratamiento en este caso requiere de un proceso de luto. Para los pacientes renales crónicos en tratamiento de hemodiálisis, esta capacidad de realizar el luto supone mucho más que tolerar ser conectados a la máquina como principal factor para aliviar sus dificultades. Según Rudnicky (2006), esto también supone trabajar con conflictos antiguos, comprometerse con su nueva imagen corporal, muchas veces alejarse de sus familiares y el hogar, de los amigos y del trabajo, para asumir una nueva identidad: la de enfermo renal crónico en tratamiento de hemodiálisis. (p.70)

Pedro, en un extracto de su entrevista menciona no haber terminado sus estudios por sentirse incomodo con su imagen física: *“No, no porque cuando empecé, me daba un poco de... no me daba vergüenza, me molestaba que la gente me preguntaba siempre por la fístula,*

¿qué tenés ahí? Era molesto..., yo siempre fui una persona agresiva, entonces opté por alejarme del estudio, alejarme de mucha gente” (Pedro, registro 21/11/19).

En ese momento de su vida, en los primeros años de su tratamiento, no logró apropiarse de su cuerpo e interiorizar el proceso que estaba atravesando. Es de suponer que este fue uno de los motivos por los cuales no logró sostener su adherencia al tratamiento. En relación a su entorno más cercano, si bien su familia siempre estuvo presente acompañándolo desde el inicio, a lo largo de la entrevista él se reconoció como una persona difícil, tal como mencionaba:

“He sido una persona muy difícil yo, y bueno, hasta que no se, paso esto, creo que me cambió un poco la vida el nacimiento de mis hijos, empecé a pensar diferente.” (Pedro, registro 21/11/19).

La posibilidad de haber formado una familia propia, convertirse en padre y asumir las obligaciones que todo ello conlleva hicieron que Pedro otorgara mayor atención a su tratamiento. Desafortunadamente, su hijo menor enfermó de leucemia, lo que modificó la dinámica de toda la familia ya que Pedro lo acompañó a lo largo de su tratamiento en otra provincia. Al verse abrumado por esta situación, Pedro no pudo sostener el control de su medicación y la abandonó por varios meses. Tras sufrir el fallecimiento de varios seres queridos, incluido su hijo menor, dejó por completo el tratamiento produciéndose una desinvertidura total de su entorno, sumido en un estado de tristeza propio de los duelos que atravesaba.

Al momento de ser entrevistado, habían transcurrido tres meses desde el fallecimiento de su hijo. Pedro reingreso a diálisis forzado desde lo corporal ya que se encontraba muy debilitado físicamente con los síntomas propios de la enfermedad, y si bien comentó: *“creo que cuando me dialice fue lo mejor que me pasó en el día porque me paso todo el dolor.”* (Pedro, registro 21/11/19), lo consideró una pesadilla hecha realidad. Retrotrayéndose al comienzo de su tratamiento, refiere: *“Yo creo que era una persona muy inmadura, no era el momento para que yo pase ese proceso, porque si te cuento que hace poco yo lo he empezado a asimilar recién, todavía no está superado el tratamiento que yo he pasado hace doce años y ya estoy en otro.”* (Pedro, registro 21/11/19).

Ante la pregunta por su motivación para recomenzar el tratamiento, respondió: *“Quiero hacer cosas, pienso, pienso que es lo que me motiva a seguir, por ratos es una cosa, por ratos otra, mis hijos, tengo anhelos que quiero cumplir, tengo cosas que me gustan hacer, por ratos se me van todas las ganas, y solamente quiero dormir, pero yo cuento con mucho apoyo de mis hermanas y de toda mi familia en realidad, mi papá y mi esposa”*. (Pedro, registro 21/11/19)

Ante su respuesta, es posible observar cierta ambivalencia afectiva. Por momentos predominan aspectos del orden de lo tanático, donde el solo querer dormir se resume en dejarse sumir en un sueño mortífero que calme el dolor que en su vida le ha tocado atravesar, y en otros momentos salen a la luz recursos yoicos que hacen a la circulación del deseo en las ganas de generar proyectos, y en el apuntalamiento de la familia.

Si bien no hubo la posibilidad de realizar un seguimiento de este caso por tratarse de una sola entrevista clínica, podría pensarse que Pedro está empezando un nuevo tratamiento, no como continuación del anterior sino uno distinto, ya que las circunstancias vitales que lo atravesaron desde su diagnóstico hasta entonces hicieron que Pedro no sea el mismo que al comienzo, quizás a pesar del dolor que ha transitado, es ahora que cuenta con más recursos para afrontar lo que supone convivir con esta enfermedad.

8.2.2 ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE ADAPTACIÓN A LA HEMODIÁLISIS

“Cuando no se puede perder un sufrimiento, se termina
por perder una parte del cuerpo o la vida.”

(Braceras,2006, Libro: Psicoanálisis y Oncología)

Anoticiarse de una enfermedad supone una injuria narcisista a la que el sujeto deberá hacer frente utilizando gran parte de sus recursos yoicos disponibles. Enfermarse acerca al sujeto a su finitud y lo ubica de cara a lo que cada uno considera acerca de la propia muerte. En palabras de Pecznik (2012):

La percepción de la propia muerte es traumática en tanto el yo resulta inundado, volviéndose incapaz de administrar el exceso de estímulos, evocando un estado primitivo de desvalimiento. Se produce entonces un ataque a la ilusión narcisista inconsciente de la inmortalidad del yo y de sus vínculos amorosos, encontrándose en un duelo de características únicas: el objeto perdido será uno mismo. (p. 14)

El proceso de elaboración personal de la enfermedad permitirá que de a poco la persona pueda integrar este suceso al devenir de su vida, aprendiendo a convivir con ella. Esto es así ya que, en el caso de una enfermedad crónica, el tratamiento asignado permitirá permanecer con vida pero no implica curarse, por lo cual la persona deberá asimilar este hecho y compatibilizarlo con las demás facetas de su vida.

En el caso de la IRC, una vez recibido el diagnóstico, se pone en marcha un proceso inconsciente de ajuste a la enfermedad. A medida que transcurre el paso del tiempo, se irán adoptando diferentes actitudes hacia la misma, en función de los distintos mecanismos defensivos que la persona vaya implementando para tolerar lo intolerable del 'estar' enfermo. Tal como plantea Braceras (2006):

La estructura subjetiva cuenta con un 'menú' de mecanismos de defensa, que se implementan inconscientemente, ajenos a la voluntad, que consisten en diferentes estrategias para no vérselas con lo que el Psicoanálisis describe como la escisión del Sujeto, su falta, su incompletud, su indefensión, su imposibilidad de consistir en un ser total, sin fisuras. (p.54)

A lo largo de este apartado se describirán las distintas etapas que comprenden el proceso de elaboración del duelo planteadas por Kubler-Ross (1993) identificando a través de las mismas los distintos mecanismos defensivos que cada sujeto implementa para metabolizar el suceso vital de la enfermedad. Tal como en el caso de la adaptación al tratamiento, el sujeto irá atravesando por distintas etapas de elaboración de un modo no lineal, pudiendo retrotraerse en ciertos momentos a etapas o actitudes ya implementadas, como efecto de la metabolización continua que se realiza. Por tal motivo, la presentación descriptiva de las mismas será solo a los fines didácticos de un mayor entendimiento.

Primera fase: negación y aislamiento

Al comienzo de la enfermedad, de la mano del diagnóstico, la negación suele ser un mecanismo utilizado frecuentemente, ya que tal como menciona Kubler-Ross (1993): “La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrar al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales.” (p. 60-61).

En algunos usuarios entrevistados se repitió con frecuencia el comentario acerca de la escasa o nula información recibida al momento de ser diagnosticados. Si bien esto muchas veces sucede, lo que enfatiza la necesidad de brindar de modo asertivo la información adecuada desde el equipo médico, la repetición de este dato genera un interrogante: ¿se trata quizás de que el usuario solo escucha lo tolerable para su psiquismo? Podría pensarse que se trata de una escucha velada producto de este mecanismo inicial de negación.

Al recibir el diagnóstico, se produce un estado de conmoción temporal del que la persona se irá recuperando gradualmente. Considerando, desde el psicoanálisis freudiano, que en nuestro inconsciente no existe la noción de la propia muerte, resulta inconcebible reconocer el tener que afrontarla. Es por ello que, para poder proseguir con su vida, la persona al recibir una noticia de esta índole tiende a negarla como modo de protegerse ante el terror de lo inevitable. Según Kubler-Ross (1993):

“Dependerá mucho de cómo se le diga, de cuánto tiempo tenga para reconocer gradualmente lo inevitable, y de cómo se haya preparado a lo largo de su vida para afrontar situaciones de tensión, que abandone poco a poco su negación y use mecanismos de defensa menos radicales.” (p. 64)

Los siguientes ejemplos permiten ilustrar el efecto subjetivo que recae sobre los individuos a partir de su diagnóstico, en función de las características individuales de cada uno.

En el caso de Marcela, diagnosticada 6 meses antes de la entrevista y desde ese momento en diálisis, se toma contacto con ella a través de un pedido de IC por falta de adherencia al tratamiento, en relación a reiteradas ausencias a diálisis y resistencia a las indicaciones terapéuticas. Al dialogar con ella, refiere: *“No acepto que me esté pasando todo esto, me cuesta horrores, me cuesta dormir, tomar medicamentos (...) yo manejaba mi casa y de pronto no*

puedo hacer nada, todo eso me da mucha bronca, mucha impotencia.” (Marcela, registro 31/10/19).

En el caso, de Luis fue diagnosticado 20 días antes del encuentro, habiendo ya transcurrido algunas diálisis desde ese momento. Luis se encontraba postrado, ya que a causa de un accidente sufrido años atrás quedó cuadripléjico.

Previo al diagnóstico, Luis se sentía útil, había logrado cierto nivel de adaptación a sus condiciones físicas y ayudaba con algunas tareas de la casa dentro de sus posibilidades. Sin embargo, la noticia lo afectó mucho y esto repercutió en su estado emocional, generando falta de deseo para hacer cualquier tipo de actividad más allá de permanecer acostado.

Tal como puede observarse, en ambos ejemplos la recepción del diagnóstico significó un punto de quiebre en sus vidas, lo que se acompañó de sentimientos de tristeza e impotencia según lo relatado. Si bien esta reacción suele ser más esperable al inicio, como en el caso de Luis, tanto el mecanismo de negación como las emociones implicadas pueden resurgir a lo largo del tratamiento en distintas oportunidades. La integración de la enfermedad al curso de la vida dependerá de los recursos personales con los que cada usuario cuente, tanto internos en cuanto a su personalidad, como del entorno en función de la contención y el acompañamiento recibidos.

Segunda fase: ira

A medida que avanza el proceso de la enfermedad, la persona abandona gradualmente el mecanismo de negación para comenzar a hacer consciente la propia enfermedad y su condición de “estar” enfermo. Idealmente, el proceso de elaboración del duelo permitirá que los mecanismos defensivos utilizados vayan madurando progresivamente, para lograr al final del mismo, aunque nunca completamente, la aceptación de la enfermedad.

El uso de mecanismos más elaborados irá dando luz sobre todo aquello que el usuario va tolerando de la enfermedad. Sin embargo, en este momento aún la asimilación suele ser acotada, por lo cual aparecen sentimientos de ira, rabia, resentimiento y envidia.

Recordando que el proceso de enfermar coloca al individuo en posición de desvalimiento, se produce una regresión hacia aspectos más primitivos que resuenan con la omnipotencia del narcisismo infantil, y aparece la pregunta ¿por qué a mí? En palabras de Kersner (2000), “El paciente tiene la vivencia de estar padeciendo una injusticia. En esta fase, el médico pasará a ser el depositario de la agresión por parte del enfermo.” (p.2).

El usuario se enoja ante la percepción de que el personal médico no puede solucionar su problema, la enfermedad. Pero este enojo no queda depositado solo en el médico, sino que suele proyectarse hacia todos los objetos que rodean al usuario, incluida la familia.

Se trata del momento de mayor hostilidad, en ella “el paciente arma un proceso paranoico. Arma un estado de desamparo. Entra en posiciones paranoides, se desarma. Puede matarse o atacar afuera.” (Kersner, 2000, p.2).

Los recortes transcritos a continuación dan cuenta de la incesante batalla que se emprende en el proceso disruptivo de la enfermedad. Tal como se expuso el ataque es hacia los otros del entorno, pero también hacia uno mismo por sentirse injustamente condenado ante lo que le toca vivir.

En el caso de Laura, diagnosticada hace 2 años al momento de la entrevista, pero en diálisis desde hace pocos meses, el ingreso a diálisis incrementó sus temores y angustias ante la enfermedad. Quizás el sufrir una modificación desde lo corporal, al colocarle la fístula, la volvió más consciente de su realidad. Esto llevó a que, al momento de conocerla, manifestara que al estar en su casa no tiene ganas de hacer nada.

“Hay veces que llego a mi casa y me encierro en mi pieza y no tengo ganas de salir para nada.” (Laura, registro 12/11/19).

A la falta de deseo se sumó la proyección de su enojo hacia los familiares con quienes convive, inmersa en la sensación de no ser comprendida por ninguno de ellos.

“Hay veces que me parece que se preocupan por mi situación y hay veces que siento que no, siento que no les importo (...) es como que no quieren que yo hable, que yo les explique, porque no quieren que me ponga triste (...) es como si no quisieran enterarse” (Laura, registro 12/11/19). Se puede pensar que en las palabras de Laura se traduce la impotencia sentida por algo que quizás ella misma aún no logra comprender, desplazando este sentimiento hacia quienes la acompañan en su proceso. Esto no es sino un reflejo del desvalimiento que ella vivencia al sentirse injustamente afectada por algo que no eligió voluntariamente para su vida.

Tercera fase: pacto

Conforme avanza el paso del tiempo, el enojo y la impotencia dan lugar a una actitud de mayor apertura. El individuo comienza a aceptar la pérdida inherente a su condición, pero intenta realizar algún acuerdo que le permita retrasarla un poco, para ello se establece objetivos a corto plazo. En función de ellos, podrá encarar de otro modo el proceso de la enfermedad

como tal ya que el alcance de estos objetivos dependerá en gran medida de su cumplimiento con el tratamiento. Tal como menciona Kubler - Ross (1993) “En realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio “a la buena conducta”, además fija un plazo de “vencimiento” impuesto por uno mismo...” (p.113)

En el caso de los usuarios entrevistados, estos pactos o negociaciones con uno mismo pudieron observarse ante la pregunta acerca de lo que le permitía seguir a cada uno en el tratamiento. En la mayoría de los casos, la familia y las figuras de apoyo a lo largo del tratamiento fueron el principal motivo para seguir adelante.

En el ejemplo de Laura, mencionada anteriormente, uno de los principales motores para sostener su tratamiento y no abandonarlo han sido sus nietos.

“Hay veces que me dan ganas de no seguir, pero yo siempre cumplí y nunca dejé de venir. Creo que lo hice y lo sigo haciendo por mis nietos, porque quiero estar bien para ellos” (Laura, registro 12/11/19). En el caso de Raul, diagnosticado hace 7 años y en diálisis desde ese momento, lo que le ha permitido cumplir con su tratamiento ha sido el deseo de ganar tiempo de vida para que sus hijos crezcan y puedan volverse independientes.

“Pedir tiempo a la vida para prepararlos a ellos, que sean independientes.” (Raul, registro 11/12/19).

Sostenerse en aquello que les permite seguir, y visualizarse más allá del presente junto a estas personas, es entonces un componente de importancia para poder proseguir con sus rutinas de cuidado necesarias para permanecer con vida.

Cuarta fase: depresión

Avanzado el tratamiento, y transcurrido un tiempo prolongado desde el ingreso a diálisis, es posible que surjan sentimientos de vacío e impotencia teñidos de angustia por la sensación de pérdida percibida. Como menciona Kersner (2000):

A veces, estos síntomas son el correlato de una serie de prolongadas internaciones e intervenciones médico quirúrgicas que debilitan la organización psíquica del paciente. Así también como pueden aparecer tales signos luego de la pérdida de la posición económica y laboral que tenía el enfermo hasta el momento de declararse la enfermedad. (p.2)

En este sentido, cabe aclarar una distinción entre la propuesta de Kubler- Ross (1993) y la que aquí se piensa para el desarrollo del proceso de duelo de la IRC. En el caso de las enfermedades terminales, cuyo desenlace es la muerte, esta depresión se trata de un dolor

preparatorio que puede servir como instrumento para las pérdidas que se avizoran en un futuro no muy lejano, y que comprenden a todos los objetos de amor del individuo, incluido uno mismo.

En el caso de la IRC, donde su desenlace no incluye necesariamente la muerte, se trata más bien de una depresión reactiva frente a las sucesivas pérdidas vividas desde el comienzo de su enfermedad. Las principales son el rol laboral, que se traduce en una reducción de la capacidad económica, donde muchas veces el usuario es el principal sostén económico de la familia; la autonomía y libertad en tanto las restricciones impuestas por el tratamiento interfieren con las posibilidades de integración del usuario al grupo familiar y otros grupos sociales, sumado a diversas frustraciones percibidas desde el propio registro corporal por no sentirse habitando el mismo cuerpo que era previo a la enfermedad.

Algunos extractos de los usuarios entrevistados permiten visibilizar estas cuestiones con mayor claridad.

“Y, fue medio complicado, un cambio total de hábitos, aparte una readaptación de tu vida porque ya no, no te moves igual, no reacciona igual el cuerpo, la mente, es una adaptación total. Generalmente yo era independiente, me gustaba hacer yo las cosas y mis hijos siempre me acompañaban, pero sabía que a partir de ese momento iba a necesitar colaboración.” (Raul, registro 11/12/19). En el caso de Raul, afrontar la enfermedad supuso una readaptación de su vida en general. Desde lo corporal, el registrar que su cuerpo ya no reacciona de la misma manera que lo hacía antes, quizás con menor energía y vitalidad por todo lo que conlleva el tratamiento. Desde el plano de la autonomía poder tolerar que a partir de ese momento iba a necesitar de otros y su colaboración para poder seguir adelante.

“Si, me acompañó pero nos tuvimos que adaptar a todo nuevo, yo deje de trabajar y tuvo que, digamos lo que hacía ella antes no pudo seguir haciéndolo, porque yo trabajaba y ella cuidaba, tenemos una nena chiquita, y ella cuidaba la nena, y después tuve que dejar de trabajar yo y salir a trabajar ella” (Martin, registro 11/12/19).

Martin, diagnosticado hace 1 año y en diálisis desde hace pocos meses, refiere que tras el inicio de su tratamiento tuvo que dejar de trabajar, habiendo sido el sostén económico de su familia hasta ese momento, produciéndose una reacomodación de los roles. La transformación de la dinámica familiar supuso tolerar pasar de un rol más activo, en el que era él quien salía a trabajar y su esposa cuidaba a la hija, a uno más pasivo producto de su nueva condición. Es posible pensar que se trata, en esta instancia, de un grado mayor de conciencia sobre el ‘estar’ enfermo y menor velamiento lo que lleva al individuo a sumirse en esta tristeza. Más allá de las pérdidas reales y simbólicas percibidas, quizás lo que cala más hondo en el

sentimiento de sí mismo sea tomar conciencia de que el tiempo es finito, y que a final de cuentas lo que se pone en juego es la pérdida de uno mismo. En palabras de Pecznick (2012):

Cuando el yo se enfrenta en la realidad con la certidumbre de su finitud, entra en un proceso de duelo. Es el duelo por uno mismo que, de acuerdo con nuestra clínica, tomamos como el primer paso del enfrentamiento con la propia finitud. (p. 70)

“Siento una presión psicológica porque antes estaba enfermo yo solo, y tengo una nena de 18 años que tiene mielomeningocele, hidrocefalia, y mi señora le detectaron diabetes y claro, todo lo que yo veo acá lo llevo a mi casa, entonces la veo a ella y tengo miedo que le vaya a pasar algo” (Julio, registro 12/11/19). Julio, diagnosticado y en diálisis hace 4 años, percibe la culpa y el temor que le generan no saber si podrá estar para quienes lo necesitan, su esposa y su hija, quienes también cursan enfermedades crónicas. Posiblemente la “presión psicológica” que Julio menciona remite en última instancia a considerar en su psiquismo la noción de que su mortalidad es finita.

Quinta fase: aceptación

Arribando a la última etapa descrita por Kubler-Ross (1993) cabe recordar que hablar del duelo remite a un atravesamiento más que a una resolución, ya que se trata de un proceso que el individuo atraviesa y no de un problema a resolver de una vez y para siempre. Siguiendo esta línea, el duelo que convoca a quien padece IRC se fundamenta en la aceptación de una nueva condición de vida, tolerando muchas veces la renuncia a proyectos en marcha o imaginados hasta el momento de la enfermedad. Esto posibilitará pensarse desde un nuevo punto de partida, aceptando lo que ya no es posible y proyectándose a partir de las posibilidades físicas y psíquicas hacia el futuro.

A diferencia del duelo para enfermedades terminales, “no se trata de una aceptación de la muerte, «un dejarse morir en paz», sino que se trata de una aceptación de la vida, que incluye la esperanza de un futuro trasplante.” (Kersner, 2000, p.1) Esta esperanza se acompaña de un nuevo modo de ver la vida, muchas veces dejando de percibirlo como una injusticia para contemplarlo como una nueva oportunidad.

“Anoche, por ahí parece sonsos, pero bueno, fuimos a jugar al fútbol por primera vez después de siete años. Deje de jugar por miedo, porque yo sé, porque veo y sabes, que acá te ponen lo que vos necesitas, todo, pero el cuerpo no tiene el mismo calcio, no es lo mismo que

lo generé el cuerpo que te lo pongan, tenía ese miedo, pero bueno pude volver a jugar con mis hijos y eso ayuda” (Raul, registro 11/12/19).

Para Raul, luego de años sin jugar al fútbol y compartir ese espacio con sus hijos, animarse nuevamente a volver a hacerlo fue un signo de fortaleza, fruto de la constante reacomodación que tuvo que hacer en su vida. Aprender a conocer su cuerpo otra vez lo hizo sentir más seguro de sí mismo y todo esto da cuenta de la aceptación que Raul ha alcanzado, pudiendo integrar la IRC a su vida.

“Si, lo único que yo digo es que cuando uno está bien, no piensa en que se va a poner mal, toma, come, fuma, pero uno no toma conciencia de que eso a la larga le va a pasar factura, y bueno yo me di cuenta ahora, porque antes mi vida era otra” (Julio, registro 12/11/19). Para Julio, reconocer que todo lo que ahora tiene en cuenta acerca de su organismo y su salud, antes no lo hubiera pensado, habla de la madurez alcanzada en su conciencia de enfermedad. Ya no renegando, o al menos no de forma constante, de todo lo perdido, sino confiando en que el camino que se transita es el adecuado. El abandono progresivo del narcisismo infantil omnipotente permitiera al individuo trasladarse de la pregunta ¿por qué a mí? a una nueva pregunta ¿por qué a mí no? Así será tolerado que la enfermedad, si bien constituye un suceso vital de quiebre, es solo una parte más de la vida y restan aún proyectos por cumplir.

8.2.3 ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO EN HEMODIÁLISIS

“Porque alguien me escucha y quiere descubrir el enigma de los malestares de mi cuerpo, estos malestares cobrarán, tal vez así podrán desaparecer alguna vez.”

(Nasio, 1996, citado en Basualdo y Collarino, 2009, p. 283-284)

La finalidad de este apartado es visibilizar, desde el discurso de los usuarios seleccionados y las observaciones realizadas, las diferentes funciones del psicólogo clínico en el tratamiento de hemodiálisis en personas con IRC. Para dicho fin, se retoman las propuestas de diferentes autores que refieren a esta temática, contrastando sus planteos con el discurso de los usuarios.

El psicólogo clínico que trabaja dentro de un servicio de hemodiálisis acompaña al individuo y su familia a lo largo del proceso, brindando la información necesaria vinculada a los aspectos emocionales de la enfermedad y su tratamiento. Esto contribuye a que la persona pueda distinguir e integrar las diferentes emociones que atraviesa, recobrando así algo de su autonomía perdida. Tal como plantean Basualdo y Collarino (2009):

Cuando el paciente toma conocimiento del deterioro de su función renal, y de cuáles son sus opciones de tratamiento, si es que puede optar, comienza a implementar mecanismos de adaptación según los recursos internos con los que cuente, la gravedad de su afección y lo que su entorno le posibilite o no (p.282)

En el caso de la institución en la cual se desarrolló la práctica, la psicóloga designada para la atención de usuarios del Servicio de Nefrología se incorporó a una modalidad de trabajo que no se estaba utilizando. Antes de su ingreso, se trabajaba de forma grupal, ya que se conformaban grupos destinados a usuarios candidatos al trasplante renal, coordinados por una psicóloga y un psiquiatra. Estos grupos tenían una orientación más bien psicoeducativa, en los que se trabajaba todo lo relacionado al proceso del trasplante, las fantasías y temores que surgían en torno a ello, y también se valoraba si dichos usuarios se encontraban en condiciones aptas, desde su estado psicológico, para atravesar la cirugía.

En la actualidad, se realizan dos tipos de actividades en conjunto con el Servicio de Nefrología. Por un lado, las valoraciones pre-trasplante renal, para determinar si la persona se encuentra en un estado psicológico apto para realizar la cirugía. En caso de no ser así, se realiza la indicación de tratamiento psicológico o psicofarmacológico correspondiente, que puede realizarse dentro del mismo Hospital o en otra institución de su preferencia.

Por otra parte, se trabaja de manera interdisciplinaria, tomando contacto con los usuarios principalmente a través de las IC. El pedido de las mismas suele responder a diversas dificultades que los usuarios del servicio tienen para afrontar el tratamiento o sostenerlo, y que son evidenciadas por los profesionales del equipo médico. Siguiendo los aportes de Uzorskis (2002):

En *nuestro* país, el modelo de interconsulta médico-psicológica más difundido inicialmente fue el que se propuso *asistir a la asistencia*. De acuerdo con ese modelo se decidía tomar como objeto de investigación e intervención lo que se desplegaba entre el médico y el paciente (p.111)

Para el profesional médico, tomar en consideración su implicación subjetiva en relación al usuario que asiste es todo un desafío. Sin embargo, resulta igual de importante que la subjetividad del usuario al momento de responder a la demanda de interconsulta. Es por esto que el pedido debe transformarse en un encuentro cara a cara con el médico solicitante para conocer las razones que lo motivan y poder luego proceder a la entrevista.

De acuerdo al autor (2002, citado en Agüero Pozzo y Aquino Cabral, 2016) “el interconsultor, como profesional, es llamado a responder ante aquellas situaciones complejas donde el médico no puede dar cuenta de ese “plus” que existe en toda enfermedad: la subjetividad del paciente” (p.26). Si bien el mayor ámbito de IC se da en espacios de internación, el tratamiento de hemodiálisis comparte algunas características con dichos espacios ya que los usuarios permanecen de 3 a 4 horas diarias, varios días a la semana. Esto rompe con su cotidianeidad, y suele movilizar emociones de gran intensidad en el usuario.

“La idea es hacer la interconsulta y de acuerdo a lo que aborde esa entrevista clínica ver de hacer un seguimiento con ese paciente para resolver el tema que trae en cuestión, o a veces se resuelve solo con una, muy pocas veces, generalmente necesitan un acompañamiento” (Psicóloga, registro 12/11/19).

Tal como menciona la profesional, el objetivo principal refiere al acompañamiento, lo cual no siempre implica un proceso terapéutico, y muchas veces permite que el usuario pueda afrontar de otro modo las dificultades que se le presentan en relación a su tratamiento. A partir de la IC se despliegan una serie de posibilidades a trabajar con el usuario en cuestión; en algunos casos, comenzar a elaborar el proceso de aceptación de la enfermedad y en otros, brindarle la asistencia psicoterapéutica necesaria ante eventos del orden de lo externo que suceden en la vida del usuario, pero que al afectar emocionalmente pueden interferir en el sostenimiento del tratamiento.

“Son pacientes donde hay que trabajar mucho la adherencia” (Psicóloga, registro 12/11/19).

De acuerdo al relato de la profesional, en muchos casos sucede que las transgresiones hacia el tratamiento y las indicaciones también se trasladan a lo que es la consulta psicológica, por lo cual a través del acompañamiento también resulta útil practicar la psicoeducación.

En el caso de Julio, cuando se desencadena su enfermedad acude a un centro médico por frecuentes dolores de cabeza y tensión alta, es ahí que se le detecta hipertensión arterial.

Luego de esto se le informa que tenía problemas renales, sus riñones habían dejado de funcionar y debía comenzar con la diálisis.

“No me quedó otra más que ponerme la fístula. Estuve dos años con la fístula hecha, pero me dijo el doctor que de acá a un tiempo me iba a descompensar porque si el riñón no filtra, el organismo está lleno de sustancias que no necesita, vos al orinar iras evacuando las toxinas que no hacen falta, el cuerpo absorbe lo que le hace falta y el resto lo tira, pero yo como no andaban mis riñones si o si te tienen que sacar todo lo que tenés de más.” (Julio, registro 12/11/19).

Este fue el primer contacto con la realidad de su patología, al parecer Julio pudo interiorizar la explicación médica que le brindaron de lo que le estaba sucediendo. Sin embargo, hasta ese momento no había tenido ningún acercamiento con algún profesional de salud mental, y es al ser derivado a la institución que por motivación propia decide solicitar turno con un psiquiatra, ya que se encontraba muy angustiado.

Frente a esto cabe preguntarse ¿Qué estaba sucediendo con su psiquismo en ese momento?, ¿Cómo tramitaba la angustia y los temores de enfrentarse a una situación desconocida e impredecible que supone convivir con una enfermedad?

En ese sentido, Uzorskis (2002) postula que “Lo real del organismo viviente no existe sin un sujeto que piensa, no solo conscientemente, de una manera determinada sobre cómo sufre, cómo acepta o rechaza la inermidad que provoca una dolencia o una enfermedad” (p.100). Es por esto que la apuesta del acompañamiento será a restituir algo de la subjetividad de la persona.

La IC pensada desde el marco psicoanalítico, puede considerarse un dispositivo de aplicación del mismo. De manera tal que “...toma los siguientes elementos constitutivos del dispositivo analítico: espacio, tiempo, honorarios y deseo del analista” (Aguero Pozzo y Aquino Cabral, 2017, p.428) adecuándolos a la situación de la hemodiálisis.

En este caso, el espacio físico es la sala de diálisis, un salón compartido con otros usuarios, en el cual frecuentemente circulan también profesionales del equipo médico y enfermería, por lo que se desdibuja la privacidad. Los usuarios con los que trabaja el interconsultor no abonar los honorarios, sino que este es un elemento que se encuentra regulado institucionalmente. “Finalmente, el deseo del analista también debe adecuarse a este contexto donde los elementos constitutivos propuestos por Freud no pueden manipularse directamente.” (Aguero Pozzo y Aquino Cabral, 2017, p.428).

Permanecer varias horas conectado a una máquina implica “parar”, y esto lleva a que el usuario piense y reflexione sobre lo que le está sucediendo. En tales circunstancias, el

interconsultor debe tener en cuenta que su aparición responde a una demanda generada desde el equipo médico, pero no es algo planeado por el usuario, por lo que resulta importante considerar el efecto de su presencia sobre el mismo.

Tal como plantean los autores, el interconsultor tiene el desafío de transformar el espacio físico de la sala de diálisis “en un lugar donde pueda surgir el decir del paciente y donde explorar ese inconsciente, siendo esto último lo que cura los síntomas en psicoanálisis” (Soler, 2009 citado en Agüero Pozzo y Aquino Cabral, 2017, p. 429). Restituir la subjetividad del usuario supone devolverle parte de su autonomía, facilitando que la transferencia se instaure y alojando el discurso a través de la escucha.

“No acepto que me esté pasando todo esto, me cuesta horrores, me cuesta dormir, tomar medicamentos (...) Yo manejaba mi casa y de pronto no puedo hacer nada, todo eso me da mucha bronca, mucha impotencia.” (Marcela, registro 31/10/19).

Los comentarios anteriores pertenecen a Marcela, en relación a quien se solicita una IC por parte del equipo médico ya que faltaba con frecuencia a las sesiones de diálisis y se mostraba con cierta rebeldía hacia el tratamiento. Antes de verla se dialogó con la médica solicitante, quien manifestó que Marcela se excusaba con diferentes motivos por su incumplimiento y en ocasiones refería falta de cariño por parte del personal médico hacia ella. Al conversar con Marcela, la principal dificultad surge en relación a la adaptación a su nueva condición de vida, no encontrarse en las mismas condiciones físicas y emocionales que le permitían, previo a su diagnóstico, llevar a cabo diferentes tareas domésticas.

“A lo mejor hay cosas que sí podés hacer, pero de modo distinto, para eso tenés que estar bien, y para poder estar bien tenés que cumplir con las indicaciones”. (Psicóloga, registro 31/10/19).

En este extracto, la psicóloga resignifica el decir de Marcela devolviéndole la idea de que aún es posible seguir sintiéndose útil, pero quizás de modo distinto, remarcando a su vez que para esto es necesario cumplir con las indicaciones recibidas.

En palabras de Chevnik (1996), aludiendo a la función del interconsultor remarca: “Esta contención implica la transformación de aquello que escapa a la simbolización y se manifiesta a través de actos que entorpecen el proceso de la cura” (p. 177).

La IC supone trabajar desde la interdisciplina, el entrecruzamiento que se da entre distintos saberes y se articulan en una situación específica para responder ante la presencia de un usuario que excede las posibilidades de saber de una sola disciplina. Sin embargo, no solo es el usuario quien será tenido en cuenta, sino que también será necesario conocer con qué

recursos cuenta desde su entorno para atravesar la situación, como también cuál es el estado del vínculo médico-paciente, en tanto si el usuario y su entorno más cercano depositan confianza y expectativas en la institución y el equipo tratante.

“Si, me atendieron bien, me gustó el ambiente, no es, como te puedo decir, no es algo que estás preso, no, yo me siento bien, o sea, y esto me ayuda a vivir, obvio, pero no, estoy bien (...) Esto para mí es una casa más.” (Omar, registro 7/11/19).

En el ejemplo anterior, el haber podido aceptar el tratamiento de la diálisis como un elemento más de su vida, le permitió a Omar sentirse cómodo en un espacio en el cual debe convivir gran parte de su tiempo. Cabe aclarar que esto no sucedió repentinamente, sino que en este caso se trata de un usuario diagnosticado con IRC hace más de tres años atrás, lo que da cuenta que fue necesario atravesar un proceso de adaptación personal para poder llegar a percibir al Hospital y a los profesionales como parte de la propia vida.

En el caso de Raúl, estando en diálisis desde hace siete años, el entorno más cercano fue uno de los factores que ha tenido incidencia en el sostenimiento de su tratamiento, y en quienes se ha sostenido ante el desgaste o la desesperanza que puede generar un tratamiento tan prolongado.

“Mis hijos, mi madre, seguramente, si, son muy importantes, si tengo que ver acá en los compañeros hay mucha gente que están solos y yo creo que también ese factor ayuda a la motivación, para moverse.” (Raul, registro 11/12/19).

Esta información resulta de gran utilidad al momento de responder a una demanda, ya que hace a los elementos de los que el psicólogo puede servir de soporte para realizar un proceso de acompañamiento.

Como parte del equipo de salud el psicólogo clínico debe tener en cuenta que quien ingresa a un tratamiento de hemodiálisis o ya se encuentra inserto en él, de forma conjunta atraviesa un proceso de duelo por las pérdidas que implica la realidad de su enfermedad. Una intervención realizada a Raúl por la psicóloga, resulta un ejemplo claro de lo antes mencionado: *“Son procesos esperables ¿No? Frente a esto, algo que llega a nuestra vida de manera tan intempestiva, de un momento a otro. Esto que vos hablas de acomodarse, de organizarse, de adaptarse, bueno es eso, es afrontar el proceso, elaborar muchas cosas que uno cambia y pierde, pero también otras que se transforman.”* (Raul, registro 11/12/19).

En este recorte, la psicóloga avala las emociones del sujeto, dando cuenta de que el padecer una enfermedad y llevar adelante un tratamiento suponen un proceso de adaptación y elaboración que irá de la mano de la historia personal y del modo singular en que este sujeto pueda afrontar la situación que lo atraviesa. Tal como enuncia Kersner (2000):

Ese trabajo de duelo posibilitará que el paciente pueda pensarse en una nueva instancia de su vida, aceptar aquello que ya no puede hacer o emprender y proyectarse desde sus deseos a partir de sus posibilidades físicas y psíquicas hacia nuevos proyectos (p.2)

“Hay que encontrarle la posibilidad de seguir haciendo cosas que nos hagan bien, para distendernos, salir a pasear, compartir con la familia, con la gente que queremos, algo que nos distraiga, y si bien vos tenes que venir a diálisis te quedan otros días para hacer cosas.” (Julio, registro 12/11/19).

Este extracto muestra una intervención realizada por la psicóloga a Julio en la que se alienta a vivir más allá del tratamiento. Integrarlo como una arista más de lo cotidiano le permitirá seguir desplegándose en otros ámbitos de la vida, sin dejar de lado el disfrute personal y la posibilidad de planificar en otros ámbitos desde los cuales pueda seguir sosteniendo su identidad.

“Siempre estando sano o enfermo, fui creativo para que la rutina no te absorba” (Julio, registro 12/11/19). A partir de la respuesta de Julio es posible inferir que la propuesta de la intervención es validada. En base a lo trabajado en la entrevista, si bien en un primer momento se mostraba preocupado por la salud de su esposa, quien también padece una enfermedad crónica, es a partir de varias intervenciones por parte de la psicóloga que Julio reconoce en su personalidad la posibilidad de adaptarse a la rutina que le toca vivir. Es así que en el decir de la psicóloga se apuesta a que Julio recupere esta creatividad para reinventar nuevos modos de aprovechar su tiempo.

En lo que refiere a las funciones del psicólogo clínico en su rol, la escucha constituye un elemento imprescindible en este contexto. En palabras de Uzorkis (2002):

Poder escuchar adecuadamente lo que sucede en la subjetividad es fundamental porque es el factor que decide sobre la manera que tiene cada sujeto de tomar a la enfermedad, y de aceptar o no las indicaciones médicas. La postura subjetiva puede apuntar tanto a la salud como a la enfermedad. En un mismo sujeto pueden darse movimientos que se orientan en el orden del amor y la construcción como en el de su opuesto de destrucción y muerte. (Uzorkis, 2002, p. 99-100)

En una de las IC realizadas, Luis, diagnosticado veinte días atrás, manifestaba sentirse muy decaído emocionalmente a causa de ello, y esto repercutía en su estado físico general. Ante el malestar y la angustia que Luis manifestaba por todo lo que estaba viviendo, la psicóloga le señaló *“Ya te tocó vivir una situación muy difícil que también implicó un cambio,*

y pudiste salir adelante” (Luis, registro 31/10/19) en relación al accidente sufrido años atrás que lo dejó en estado de cuadriplejía. En este decir resignificante, se dio a mostrar la posibilidad de superación que Luis había podido implementar en una situación traumática anterior, y de la cual podría valerse para afrontar esta nueva conmoción.

Considerando lo desarrollado a lo largo de este apartado, las dolencias de quien atraviesa una enfermedad orgánica con las características de la IRC se entremezclan y articulan con la historia del sujeto, ocupando el propio cuerpo en su subjetividad un lugar diferente al registrado desde el discurso médico. De este modo, en palabras de Hernandez Valderrama (2012):

Desde esta perspectiva, el trabajo del psicoanalista en el hospital tiene lugar, y se desarrolla cuando a partir de éste, el paciente trata de darle un significado distinto para efectuar un proceso de desciframiento de su sentir, de su enfermedad y de su posición ante los acontecimientos que la enfermedad ha precipitado y así el dispositivo psicoanalítico, o sea, los recursos de los que un psicoanalista puede disponer adquieren condiciones de posibilidad (p. 118)

9. CONCLUSIONES

En el siguiente apartado se desarrollan algunas consideraciones obtenidas a partir del análisis realizado sobre la elaboración teórica y el discurso de los usuarios con quienes se trabajó.

Asumir un diagnóstico supone un complejo trabajo personal de elaboración que se conjuga en cada caso particular con el entramado libidinal, vincular y social de cada sujeto. El diagnóstico de IRC enfrenta al sujeto a una situación de crisis, y a lo largo de su adaptación al tratamiento de hemodiálisis presenta distintas manifestaciones emocionales.

A partir de lo trabajado, se evidencia que uno de los principales conflictos en la adaptación refiere a la dependencia física y emocional que supone el tratamiento, junto a la necesidad de incorporar una nueva identidad. A través de los distintos relatos, fue posible observar que el proceso de adaptación al tratamiento y sus manifestaciones emocionales se entrecruzan con diversas crisis vitales y accidentales que atraviesa cada sujeto, adoptando así distintos matices a lo largo de las sucesivas etapas vitales.

Al proceso de adaptación al tratamiento se suma la necesidad de llevar adelante un trabajo de duelo. En este sentido, la enfermedad supone una herida narcisista ante la cual el sujeto deberá asirse de los recursos propios disponibles. En todos los casos pudo observarse que el acercamiento a la idea de la propia muerte genera la puesta en marcha de un proceso de duelo con características peculiares ya que lo causa el dolor de perderse a sí mismo.

Atravesar el duelo permitirá al sujeto con IRC integrar el suceso de la enfermedad al curso de su vida, de la mano de un continuo esfuerzo de acomodación y asimilación. Los diferentes mecanismos defensivos inconscientes implementados para tolerar lo real de la muerte irán dando lugar a distintas actitudes desde las cuales el sujeto se posicionará ante su enfermedad. Iniciando con una actitud de cuasi ignorancia, los usuarios utilizaron la negación como amortiguador ante la noticia inesperada. Atravesando por el enojo y la depresión ante la angustia de las pérdidas percibidas, algunos de ellos llegaron a la instancia de aceptación. Asumir su nueva condición de vida y proyectar sus deseos desde allí, permitió en algunos casos reconocerse en una nueva imagen.

En todos los casos, tanto el proceso de adaptación al tratamiento como el de duelo no fueron procesos lineales ya que se conjugaron con los tiempos psíquicos de cada sujeto. Y si bien se trató de un arduo trabajo de elaboración personal, en diversos recortes se destacó la importancia de la presencia y el apoyo de los otros de su entorno.

En cuanto al rol del psicólogo clínico, se destacaron como herramientas clave el acompañamiento y la provisión de información, tanto hacia el usuario como a su familia. En el Hospital, la psicóloga destinada al servicio de Nefrología trabajaba realizando interconsultas y valoraciones psicológicas de candidatos a trasplante. Esto me permitió considerar la importancia del trabajo interdisciplinario dentro del ámbito hospitalario, utilizando la escucha como herramienta principal.

Algunas limitaciones que hacen al trabajo se refieren por un lado a la capacidad de la muestra. Al tratarse de un trabajo de sistematización de práctica, la muestra obtenida fue aquella posible dadas las condiciones de la práctica. En casi todos los casos recolectados no pudo realizarse un seguimiento de los mismos, lo que quizá le hubiera otorgado mayor profundidad al análisis. Por otro lado, no existe abundante bibliografía referida a la temática desarrollada desde la corriente psicoanalítica, por lo cual se tomaron las bases teóricas fundamentales y se intentó hacer una elaboración novedosa conjugada con los conceptos psicoanalíticos.

Algunas reflexiones que pueden ser utilidad como sugerencias de trabajo para la Institución y los usuarios renales se desarrollan a continuación:

- Destacar la importancia para el psicólogo que trabaja en ámbito hospitalario, mas específicamente con IRC, del trabajo en supervisión acerca de la noción de la propia muerte, al intervenir junto a sujetos cuya vida se ve amenazada por la dolencia que padece.
- Valorar la posibilidad de que el ingreso a diálisis sea junto a la asistencia de un equipo interdisciplinario, como un modo diverso de operar desde el comienzo.
- Considerar, desde el equipo médico en conjunto con salud mental, señales de alerta que puedan funcionar como disparadores de psicopatología, tales como sucesivas ausencias a diálisis, por ejemplo, para idear un dispositivo de alerta e intervención psicológica.
- Trabajar, en conjunto con el equipo médico, acerca de la transmisión de información al momento de ser diagnosticado, considerando la importancia de ello para el proceso posterior de convivencia con la enfermedad y adaptación.

Si bien este trabajo no busca generalizar los hallazgos ni ser concluyente en absoluto, las reflexiones y los interrogantes suscitados podrían ser de utilidad para generar la apertura a nuevas líneas de estudio. En este sentido, considero que haber adoptado como marco de referencia al psicoanálisis freudiano le otorgó valor a la palabra del sujeto. A lo largo del

desarrollo se ha mostrado que alojar al sujeto a través de la escucha permitía restituirle algo de su subjetividad, intentando así reposicionarlo como sujeto de deseo.

Para concluir, a modo de reflexión personal, considero que la instancia de práctica pre profesional de la carrera de la Licenciatura en Psicología es sumamente valiosa para completar la formación, ya que permite contrastar los aprendizajes teóricos adquiridos con la realidad social de la cual formamos parte. Es muy enriquecedor nutrirse de nuevos saberes y experiencias que aportan una mirada crítica sobre lo ya aprendido, y permiten ensayar el rol profesional. En este sentido, el espacio de supervisión semanal brindado desde la Universidad junto al apoyo y la enseñanza de los profesionales dentro del Hospital, me brindaron la confianza y seguridad necesarias para emprender este camino de construcción del rol de modo ético y responsable.

10. REFERENCIAS

Acosta Hernández, P. A., Chaparro López, L. C. y Rey Anacona, C.A. (2008) Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Revista Colombiana de Psicología*. (17), 9-26. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1233>

Agüero Pozzo, J. P., y Aquino Cabral, M. F. (2016). Algunos obstáculos en la práctica del interconsultor. En *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología:Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-044/642.pdf?view>

Aguero Pozzo, J. P., y Aquino Cabral, M. F. A. (2017). El lugar en la Interconsulta. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 3(2), 427-431. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/18906>

Alonso, M. M. (2001). Psicología en Argentina. *Psicodebate*, 1. Recuperado de <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/518/313>

Basualdo, A. M. y Collarino, S. G. (2009) El dolor de trabajar con el dolor. *Revista Nefrología Argentina*, 7(3), 282-285. Recuperado de http://nefrologiaargentina.org.ar/numeros/2009/vol7_num3/art_especiales_el_dolor_de_trabajar_con_el_dolor.pdf

Belaga, G. (2015) (compilador). La práctica del psicoanálisis en el hospital. Buenos Aires. Grama Ediciones.

Braceras, D. L. (2006). *Psicoanálisis y Oncología*. (1a ed.). Buenos Aires: Ediciones Cooperativas

Brantley, P.J. y Hitchcock, P.B. (1995). Psychological aspects of chronic-maintenance hemodialysis patients. In A. Goreczny (Eds.), *Handbook of Health and rehabilitation Psychology* 497-511. New York: Plenum Press.

Cantú Guzmán, R., Cirlos Martínez, C. y Uribe Arnaiz, B. (2011). Suceso vital y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con insuficiencia renal. *Psicología y Salud*, 21(1): 91-102. Recuperado de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/591>

Castro, N. M. (2012). El Narcisismo... Freud y Lacan. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 79-89. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3982365>

Chevnik, M. (1996). La interconsulta médico psicológica: Entre la medicina y el psicoanálisis, una mediación posible. *Lecturas de lo psicosomático* 169-183.

Chiozza, L. (1986). *¿Por qué enfermamos?: La historia que se oculta en el cuerpo*. Buenos Aires, Argentina: Alianza Bolsillo.

Courel, R. y Talak, M. (2001). La formación académica y profesional del psicólogo en Argentina (fragmento). *Problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas*. 1. Recuperado de http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Courel_Talak_Formacion_Academica_Profesional_Psicologo_Argentina.pdf

Delgado, D. P. V., y Holguín, M. M. (2010). ¿De qué cuerpo se habla en psicoanálisis?, *Páginas de la UCPR*, 53-67. Recuperado de <https://revistas.ucp.edu.co/index.php/paginas/article/view/2073>

Fernández, M. (diciembre 16, 2016). Cambiaron los directores de los hospitales Córdoba, San Roque y De Niños. *Diario La Voz del Interior*. Recuperado de <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/cambiaron-los-directores-de-los-hospitales-cordoba-san-roque-y-de-ninos>

Finkelievich, G., Gabay, P. M. (2002) Subjetivación e interconsulta frente a las nuevas patologías y tecnologías. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat.*, XIII: 27-31. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Pablo-Gabay/publication/11399847_Subjetivity_and_interconsultation_in_front_of_the_new_patho

logies_and_technologies/links/5a25b878aca2727dd880e722/Subjetivity-and-interconsultation-in-front-of-the-new-pathologies-and-technologies.pdf

Fischbein, J. (2000). La clínica psicoanalítica y las enfermedades somáticas. *Revista de Psicoanálisis APdeBA*, 22(1), 157-182. Recuperado de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/61095745/012000fischbein20191101-9172-1h4s5hg-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1640828253&Signature=FyvssVgbOGIIH6JiLDKkHw40anHqbwzkWsR7cTfn4WTsh1Lg0dRG791VmKYHCnmL-5BIMjnjqRHrBTJFF1wIPSmHstY1x7301kDz7Dn8ssGKvWNOqIIXLdmMjoqJAcOCMebeT4Xz9iKzG5LNCogDoy1IYJepxHmzqbT~8ATzAQJKI~maWe9C~nds-SFYgY0wuGyZvnSMwB~4UObjQ1srb33ZwlHwxt~oiThltycRJg5rAXxl-JgPkCt~A0MHLdS8kPkDtUOpaxhNOBMcVfdmVI~NiXOG4HbLSGeco4fA0NGx8x~aO7SxugMPCi4rwsRoFgCsf8IAQVNUsa9xrE7y6g__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Freud, S. (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. En S. Freud, *Obras completas*. TVII. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1914). Introducción al Narcicismo. En S. Freud, *Obras completas*. T XIV. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. En S. Freud, *Obras completas*. T XIV. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Guendelman, G. y Hoffman, P. (1991). *Diseño y Evaluación de un Programa de Psicoterapia de Apoyo Grupal para Enfermos Renales Crónicos en Etapa Terminal en Tratamiento de Hemodiálisis Crónica*. Tesis no publicada, Pontificia, Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Hernández Moreno, L. (2007) El sufrimiento en el paciente insuficiente renal. *Mañongó*, 29(15), 399-414. Recuperado de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/postgrado/index.html>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación: Quinta Edición*. México D.F.: McGraw-Hill.

Hidalgo, C.G. (1997) La Dimensión Psicológica de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y su Tratamiento. *Psykhé*, 6(1), 35-45. Recuperado de <http://psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/98/98>

Jara, O. (2013). Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. Recuperado de: http://www.bibliotecavirtual.info/wpcontent/uploads/2013/08/Orientaciones_teoricopracticas_para_sistematizar_experiencias.pdf

Kaplan De-Nour A. y Czaczkes, J.W. (1976). The influence of patient's personality on adjustment to chronic dialysis: A predictive study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 162(5), 323-333. <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-197605000-00003>

Kersner, P. (2000). Aspectos Psicosociales del paciente en Hemodiálisis. *Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol*, 7(1), 6. recuperado de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/34483866/aspectos_psicosociales-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1643223807&Signature=BIQJxquQ-QniF7xv1Cv-PRkV-HpCpKVVmGbY-qOL7n81sslluBdrLGYcmEA9Et-C6QHF6j659XZysixo2BFOcqwHvMY~NEoLFtf7wmwSUIoRzzXt16E1P4rIwUoyd3hvZwoOe3swn3XYJMIIYTb4Jvuxbwem6aZlusBT8wYAh5n2zhQSWmAVD1rM~L1-Og7wjm7QJMVsmEhCCWsCichYQ7lU9l2XFmjN0gmf7sgh9iajlY1x27oTm9nbSiLupo8BIMoME-3MjCTLdXdSQOB4MQ3riWftP1fwfc06DaSljSgqo1ytHwWUoTd56944eJVevKdstQs5l5OjwyC72jXGQ__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos* (4a ed.). Barcelona, España: Grijalbo.

Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Lazzarini, N. (2019, 7 de marzo). La historia clínica electrónica debuta en cinco hospitales. *Diario La Voz del Interior*. Recuperado de <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/historia-clinica-electronica-debuta-en-cinco-hospitales>

Ley N° 25.326 Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre de 2010.

Ley N° 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 2 de noviembre de 2000.

Ley N° 7.106. Boletín Oficial de la República Argentina, Córdoba, Argentina, 27 de septiembre de 1984.

Lonigro, S. B. (2015). Del paradigma manicomial al campo de la salud mental. Puntuaciones de su historia política en argentina. En I. Seoane Toimil (coord.) y S. B. Lonigro (coord.), *Lazo social y procesos de subjetivación: reflexiones desde la época (5-19)*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.

Martínez-Castro, N. (2012). El Narcisismo... Freud y Lacan. *Revista de Psicología GEPU*, 3(1), 79-89. Recuperado de <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/14908>

Martorell, A. (2015). ¿Qué hace un psicólogo allí? Una experiencia de trabajo en Centros de Diálisis. *Desvalimiento Psicosocial*, 2(1), 1-20. Recuperado de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/3365>

Montañez Holguin, M., Villa Delgado, D. P. (2010). ¿De qué cuerpo se habla en psicoanálisis? *Revista Académica e Institucional, Páginas de la UCPR*, 86: 53-66. Recuperado de <https://revistas.ucp.edu.co/index.php/paginas/article/view/2073>

Pecznik, A. (2012). *El sujeto ante su muerte: violencia y terminalidad terapéutica*. (1a ed.). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Pellanda, R., Garibotti, J., Iudicello, P., Juaneda, J. y Quintana, R. (Comisión de redacción) (2001). *Historia del Hospital Córdoba*. Año 1950-2000, 50° Aniversario. Córdoba, Argentina: Gráfica.

Pérez, G. C. (2010). Factores psicosociales y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista de psicología*, 6, 69-76. Recuperado de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n6/n6a07.pdf>

Real Academia Española. (2014). Vicisitud. En Diccionario de la lengua española (23°a ed.). Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=blQAT26>

Rivera-Vázquez, P., Rojas, W. (2017). Autopercepción de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Rev enferm Herediana*, 10 (2):82-88. Recuperado de <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3362>

Rudnicki, T. (2006) Sol de invierno: aspectos emocionales del paciente renal crónico. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2), 279-288. Recuperado de <http://redalyc.org/pdf/679/67920207.pdf>

Soriano Cabrera, S. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 24(6), 27-34. Recuperado de <http://revistanefrologia.com/es-definicion-clasificacion-estadios-enfermedad-renal-articulo-X0211699504030666>

Uzorskis, B. (2002). *Clínica de la subjetividad en territorio médico*. Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.

Valderrama, L. H., & Treviño, L. R. L. (2012). *Psicólogos y psicoanalistas en hospitales: Formación, experiencia y reflexiones*. Ciudad de México, México: El Manual Moderno.

Zubieta Silva, B. (2016). *Convivir con Insuficiencia Renal Crónica: Implicaciones e Intervenciones Psicológicas* (Trabajo Final de Grado). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

