

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA  
EDUCACIÓN

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS EN LAS  
RELACIONES AFECTIVAS COMO UN FACTOR  
DE RIESGO DE LA INSUFICIENCIA RENAL  
CRÓNICA  
EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE DIÁLISIS  
BAXTER – CUENCA, 2006 - 2007**

Tesis previa a la obtención del título  
de Licenciadas en Psicología Clínica

Graduandas:

**Daniela Margarita Tripaldi Proaño  
María Gabriela Vintimilla Córdova**

Director:

**Master Gerardo Peña Castro**

Cuenca – Ecuador  
2007

*A nuestros queridos padres y  
a los pacientes de la Unidad  
de Diálisis BAXTER - Cuenca ...*

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a Dios por darnos la oportunidad de culminar esta etapa tan importante de nuestras vidas.

Gracias a nuestros padres que han estado a nuestro lado siempre brindándonos su apoyo incondicional. ¡Qué esta sea una pequeña recompensa para todo el amor y sacrificio que han depositado en nosotros!

A la Escuela de Psicología Clínica, Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación de la Universidad del Azuay, en la persona de nuestro Director de Escuela Master Alberto Astudillo Pesántez y a los profesores que nos formaron durante estos 5 años.

Mil gracias a todas las personas que nos ayudaron de una u otra forma y confiaron en esta propuesta especialmente,

Al Master Gerardo Peña Castro, nuestro director de tesis, por su dedicación, apoyo y ayuda incondicional;

Al Dr. Alfonso Calderón Cordero por su cooperación en la parte médica;

A la Unidad de Diálisis BAXTER, sobre todo a los pacientes que compartieron con nosotras sus historias y que, con su perseverancia y fortaleza, nos motivaron a hacer este trabajo; y a la Master Verónica Sarmiento Jara que siempre estuvo presente.

A Jhenifer Loaiza por su gran ayuda en la recolección de datos;

Al Dr. Piero Tripaldi Cappelletti por su asesoría en el estudio estadístico;

A la Master Margarita Proaño Arias, a las Masters Toa y Anna Tripaldi Proaño, y a Pedro Orellana Roldan, por habernos ayudado tanto.

A nuestras familias y amigos por su apoyo e interés.

## **RESUMEN**

En este estudio se analizan los problemas psicoafectivos del universo de pacientes de la Unidad de Diálisis BAXTER – Cuenca – como un factor de riesgo o condición necesaria pero no suficiente para desarrollar insuficiencia renal crónica.

Se estudia cómo el psicoanálisis afirma la influencia de la mente en el cuerpo, cómo la enfermedad forma parte de la vida, pues salud y enfermedad son dos manifestaciones del inconsciente. Así, los riñones representan los arquetipos ánima y ánimus; si éstos fallan, surgen problemas de comunicación en la pareja y sus semejantes.

El procesamiento estadístico de los reactivos psicológicos y el análisis clínico confirma la relación existe entre la enfermedad renal y la vida afectiva deficiente de los pacientes, especialmente con la pareja, los padres y los demás.

## **ABSTRACT**

In this research paper we analyze the psycho-emotional problems of a group of patients of BAXTER diálisis Center in Cuenca, as a risk factor or necessary condition, but not sufficient enough to develop chronic kidney failure.

We studied how the psychoanalytical theory verifies the influence of the mind in the body, considering illness as a part of life, in view of the fact that health and illness are two manifestations of the unconscious. In this way, the kidneys represent the *anima* and *animus* archetypes, and when their normal functioning fails, communication problems with the couple and other relatives occur.

The statistical processing of their psychological reactions and the clinic analysis made corroborate an existing relation between kidney illness and the deficient emotional lives of the patients, which result in poor interpersonal relationships between the patients and their partners, parents and everyone else.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1:</b>	
<b>TRASTORNOS DE LA FUNCIÓN RENAL Y SU TRATAMIENTO MÉDICO...3</b>	
1.1. <i>Funcionamiento de los riñones.....</i>	<b>3</b>
1.1.1. El aparato urinario.....	3
1.2. <i>Trastornos del funcionamiento renal: La insuficiencia renal.....</i>	<b>5</b>
1.2.1. Diagnóstico de la insuficiencia renal.....	5
1.2.2. Insuficiencia renal.....	5
1.2.2.1. Insuficiencia renal aguda.....	6
1.2.2.2. Insuficiencia renal crónica.....	7
1.2.3. Principales causas de la insuficiencia renal.....	9
1.2.3.1. Diabetes.....	9
1.2.3.2. Nefropatía diabética.....	10
1.2.3.3. Hipertensión arterial.....	10
1.3. <i>Tratamientos para la Insuficiencia renal.....</i>	<b>11</b>
1.3.1. Terapia Nutricional.....	11
1.3.2. Terapia sustentiva mediante procedimientos de Diálisis peritoneal y hemodiálisis.....	12
1.3.2.1. Hemodiálisis.....	13
1.3.2.2. Diálisis Peritoneal.....	13
1.3.2.3. Transplante.....	15
<b>CAPÍTULO 2:</b>	
<b>EL PACIENTE Y LA ENFERMEDAD.....</b>	<b>18</b>
2.1. <i>El paciente: su adaptación y adherencia al tratamiento.....</i>	<b>18</b>
2.1.1. La adaptación a la enfermedad.....	18
2.1.1.1. Consecuencias del tratamiento.....	20
2.1.1.2. Calidad de vida e IRC.....	22
2.1.2. La adherencia al tratamiento.....	25
2.2. <i>Repercusiones psicológicas de la enfermedad.....</i>	<b>26</b>
2.3. <i>Mecanismos de defensa ante la enfermedad.....</i>	<b>29</b>
2.4. <i>El estrés ante la enfermedad.....</i>	<b>30</b>
2.4.1. Fases del estrés.....	31
2.4.2. Alostasia y carga alostática.....	33
2.4.3. Estrés y ansiedad.....	33
2.4.4. El estrés y las enfermedades.....	33
2.4.4.1. Actitud ante el estrés por la enfermedad.....	34
2.5. <i>Fases del proceso de enfermar.....</i>	<b>34</b>
2.6. <i>El duelo y la enfermedad.....</i>	<b>35</b>
2.6.1. Etapas del proceso de duelo.....	36
<b>CAPÍTULO 3:</b>	

<b>VISIÓN DEL PSICOANÁLISIS ANTE LA ENFERMEDAD</b> .....	39
<b>Primera parte: <i>Psicoanálisis clásico</i></b> .....	39
3.1. <i>Psicoanálisis y medicina</i> .....	39
3.1.1. Psiquis y soma.....	40
3.1.2. Medicina y Psicoanálisis: dos caras de la misma moneda.....	41
3.2. <i>Orígenes de la concepción psicoanalítica en torno a la enfermedad</i> .....	43
3.2.1. Los síntomas.....	43
3.2.2. Las dos hipótesis fundamentales del psicoanálisis.....	44
3.2.2.1. Primera hipótesis.....	44
3.2.2.2. Segunda hipótesis.....	45
3.2.3. Metas pulsionales.....	45
3.2.3.1. Las zonas erógenas: su relación específica entre psiquis y soma.....	46
3.2.4. Organsprache o lenguaje del órgano.....	47
3.2.4.1. ¿Cómo habla el órgano?.....	48
3.2.5. Otras consideraciones importantes.....	49
3.2.6. Histeria y conversión.....	50
3.2.6.1. La histeria.....	50
3.2.6.2. La conversión.....	53
<b>Segunda parte: <i>Psicoanálisis Moderno</i></b> .....	56
3.3. <i>Puntos de referencia para la interpretación psicoanalítica del trastorno orgánico</i> .....	56
3.3.1. Principales conceptos freudianos como punto de partida para la teoría psicoanalítica moderna de Chiozza.....	56
3.3.2. El material somático.....	56
3.4. <i>La interpretación psicoanalítica del trastorno orgánico</i> .....	57
3.4.1. Las claves de intervención de los afectos.....	57
3.4.2. El afecto como proceso de descarga.....	59
3.4.3. El afecto como arquetipo de un ataque histérico.....	59
3.4.4. Similitudes entre el psicoanálisis tradicional y el psicoanálisis moderno.....	60
3.5. <i>El cuerpo esconde una historia</i> .....	61
3.5.1. La enfermedad entendida como una historia o un ‘capítulo de una biografía’.....	62
 <b>CAPÍTULO 4:</b> <b>EL AFECTO Y LA ENFERMEDAD</b> .....	 64
4.1. <i>La enfermedad como lenguaje y síntoma</i> .....	64
4.1.1. La causalidad en medicina.....	64
4.1.2. La enfermedad y el síntoma.....	65
4.2. <i>La polaridad y la sombra</i> .....	68
4.2.1. La sombra y la enfermedad.....	70
4.2.2. La búsqueda de las causas.....	71
4.2.3. El ser humano enfermo.....	72

4.2.4. Las etapas de escalada de la enfermedad.....	73
4.3. <i>Las fantasías de los trastornos urinarios</i> .....	74
4.3.1. Fantasía general o primaria.....	74
4.3.2. Fantasías renales específicas.....	75
4.4. <i>Los riñones y su relación con la comunicación</i> .....	76
4.4.1. <i>Ánima y ánimo</i> .....	76
4.4.1.1. <i>¿Cómo se da el enamoramiento?</i> .....	78
4.4.1.2. <i>Los riñones y los problemas afectivos de pareja</i> .....	81
4. 5. <i>Presentación de casos</i> .....	83
4.5.1. Caso # 1.....	83
4.5.2. Caso # 2.....	88
4.5.3. Caso # 3.....	94
4.5.4. Caso # 4.....	100

## **CAPÍTULO 5:**

### **ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS EN LAS RELACIONES AFECTIVAS COMO UN FACTOR DE RIESGO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE DIÁLISIS BAXTER.**

5.1.	
<i>Metodología</i> .....	104
5.1.1.	
Población.....	104
5.1.2. Metodología para la recolección de datos.....	105
5.1.3. Metodología para la elaboración de los datos.....	106
5.1.3.1. Estadística descriptiva.....	106
5.1.3.2. Estadística multivariada.....	107
5.2.	
<i>Resultados</i> .....	110
5.2.1. Resultados de la estadística descriptiva.....	110
5.2.2. Resultados de la estadística multivariada.....	133
5.2.3. Análisis de los resultados del TAT.....	139
5.2.3.1. Interpretación de cada aplicación.....	139
5.2.3.2. Interpretación general.....	157

**CONCLUSIONES**.....159

**BIBLIOGRAFÍA**.....162

**ANEXOS**

# INTRODUCCIÓN

A lo largo de este estudio pretendemos analizar a la insuficiencia renal crónica desde un punto de vista médico – psicodinámico, con el fin de comprender su significado y el impacto psicobiosocial que tiene en la comunidad, sabiendo que esta afección corresponde a una problemática poco estudiada, especialmente con esta nueva visión, según la cual los fenómenos inconscientes intervienen en el desarrollo de las enfermedades en general.

De ninguna manera nuestro objetivo es el descalificar ni desvalorizar los esfuerzos ni logros tan importantes para el ser humano alcanzados por la medicina clásica. Sin embargo, trataremos de darles un significado más profundo a los síntomas, convencidas de que éstos esconden algo más, algo que se relaciona con su biografía personal, lo cual debe ser interpretado para ayudar a complementar de mejor manera los tratamientos médicos que reestablecen el bienestar de las personas. Para esto, nos basaremos en la herencia que nos dejó el padre del Psicoanálisis, Sigmund Freud y las enseñanzas de sus seguidores.

Así, la insuficiencia renal crónica es vista como el resultado de toda una historia personal caracterizada por malas relaciones afectivas, las mismas que se convierten en un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, en una condición que interviene junto a otras y que es necesaria pero no única ni suficiente.

En el primer capítulo hablaremos sobre los aspectos fisiológicos de los trastornos de la función renal y su tratamiento, con el objetivo de tener una visión general médica para entender el funcionamiento normal de los riñones y, a partir de esto, comprender los trastornos del mismo, enfocándonos sobre todo en la insuficiencia renal crónica, con sus síntomas, pronóstico y tipos de tratamiento.

A lo largo del segundo capítulo intentaremos abarcar la difícil adaptación a la que debe someterse el enfermo crónico, los cambios que se producen en las diferentes esferas de su vida, el deterioro de la calidad de la misma, la influencia del estrés, el proceso de enfermar, entre otros temas. Además, expondremos los elementos que intervienen en una buena adherencia al tratamiento y las reacciones que las personas tienen hacia éste y hacia la enfermedad misma, a través de los diversos mecanismos de defensa que actúan y, por último, trataremos la enfermedad como una pérdida y analizaremos el proceso de duelo que el paciente debe enfrentar.

El capítulo tres consta de dos partes: la primera comprende una visión general de cómo, a través del tiempo, la medicina tradicional ha concebido a la enfermedad como una expresión puramente somática y cómo, a partir de los descubrimientos de Sigmund Freud, se empieza a buscar otras explicaciones para entenderla como una manifestación del inconsciente. En la segunda parte, haremos hincapié en las hipótesis propuestas por Luis Chiozza, autor argentino, quien basándose en conceptos del psicoanálisis clásico brinda una nueva perspectiva para interpretar de la enfermedad, concibiéndola como una historia dentro de la biografía del sujeto que la padece.

En el capítulo cuatro, continuaremos con esta línea teórica para entender la enfermedad como un proceso que ayuda a complementar a la persona, devolviéndole lo

que los procesos represores de la conciencia le han censurado, prohibiéndole mantener el equilibrio ansiado. Para esto expondremos los conceptos básicos del psicoanálisis jungiano, como son los arquetipos y su relación con la enfermedad; además, nos remitiremos a las fantasías inconscientes que se esconden detrás de los trastornos renales. Terminaremos este capítulo explicando el proceso del enamoramiento y su relación con la insuficiencia renal crónica, entendida como el resultado de los problemas de relación y comunicación sobre todo con la pareja.

Finalmente, en el capítulo cinco, presentaremos y analizaremos los datos obtenidos en la investigación de campo realizada en la Unidad de diálisis Baxter – Cuenca, para la cual recurrimos a la estadística descriptiva y multivariada, estudio que nos permitirá comprobar nuestra hipótesis de estudio.

A lo largo de este estudio se presentaron limitaciones como la resistencia de ciertos pacientes a colaborar, otros tenían deterioro cognitivo y algunos murieron durante el mismo; sin embargo, se logró alcanzar todas las metas propuestas a un buen ritmo y con todo el apoyo de la Unidad de Diálisis Baxter – Cuenca.

1

---

**TRASTORNOS DE LA  
FUNCIÓN RENAL Y  
SU TRATAMIENTO**

# **1. TRASTORNOS DE LA FUNCIÓN RENAL Y SU TRATAMIENTO MÉDICO**

En el presente capítulo daremos una visión general sobre los aspectos médicos de los trastornos de la función renal y su tratamiento, imprescindible para poder conocer y entender la insuficiencia renal, como una enfermedad crónica muy compleja.

Comenzaremos hablando sobre el funcionamiento normal de los riñones, donde la investigación se centrará en el aparato urinario, para luego enfocarnos en los trastornos de la insuficiencia renal. A continuación, investigaremos con más detalle, la insuficiencia renal aguda y crónica, con sus diversos síntomas, diferencias, pronóstico y tratamiento. Además trataremos las principales causas de la enfermedad, para finalizar con su tratamiento y las diferentes alternativas con las que actualmente cuenta la medicina para ayudar a las personas que padecen de esta condición crónica.

## **1.1. FUNCIONAMIENTO DE LOS RIÑONES COMO ÓRGANOS DE ELIMINACIÓN DEL CUERPO**

### **1.1.1. El aparato urinario<sup>1</sup>**

El aparato urinario comprende un conjunto de órganos que producen y excretan orina, el principal líquido de desecho del organismo (que, en su consistencia normal es un líquido transparente o amarillento). Se eliminan aproximadamente 1,4 litros de orina al día. La orina normal contiene un 96% de agua y un 4% de sólidos en solución (la mayoría de estos son urea, el principal producto de degradación del metabolismo de las proteínas; y luego, nitrógeno, cloruros, cetosteroides, fósforo, amonio, creatinina y ácido úrico).

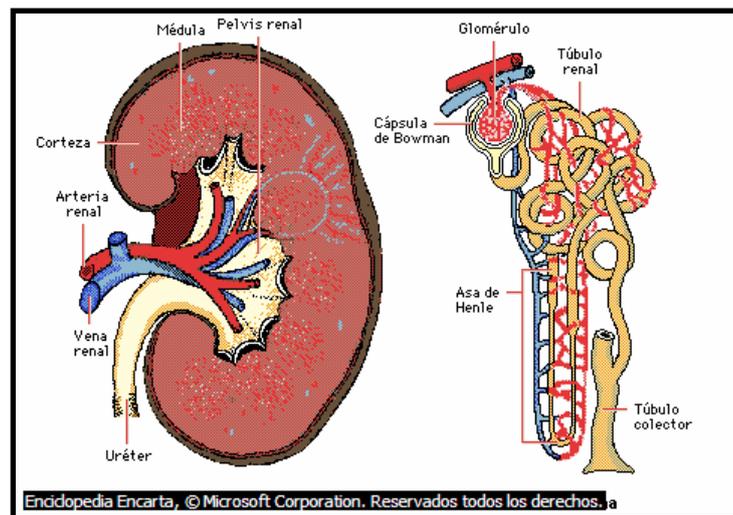
Los dos riñones filtran todas las sustancias del torrente sanguíneo; estos residuos forman parte de la orina que pasa por los uréteres hasta la vejiga de forma continua. Después de almacenarse en la vejiga, la orina, pasa por un conducto –uretra– hasta el exterior del organismo; esta salida se da por la relajación involuntaria de un esfínter entre la vejiga y la uretra, y también por la apertura voluntaria de un esfínter en la uretra.

---

<sup>1</sup> Fuente de referencia: HARRISON Randolph. **Principios de Medicina Interna / Décima parte: Trastornos del Riñón y las Vías Urinarias**. McGraw Hill, 2006.

Los riñones son órganos muy importantes dentro del cuerpo humano pues son los encargados de realizar un proceso de filtración, en el que eliminan los desechos y líquidos del cuerpo, regulan en el organismo el agua y otros químicos de la sangre, eliminan los medicamentos y toxinas que ingresan al organismo y producen importantes hormonas.

**Gráfico 1**  
**Fisiología del riñón**



Fuente: Microsoft Corporation. **Enciclopedia Encarta** / *Riñón* Microsoft Corporation, 2002.

Los riñones se sitúan a cada lado de la columna vertebral, en la zona lumbar, y están rodeados de tejido graso, la cápsula adiposa renal. Tienen forma de fréjol, y presentan un borde externo convexo y un borde interno cóncavo. En el lado anterior, se localiza la vena renal que recoge la sangre del riñón, y en la parte posterior, la arteria renal que lleva la sangre hacia el riñón; atrás, está el uréter, un tubo que conduce la orina hacia la vejiga.

Cada riñón está compuesto por casi un millón de nefronas, cuya unidad filtradora es el glomérulo, que tiene la función de regular la concentración dentro del cuerpo de sustancias importantes, tales como potasio, calcio e hidrógeno, y eliminar sustancias no producidas por el mismo, como drogas y aditivos alimentarios. El filtrado resultante es la orina, que se forma en los glomérulos y túmulos renales, que funcionan como filtros a través de los que pasan el agua, las sales y los productos de desecho de la sangre; la mayor parte del agua y de las sales son reabsorbidas desde los túbulos, y el resto es excretada como orina.

Cumplen una doble función: por un lado la excreción (eliminación de sustancias de desecho); y por otro, la homeostasis (mantenimiento constante de fluidos corporales, especialmente del plasma). Para cumplirla, el riñón regula el contenido de agua del cuerpo y el equilibrio ácido – base del plasma, variando la emisión de orina, así como la cantidad de sales y otras sustancias excretadas.

El riñón ayuda a mantener la tensión arterial normal; para ello, segrega la hormona renina y elabora una hormona que estimula la producción de glóbulos rojos (eritropoyetina).

## **1.2. TRASTORNOS DEL FUNCIONAMIENTO RENAL: INSUFICIENCIA RENAL**

### **1.2.1. Diagnóstico de la insuficiencia renal**

En primer lugar, para el diagnóstico de la insuficiencia renal, es necesario un examen clínico, en el que el médico explora los riñones para determinar si están agrandados o si duelen al tacto. Especialmente en las personas de edad avanzada, el flujo de orina por lo general se obstruye a la salida de la vejiga (la abertura de la misma hacia la uretra). Como consecuencia, la vejiga aumenta de tamaño y la orina refluye, lesionando los riñones. Cuando se sospecha una obstrucción, se practica un examen del recto o de la vagina, para determinar si una masa está causando la obstrucción en cualquiera de dichas zonas.

Por otro lado, los análisis de laboratorio ayudan a indicar con toda precisión la causa de la insuficiencia renal y la gravedad de la misma. En primer lugar, se examina la orina a fondo. Si la causa de la insuficiencia renal es un inadecuado aporte sanguíneo o una obstrucción urinaria, generalmente la orina es normal. Pero cuando se trata de un problema interno de los riñones, puede contener sangre o aglomerados de glóbulos rojos y blancos. La orina puede también contener grandes cantidades de proteínas que normalmente no están presentes en ella. Los análisis de sangre detectan valores anormalmente elevados de urea y creatinina y desequilibrios metabólicos, como acidez anormal (acidosis), una concentración elevada de potasio (hiperpotasemia) y una baja concentración de sodio (hiponatremia).

Además están los estudios de los riñones con pruebas de imagen, como la ecografía o la tomografía axial computadorizada (TC). Se realizan estudios con rayos X de las arterias o de las venas renales (angiografía), cuando la obstrucción de los vasos sanguíneos sea la causa probable. Cuando se sospecha que las sustancias radiopacas utilizadas en los estudios radiográficos entrañan demasiado riesgo, se realiza una resonancia magnética nuclear (RM). Si estos estudios no revelan la causa de la insuficiencia renal, puede ser necesario practicar una biopsia.

### **1.2.2. Insuficiencia renal**

La *insuficiencia renal* es una alteración de la función de los riñones en la cual éstos son incapaces de excretar las sustancias tóxicas del organismo de forma adecuada, es decir, se trata de un trastorno en el que se altera el filtrado glomerular. Es por esto que los riñones se vuelven incapaces de excretar los productos de desecho nitrogenados, conservar los electrolitos y conseguir una adecuada concentración de la orina.

Las causas de la insuficiencia renal son diversas; algunas conducen a una rápida disminución de la función renal (*insuficiencia renal aguda*), mientras que otras conducen a una disminución gradual de dicha función (*insuficiencia renal crónica*). Además se debe considerar que, en algunas ocasiones, las causas están en relación a la exposición a ciertas drogas, a ciertos hidrocarburos, y metales pesados (plomo); además

de algunos padecimientos de tipo genético, como antecedentes de diabetes mellitus tipo II o poliquistosis renal<sup>2</sup>.

### 1.2.2.1. Insuficiencia renal aguda

La *Insuficiencia Renal Aguda (IRA)* es una rápida disminución de la capacidad de los riñones para eliminar las sustancias tóxicas de la sangre, llevando a una acumulación de productos metabólicos de desecho en la sangre, como la urea. Es decir, se trata de una disminución rápida del filtrado glomerular.

La causa de una insuficiencia renal aguda puede ser cualquier afección que disminuya el aporte de flujo sanguíneo hacia los riñones, que obstruya el flujo de la orina que sale de los mismos o que lesione los riñones<sup>3</sup>. Por ejemplo, como en la deshidratación o hemorragias sanguíneas. Diversas sustancias tóxicas pueden lesionar los riñones, como fármacos, tóxicos, cristales que precipitan en la orina y anticuerpos dirigidos contra los riñones. También puede deberse a una enfermedad del propio riñón como en las glomerulonefritis y en las necrosis tubulares agudas, u ocurrir como un proceso de obstrucción aguda de las vías urinarias, como ocurre en la hiperplasia prostática o cuando aparecen cálculos en las vías urinarias.

La IRA es potencialmente reversible, es decir, el riñón puede recuperar su función si se corrige a tiempo la causa desencadenante.

#### *Síntomas*

Los síntomas dependen de la gravedad de la insuficiencia renal, de la concentración de iones y de la causa subyacente. El cuadro que conduce a la IRA, a menudo produce síntomas graves que no tienen relación con los riñones. Por ejemplo, antes de su diagnóstico, pueden manifestarse fiebre elevada, shock, insuficiencia cardíaca e insuficiencia hepática, circunstancias que pueden ser más graves que cualquiera de los síntomas provocados por la propia insuficiencia renal.

Algunas de las situaciones que causan la insuficiencia renal aguda también afectan a otras partes del organismo. Por ejemplo, la granulomatosis de Wegener, que lesiona los vasos sanguíneos en los riñones, puede dañar también los vasos sanguíneos de los pulmones y producir hemoptisis, es decir, tos sanguinolenta. Las erupciones cutáneas son características de algunas causas de insuficiencia renal aguda, como la poliarteritis, el lupus eritematoso sistémico y algunos medicamentos tóxicos.

La insuficiencia renal aguda se sospecha cuando disminuye el volumen de producción de orina. Los análisis de sangre que determinan las concentraciones de creatinina y de nitrógeno ureico (urea) en la sangre contribuyen a ratificar el diagnóstico. Un aumento progresivo de la creatinina también es un indicador de insuficiencia renal aguda.

---

<sup>2</sup> Fuente de referencia: <http://bvs.insp.mx>. DFID – Subsecretaría de Prevención y Control de enfermedades. **Práctica Médica Efectiva: Insuficiencia Renal Crónica**. Volumen 2, número 6, México, 2006.

<sup>3</sup> <http://www.msd.es/publicaciones> Merck Sharp & Dohme. *Trastornos del riñón y de las vías urinarias – Insuficiencia Renal* Sección 11 – capítulo 123, Madrid – España – 2005.

## **Tratamiento<sup>4</sup>**

La insuficiencia renal aguda y sus complicaciones inmediatas a menudo se pueden tratar con éxito. El índice de supervivencia es variable, y oscila desde menos del 50% para los que sufren insuficiencia de varios órganos, hasta cerca del 90% para aquellos con disminución del flujo de sangre a los riñones causada por la pérdida de líquidos corporales, producida por una hemorragia, vómitos o diarrea.

Con frecuencia, lo único que se requiere para que los riñones puedan curar por sí mismos es un tratamiento simple. El consumo de agua se limita a reemplazar el volumen perdido por el organismo. Se mide diariamente el peso corpóreo para controlar el consumo de agua. Cuando el peso aumenta de un día para otro significa que se está tomando demasiado líquido. Además de alimentos con glucosa o con hidratos de carbono altamente concentrados, para mantener los valores apropiados de proteínas se administran por vía oral o endovenosa ciertos aminoácidos (que son los componentes que van a constituir las proteínas). Se debe limitar estrictamente el consumo de todas las sustancias que se eliminan a través de los riñones, incluyendo varios fármacos y algunos antibióticos, además de ciertos antiácidos para controlar los valores de fósforo.

La insuficiencia renal puede llegar a ser tan severa que la diálisis se vuelve imprescindible para prevenir graves daños a otros órganos y para controlar los síntomas. En estos casos, la diálisis se comienza lo más pronto posible una vez efectuado el diagnóstico. La diálisis puede requerirse sólo temporalmente como ayuda hasta que los riñones recuperen su funcionamiento, lo que habitualmente puede tardar varios días o semanas. Por otra parte, si los riñones están demasiado lesionados como para recuperarse, la insuficiencia puede volverse crónica y requerir de la diálisis para siempre, a menos que se efectúe un trasplante de riñón.

### **1.2.2.2. Insuficiencia renal crónica**

En la Insuficiencia Renal *Crónica* (IRC), se va produciendo una incapacidad permanente del riñón, debido a una destrucción progresiva de la masa de nefronas funcionales. La función renal va disminuyendo lenta y progresivamente, y al mismo tiempo, evolucionando hacia la acumulación de productos metabólicos de desecho en la sangre (azoemia o uremia)<sup>5</sup>.

Las lesiones producidas en los riñones, en el caso de la IRC pueden ocasionar daños irreversibles. Para su diagnóstico, en el análisis de laboratorio, la sangre se caracteriza por volverse moderadamente ácida (acidosis). Dos productos metabólicos de desecho, la urea y la creatinina, se acumulan en la sangre. La concentración de calcio disminuye y aumenta la de fosfato. La concentración de potasio en la sangre es normal o sólo ligeramente incrementada pero puede volverse peligrosamente alta. El sujeto puede presentar anemia.

---

<sup>4</sup> Fuente de referencia: <http://www.msd.es/publicaciones> Merck Sharp & Dohme. *Trastornos del riñón y de las vías urinarias – Insuficiencia Renal* Sección 11 – capítulo 123, Madrid – España – 2005.

<sup>5</sup> Ídem.

Si bien la IRC se puede presentar en cualquier persona, sin diferencia de sexo o edad, existe mayor riesgo en las personas que sufren de diabetes o presión alta, quienes tienen una historia familiar de IRC o en personas de mayor edad<sup>6</sup>.

Un paciente con IRC es más propenso a sufrir de insuficiencia cardíaca, enfermedades óseas, alteraciones endócrinas que pueden producir disfunciones sexuales y dismenorrea, afecciones de su sistema digestivo; niveles muy altos de uremia en la sangre, incluso pueden llegar a afectar el sistema nervioso y el cerebro.

### ***Síntomas***

En la IRC, los síntomas se desarrollan lentamente. Al inicio están ausentes y la alteración del riñón sólo se puede detectar con análisis de laboratorio.

Una persona con insuficiencia renal entre ligera y moderada presenta sólo síntomas leves a pesar del aumento de la urea en la sangre. En este estadio, puede sentirse la necesidad de orinar varias veces durante la noche (nicturia) porque los riñones no pueden absorber el agua de la orina para concentrarla como lo hacen normalmente en la noche. Como resultado, el volumen de orina al cabo del día es mayor. En las personas que padecen insuficiencia renal a menudo aparece hipertensión arterial porque los riñones no pueden eliminar el exceso de sal y agua. La hipertensión arterial puede conducir a un ictus (accidente cerebral vascular) o una insuficiencia cardíaca.

A medida que la insuficiencia renal evoluciona y se acumulan sustancias tóxicas en la sangre, el sujeto comienza a sentirse pesado, se cansa fácilmente y disminuye su agilidad mental. Se producen síntomas nerviosos y musculares, como espasmos musculares, debilidad muscular y calambres. También puede experimentarse una sensación de hormigueo en las extremidades y perderse la sensibilidad en ciertas partes. Las convulsiones se pueden producir como resultado de la hipertensión arterial o de las alteraciones en la composición química de la sangre que provocan el mal funcionamiento del cerebro. La acumulación de sustancias tóxicas afecta también al aparato digestivo, provocando pérdida del apetito, náuseas, vómitos, inflamación de la mucosa oral (estomatitis) y un sabor desagradable en la boca. Estos síntomas pueden llevar a la desnutrición y a la pérdida de peso.

Los sujetos que padecen una insuficiencia renal avanzada desarrollan frecuentemente úlceras intestinales y hemorragias. La piel puede volverse de color marrón amarillento y, en algunas ocasiones, la concentración de urea es tan elevada que se cristaliza en el sudor, formando un polvo blanco sobre la piel (escarcha urémica).

### ***Pronóstico y tratamiento***<sup>7</sup>

Por lo común, la insuficiencia renal crónica tiende a agravarse independientemente del tratamiento, y si no se trata es mortal; por esto la diálisis y la posibilidad de un trasplante de riñón son las principales alternativas.

---

<sup>6</sup> <http://bvs.insp.mx>. DFID – Subsecretaría de Prevención y Control de enfermedades. **Práctica Médica Efectiva: Insuficiencia Renal Crónica**. Volumen 2, número 6, México, 2006.

<sup>7</sup> Fuente de referencia: <http://www.msd.es/publicaciones> Merck Sharp & Dohme. **Trastornos del riñón y de las vías urinarias – Insuficiencia Renal** Sección 11 – capítulo 123, Madrid – España – 2005.

Los cuadros que causan o agravan la insuficiencia renal se deben corregir lo más pronto posible. Estas acciones comprenden: la corrección de los desequilibrios de sodio, agua y acidobásico, la eliminación de las sustancias tóxicas de los riñones, el tratamiento de la insuficiencia cardíaca, la hipertensión arterial, las infecciones, las concentraciones elevadas de potasio o de calcio en la sangre (hipercalcemia) y cualquier posible obstrucción del flujo de orina. Los diabéticos por lo general necesitan uno de estos tratamientos más temprano que los que no padecen esta enfermedad.

La elevada concentración de triglicéridos en la sangre, hecho frecuente entre los que sufren de insuficiencia renal crónica, aumenta los riesgos de ciertas complicaciones tales como accidentes vasculares cerebrales y ataques cardíacos.

Durante el curso de la insuficiencia renal, las alteraciones de la sed normalmente determinan la cantidad de agua consumida. A veces se restringe el consumo de agua para impedir que la concentración de sodio en la sangre disminuya demasiado. Habitualmente no se limita el consumo de sal (sodio) a menos que haya acumulación de líquidos en los tejidos (edema) o aparezca hipertensión arterial. Se deben evitar los alimentos con un alto contenido de potasio, como por ejemplo los sustitutos de la sal; una elevada concentración de potasio en la sangre (hiperpotasemia) es peligrosa porque aumenta el riesgo de arritmias y de paro cardíaco.

La formación de los huesos se puede ver afectada si determinadas circunstancias persisten durante mucho tiempo, como son: la existencia de una concentración baja de calcitriol (un derivado de la vitamina D), un escaso consumo y absorción de calcio y las concentraciones elevadas de fosfato y hormona paratiroidea en la sangre. La concentración de fosfatos en la sangre se controla con la restricción del consumo de alimentos ricos en fósforo, como los productos lácteos, el hígado, las legumbres, las nueces, etc. La anemia es causada por la incapacidad de los riñones de producir cantidades suficientes de eritropoyetina (una hormona que estimula la producción de glóbulos rojos). Se efectúan transfusiones de sangre sólo cuando la anemia es grave o provoca síntomas.

Los síntomas de la insuficiencia cardíaca, que con frecuencia son el resultado del exceso de sodio y de la retención de agua, mejoran si se reduce la cantidad de sodio en la dieta. Los aumentos moderados o graves de la presión arterial se tratan con fármacos antihipertensivos corrientes para impedir el deterioro del funcionamiento cardíaco y renal.

### **1.2.3. Principales causas de la Insuficiencia Renal**

#### **1.2.3.1. Diabetes<sup>8</sup>**

La *diabetes* es la falta total o parcial de una hormona llamada *insulina* que se produce en el páncreas; a falta de insulina se mantiene el azúcar elevada en la sangre. La insulina hace que el azúcar que ingerimos penetre a las diferentes células del organismo (hepáticas, musculares, grasas, etc.) y la utilice para producir energía.

---

<sup>8</sup> Fuente de referencia: <http://www.kidneyurology.org>. Kidney and Neurology foundation of America. *La enfermedad renal en personas con diabetes*. Kidney and Neurology foundation of America, 2004.

De acuerdo a la edad que se inicia la diabetes puede ser: a) diabetes juvenil o diabetes tipo I insulino dependiente (10% de los diabéticos). b) diabetes del adulto o diabetes tipo II que puede convertirse en insulino dependiente (90% de los pacientes).

La diabetes afecta las arterias del organismo. Puede afectar las grandes arterias como las coronarias, de los miembros inferiores y de los riñones; pudiendo producir, como consecuencia: infarto, amputación e hipertensión arterial respectivamente. En este caso se llama *macrovasculopatía*. Si se afectan los pequeños vasos se llama *microvasculopatía* causando la pérdida de visión (retinopatía) y de los riñones (nefropatía) teniendo incapacidad para excretar agua, sal y toxinas.

### **1.2.3.2. Nefropatía diabética<sup>9</sup>**

La diabetes es la causa más común de insuficiencia renal y constituye casi el 45 por ciento de los casos nuevos. Incluso cuando la diabetes está controlada, la enfermedad puede conducir a nefropatía e insuficiencia renal. Muchos años pueden pasar entre el comienzo de la diabetes y la aparición de los problemas del riñón. Durante los años que se mantiene elevada el azúcar existe un mayor trabajo de los riñones, hay un aumento del flujo de sangre y éstos se hacen más grandes. Al irse afectando los vasos sanguíneos la presión arterial sube, por lo tanto a los 10 años el paciente diabético puede estar hipertenso; esta presión elevada se suma a afectar también los riñones.

Cerca del 10% de pacientes diabéticos tipo I y el 20 al 30% del tipo II pueden llegar con el devenir de los años a insuficiencia renal crónica. Una manera de predecir que se está afectando es por un pequeño escape de albúmina en orina (microalbuminuria), esto se puede producir a los 5 años de evolución.

### **1.2.3.3. Hipertensión arterial<sup>10</sup>**

La tensión arterial mide la fuerza de la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos. La tensión arterial que se mantiene alta por un tiempo largo se llama *hipertensión*. Si hay demasiado líquido en el cuerpo, aumenta la cantidad de líquido en los vasos sanguíneos y sube la tensión arterial. Los vasos sanguíneos atorados o estrechos también hacen que suba la tensión arterial.

La presión arterial alta, o hipertensión, es un factor importante en la aparición de problemas renales. Tanto los antecedentes familiares de hipertensión como la presencia de este fenómeno parecen aumentar las probabilidades de padecer la enfermedad renal y también acelera el progreso de la IRC cuando ésta ya está presente.

Se la puede considerar no sólo como una causa de la enfermedad renal, sino como resultado del daño causado por la misma. A medida que la enfermedad renal avanza, los cambios físicos en los riñones provocan un aumento de la presión arterial. Esto es peligroso, ya que el aumento de la presión arterial empeora los factores que causan el aumento y viceversa.

---

<sup>9</sup> Fuente de referencia: <http://www.mediosecuador.com> *Diabetes y riñón*. 2006.

<sup>10</sup> <http://geosalud.com/renal/> *La hipertensión arterial y la enfermedad de los riñones*. NIH Publication No. 06-3925S, 2006.

La tensión arterial alta hace trabajar al corazón con más fuerza y, con el tiempo, puede dañar los vasos sanguíneos de todo el cuerpo. Si se dañan los vasos sanguíneos de los riñones, es posible que estos órganos dejen de retirar las impurezas y el líquido extra del cuerpo. Este líquido extra en los vasos sanguíneos puede hacer que sube aún más la tensión arterial.

### **1.3. TRATAMIENTOS PARA LA IRC**

La evaluación de todo paciente con IRC, requiere de una historia clínica completa, exploración física minuciosa, y estudios de laboratorio, con la finalidad de identificar la causa y severidad de la misma. Es decir, el paciente con IRC debe ser valorado en forma integral por el equipo multidisciplinario de salud investigando su etiología, el estado nutricional, el grado de afección sistémica y los aspectos psicológicos y sociales que pueden repercutir en él.

Los objetivos del tratamiento en la IR varían en relación con la fase en la que se encuentra el paciente, entre los más importantes están los siguientes:

1. Procurar la máxima calidad de vida del paciente durante todas las etapas de su tratamiento.
2. Retardar la progresión del daño y la insuficiencia renal.
3. Revertir y/o aminorar el síndrome urémico.
4. Evitar y/o corregir las complicaciones consecutivas al tratamiento del síndrome urémico.

En el aspecto médico, para el manejo de la IRC se considera<sup>11</sup>:

#### **1.3.1. Terapia Nutricional.**

Los pacientes que se someten a diálisis necesitan dietas y fármacos especiales. El principio de la terapia nutricional consiste en prevenir los síntomas urémicos en el transcurso de la progresión de la enfermedad independientemente de la etiología. El segundo objetivo es conservar la función renal residual y retardar el progreso de la IRC. Por tal motivo, los requerimientos dietéticos en estos pacientes deben ser individualizados de acuerdo al grado de función renal de cada uno; se requiere un ajuste tanto de las proteínas (por las pérdidas que se producen en el tratamiento dialítico y/o a través de la orina), calorías, lípidos, sodio, potasio y fosfatos, así como de los líquidos, dependiendo de la fase de IRC, y del tratamiento sustitutivo de la función renal. El ajuste de los líquidos dependerá del volumen urinario que tenga el paciente, el cual puede ser alto, normal o nulo.

Debido al escaso apetito y a la pérdida de proteínas, estas personas necesitan por lo general una dieta relativamente rica en proteínas, debiendo restringirse el consumo de sodio, potasio y fósforo. Es importante controlar el peso a diario, puesto que un

---

<sup>11</sup> Fuente de referencia: <http://bvs.insp.mx>. DFID – Subsecretaría de Prevención y Control de enfermedades. **Práctica Médica Efectiva: Insuficiencia Renal Crónica**. Volumen 2, número 6, México, 2006.

aumento excesivo entre las sesiones de hemodiálisis sugiere un consumo exagerado de líquido. Además se necesitan suplementos multivitamínicos y de hierro para sustituir los nutrientes que se pierden a través de la diálisis. Se pueden suministrar hormonas, como la testosterona o la eritropoyetina, para estimular la producción de glóbulos rojos. Este tipo de terapia requiere la supervisión de un especialista del servicio de dietética y nutrición.

### **1.3.2. Terapia sustentiva mediante procedimientos de Diálisis peritoneal y Hemodiálisis.**

El tratamiento dialítico debe iniciarse cuando el paciente no logra:

- 1) Conservar un adecuado control ácido-base.
- 2) Excretar productos tóxicos del organismo.
- 3) Mantener el equilibrio de sodio y líquidos corporales.

Tanto la hemodiálisis como la diálisis peritoneal, son tratamientos encaminados a ajustar la concentración de solutos en sangre, eliminar las sustancias tóxicas y a remover el exceso de líquidos del organismo.

Los médicos deciden comenzar la diálisis por diversos motivos:

1. Cuando la insuficiencia renal causa un funcionamiento anormal del cerebro (*encefalopatía urémica*). La reversión de los síntomas de alteración del funcionamiento cerebral causados por insuficiencia renal, una vez iniciada la diálisis, por lo general necesita varios días y, en raras ocasiones, hasta 2 semanas de tratamiento.
2. Inflamación de la envoltura del corazón (*pericarditis*).
3. Elevada acidez de la sangre (*acidosis*) que no responde a otros tratamientos.
4. Insuficiencia cardíaca.
5. Una concentración muy elevada de potasio en la sangre (*hiperpotasemia*).

También se utiliza la diálisis de forma preventiva en caso de insuficiencia renal aguda, cuando la producción de orina es baja, y el paciente debe continuar el tratamiento hasta que los análisis de sangre indiquen que la función renal se está recuperando.

En el caso de una insuficiencia renal crónica, se puede comenzar con la diálisis cuando las pruebas indican que los riñones no están extrayendo los productos de desecho de modo suficiente, o cuando la persona ya no puede llevar a cabo sus actividades diarias habituales.

Se puede usar la diálisis como terapia a largo plazo para la insuficiencia renal crónica o como medida provisional hasta que se pueda efectuar un trasplante de riñón.

En los casos de insuficiencia renal aguda, la diálisis se puede necesitar sólo durante unos pocos días o semanas, hasta que se restablezca la función renal. También se puede usar la diálisis para eliminar ciertos medicamentos o tóxicos del organismo.

La frecuencia de las sesiones de diálisis varía de acuerdo con el nivel de función renal restante, pero habitualmente, sobretodo en casos de IRC, se requiere diálisis tres veces por semana, durante cuatro horas por día. La diálisis le permite al individuo llevar una vida relativamente normal, ingerir una dieta adecuada, disponer de un recuento aceptable de glóbulos rojos, tener una presión arterial normal y no desarrollar ninguna lesión nerviosa.

### **1.3.2.1. Hemodiálisis**

En la *hemodiálisis* se extrae la sangre del cuerpo, se la hace circular a través de un aparato externo (dializador), y se bombea al interior de un aparato que filtra las sustancias tóxicas, devolviendo a la persona la sangre purificada.

A través de una máquina, la sangre se bombea desde una arteria hacia el dializador, o riñón artificial, donde atraviesa una membrana semipermeable. El líquido de la diálisis que pasa sobre el otro lado de la membrana elimina los elementos no deseados en la sangre por difusión. Después la sangre regresa al organismo a través de una vena. Para facilitar este acceso se efectúa quirúrgicamente una conexión artificial entre una arteria y una vena (fistula arteriovenosa)<sup>12</sup>.

La sangre sale por un tubo conectado a la fistula arteriovenosa y se bombea al dializador. Durante el procedimiento, se utiliza heparina, un fármaco que evita la coagulación de la sangre e impide que se coagule en el dializador. Dentro del dializador, una membrana porosa artificial separa la sangre del líquido (líquido de diálisis), cuya composición química es similar a los líquidos normales del cuerpo. La presión en el compartimiento del líquido de diálisis es más baja que la del compartimiento de la sangre, permitiendo así que el líquido, los productos de desecho y las sustancias tóxicas de la sangre se filtren a través de la membrana que separa ambos compartimientos. La sangre dializada (purificada) es devuelta al organismo.

### **1.3.2.2. Diálisis peritoneal**

En la *diálisis peritoneal*, el peritoneo, una membrana que reviste el abdomen y recubre los órganos abdominales, actúa como un filtro permeable. En ella, se infunde dentro de la cavidad abdominal un líquido que contiene una mezcla especial de glucosa y sales que arrastra las sustancias tóxicas de los tejidos. Luego se extrae el líquido y se desecha.

El peritoneo posee una extensa superficie y una rica red de vasos sanguíneos. Las sustancias provenientes de la sangre pueden filtrarse fácilmente a través de este al interior de la cavidad abdominal si las condiciones son favorables. El líquido se infunde a través de un catéter que penetra a través de la pared abdominal hasta el espacio peritoneal. Dicho líquido debe permanecer en el abdomen durante un tiempo suficiente

---

<sup>12</sup> Fuente: <http://www.msd.es/publicaciones>. Merck Sharp & Dohme. *Trastornos del riñón y de las vías urinarias – Insuficiencia Renal* Sección 11 – capítulo 123, Madrid – España – 2005.

para permitir que las materias de desecho provenientes del flujo sanguíneo pasen lentamente hacia él. Luego se saca el líquido, se desecha y se reemplaza con otro nuevo. Por lo general se usa un catéter blando de goma de silicona o de poliuretano poroso porque permite que el líquido fluya uniformemente y es improbable que cause lesiones.

Existen varias técnicas. En la más simple, la *diálisis peritoneal manual intermitente*, las bolsas que contienen el líquido se calientan a la temperatura del cuerpo; el líquido se infunde dentro de la cavidad peritoneal por espacio de 10 minutos, se deja permanecer allí entre 60 y 90 minutos y luego se extrae durante 10 a 20 minutos. El tratamiento completo puede necesitar 12 horas. Esta técnica se usa sobre todo para tratar la insuficiencia renal aguda.

La *diálisis peritoneal intermitente automatizada* se puede realizar en casa, eliminando la necesidad de una asistencia de enfermería constante. Un dispositivo con reloj automático bombea el líquido hacia dentro y hacia fuera de la cavidad peritoneal. Por lo general, se coloca el ciclador en el momento de acostarse para que la diálisis se realice durante el sueño. Estas terapias necesitan realizarse 6 o 7 noches por semana.

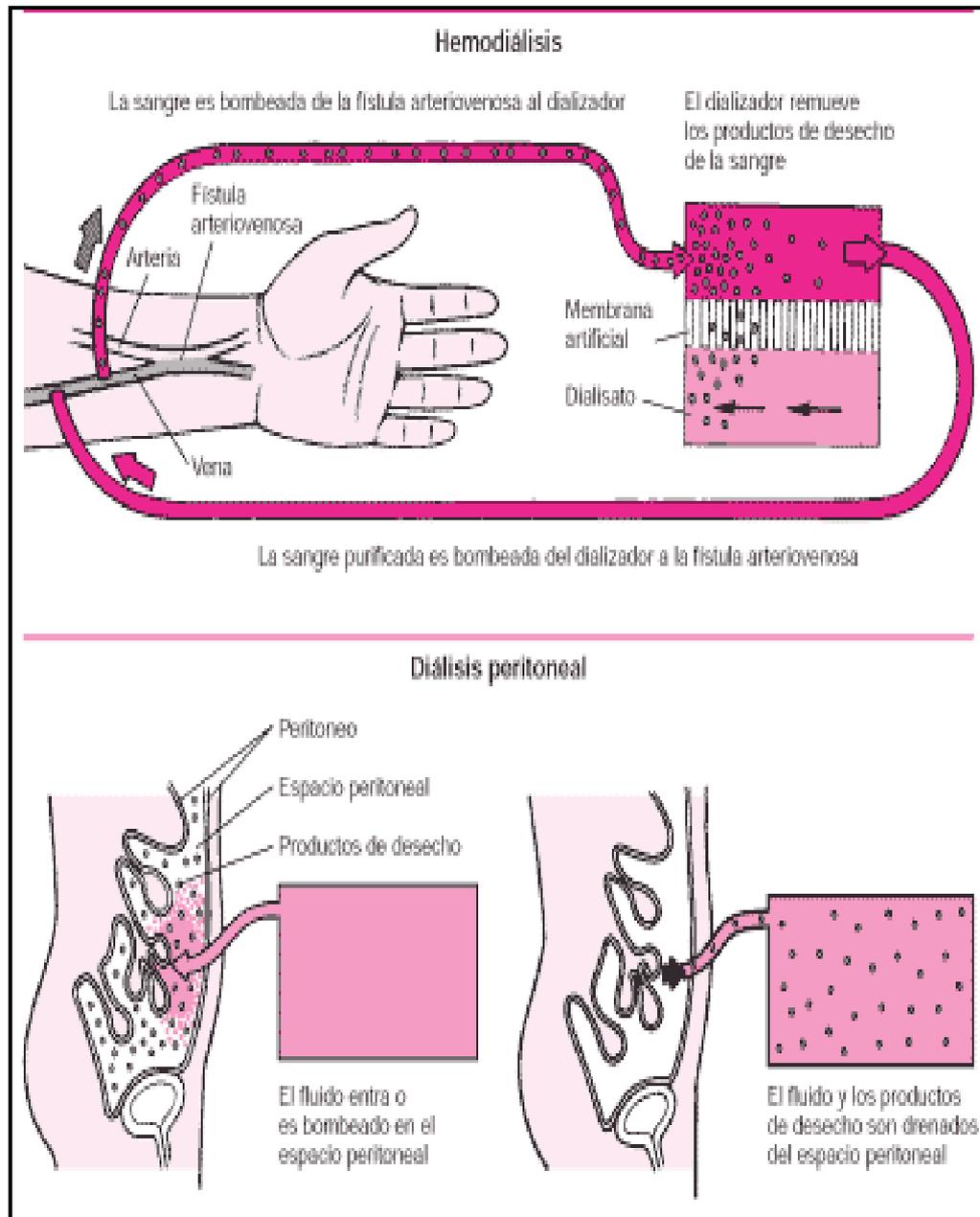
En la *diálisis peritoneal continua a domicilio*, el líquido se deja en el abdomen durante intervalos muy prolongados. Normalmente, el líquido se saca y se repone cuatro o cinco veces al día, se recoge en bolsas de cloruro de polivinilo que se pueden doblar cuando están vacías, se colocan dentro de una funda y pueden utilizarse para un drenaje subsiguiente sin ser desconectadas del catéter. Generalmente se efectúan tres de estos intercambios de líquido durante el día, a intervalos de 4 horas o más. Cada intercambio precisa entre 30 y 45 minutos. Un tiempo de intercambio más prolongado (de 8 a 12 horas) se lleva a cabo por la noche, durante el sueño.

Otra técnica, la *diálisis peritoneal continua asistida con un ciclador*, utiliza un ciclador automático para realizar intercambios breves por la noche durante el sueño, mientras que los intercambios más extensos se llevan a cabo durante el día, sin el ciclador. Esta técnica minimiza el número de intercambios durante el día, pero impide la movilidad por la noche debido a que el equipo es voluminoso<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Fuente: <http://www.msd.es/publicaciones> Merck Sharp & Dohme. *Trastornos del riñón y de las vías urinarias – Insuficiencia Renal* Sección 11 – capítulo 123, Madrid – España – 2005.

**Gráfico 2**  
**Procedimientos de hemodiálisis y diálisis peritoneal**

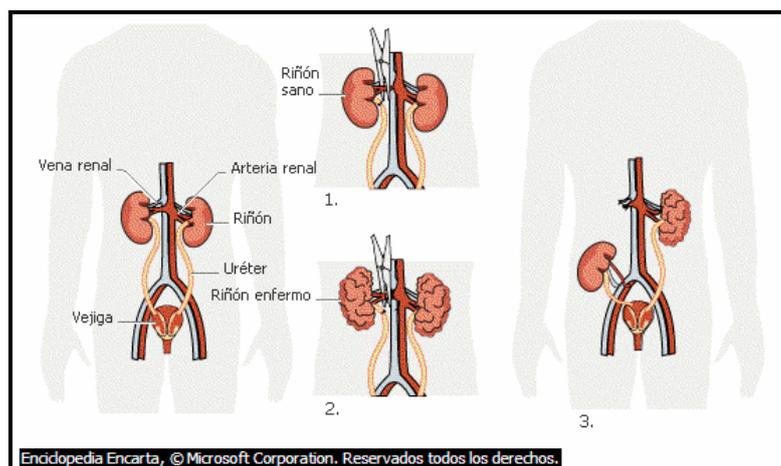


Fuente: <http://www.msd.es/publicaciones> Merck Sharp & Dohme.  
*Trastornos del riñón y de las vías urinarias – Insuficiencia Renal* Sección 11 – capítulo 123, Madrid – España – 2005.

### 1.3.2.3 Transplante de riñón

En algunos casos se procede a un **transplante de riñón**; este procedimiento consiste en que el riñón donado se extirpa pinzando y cortando la arteria y la vena renal. El riñón enfermo puede mantenerse en su lugar, o uno o ambos pueden ser extirpados si originan una infección persistente o una elevación de la tensión arterial. El riñón donado es situado en la región pélvica del individuo receptor y la arteria y la vena renal se unen al sistema circulatorio.

**Gráfico 2**  
**Transplante de riñón**



Fuente: Microsoft Corporation. **Enciclopedia Encarta** / *Transplante de riñón*. Microsoft Corporation, 2002.

El órgano donado debe proceder de un familiar del paciente o de una persona que haya fallecido recientemente. En la mayoría de casos, tanto el donante como el receptor del órgano pueden llevar una vida normal con sólo un riñón.

Idealmente, constituye la mejor alternativa de tratamiento para el paciente urémico crónico, puesto que le ofrecería mejores posibilidades de rehabilitación y calidad de vida. Sin embargo, no a todos los pacientes se les puede realizar el transplante renal, ya que deben someterse a una evaluación rigurosa, sin olvidar que pueden existir problemas de índole inmunológico, infeccioso y de carácter social.

Por otro lado, la donación es voluntaria y altruista, y hay mucho miedo y confusión alrededor de la misma. Actualmente no se cuenta con una adecuada disponibilidad de órganos, debido a la insuficiencia de donadores.

Para concluir este capítulo, podemos decir que los riñones son órganos muy importantes dentro del cuerpo humano, cuya función es la homeostasis y la excreción. Los riñones, principalmente, son los encargados de realizar un proceso de filtración, en el que eliminan los desechos y líquidos del cuerpo, regulan en el organismo el agua y otros químicos de la sangre, eliminan los medicamentos y toxinas y producen importantes hormonas. Por lo tanto su función es doble y primordial para el funcionamiento del cuerpo: por un lado la excreción (eliminación de sustancias de desecho); y por otro, la homeostasis (mantenimiento constante de fluidos corporales, especialmente del plasma). Sin embargo, cuando un sujeto padece de insuficiencia renal, sus riñones ya no tienen la capacidad para excretar los productos de desecho nitrogenados, y cumplir sus funciones tan importantes.

Es por esto que se recurre al tratamiento de diálisis, cuyo objetivo fundamental – ya sea hemodiálisis o diálisis peritoneal– es reemplazar el papel que cumple el o los riñones, y así, aportar la mayor cantidad posible de calidad de vida a la población de pacientes con enfermedad renal crónica.

Tanto la enfermedad renal como su tratamiento son bastante complejos. De hecho, hasta hace unas pocas épocas, no podíamos siquiera imaginar que un ser

humano, para sobrevivir, debiera depender totalmente del funcionamiento de una máquina exterior que hiciera las veces de sus funciones vitales. Sin embargo, gracias a los avances de la medicina actual, esto es lo que hacen las máquinas de diálisis, y conjuntamente con otros aditamentos y medicamentos necesarios, logran reemplazar casi por completo las funciones de los riñones.

2

---

**EL PACIENTE Y  
LA ENFERMEDAD**

## **2. EL PACIENTE Y LA ENFERMEDAD**

A lo largo del presente capítulo abarcaremos temas relacionados a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y su adaptación, tanto a la enfermedad como a los cambios que ésta genera en los distintos ámbitos de sus vidas, específicamente en lo referente a su calidad de vida. También expondremos los elementos necesarios para que se presente una buena adherencia al tratamiento, y las reacciones que las personas tienen hacia éste y hacia la enfermedad misma.

Otros temas que presentaremos aquí son los mecanismos de defensa que utilizan los pacientes ante la difícil situación que están viviendo. Además, mostraremos una visión sobre el estrés y su relación con la enfermedad, siendo éste un factor muy significativo en el curso de la misma.

Haremos una revisión sobre el proceso de enfermar y la forma cómo lo vive la persona. Por último, hablaremos del duelo y sus etapas, ya que durante la enfermedad, las personas, tanto el enfermo como su familia, sufren de una gran cantidad de pérdidas, desde la pérdida del trabajo hasta la muerte misma.

### **2.1. EL PACIENTE: SU ADAPTACIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

#### **2.1.1. La adaptación a la enfermedad**

Cuando el ser humano se enfrenta ante diversas situaciones, se producen una serie de cambios para los cuales es necesario que éste active todas sus herramientas psicológicas. La IRC es una enfermedad que genera una gran cadena de reacciones, pues el paciente debe adaptarse a un sinnúmero de modificaciones que influyen en todas las esferas de su vida y, la manera en que lo haga, repercutirá en su adherencia al tratamiento.

El objetivo fundamental de las terapias de reemplazo renal es ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica. Es un hecho indiscutible que, junto con los desórdenes fisiológicos que se presentan en la IRC, hay muchos factores psicológicos y sociales determinantes en la percepción que el paciente

tendrá de su enfermedad, al igual que en su adherencia al tratamiento terapéutico y en cómo éste la sabrá sobrellevar.

Existen muchas variables psicosociales que van a incidir en la relación salud - enfermedad, y éstas, a su vez, obedecerán a factores personales, como: el ciclo vital, el nivel educativo, el funcionamiento cognitivo, la estructura yoica, la estructura y dinámica de las relaciones objetales, la personalidad, las modalidades de afrontamiento, los mecanismos de defensa, el nivel socioeconómico, el consumo de sustancias, la cultura, las redes de apoyo, entre otros.

Sabiendo que:

*“Padecer de una enfermedad renal crónica es estar permanentemente, durante varios años, durante los últimos años de la vida, con un alto riesgo de morir. Para no morir, el paciente y su familia, tienen que hacer enormes esfuerzos adaptativos, los que, en muchos casos, implican cambios tan radicales en el estilo de vida, que la persona siente que no puede volver a ser la misma que era antes que la enfermedad comenzara. Todo esto demanda, de la personalidad del paciente y de sus seres queridos más cercanos, un trabajo psíquico muy intenso, que pone a prueba sus capacidades de adaptarse a grandes y significativos cambios.*

*En los momentos de crisis, los seres humanos utilizamos los recursos más acentuados de nuestras personalidades, de tal manera que es frecuente que nuestras tendencias conflictivas se tornen aún más agudas”*<sup>14</sup>

Hasta hace algunos años no podíamos siquiera imaginar que, para sobrevivir, un ser humano debería depender totalmente del funcionamiento de una máquina exterior que hiciera las veces de sus funciones vitales. Sin embargo, esto es lo que hacen las máquinas de diálisis pues, conjuntamente con otros aditamentos y medicamentos necesarios, logran reemplazar casi por completo las funciones de los riñones. Los pacientes deben estar conectados a ellas por un período aproximado de cuatro horas, con una regularidad de dos a cuatro veces por semana durante muchos años; para Alarcón, este tiempo es “mucho más de lo que dos personas adultas interactúan”<sup>15</sup>. Algunos de los pacientes ven a estas máquinas como una oportunidad para seguir viviendo, como lo hace Ricardo (paciente que forma parte de nuestro estudio) quien lleva aproximadamente un año en tratamiento, y considera que a veces la máquina le “manda con iras”, demostrando, de esta manera, que aún no termina de adaptarse completamente a la IRC.

Muy frecuentemente, no del todo conscientes, los pacientes renales “se sienten atrapados entre una muerte segura y una vida que depende de la tecnología para mantenerse”<sup>16</sup>. Por un lado, **existe un temor a la muerte**, más probable en ellos, pero también **temor ante una vida que no puede ser llevada de manera normal**, teniendo que llegar a comprender y aceptar el hecho de que el tratamiento no llegará nunca a curarlos y que, por ende, deben aceptar sus limitaciones funcionales y seguir adelante con su vida, lo que sin duda es duro y complejo desde el punto de vista fisiológico y psicológico.

---

<sup>14</sup> ALARCÓN Prada Ariel. **Aspectos Psicosociales del Paciente Renal**. La Silueta Ediciones, Bogotá - Colombia, 2004. pp. XVII

<sup>15</sup> Ídem, pp. XVIII

<sup>16</sup> Ídem, pp.21

Además, es necesario tomar en cuenta, que el curso de la enfermedad también se verá afectado por las **características propias de cada paciente**, ya que de ellas dependerá el tratamiento y, por lo tanto, el estado de salud. Ellas varían de acuerdo a algunos factores como la edad, el sexo, el género, las medidas fisiológicas, los parámetros psicológicos, el soporte social, entre otros.

### 2.1.1.1. Consecuencias del tratamiento

Ante los cambios a los que debe enfrentarse el paciente y su familia, se presentan dos opciones: el recibir o no el tratamiento. El no recibirlo, como se mencionó anteriormente, lleva a una muerte segura e inminente; mientras que el recibirlo, alarga la esperanza de vida pero con difíciles consecuencias, las cuales pueden ser:

- **Consecuencias biológicas:** se presentan pérdidas del funcionamiento corporal propias de la enfermedad. Existe un deterioro físico y agotamiento, complicaciones resultantes del tratamiento, y una salud precaria.
- **Consecuencias psicológicas:** entre las reacciones ante la enfermedad tenemos: rabia, dolor, ansiedad, depresión, deterioro de la autoimagen, etc.
- **Consecuencias sociales:** seguramente éstas son las que generan mayores problemas en los pacientes y que más dificultan su adherencia al tratamiento, puesto que implican cambios en los roles tanto familiares como sociales y además dependen de la percepción y el significado que los demás le dan a la enfermedad. Ellas traen cambios en el estilo de vida, aspiraciones y sueños, especialmente por la idea de una posible muerte y también por los cambios en las rutinas diarias que implica el tratamiento. Al tener que asistir a la unidad de diálisis 3 veces por semana, 4 horas diarias, también se genera una pérdida de opciones, como por ejemplo el aceptar trabajos. Crea también aislamiento social, ya sea por el tiempo que requiere la diálisis o por los sentimientos de los pacientes hacia ellos mismos y la IRC; se dan cambios en las relaciones familiares, laborales y sociales.

El paciente debe enfrentarse a **muchos cambios**, tanto a nivel personal, familiar, ocupacional y social, como el estar constantemente en contacto con un centro médico y personal de salud. Si estos cambios no llegan a normalizarse y a enfrentarse adaptativamente, pueden presentarse dificultades, tales como disfunciones maritales y familiares, depresión, ansiedad, pérdida de identidad, e incluso abuso de sustancias.

Existen muchas variables que favorecen o desfavorecen a esta **adaptación**, empezando por la misma *personalidad* del paciente y rasgos individuales como la edad, el género, estado civil; *factores orgánicos* como su índice de masa corporal, condiciones cardiovasculares y otras enfermedades que padezcan (generalmente diabetes y/o hipertensión arterial); *parámetros psicológicos y de comportamiento*, como el estrés y sus hábitos saludables o nocivos, hasta llegar a *factores sociales o ambientales* como el apoyo familiar, exigencias ocupacionales, acceso a servicios de salud, nivel socioeconómico, etc.

Sin lugar a dudas, cada paciente experimenta de manera distinta las consecuencias de su enfermedad, posiblemente en concordancia con las actividades que éste más valora. Así, muchos están muy preocupados por el aislamiento social debido a las restricciones implicadas en el tratamiento; para otros, el mayor impacto está en el cambio de su estilo de vida y actividades cotidianas; o acerca de sus ingresos económicos y la imposibilidad de trabajar, etc. De ahí la importancia de **conocer y respetar la individualidad del paciente**, pues dependiendo de sus características, la enfermedad tendrá un significado diferente y determinado, y así se podrá entender de mejor manera su estructura psíquica y apoyarlo durante su tratamiento.

Estos cambios son muy claros en el caso de Luis, un paciente que lleva casi 9 años en tratamiento. Su IRC fue consecuencia de la diabetes que padece desde los 15 años, afectando también su visión, perdida por completo hace 4 años. Él es ingeniero en sistemas, pero desde que quedó ciego no ejerce su profesión. Ahora depende casi por completo cuidado de sus padres. Su esposa lo dejó tras haberse enterado de su enfermedad. Tuvo que aprender a manejarse por sí solo, adaptarse a su situación actual y tratar de superar su ceguera. Ha mostrado muchos avances, incluso aprendió el sistema Braille y escucha libros leídos.

Como se vio anteriormente, **la personalidad** juega un papel muy importante tanto en la adaptación a la enfermedad como en la adherencia al tratamiento; ésta es definida por Llor y Cols como “*la organización dinámica, relativamente estable, de características psicológicas y físicas innatas y adquiridas, bajo las condiciones especiales de su desarrollo, que determinan la conducta propia o típica con la que cada individuo afronta las distintas situaciones*”<sup>17</sup>, es decir, es la identidad del sujeto, que está constituida por elementos centrales difíciles de modificar y por elementos más periféricos que puede llegar a ser cambiados en cierto grado.

Por lo tanto, dependiendo de la personalidad, el afrontamiento a la enfermedad va a ser diferente, como también el significado que se le de a ésta. Existen pacientes que, de acuerdo con su constitución psíquica, pueden tener una perspectiva positiva de la enfermedad o una negativa. Cuando se tiene una *visión positiva* puede verse a la IRC como un reto, como una experiencia valiosa, como un mal que tiene remedio o como una estrategia para manipular a las otras personas; algunos pacientes aceptan mejor la idea de padecer esta enfermedad a otra más peligrosa y sin tantas esperanzas de vida, como el cáncer. Iván, un paciente de la Unidad Renal BAXTER, tiene 30 años y a raíz de su diagnóstico, encontró un trabajo que se adapta a su nueva situación.

En la *visión negativa*, se la considera como una pérdida por los cambios que la enfermedad implica, por ejemplo debilidad, incluso como una fuerza enemiga que ésta en su contra, o como un castigo por los errores cometidos. Tal es el caso de José, de 80 años, quien piensa que su enfermedad se debe a haber trabajado mucho durante su juventud, al igual que Victoria de 60 años.

Alarcón describe otro factor importante para la adaptación de los pacientes: **el apoyo social** con el que cuentan. “*El soporte social se refiere a la percepción que tienen un individuo de ser miembro de una compleja red en la cual puede dar y recibir*

---

<sup>17</sup> GALLAR Pérez Manuel. **Promoción de la Salud y Apoyo psicológico al paciente**. Editorial Parainfo, Madrid – España, 1998. pp 76.

*afecto y ayuda*”<sup>18</sup>. Éste es proporcionado por la familia, amigos, médicos, es decir, por todos los que lo rodean e influye en la calidad de vida y en su supervivencia.

Un buen apoyo social le permitirá al paciente tener mayor acceso a los servicios de salud, mejores cuidados y una mejor adherencia, pues este engloba desde aspectos prácticos como el transporte, las citas, los medicamentos, etc., hasta el apoyo y aceptación emocional, tan importante para los seres humanos, especialmente si están pasando por una enfermedad de estas características.

La relevancia de este factor depende de la etapa de la enfermedad: al inicio puede no ser tan necesario, ya que las personas aún tienen capacidad funcional, sin embargo, los pacientes jóvenes pueden pensar que no están recibiendo el suficiente apoyo, ya que el resto de personas no van a poder percibir muchos de sus efectos negativos y síntomas porque éstos todavía son muy leves, ni ver sus pérdidas en la forma que ellos lo hacen, por lo que no les darán la misma importancia.

Si bien la diálisis es el tratamiento para la IRC, ella no va a curar a los pacientes. Tiene el objetivo de aliviar el dolor y alargar la vida, pero trae efectos paralelos.

### **2.1.1.2. Calidad de vida e IRC**

La **calidad de vida** es definida por Alarcón como “*el nivel de valor de vida de alguien*”<sup>19</sup>, e incluye elementos objetivos y subjetivos. Es decir, las condiciones de vida y la satisfacción que el paciente experimenta dependen directamente de factores individuales y de la etapa del ciclo vital en que se está cursando; y está a su vez, está determinada por **diferentes ejes**:

- **Eje afectivo:** este eje involucra a todas las relaciones del sujeto, especialmente de pareja, familiares, amistosas, etc., tomando en cuenta el soporte y los sentimientos que éstas generan. En el eje afectivo se satisface una de las necesidades primarias del hombre, el amor, que tiene diversas formas de expresión. Cuando es satisfecha ayuda a formar “redes de dependencia afectiva, las cuales soportan al sujeto a través de su vida (...) y está en estrecha relación con la capacidad del sujeto para desempeñarse adecuadamente en la sociedad y ser productivo y saludable”<sup>20</sup>; por lo tanto, si este eje no es lo suficientemente estable, el sujeto no podrá adaptarse bien a las situaciones de la vida, y mucho peor a la enfermedad.
- **Eje de trabajo:** la mayor parte del tiempo de su vida adulta, las personas lo gastan realizando actividades productivas a cambio de dinero que permite satisfacer sus necesidades. Éstas se realizan en lugares determinados y con colegas, es por esto que el ambiente laboral ayuda o no a la adaptación al trabajo y a que se explote todo el potencial de la persona. Contiene las opciones, aspiraciones, tanto profesionales como económicas.

---

<sup>18</sup> GALLAR Pérez Manuel. **Promoción de la Salud y Apoyo psicológico al paciente**. Editorial Parainfo, Madrid – España, 1998. pp. 31.

<sup>19</sup> ALARCÓN Prada Ariel. **Aspectos Psicosociales del Paciente Renal**. La Silueta Ediciones, Bogotá - Colombia, 2004, pp. 46

<sup>20</sup> Ídem, pp. 48

- **Eje intelectual:** hace referencia a la curiosidad, creatividad, imaginación y lógica, al conocimiento y habilidades adquiridas que van a permitir a las personas cambiar su realidad continuamente durante la vida, por lo que Alarcón considera que “el aprovechamiento de cada situación como fuente de experiencia es una de las estrategias más valiosas que cada uno puede tener para fortalecer el eje intelectual”<sup>21</sup>.
- **Eje de recreación:** son aquellas actividades que se realizan en el tiempo libre, cuyas principales motivaciones son la búsqueda de la belleza, del placer y la liberación de tensión.
- **Eje de salud física:** aquí se incluye el cuidado del cuerpo, lo que una persona hace para estar en forma, visitas al médico, etc. El enfermar afecta directamente a este eje, por lo que generalmente es aquel que más se evalúa cuando se presenta la IRC.
- **Eje espiritual:** es la búsqueda de un sentido, ya sea religioso o no. Este eje está relacionado con la trascendencia, con la justicia, la ética, la convivencia, etc.
- **Eje de la sexualidad:** están involucrados factores como la identidad sexual, la libido, las relaciones amorosas, la salud, el disfrutar el tiempo libre, etc. Cuando este eje es adecuado, se puede observar que una pareja se adapta y acopla mutuamente, da y recibe amor y placer.

Estos ejes no son independientes uno del otro, sino que mantienen *una interacción constante* y se van modificando a lo largo de la vida, dependiendo de las experiencias que se le presentan al sujeto.

En la IRC, muchos de estos ejes se ven afectados en diferentes grados dependiendo del sujeto, especialmente la salud, pero se puede presentar también ansiedad y depresión ante la enfermedad, factores que disminuirán considerablemente la calidad de vida. Si bien la diálisis disminuye los síntomas explícitos de la enfermedad y las alteraciones que se generan a nivel físico y de su salud, muchas veces no se toman en cuenta aquellas repercusiones que ésta tiene en las otras áreas de la vida del paciente, las cuales se ven gravemente afectadas, como por ejemplo, las relaciones afectivas, pues se pueden presentar tensiones matrimoniales y familiares por la dependencia que ahora se hace presente. También hay cambios en los roles familiares: los pacientes muchas de las veces deben abandonar sus trabajos o disminuir el tiempo, ya que no se acoplan a su nueva vida. Existen alteraciones sexuales, ya sea por efecto de la enfermedad, por mitos a cerca de ésta o por lo medicamentos. Está siempre presente el miedo a la muerte y las pérdidas que sufre el paciente.

El paciente es el que determina la calidad de vida con la percepción que éste tenga de su bienestar, es decir, la percepción que tenga sobre sus emociones y su capacidad funcional. Al progresar la enfermedad, no siempre va a disminuir drásticamente la calidad de vida de los pacientes, ya que los niveles bajos de funcionalidad no están obligatoriamente relacionados con los niveles bajos de satisfacción, debido a que las expectativas y aspiraciones de las personas van

---

<sup>21</sup> ALARCÓN Prada Ariel. **Aspectos Psicosociales del Paciente Renal**. La Silueta Ediciones, Bogotá - Colombia, 2004, pp.48 y 49.

cambiando a lo largo de la vida. Por lo tanto, para evaluar cómo la IRC o cualquier otra situación afecta al sujeto, hay que tomar en cuenta factores tanto objetivos como subjetivos, debido a que incluso interviene la etapa de la vida que se está cursando.

Mientras menos sienta el paciente que la enfermedad ha interferido en su vida, más larga y mejor será la misma, pues sentirá menos efectos secundarios, habrán menores niveles de depresión, sentirá que la enfermedad ha generado menos cambios en su vida y tendrá más fuerzas para luchar, por lo tanto, existirá una mejor adherencia al tratamiento porque se sentirá más motivado. Así, la sensación de interferencia de la enfermedad puede cambiar pues depende de muchos factores como por ejemplo el soporte social, la gravedad de la enfermedad, e influyen también los valores y preferencias del sujeto.

Un *indicador de la interferencia* de la enfermedad es la **autopercepción** con respecto a su salud física y mental. En la IRC generalmente se presentan niveles más bajos de autopercepción, especialmente al inicio de la enfermedad, y van disminuyendo su intensidad gracias a los mecanismos de adaptación.

Otro factor importante en la calidad de vida, es el **nivel de satisfacción** que los pacientes tienen sobre su vida, sin importar la edad. Algo muy importante con respecto a este tema es la posibilidad que tienen algunos pacientes de escoger el tratamiento que se van a realizar, lo que les permite adaptarse mejor a la enfermedad, dándoles la oportunidad de mantener el control sobre sus vidas, escogiendo el más adecuado, de acuerdo a su situación y personalidad.

Sin embargo existen factores, como los que describe Alarcón, que **afectan a la calidad de vida**, independientemente del tratamiento:

- Factores psicosociales como el desempleo, bajos ingresos económicos, bajo nivel educativo, etc.
- Una remisión temprana al nefrólogo va a ayudar a mejorar el estado de salud, controlar la enfermedad y tener psicoeducación que fomente la adherencia al tratamiento. Mientras más tarde se acuda al médico, habrá mayor peligro de mortalidad y hospitalización.
- Una malnutrición.
- La depresión, ya sea antes o después del diagnóstico.
- Fracaso en un transplante previo, afecta mucho al paciente, sobre todo si la pérdida fue traumática.
- El ejercicio ayuda a tener buenos niveles de vida.
- La edad: los pacientes ancianos se adaptan mejor a las enfermedades.
- El sueño: quienes duermen bien presentan menos problemas.

Si bien éstos son los factores más fácilmente observables para evaluar la calidad de vida del paciente, existen también otros que están ocultos. Sin embargo, siempre es importante ayudar a los pacientes a que mantengan o recuperen el nivel que tenían antes de presentar IRC, por lo que el mismo autor considera que el equipo médico, especialmente la asesoría psicológica debe “ayudarlo al individuo a enfrentar su enfermedad y las consecuencias de ésta sobre su estilo de vida”<sup>22</sup>, para contribuir a mejorar su estado, investigando los distintos aspectos de la vida del sujeto, y así poder tener una visión global de su personalidad e intereses.

### **2.1.2. La adherencia al tratamiento**

La adherencia al tratamiento hace referencia al *cumplimiento de las órdenes del médico*, aspecto imprescindible para tener un tratamiento seguro, efectivo y eficiente. Si ésta no es adecuada, vendrán fuertes repercusiones a nivel de la salud, aumentando, de esta manera, el peligro de muerte.

La hemodiálisis requiere de muchas responsabilidades por parte del paciente, pues éste debe asistir regularmente a las sesiones, tomar medicamentos, llevar una dieta especial (tanto en lo que respecta a la alimentación como a la ingesta de líquidos), realizarse chequeos rutinarios, etc. Por lo que existen momentos y situaciones en que los pacientes no podrán cumplir con todas las indicaciones.

Para la *valoración de la adherencia* se toman en cuenta situaciones subjetivas, como lo expresado por los pacientes y por el personal médico, lo cual puede no resultar muy confiable debido a que pueden olvidar u ocultar datos importantes. Esto se complementa con medidas objetivas como el peso entre sesiones, el nivel de fosfato, el faltar o acortar las sesiones, etc. Las personas que no asisten a la hemodiálisis aumentan considerablemente su mortalidad en un 10 % por cada falta. Sin embargo, estos indicadores no son absolutos, ya que, por ejemplo, el acortar el tiempo puede ser una forma que el paciente tiene para sentir que aún tiene el control sobre su vida, generando una mejor adherencia en otras partes del tratamiento.

Existen *factores psicosociales* que van a influir en la adherencia y en la no adherencia, por ejemplo, entre aquellos que no permiten una buena adherencia tenemos:

- Efectos secundarios producidos por la medicación.
- Personalidad del paciente.
- Factores sociales.
- Creencias y actitudes de cada uno, con respecto a la enfermedad y a la salud.
- Pocas instrucciones sobre el tratamiento.
- Mala comunicación con el médico y diferencias en sus características demográficas.
- Complejidad de sus dietas.
- Poca comprensión sobre la razón de la hemodiálisis.
- Problemas socioeconómicos con sus repercusiones en el estado de ánimo de los pacientes.

---

<sup>22</sup> ALARCÓN Prada Ariel. *Aspectos Psicosociales del Paciente Renal*. La Silueta Ediciones, Bogotá - Colombia, 2004, pp. 57

Las actitudes hostiles del paciente y el creer que los resultados del tratamiento son independientes de las instrucciones del médico, afectan a la adherencia, especialmente con respecto a la reducción de fósforo.

Otro factor importante es la **percepción de la imagen corporal**, ya que mientras menos ésta esté alterada, mejor será la adherencia. La **personalidad** influye mucho a que una buena adherencia se mantenga constante o no, por lo tanto, las características del sujeto y sus mecanismos de afrontamiento deben ser consistentes con el tratamiento a escoger.

El personal de salud también juega un papel importante en este aspecto; así el paciente y el personal involucrado deben determinar conjuntamente cuáles son las limitaciones que van a impedir una buena adherencia y las estrategias para superarlas, determinado los objetivos y metas, los cuales deberán ser revisados cada cierto tiempo. El médico también es responsable de la adherencia de sus pacientes; será una influencia positiva si se muestra preocupado por ellos.

De acuerdo con Alarcón, los **factores que determinan la adherencia** son:

- **Edad:** las personas jóvenes suelen no cumplir con las indicaciones médicas.
- **Red de apoyo familiar:** hay mejor adherencia cuando se tiene apoyo de la familia, especialmente si se vive con alguien.
- **Hábitos en relación con el tabaco:** los fumadores, o personas que dejaron de fumar tienden a respetar menos las instrucciones.
- **Educación:** mientras haya mayor psicoeducación sobre su enfermedad, mejor será la respuesta del paciente al tratamiento.
- **Apoyo social:** las redes de apoyo social ayudan a seguir el tratamiento y aumentar las expectativas de vida.
- **Depresión:** influye negativamente.
- **Percepción de los efectos negativos de la enfermedad:** como se describió anteriormente, la calidad de vida se ve más afectada cuando se percibe que la enfermedad ha interferido en la vida, influyendo a que no haya una buena adherencia.

## 2.2. REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD

Consideramos que cualquier tipo de enfermedad debe ser vista bajo una concepción integral, es decir, cuando el cuerpo enferma, enferma la mente y viceversa, pues ambos forman un todo indisoluble. Por esto, es imprescindible *escuchar* a la enfermedad y escuchar al enfermo. Gallar con respecto a este tema cita a Leal, quien afirma que:

*“Humanizar la medicina ha de ser adecuarla al hombre como persona, como realidad individual, pero a la vez social, comunitaria y cósmica”<sup>23</sup>.*

Como vimos, muchos factores van a intervenir en la manera cómo reacciona el sujeto ante una enfermedad, desde la manera cómo se lo llama hasta factores psicosociales, como el nivel socio– económico.

No existe ‘la enfermedad’ sino *los enfermos*, puesto que **cada persona reacciona de manera diferente**, tiene una idiosincrasia personal, y por ende el tratamiento debe ser individualizado.

Una de las situaciones que influye es la manera de llamar a las personas, si *enfermos, pacientes* o *clientes*; en las enfermedades crónicas generalmente las personas logran llevar una vida más o menos normal, por lo que no les gusta ser llamados enfermos, recordando el concepto de salud como el bienestar físico, psíquico y social de un individuo. Es por esta situación que el tratar de enfermo a una persona puede ser contraproducente. En la actualidad se prefiere hablar de pacientes o clientes, con el objetivo de no etiquetar, dejando de este modo las insinuaciones negativas, las relaciones desiguales, y sobre todo reconociendo los derechos de los pacientes, especialmente cuando se trata de “*clientes*”. En cambio, el llamarles pacientes, también pone en realce una relación desigual, y una pasividad del sujeto ante el profesional y ante la enfermedad, sin tomar en cuenta que, etimológicamente, paciente significa “el que padece”<sup>24</sup>.

Toda enfermedad crónica representa una *fuentes continua de malestar y vulnerabilidad psicofísica*, así como la sensación irreversible de tener que convivir en forma permanente con la idea de la muerte, lo que va a generar una serie de reacciones psicológicas.

Entre las principales fuentes de malestar psicológico se encuentra la dependencia frente al tratamiento y a la propia enfermedad, ya que si bien el paciente puede encontrarse asintomático por períodos prolongados, la amenaza de recaídas y de un agravamiento progresivo, es inevitable.

Además se encuentran alteradas todas o la mayoría de las áreas que determinan la calidad de vida. Habrá muchos cambios en la vida del paciente –que le van a parecer unos fáciles y otros difíciles de lograr–, por lo que deberá poner en marcha todo su arsenal psicológico para, de este modo, tener una mejor adaptación.

Algunas de las **principales reacciones emocionales** que nos muestra Alarcón<sup>25</sup> frente a la enfermedad renal son:

- 1) Negación de la enfermedad.
- 2) Rabia y sentimientos agresivos.
- 3) Depresión y Ansiedad.
- 4) Molestias, frustración e impotencia por el cambio en roles familiares y sociales.

---

<sup>23</sup> GALLAR Pérez Manuel. **Promoción de la Salud y Apoyo psicológico al paciente**. Editorial Parainfo, Madrid – España, 1998. pp 97.

<sup>24</sup> Ídem, pp 98.

<sup>25</sup> ALARCÓN Prada Ariel. **Aspectos Psicosociales del Paciente Renal**. La Silueta Ediciones, Bogotá - Colombia, 2004, pp. 29.

- 5) Incomodidad por la transición independencia/dependencia.
- 6) Ideación fantástica sobre una vida sin tratamiento.
- 7) Ideas erróneas sobre las causas de su enfermedad.
- 8) Confianza en una cura milagrosa.
- 9) Miedo e inseguridad ante un futuro incierto.
- 10) Conductas regresivas, infantiles o inapropiadas.
- 11) Sentir que la vida no vale la pena.
- 12) Explosiones de ira.
- 13) Comportamientos histéricos.
- 14) Decisión impulsiva de morir sin tratamiento

Una de estas reacciones se puede ver en Iván quien, a sus 30 años, fue recientemente diagnosticado con IRC: él cree que va a recuperar su función renal. Existen también pacientes como Soledad, quien considera a su enfermedad como un castigo de Dios por ser pecadora. José considera que enfermó por exceso de trabajo. Luis, por su adicción a las drogas.

No solamente los aspectos psicológicos individuales están alterados (descenso en la autoestima, riesgo de presentar síntomas como tristeza, temor, irritabilidad y síndromes psíquicos como depresión y ansiedad), sino que las áreas laboral, económica, social y familiar resultan también perjudicadas:

**a) En el área laboral**, el progresivo deterioro del enfermo puede ocasionar un descenso en su rendimiento y capacidad de trabajo, principalmente en las ocupaciones que requieren un esfuerzo físico. Por ejemplo, Florencia ya no puede dedicarse como antes a sus quehaceres domésticos ni a los trabajos en el campo, lo que disminuye considerablemente su capacidad económica.

**b) En el área social**, el paciente muchas veces tiende a aislarse de su entorno habitual, para evitar compartir espacios que ahora debe restringir (comidas, ejercicio físico, viajes) o porque teme ser rechazado o discriminado. Tal es el caso de Luis, quien incluso en la Unidad, se mantiene distante de los demás pacientes, siente que es “invisible” y que todos lo tratan de ese modo.

**c) En el área familiar**, la necesidad de convivir diariamente con el tratamiento, las modificaciones espaciales e higiénicas que éste impone, los horarios, la imposibilidad de realizar viajes prolongados y las modificaciones dietéticas, entre otros, muchas veces producen conflictos a los que se agrega la significación que para el paciente tiene el deber desempeñar el rol de enfermo en la familia, sobre todo cuando se trata del padre debido a que se produce una necesaria inversión en el anterior funcionamiento intrafamiliar. La potencial pérdida de independencia puede llegar a ser frustrante, vista en Luis, quien dejó su trabajo y ahora depende en todo sentido de sus padres; también en Alejandro, quien trabajaba para el Municipio de su ciudad y luego de ser diagnosticado con IRC hace aproximadamente 5 meses tuvo que jubilarse.

El padecer una enfermedad crónica significa, ante todo, una situación de estrés y amenaza contra el bienestar del individuo; afectándose no solo el plano somático, sino también el psicológico, lo que le genera ansiedad debido a los miedos sobre su futuro y su vida en general.

El sujeto estará más atento a lo normal de su cuerpo, lo que Gallar denomina *absorción del cuerpo*, es decir, siente más intensamente cada una de sus funciones vitales y los síntomas que va padeciendo.

Además la concepción del yo puede cambiar. Frente a los demás, puede tornarse más *egocéntrico*. Sin embargo, es cierto también que la enfermedad lo obliga a una *dependencia* de los demás en sentido material y emocional, generando preocupaciones sobre lo comprometidos que están sus familiares con su estado.

Por otro lado, están la *soledad* y el *temor a la muerte*, quizás dos de las sensaciones más intensas y desagradables que experimenta la persona enferma. Pues, por más que los familiares y amigos se encuentren acompañando al paciente, éste se va a sentir solo, como Luis y Ricardo, quienes buscan compañía de una mujer, pero al mismo tiempo consideran que ninguna va a querer estar con alguien como ellos. Este factor, junto con un intenso dolor que no es controlado, puede llevar a que la persona entre en desesperación e intente incluso acabar con su vida.

### 2.3. MECANISMOS DE DEFENSA ANTE LA ENFERMEDAD

Los mecanismos de defensa, según Gallar, son “aquel conjunto de mecanismos inconscientes a través de los cuales evitamos que nos afecten psicológicamente determinadas situaciones internas o externas”<sup>26</sup>. Por lo tanto, los activamos cuando nos encontramos ante *realidades que no nos gustan o son muy difíciles de enfrentar*, ante situaciones que nos generan ansiedad y, para evitarlas, ponemos en marcha nuestras defensas psicológicas.

Freud describió los siguientes mecanismos de defensa:

- a. **Represión:** es el mecanismo a través del cual se rechaza aquello que es inaceptable para la persona. Este contenido reprimido es almacenado en el inconsciente y aflora en forma de sueños, pulsiones o diferentes clases de síntomas. Para Freud, las represiones que se realizan en los primeros años son las que determinan la personalidad.
- b. **Negación:** significa negar una realidad, ignorarla por completo, pasajera o permanentemente. Muchos de los pacientes utilizan este mecanismo de defensa negando totalmente que padecen de una enfermedad.
- c. **Regresión:** el sujeto adopta conductas que presentó en etapas anteriores del desarrollo evolutivo con el objetivo de buscar afecto y cuidado. Puede presentarse a cualquier edad.
- d. **Proyección:** se da cuando la persona no ve el problema en ella y lo identifica en otra persona. Tal es el caso de Soledad, quién considera

---

<sup>26</sup> GALLAR Pérez Manuel. *Promoción de la Salud y Apoyo psicológico al paciente*. Editorial Parainfo, Madrid – España, 1998, pp. 90.

que su nuera es 'mala' y que hace de todo para molestarla sin aceptar que ella suele empezar muchas de las peleas que han tenido.

- e. **Identificación:** consiste en identificarse con las características de los demás.
- f. **Introyección:** se da cuando se asumen ciertas conductas o características de otros como nuestras, convencidos de que los demás nos están imitando.
- g. **Racionalización:** se caracteriza por razonar el problema dando explicaciones de nuestras conductas, con el fin de disminuir la ansiedad. Este mecanismo es muy claro cuando los pacientes tratan de encontrar razones por las cuales enfermaron, ya sea culpando al trabajo, a Dios, a las drogas, a los médicos, etc.
- h. **Sustitución:** es cuando un individuo sustituye lo que le genera ansiedad por otra cosa, es decir, trata de compensar algo. Cuando se intenta compensar con aspectos intelectuales se conoce como *intelectualización*. Esto se ve claramente en Luis quien, siempre poniendo en realce sus capacidades intelectuales, afirma: “*Ahora yo sé lo que valgo. Llegué a perderlo por completo, llegando a creer que no servía para nada. Solamente soy orgulloso de lo que tengo en mi cerebro.*” Si se dirige hacia la sociedad, se llama *sublimación*. Cuando se sustituye una realidad que no se puede obtener por una imaginaria se denomina *fantasía*.
- i. **Formación reactiva:** se presenta cuando se reprime un deseo y se tienen conductas totalmente opuestas al mismo.

## 2.4. EL ESTRÉS EN LA ENFERMEDAD

El estrés es una *reacción de ajuste*, una tensión emocional que involucra el plano físico (reacciones neurovegetativas) y el plano psicológico (ansiedad, angustia, etc.), mediante la estimulación del equipo biológico que posee el hombre para *enfrentar los estímulos externos* que ponen en peligro su vida con el objetivo de *solucionar un problema inmediatamente*. Esta respuesta va a depender de la vivencia y experiencia que se ha tenido como individuo.

A lo largo de la vida, pasamos por muchas situaciones estresantes, desde rendir un examen hasta estar en un accidente de tránsito o atravesar una enfermedad. Así, en ciertas ocasiones, la reacción de estrés se produce como una oportunidad para lograr la adaptación, con la función de proteger y transformarse en una reacción de ajuste.

Este tipo de respuestas permanecen en nosotros desde tiempos prehistóricos como una manera de preservar nuestra vida pues, en ese entonces, los seres humanos escapaban de depredadores; hoy en día, son situaciones muy diferentes las que nos originan estrés.

Fue en 1963 cuando Hans Selye, fisiólogo húngaro dedicado al estudio de este fenómeno, denominó como *síndrome de adaptación general* al estrés, describiendo su mecanismo paradójico: pues, por un lado la estimulación que las hormonas del estrés generan en ciertos órganos protegen al sujeto de cualquier peligro e interviene también para recuperar el equilibrio corporal.

Sin embargo, si estos mecanismos permanecen activos por tiempos prolongados, generan alteraciones en el organismo afectando su funcionamiento. Esta doble acción recibe el nombre de “*acción bifásica* de las hormonas del estrés”<sup>27</sup>, y ella es la responsable de que varias enfermedades se vean exacerbadas por el estrés.

#### 2.4.1. Fases del estrés

- **La reacción de alarma:** también llamada *fase de choque*, se caracteriza por: hipotensión arterial, hipotermia, disminución de la reserva alcalina, disminución de la diuresis, hipocloremia, hipoportasemia, linfocitosis. Le sigue la *fase de contra choque*, durante la cual se invierte el sentido de las reacciones humorales y neurovegetativas.
- **Fase de resistencia:** es el conjunto de reacciones de adaptación y de los mecanismos de compensación del organismo sometido a estímulos crónicos. Si la capacidad de adaptación del organismo ha sido superada por un exceso de estimulación puede llegarse a la tercera fase.
- **Fase de agotamiento:** es la etapa final de todo proceso que, en su caso extremo, lleva a la muerte del organismo.

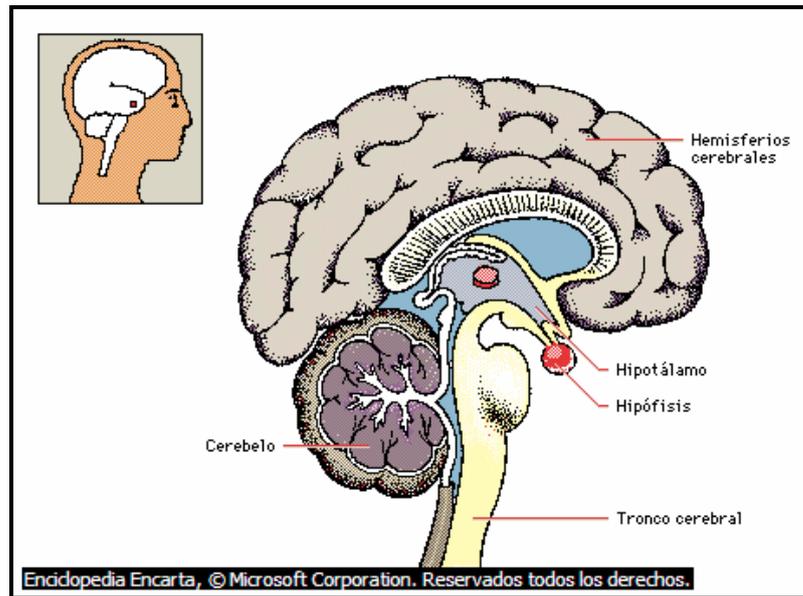
En este mecanismo interviene el sistema nervioso vegetativo, con sus dos subsistemas (simpático y parasimpático). Recordemos que el sistema simpático es aquel que se encarga de preparar al organismo para la lucha y el parasimpático es el que le devuelve su equilibrio, regresándolo a la normalidad.

En el cerebro, es esencialmente el **hipotálamo** aquella parte que se encarga de dirigir el sistema nervioso vegetativo, que interviene en el estrés. Éste da una señal de alarma estimulando a las glándulas **suprarrenales**, las que secretan las hormonas adrenalina y noradrenalina por todo el cuerpo generando los síntomas típicos de este estado.

---

<sup>27</sup> CONLAN, Roberta, Mc. EWEN, Bruce. **Estados de ánimo**. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina. 2000. pp. 84.

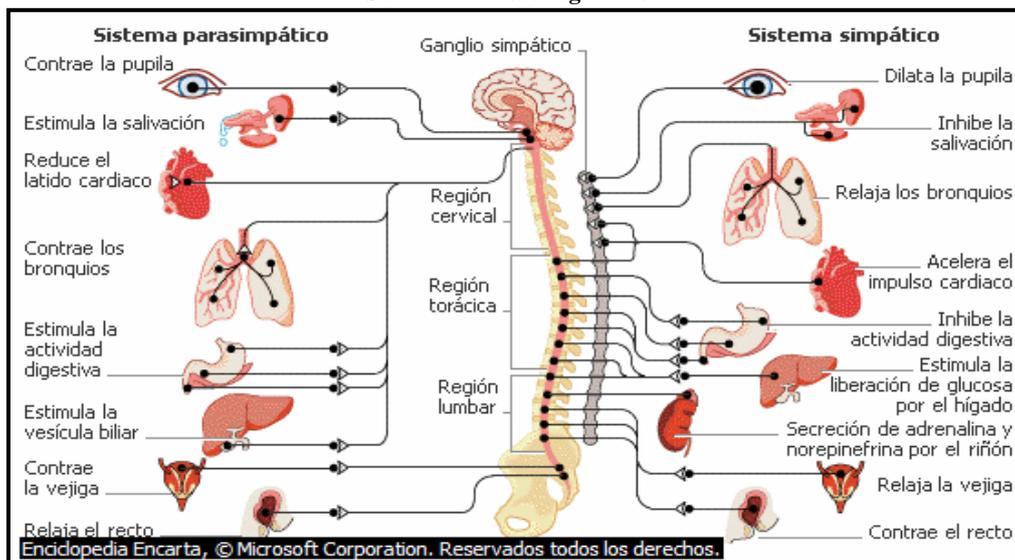
**Gráfico 1**  
**El hipotálamo**



Fuente: Microsoft Corporation. **Enciclopedia Encarta** / *Hipotálamo*. Microsoft Corporation, 2002.

Si la situación estresante continua por mucho tiempo, el hipotálamo activa el **eje hipotalámico – hipofisiario – suprarrenal**, con el fin de que el cuerpo resista al estrés. El hipotálamo libera corticotropina, la cual a su vez estimula a la hipófisis para que secrete adrenocorticotropa, estimulando las glándulas suprarrenales para que generen cortisol. El cortisol aumenta el nivel de glucosa en el cuerpo para que, de este modo, se cuente con una mayor cantidad de energía, especialmente el corazón y el cerebro. Además, éste inhibe el aparato reproductor, estimula al sistema inmunitario para que el organismo esté listo para enfrentar una lesión y, al mismo tiempo, a través de un proceso de feedback, suprime el mismo sistema para que la reacción inmunitaria no sea exagerada y no altere los órganos y tejidos.

**Gráfico 2**  
**Sistema nervioso vegetativo**



Fuente: Microsoft Corporation. **Enciclopedia Encarta** / *Sistema nervioso vegetativo*. Microsoft Corporation, 2002.

En general, cuando ha pasado el peligro, el organismo regresa a la normalidad y se recupera el equilibrio. Hay complicaciones cuando esto no sucede.

#### 2.4.2. Alostasia y carga alostática

Sterling y Eyer son quienes empiezan a hablar sobre el término *alostasia*, haciendo referencia al **proceso de adaptación del cuerpo ante una situación estresante**. “*Stasis*” significa “estabilidad”, y “*allo*” significa “variabilidad”, de modo que “*alostasia*” hace referencia a “la capacidad para obtener estabilidad a través de un cambio”<sup>28</sup>. Por lo tanto: es la respuesta normal del organismo y su capacidad para volver al equilibrio anterior, modificando las funciones de las células.

La carga alostática se da cuando los sistemas alostáticos están permanentemente activados, causando daño a los tejidos y órganos del cuerpo, especialmente el sistema cardiovascular, constituyendo un factor de riesgo para la obesidad, la hipertensión y la diabetes de tipo II. También afecta al sistema inmunitario y al cerebro.

Este fenómeno puede ser generado mínimo por tres situaciones, tal como lo describe Mc. Ewen:

1. Estrés repetitivo, ya que se tiene a mantener esta carga con el objetivo de lograr adaptarse a la situación.
2. Respuesta prolongada, por lo tanto no se desactiva eficientemente la alostasis.
3. Cuando el individuo no es capaz de organizar y adaptarse a la respuesta alostática, dando como resultado que se descontrolen otros sistemas.

#### 2.4.3. Estrés y ansiedad

A pesar de que muchos autores consideran que el estrés y la ansiedad son conceptos iguales, es necesario diferenciarlos. El **estrés**, como se vio anteriormente, es una reacción ante situaciones ambientales, Gili citado por Gallar, considera que:

*“Estas respuestas activan al organismo más rápidamente de lo que puede asimilar la capacidad de adaptación; mientras que la ansiedad aludiría al estado de temor, de sensación (desagradable) de peligro o amenaza que incita a una conducta específica hacia el estímulo que lo provoca”<sup>29</sup>.*

En el estrés existe un factor amenazante real y es la respuesta con la que nos defendemos. La ansiedad, en cambio, es el estado emocional con el que lo enfrentamos, pero puede estar presente aún cuando no existe un estímulo.

#### 2.4.4. El estrés y las enfermedades

Muchos autores han encontrado una relación directa entre el estrés y las enfermedades. Si bien el estrés y la ansiedad son algo positivo, pueden convertirse en

---

<sup>28</sup> CONLAN, Roberta, Mc. EWEN, Bruce. **Estados de ánimo**. Editorial Paidós. Buenos Aires. Argentina. 2000, pp 88.

<sup>29</sup> GALLAR Pérez Manuel. **Promoción de la Salud y Apoyo psicológico al paciente**. Editorial Parainfo, Madrid – España, 1998, pp. 100.

factores negativos cuando se alarga demasiado su tiempo, ya que denota la incapacidad para afrontar a éstas situaciones.

Dentro de las enfermedades psicosomáticas, el estrés es considerado como una de sus causas, especialmente aquellas situaciones estresantes pequeñas que se repiten a lo largo de la vida y pueden estar íntimamente relacionadas con una depresión del sistema inmunológico, lo cual llevaría a una mayor predisposición a desarrollar enfermedades infecciosas o cancerosas.

#### **2.4.4.1. Actitud ante el estrés por la enfermedad**

En el caso de las enfermedades, son los síntomas y su diagnóstico los factores estresantes. En estas situaciones los pacientes suelen atravesar por las siguientes etapas:

- 1. Evaluación cognitiva:** en esta etapa se da un proceso mental sobre la situación; éste consta de dos partes:
  - a. Evaluación primaria:** se evalúa si la enfermedad va a generar cambios en su bienestar; en el caso de que así sea, se presentan dos reacciones:
    - i.** Se considera a la enfermedad como un reto y se asumen conductas de aproximación y afrontamiento.
    - ii.** Se ve a la enfermedad como una amenaza, y se generan conductas de evitación, pero llegará un momento en el que el sujeto va a tener que afrontar la enfermedad así no lo quiera.
  - b. Evaluación secundaria:** en esta fase se valoran los recursos con los que cuenta el sujeto para el afrontamiento de su enfermedad.
- 2. Afrontamiento:** es la aplicación y desarrollo de tácticas para el afrontamiento de la enfermedad, con el fin de poder eliminar o disminuir sus consecuencias negativas, así como la ansiedad que ésta provoca.
- 3. Resultados:** pueden ser positivos o negativos, dependiendo del afrontamiento.
- 4. Evaluación global del proceso:** es cuando el sujeto evalúa si ha recibido un buen tratamiento o no, si ha afrontado o no correctamente a la enfermedad. A partir de esta fase cambiará sus estrategias y conductas para enfrentar la enfermedad.

### **2.5. FASES DEL PROCESO DE ENFERMAR**

Al atravesar por una enfermedad las personas experimentan ciertas actitudes y conductas, determinadas por su personalidad y por las circunstancias.

Éstas se pueden agrupar en fases sin ser necesario que las personas pasen por todas. Gallar describe las siguientes:

1. **Etapa inicial:** es cuando el sujeto se percata de los primeros síntomas y signos de la enfermedad; su interpretación va a depender de las experiencias, creencias, expectativas, etc. En ella, se pueden dar las siguientes respuestas:
  - a. **Expresar una conducta de afrontamiento hacia la enfermedad**
  - b. **No expresar una conducta de afrontamiento hacia la enfermedad:** cuando no se considera al problema como tal, ni se muestran emociones. Aquí se puede dar la dejación (cuando el sujeto no tiene motivación alguna para curarse). También está la ignorancia de la enfermedad.
2. **Conciencia de la enfermedad:** es cuando la persona acepta el rol de enfermo y debe empezar el tratamiento que más se acople a sus creencias.
3. **Contacto con la asistencia sanitaria:** cuando recurre a un médico especializado para que descarte o confirme el diagnóstico; se puede presentar:
  - a. **Diagnóstico positivo:** se confirma la enfermedad, ante la cual se reacciona de dos maneras: se acepta el diagnóstico o no se acepta. En el último caso se tratará de una negación de la enfermedad, aunque puede recurrirse a una segunda opinión.
  - b. **Diagnóstico negativo:** cuando no existe la enfermedad. Se puede reaccionar aceptando este hecho o no, en tal caso se sospecharía de algún problema de orden psicológico, pero si los síntomas no desaparecen se crea escepticismo ante el diagnóstico y se buscan otras opiniones.
4. **Fase de estado de la enfermedad:** es cuando ya se acepta el rol de enfermo y se presentan las manifestaciones o síntomas de la misma. El sujeto deberá asumir sus derechos y deberes como enfermo, especialmente si está hospitalizado, en donde pasa a ser totalmente dependiente. Dependiendo de la enfermedad su evolución se dirigirá hacia la curación o el empeoramiento.
5. **Fase de convalecencia:** es cuando se van superando las fases de la enfermedad hasta su curación, pueden presentarse reagudizaciones.
6. **Curación / muerte / secuelas:** el individuo recupera su salud. Pueden presentarse secuelas físicas o psicológicas de la enfermedad a las que él deberá adaptarse; si son muy traumáticas será necesario apoyo psicológico. En las enfermedades crónicas, que son incurables, esta fase correspondería a la superación de la fase de agudización.

## 2.6. EL DUELO Y LA ENFERMEDAD

Una enfermedad terminal es aquella en donde el paciente tiene un diagnóstico confirmado: la enfermedad no es reversible y puede tener un pronóstico fatal a corto plazo o un deterioro de su calidad de vida.

Por lo tanto, a pesar de que la diálisis le permite al sujeto alargar su vida, él sufre muchas pérdidas como el trabajo, su vida anterior, las actividades que le gustaba hacer, amistades, la salud, etc.

Morla define al **duelo** como:

*“Un proceso psicológico que se impone al yo ante la muerte de un ser querido, la cual es seguida por demostraciones de pesar y dolor psíquico de calidad y duración variable según el valor y el tipo de relación entre el sobreviviente y la persona fallecida, con un grado importante de subjetividad, en la cual intervienen factores culturales”<sup>30</sup>.*

Éste **no se presenta únicamente por la muerte de una persona**, ya que también se considera como duelo “al proceso, a la situación que se vive ante una pérdida”<sup>31</sup>, implicando cualquier tipo de pérdidas, como por ejemplo la pérdida de la salud, del trabajo, de una relación amorosa, etc.

Es un *proceso normal* que presenta signos y síntomas similares a los de la depresión sin llegar a ser éste un trastorno. Se presentan sentimientos de tristeza, insomnio, anorexia, pérdida de peso, etc. Existen variaciones en su duración hasta lograr culminar con la aceptación.

Sin embargo, el duelo puede llegar a convertirse en patológico cuando la tristeza o el dolor se prolongan por un largo tiempo o su intensidad hace que se interrumpan las actividades que normalmente se realizaban; puede darse por una inmadurez psicológica previa en la estructura del self, o en las circunstancias del proceso de pérdida narcisística.

### **2.6.1. Etapas del proceso de duelo**

Kübler – Ross hizo un estudio extenso sobre las etapas que pasan los pacientes ante enfermedades de este estilo, en donde el individuo se va acercando a la muerte. Ella describe las siguientes etapas sin que sucedan en el mismo orden ni con la misma duración, ya que va a depender de cada paciente, de la enfermedad y su gravedad.

- 1. Etapa de negación:** se presenta cuando el paciente prefiere negar por horas o días su situación para, así, disminuir un poco la ansiedad y la desesperación. Muchos de los pacientes con IRC afirman que cuando se les dio el diagnóstico no podían creer que eso les estaba sucediendo a ellos, especialmente a los más jóvenes.
- 2. Etapa de ira:** es la reacción violenta del paciente como rechazo de la realidad, adquiriendo una actitud irritable, intolerante, desconfiada, acusadora, etc. Esta ira aún se puede ver, aunque cada vez menos pronunciado en Ricardo, quien afirma que a veces “la máquina me manda con iras”, que se enoja con los sobrinos, etc.

---

<sup>30</sup> Autor citado por ALARCÓN Prada Ariel, en **Aspectos Psicosociales del Paciente Renal**. La Silueta Ediciones, Bogotá - Colombia, 2004. pp.68

<sup>31</sup> FERNÁNDEZ, Jorge. **Después de la pérdida**. Universidad de Aconcagua. Catamarca – Argentina. 2004. pp.76.

3. **Etapa de pacto o negociación:** se da cuando el sujeto ya acepta su realidad y empieza a seguir determinado tratamiento con el fin de alargar su vida o disminuir las molestias, buscando soluciones, consejos, etc. Incluso puede hacer promesas o pactos con Dios.
4. **Etapa de depresión:** generalmente se presenta con más intensidad en aquellas personas que no están satisfechas con su vida; mientras que los que si lo están sienten que pueden morir tranquilos. Como le sucede a Florencia que quiere que Dios la lleve, al igual que Soledad. Esta fase es casi inevitable en los enfermos terminales, y suele ser indefinida.
5. **Etapa de aceptación:** es cuando se acepta la enfermedad y la muerte próxima, se siente paz y no ansiedad ni depresión, sino resignación, como José, quien considera que morir es algo natural para todos.

El *duelo patológico* se da cuando la persona no llega a la fase final de aceptación, o cuando ocurre una supresión total del proceso, es decir, el paciente se estanca en la primera o segunda fase. Para determinar si el duelo es o no es patológico, es necesario tomar en cuenta el tipo de pérdida y el tipo de personalidad.

En la IRC, la persona se convierte en alguien totalmente diferente a lo que era antes, perdiendo gran parte de su esencia, pues tuvo que renunciar a mucho de lo que le daba identidad, amor propio y seguridad, por lo que hace un gran esfuerzo psicológico para asimilar estos cambios, elaborando continuamente duelos para poder continuar con su vida.

Cuando se presenta la enfermedad, el paciente se da cuenta que no es el mismo. Su cuerpo cambia y su mente también, el curso de la enfermedad implica más deterioro, la muerte está siempre al asecho, debe cambiar sueños y aspiraciones. Se ve obligado a confiar en el médico, a seguir dietas, regularse en los líquidos. Su libertad se ve coartada, sus medicamentos no lo van a curar, se da un miedo a la dependencia, la respuesta sexual es diferente, puede llegar a perder el trabajo, se disminuyen sus ingresos y aumentan los gastos, debe comenzar a desarrollar una nueva autoimagen, no va a poder realizar las actividades que le gustaban, deberá cambiar de lugar de residencia, etc. Esto último le sucedió a Sofía, quien viene de Gualaquiza, vive aquí con su hermano y cuñada, sin llevar una buena relación, sueña con poder regresar a su pueblo y estar con su familia y amigos; aún no ha superado esa pérdida, incluso pide permiso para no hacerse diálisis por 5 días, lo cual sería mortal para ella, con tal de regresar a su pueblo.

Todo esto implica un gran esfuerzo adaptativo, que si se logra, puede implicar mantener el trabajo y la familia; de lo contrario, se generan mayores desajustes y sufrimientos.

Entre las pérdidas que sufre el enfermo renal, Alarcón enumera las siguientes:

1. Salud
2. Libertad
3. Imagen corporal
4. Hábitos diarios

5. Autonomía
6. Autoestima
7. Bienestar físico
8. Rol familiar
9. Rol de pareja
10. Sexualidad
11. Trabajo
12. Tiempo libre
13. Vida comunitaria
14. Sueños y aspiraciones
15. Estilo de vida
16. Capacidad de elegir<sup>32</sup>

Por ejemplo, Luis, uno de los pacientes, tuvo que enfrentar grandes pérdidas: su trabajo, su esposa e hijos, su visión. También existen casos como Silvia y Helena, quienes, al ser diagnosticadas a temprana edad (aproximadamente 24 años) han abandonado la posibilidad de tener una familia, pues consideran que nadie se fijará en ellas a pesar de ser jóvenes.

A manera de conclusión, podemos decir que cuando las personas son diagnosticadas con una enfermedad de las características de la IRC, muchos cambios se van a presentar. Algunos van a ser más llevaderos que otros, pero siempre influirán las características individuales de los pacientes, el que logren adaptarse o no a la enfermedad y por ende al tratamiento.

Si bien los aspectos personales, tales como la personalidad, los mecanismos de defensa, las experiencias de vida y los mecanismos de afrontamiento, son de vital importancia, también el apoyo social, especialmente de la familia, juega un papel trascendental en este largo camino que el paciente debe avanzar.

Hay que tomar en cuenta, además, la gran cantidad de pérdidas a las que el paciente debe adaptarse y enfrentar, tanto él como sus familiares, como pruebas interminables y muy duras que deben superar.

---

<sup>32</sup> ALARCÓN Prada Ariel. **Aspectos Psicosociales del Paciente Renal**. La Silueta Ediciones, Bogotá - Colombia, 2004, pp. 66.

3

---

**VISIÓN DEL  
PSICOANÁLISIS  
ANTE LA ENFERMEDAD**

## 3. VISIÓN DEL PSICOANÁLISIS ANTE LA ENFERMEDAD

### *I PARTE PSICOANÁLISIS CLÁSICO*

En la primera parte del presente capítulo, comenzaremos hablando sobre cómo la medicina tradicional ve a la enfermedad, basándose en la expresión puramente somática de la misma, a través de la cual trata de entenderla y buscar una cura. Para esto, trataremos sobre la dicotomía cuerpo – alma, o soma – psiquis, para entender cómo son concebidos y tratados los trastornos que aquejan a los seres humanos, siendo ésta una manera errónea de abordarlo, puesto que termina diluyendo su propia esencia del mismo que va mucho más allá de lo puramente físico o lo puramente psicológico.

Así veremos cómo el psicoanálisis puede contribuir mucho al mejor entendimiento y tratamiento de la enfermedad. No pretendemos, de ninguna manera, descalificar a la medicina, pero sí estamos convencidas de que se debería ir más allá, buscando el significado que se oculta tras los síntomas, y dándoles una interpretación, para así, lograr resultados mucho más eficaces.

Para ellos nos remitiremos a los orígenes del psicoanálisis, donde están las bases para esta nueva visión psicodinámica de la enfermedad, partiendo de los conceptos principales de Freud, como inconsciente, zonas erógenas, fantasías sexuales, hipocondría, y conversión, entre otros, los mismos que le permitieron explicar el fenómeno de la histeria.

### 3.1. PSICOANÁLISIS Y MEDICINA

Dethlefsen y Dahlke en su libro “**La enfermedad como camino: una interpretación distinta de la medicina**” afirman que “ya para nadie es un secreto que la medicina académica ha perdido de vista al ser humano”<sup>33</sup>, pues si bien, no podemos dejar de reconocer que la medicina moderna ha progresado mucho en los distintos tratamientos para las enfermedades, ella no concibe al ser humano en *su totalidad*, como un **ente físico – psíquico**. Basándose en la super-especialización y el análisis, como

---

<sup>33</sup> DETHLEFSEN Thorwarld, y DAHLKE Rüdiger. **La enfermedad como camino: una interpretación distinta de la medicina**. Plaza & Ganés Editores, Barcelona – España, 1983, p. 12.

métodos de sus investigaciones, llegan a un conocimiento preciso de cada detalle u órgano del cuerpo, pero, al mismo tiempo, hacen que *el todo* se diluya.

Los mismos autores sostienen que no es que la medicina falle por su falta de actuación u operaciones concretas o prácticas, sino “la medicina falla por su filosofía o, más exactamente, por su falta de filosofía<sup>34</sup>”, lo que equivaldría a argumentar que ella carece de ‘fondo’, y esto es lo que muchas veces hace que sea calificada como ‘inhumana’. De acuerdo con Leal (1997) estamos convencidas de que “*humanizar la medicina ha de ser adecuarla al hombre como persona, como realidad individual, pero a la vez social, comunitaria y cósmica*<sup>35</sup>.”

### 3.1.1. Psiquis y Soma

*“... tenemos, entonces, que considerar la vida como la enigmática coexistencia de lo que uno llama **cuerpo** y de lo que uno llama **alma**, como una **unidad** de cuerpo y alma, de ahí que resulte que no se puede tener ni enfermedades físicas ni enfermedades psíquicas, ya que en toda circunstancia, cuerpo y alma, caen enfermos simultáneamente”*

**Georg Groddeck<sup>36</sup>**

Siempre que se alude al tema de la **enfermedad psicosomática** viene el problema de la *recompensación* de una unidad perdida entre *psiquis* y *soma*. Galimberti ha señalado que la cultura occidental, desde Platón a Descartes hasta llegar a la ciencia moderna, “se ha construido sobre separaciones y dicotomías, empezando por una fundamental entre *cuerpo* y *alma*<sup>37</sup>”. De hecho, se trata de una “bipolaridad inconciliable<sup>38</sup>”, a partir de la cual, se ha llegado a considerar a la *psiquis* como sede de todos los valores, y necesariamente en contraposición, carga sobre el cuerpo o *soma* todo lo negativo. Tradicionalmente, apoyándose en esta dicotomía, se piensa en “*el cuerpo como máquina, en la enfermedad como avería y en el médico como el que debe repararla*<sup>39</sup>”.

Nuestra conciencia organiza el conocimiento dividiendo, lo *físico* (que da origen a la relación de causa – efecto y al que pertenecen las nociones de materia, espacio, cosa, naturaleza, movimiento, acción, ser y ontología), y lo *psicológico o histórico* (que da origen a la relación símbolo – referente, y a éste pertenecen nociones como idea, tiempo, significado, cultura, percepción, pasión, padecer y patología). Este planteamiento totalmente dualista no solo hace referencia a la cuestión cuerpo y alma, sino que su influencia se ha extendido y se sigue extendiendo en nuestra cultura a través de “bipolarismos antitéticos<sup>40</sup>” (positivo – negativo, por ejemplo).

---

<sup>34</sup> DETHLEFSEN Thorwarld, y DAHLKE Rüdiger. **La enfermedad como camino: una interpretación distinta de la medicina**. Plaza & Ganés Editores, Barcelona – España, 1983, p. 12.

<sup>35</sup> Autor citado por GALLAR PÉREZ Manuel, en su obra **Promoción de la Salud y Apoyo psicológico al paciente**. Editorial Parainfo, Madrid – España, 1998, p. 97.

<sup>36</sup> Autor citado por CHIOZZA Luis, en su libro **Cuerpo, afecto y lenguaje**. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998.

<sup>37</sup> Autor citado por ONNIS Luigi en la introducción de su obra **Terapia Familiar de los Trastornos Psicosomáticos**. Paidós, Barcelona – España, 1985, p.9.

<sup>38</sup> ONNIS Luigi. **Terapia Familiar de los Trastornos Psicosomáticos**. Paidós, Barcelona – España, 1985, p.9.

<sup>39</sup> ONNIS Luigi. **La palabra del cuerpo**. Empresa editorial Herder, Barcelona, 1997, p. 10.

<sup>40</sup> ONNIS Luigi. **La palabra del cuerpo**. Empresa editorial Herder, Barcelona, 1997, p. 10.

En lo concerniente a nuestro estudio, esta actitud tan *objetivamente* es la que adopta la medicina para tratar al cuerpo y sus manifestaciones, quedando el hombre reducido a un objeto, a un simple agregado de órganos, y de esta manera, negando la posibilidad de explicarlo como algo que va mucho más allá de simples accidentes biológicos. Así se entiende como, históricamente, el conocimiento del cuerpo se ha basado en la disección anatómica de cuerpos sin vida, y que de ahí, se deriva un modelo de cuerpo como *conjunto de partes* a partir de su “disgregación en la muerte<sup>41</sup>”.

Por otro lado, si solamente aludimos al término *psiquis* también estamos tomando este principio de separación porque, “como conciencia de sí misma, la *psyché* comienza a pensarse *por sí misma*, y por lo tanto, a separarse de su propia corporeidad<sup>42</sup>”. Tanto es así, que Galimberti señala que la misma psicología nace bajo el signo de separación, y esto se debe a su origen histórico:

*“Este origen se puede rastrear en la cultura griega y precisamente en el momento en el que la especificidad del hombre es sustraída a la **ambivalencia** de sus expresiones corporales para ser reasumida en aquella **unidad ideal**, la **psyché**, que de Platón en adelante será, para todo Occidente, el lugar de reconocimiento de la unidad del sujeto, de su identidad<sup>43</sup>”.*

Es decir, un modelo que considera a estos dos existentes únicos, nunca podrá dar la respuesta a una pregunta que contiene, en sí misma, tres tipos de existentes distintos: *lo psíquico*, *lo somático*, y lo que *ni siendo puramente físico ni tampoco puramente psicológico*, relaciona ambos existentes. De tal manera que, *psíquico* y *somático* son dos categorías que establece la conciencia mediante el pensamiento lógico, frente a *una existente* que no cabe entero en ninguna de esas dos categorías, y que trasciende a las dos juntas, como trasciende a la conciencia misma.

Por tanto, analizando esto, nos damos cuenta que es indispensable una *restitución* del individuo, en el sentido global de su ser. Este sentido involucra, al mismo tiempo, a la medicina y a la psicología (emociones, pensamientos, afectos, relaciones con los demás y con el ambiente), entendiendo al ser humano como “*un sujeto que vive y hace historia<sup>44</sup>”.*

### **3.1.2. Medicina y Psicoanálisis: dos caras de la misma moneda**

La **medicina** se limita a utilizar medidas funcionales y, con ella, atacar los síntomas. Con ello, argumentamos que su intervención es solamente viable en el *plano material* donde su actuación puede llegar a ser muy buena; sin embargo, no descubre causas únicas de las enfermedades, sino “condiciones necesarias pero nos suficientes<sup>45</sup>” para que la enfermedad tenga lugar.

A partir de este hecho, Chiozza propone que “el campo de la investigación clínica permanece abierto a la búsqueda de *otras condiciones* necesarias cuyo conocimiento puede brindarnos el acceso a nuevos enfoques terapéuticos<sup>46</sup>”.

---

<sup>41</sup> GALIMBERTI U. *Il Corpo*. Milán, 1983, p. 47.

<sup>42</sup> Idem, pp. 13.

<sup>43</sup> GALIMBERTI U. *Il Corpo*. Milán, 1983, p. 13.

<sup>44</sup> ONNIS Luigi. *Terapia Familiar de los Trastornos Psicósomáticos*. Paidós, Barcelona – España, 1985, p.11.

<sup>45</sup> CHIOZZA Luis. *Cuerpo, afecto y lenguaje*. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, p.27.

<sup>46</sup> CHIOZZA Luis. *Cuerpo, afecto y lenguaje*. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, p. 27.

El **psicoanálisis** como método científico y de investigación, ha ido progresivamente abarcando ámbitos que trascienden los límites de la medicina para involucrar en su campo de estudio otras esferas como la religión, sociología, lingüística y antropología.

En el discurso *‘El porvenir de la terapia psicoanalítica’* que Freud pronunció en 1910, aseguró que el futuro de esta ciencia dependía esencialmente de tres factores: 1) El progreso interno de la técnica psicoanalítica. 2) El incremento de autoridad que deriva de un ejercicio bien logrado, y 3) El efecto general de la labor del psicoanálisis sobre la sociedad de la cual forma parte. Y la historia así lo ha demostrado, a través del alto grado de conocimiento que se ha logrado hasta nuestros días, y los campos actuales en los que está inmiscuyéndose el psicoanálisis. Pues hoy podemos hablar de **medicina psicósomática** – si es que se decidiera usar este término – como una orientación que trataría de incluir, en cada juicio clínico y también en los actos médicos, los elementos que aporta el psicoanálisis con respecto a lo que sucede en el enfermo y en sus relaciones y conflictos con la familia y sociedad en general.

Si, como lo afirma Lipowsky, la entiende como una *“ciencia integrada por excelencia<sup>47</sup>”*, puede ser, entonces, muy útil la aplicación de una metodología que devuelva al ser humano la conjunción entre su cuerpo *vivido* que lo convierte en un *“sujeto de historia<sup>48</sup>”*, y, a la enfermedad psicósomática su característica fundamental:

*“... la de punto doloroso de interacción de factores biológicos y psicosociales, de encrucijada entre naturaleza y cultura (...) y el síntoma, aunque sea síntoma corpóreo, pueda ser sustraído de la oscuridad sin significado de los accidentes biológicos y recuperar el sentido histórico de un lenguaje<sup>49</sup>”*.

De esta manera, abarcando una visión psicodinámica de la enfermedad se trata de ir más allá de aquel plano funcional, para poder descubrir el significado que se esconde tras el mismo, y así, proponiendo que si se involucra esta visión en los tratamientos de las distintas enfermedades, quizás se pueda conseguir resultados mucho más profundos y eficaces. Por lo que, muy de acuerdo con Luis Chiozza:

*“El hallazgo de una causa no nos exige de la tarea de investigar en el terreno de los **significados inconscientes**, del mismo modo que el hallazgo de un motivo psicológicamente comprensible no nos exige de la investigación de la causas eficientes a través de las cuales el trastorno se realiza como una transformación de la configuración de los órganos y sus funciones. En lugar de ser incompatibles, ambas interpretaciones de la enfermedad pueden ser complementadas como dos caras de la misma moneda<sup>50</sup>”*.

### **3.2. ORÍGENES DE LA CONCEPCIÓN PSICOANALÍTICA EN TORNO A LA ENFERMEDAD**

---

<sup>47</sup> LIPOWSKY, Z.J. *“Psychosomatic Medicine: an overview”*, artículo encontrado en la obra de O.Hill, **Modern Trends in Psychosomatic Medicine**. Londres, 1976, p.4.

<sup>48</sup> ONNIS Luigi. **Terapia Familiar de los Trastornos Psicósomáticos**. Paidós, Barcelona – España, 1985, p.16.

<sup>49</sup> ONNIS Luigi. **La palabra del cuerpo**. Empresa editorial Herder, Barcelona, 1997, p. 11.

<sup>50</sup> CHIOZZA Luis. *Ob. Cit.*, p.27

Desde los primeros pasos del psicoanálisis, se observó como la *psiquis* tenía la capacidad de manifestarse en el cuerpo a través de síntomas de las diferentes enfermedades. El psicoanálisis nació como un procedimiento terapéutico, durante el ejercicio de la actividad médica de Freud para el tratamiento de la histeria. Es solamente desde entonces que la **patología** (como ciencia que proporciona un conocimiento teóricamente sistematizado de la enfermedad) pudo ser entendida como *psicosomática*, a través de la posibilidad de interpretar los síntomas histéricos.

Sin embargo, ya lo dijo Freud (1910) casi proféticamente:

*“Las verdades más espinosas acaban por ser escuchadas y reconocidas una vez que los intereses heridos y los afectos por ellos despertados han desahogado su violencia. Siempre ha pasado así, y las verdades indeseables que nosotros los psicoanalistas tenemos que decir al mundo correrán la misma suerte. Pero hemos de saber esperar...”*

Esta reflexión de Freud resultó ser muy cierta pues, incluso hoy, casi cien años después, se nos hace todavía muy difícil entender o aceptar completamente la idea de cómo la parte psicológica puede influir en la enfermedad o ser un factor de riesgo determinante para la misma, cómo en cada enfermedad se oculta públicamente un drama íntimo. Todavía nos resistimos a aceptar cómo las ideas de este autor revolucionaron el pensamiento médico, no solamente con la del fenómeno de la conversión, la existencia de lo inconsciente o el concepto de libido. De hecho, “el descubrimiento de tales fenómenos pudo realizarse gracias a una *actitud* de Freud, quien, con mucha audacia, se atrevió a leer en *las transformaciones del cuerpo físico* los *signos* de un lenguaje arcano, deformado y críptico, similar al de los sueños<sup>51</sup>”.

### 3.2.1. Los síntomas

Ya desde su colaboración con Charcot, Freud empieza a interesarse por pacientes que presentan síntomas que no tienen ningún tipo de justificación orgánica. Por ejemplo, sujeto que presentaban una parálisis en una mano sin ningún tipo de daño anatómico. En estos casos, Freud relaciona la formación del síntoma con un *retorno de lo reprimido*, descubriendo que la inmovilidad de la mano guarda relación simbólica con el "haber tocado o deseado tocar algo que no permitido". Es decir, que el síntoma se desarrollaba en base a una significación que era desconocida para el sujeto: *una significación inconsciente*.

Freud se vincula con Joseph Breuer, otro médico que estaba interesado en este tipo de casos. Breuer había tratado mediante hipnosis a una mujer joven (Anna O.) que presentaba un cuadro de histeria. En trance hipnótico, se la incitaba a expresarse verbalmente, obteniendo como resultado la comunicación de fantasías y deseos que en el estado de vigilia la mujer ignoraba.

Este hecho permitió al padre del psicoanálisis postular que la enfermedad psíquica debe su génesis a un *conflicto entre fuerzas psíquicas que se oponen*. El síntoma surge de ese choque de un impulso psíquico (*pulsión*) inaceptable para el sujeto que demanda satisfacción y otro agente psíquico también que se le opone.

---

<sup>51</sup> CHIOZZA Luis. *Ob. Cit.*, p.25.

En nuestro psiquismo, existen impulsos que, por entrar en conflicto con la moral, tienen obstruido el acceso a la conciencia. Estos impulsos son reprimidos. Pero lo reprimido no pierde su energía y pugna por abrirse camino. En muchos casos, el proceso de represión fracasa y no puede impedir el retorno de lo reprimido dando origen al síntoma, que se convierte en “*una formación de compromiso porque conlleva la satisfacción del deseo reprimido pero no en forma directa, ya que la parte represora alcanza a disfrazarlo*”<sup>52</sup>

En sus investigaciones sobre las neurosis, Freud encuentra que las tendencias reprimidas que intentan hallar satisfacción son de índole sexual (lo mismo que le revelaban sus observaciones sobre los sueños). Todo esto conduce a Freud al estudio de la sexualidad humana; tema que intenta abordar desde sus orígenes, indagando en la sexualidad infantil.

### 3.2.2. Las dos hipótesis fundamentales del psicoanálisis

En una de sus últimas obras, *Esquema del psicoanálisis* –cuyo propósito era exponer los principios del psicoanálisis de la manera más clara–, Freud sostiene que el psicoanálisis se apoya en **dos hipótesis fundamentales** “que se articulan con dos ‘cabos’ o comienzos de nuestro saber acerca de la vida anímica”<sup>53</sup>: éstos son, el encéfalo o sistema nervioso y nuestros actos de conciencia.

#### 3.2.2.1. Primera hipótesis

La primera hipótesis consiste en que “**la vida anímica es la función de un aparato que debe ser concebido como extenso**”<sup>54</sup>. Así Freud introduce en su teoría el concepto de un *lugar*, donde intervienen las instancias del ‘ello’, ‘yo’ y ‘superyó’ (segunda tópica de Freud). Pero en lugar de describir estas instancias, lo que se quiere rescatar es la importancia de la idea de un *espacio psíquico*. Sabemos que la idea de un espacio psíquico es diferente a la de un espacio físico; pues, la física crea la noción de espacio a partir de la noción de ‘cuerpo perceptible’. En cambio un espacio psíquico es un *espacio imaginario, metafórico*.

El origen y, al mismo tiempo, la importancia de este postulado están en la observación del fenómeno descrito por Freud de ‘*hacer consciente lo inconsciente*’. Cuando consideramos que un acontecimiento psíquico particular, presente en nuestra conciencia (sensación, sentimiento, sueño, ocurrencia o percepción de un acto), es ‘inexplicable o absurdo’, “es porque no encaja en la cadena de acontecimientos psíquicos correspondientes al propósito consciente que forma parte de ese estado de conciencia”<sup>55</sup>. Pero, al descubrir que tenemos un segundo propósito que da sentido a aquello antes absurdo, decimos que *hemos hecho consciente algo inconsciente*.

#### 3.2.2.2. Segunda hipótesis

Freud consideraba que no se podía pasar por alto el hecho de que los fenómenos psíquicos dependen en alto grado de influjos corporales, y a su vez ejercen efectos muy intensos sobre los procesos somáticos:

<sup>52</sup> <http://psicopag.galeon.com/psicoanalisis.htm> QUIROJA Alejandro, *Psicoanálisis*, s/a.

<sup>53</sup> FREUD, Sigmund. *Esquema del Psicoanálisis*. 1939, p.139

<sup>54</sup> CHIOZZA Luis. *Ob. Cit.*, p.343

<sup>55</sup> Ídem, p.344.

*“Si el pensar humano ha entrado alguna vez en un callejón sin salida es este. Para hallar una salida los filósofos debieron por lo menos adoptar el supuesto de que existían procesos orgánicos paralelos a los psíquicos inconscientes, ordenados con respecto a ellos de una manera difícil de explicar, que, según se suponía, mediaban la acción recíproca entre “cuerpo y alma” y reinsertaban lo psíquico dentro de la ensambladura de la vida. Pero esta solución seguía siendo insatisfactoria<sup>56</sup>”.*

Es muy importante reconocer en los procesos presuntamente somáticos, lo verdaderamente psíquico (que es diferente a lo consciente). De esta manera, afirma que **lo psíquico genuino es inconsciente**, considerando esta aseveración como la segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis. Así, la conciencia es una cualidad accesorias de lo verdaderamente *psíquico*, que, en su estado natural, es **inconsciente**. Por otro lado, lo *psíquico genuino* tiene dos formas de presentarse a la conciencia:

*“Una de ellas es la que conocemos como lo psicológico consciente, la otra adquiere la forma de procesos (los concomitantes ‘presuntamente’ somáticos) que sólo conscientemente son somáticos, ya que, inconscientemente constituyen eso que Freud llama lo psíquico genuino<sup>57</sup>”.*

Para Freud la finalidad de estos procesos fisiológicos que forman series ‘somáticas’ completas es *inconscientemente psíquica*. El supuesto carácter somático de la función fisiológica proviene “de la ignorancia consciente de su significado inconsciente<sup>58</sup>”. Dicho de otro modo, las funciones fisiológicas vendrían a ser la manera en que lo psíquico genuino se presenta a la conciencia, cuando el significado de la función permanece inconsciente.

De este modo, se puede decir que hablar de cuerpo y alma como dos entidades diferentes que necesitarían de una tercera para unirse, es muy diferente a poder decir que **“cuerpo y alma son dos maneras de ‘mirar’ a una realidad incognoscible que, cuando ignoramos su significado inconsciente, percibimos como cuerpo<sup>59</sup>”**. Esto, había sido dicho ya por W. Blake en 1827: *“el hombre no tiene un cuerpo distinto de su alma, porque lo que llamamos cuerpo es un trozo de alma percibido por los cinco sentidos”<sup>60</sup>*.

### 3.2.3. Metas pulsionales

En 1905 Freud, en sus *Tres ensayos sobre una teoría sexual*, había comprendido que pueden funcionar como **zonas erógenas** no solamente la piel y las mucosas, sino en realidad también “todos y cada uno de los órganos<sup>61</sup>”. De hecho, cuando se refiere a las fuentes de la sexualidad, insiste en que *“todo proceso algo importante aporta algún componente a la excitación del instinto sexual<sup>62</sup>”*. Partiendo de esto, se puede deducir, según Chiozza, “que cualquier órgano, parte del cuerpo o proceso somático, es **fuer**

<sup>56</sup> FREUD, Sigmund. *Esquema del Psicoanálisis*. 1939, p.285

<sup>57</sup> CHIOZZA Luis. *Ob. Cit.*, p.346.

<sup>58</sup> Ídem, pp.349.

<sup>59</sup> Ídem, pp.347.

<sup>60</sup> Autor citado por CHIOZZA Luis, en su obra **Cuerpo, afecto y lenguaje**. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, p.347.

<sup>61</sup> Ídem, pp.350.

<sup>62</sup> FREUD S. (1924), citado por CHIOZZA Luis en su obra **Cuerpo, afecto y lenguaje**. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, p. 70.

de la excitación que configura el impulso instintivo<sup>63</sup>”. Cuando se alude, por ejemplo, a una *fantasía oral*, nos referimos a un conjunto de fenómenos, cuyas características principales se relacionan con la zona erógena oral.

Además está el concepto de *zona histerógena*. Freud señaló que:

*“Todo órgano o proceso, además de poseer la facultad de erogeneidad, puede ser agente de la descarga placentera tanto como objeto de la misma, de modo que cada zona crea mediante su funcionamiento o recibe (de los demás órganos o del objeto externo) cargas o potenciales energéticos, y al mismo tiempo es más o menos capaz de descargar esos potenciales en el objeto externo o en otra parte del cuerpo, constituyéndose de este modo la erotización<sup>64</sup>”.*

Si este proceso se vuelve algo importante, la excitación creada invade los órganos vecinos y así contribuye con **potenciales** propios (de cada órgano o proceso) a la excitación general del instinto sexual. Éstos son cargas que configuran –como representaciones, afectos o fantasías–, “cualidades específicas emanadas de las organizaciones biológicas que les dieron origen<sup>65</sup>”

Así, se puede destacar el concepto de **primacía** de una determinada zona que configura una fase particular dentro de un proceso evolutivo. Esta primacía se desplaza de una a otra zona, recorriendo un camino que depende de la mayor o menor importancia relativa de las distintas funciones corporales o yoicas que le sirven de apoyo; estas funciones pueden difundir su erogeneidad en el camino (en su primacía) o ser erotizadas (en otras primacías).

Más tarde, Freud (1915) estudió la histeria y la hipocondría, y empezó a hablar de un **“lenguaje de órgano”** (lo que se detallará más profundamente en los próximos apartados). A partir de esto se pudo llegar a comprender que al examinar la meta pulsional, se podía deducir su fuente, puesto que la especificidad que vincula a ambas es la manifestación de una identidad.

### **3.2.3.1. Las zonas erógenas: su relación específica entre psiquis y soma**

Como ya lo hemos dicho anteriormente, el conocimiento médico se preocupa de aquellas representaciones que forman una realidad ‘anatómica’ o somática. Esta realidad ingresa a la conciencia, bien a través de lo percibido por los órganos de los sentidos, o a través de una percepción ‘interna’ como displacer – placer. Freud considera que la fuente de lo que penetra en la conciencia por medio de estas dos vías es una ‘realidad material’. Es el sistema conciente – preconciente que se encarga de la percepción de estas dos clases de representaciones.

Las zonas erógenas constituyen una realidad material conocida a través de una doble vía de acceso a la conciencia. Por ejemplo, la palabra *boca* remite a una realidad percibida mediante la vista, el tacto o el gusto; pero, al mismo tiempo, es la fuente de aquellas *fantasías específicas* que Freud denominó *orales*, y así se distinguen cualitativamente del resto de fantasías inconsciente. Pero en la conciencia, ‘boca’ y

---

<sup>63</sup> CHIOZZA Luis. *Ob. Cit.*, p.70

<sup>64</sup> FREUD S. (1905), citado por CHIOZZA Luis en su obra **Cuerpo, afecto y lenguaje**. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, p. 70.

<sup>65</sup> CHIOZZA Luis. *Ob. Cit.*, p. 71.

‘fantasías orales’ no se establecen aislados entre sí, sino se organizan en un entretejido casi totalmente inconsciente.

Al postular el concepto de *zona erógena*, Freud<sup>66</sup> afirmó:

1. Que pueden funcionar como zonas erógenas *todos y cada uno de los órganos*.
2. Que todo proceso algo importante *aporta* algún componente a la excitación general del instinto sexual.
3. Que, al examinar los fines del instinto, se pueden deducir las distintas *fuentes somáticas* que le han dado origen.

Al mismo tiempo, partiendo de la erogeneidad *específica* de determinadas estructuras y funciones corporales que aparece cuando su intensidad se incrementa como una sensación somática, originará en su descarga el *placer del órgano (Organlust* –en términos freudianos). Este placer es “autoerótico, parcial y preliminar<sup>67</sup>”, y puede aumentar la tensión libidinosa, porque la zona corporal que es objeto de esa descarga placentera, a su vez se convierte en fuente de nueva excitación. Al no lograr la descarga, la acumulación de tensión se convierte en una “estasis libidinal actual hipocondríaca<sup>68</sup>”.

Esta es una precondition para la neurosis, lo que en el caso Dora, Freud llamaba ‘**solicitud somática**’. Y, a su vez, esa ‘actualidad’ de la erogeneidad específica nace de la sensación somática, que es la condición para que se de el ‘*sesgo hipocondríaco*’; es decir, “la partícula de hipocondría<sup>69</sup>” que forma parte constitutiva de cualquier neurosis.

### 3.2.4. *Organsprache* o lenguaje del órgano

La expresión “*Organsprache*” fue utilizada por Freud en 1915 en su artículo *Lo inconsciente*, y fue traducida al inglés como ‘*organ-speech*’, y al español, como ‘*lenguaje del órgano*’. En este artículo Freud se ocupó de las alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia, concluyendo que el dicho esquizofrénico tiene un *sesgo hipocondríaco* que deviene como lenguaje de órgano, a raíz de una sensación somática. Es decir, “ya sea a través de una alteración somática perceptible (signo), como sucede en la histeria, o a través de una sensación somática (síntoma), como es el caso de la hipocondría, se habla **con** el órgano (o también, **es el órgano el que habla**)<sup>70</sup>”.

En el historial de Elisabeth von R., escrito en 1895, Freud empezó ya a hablar de la *simbolización* en la **histeria**, analizando el uso de algunos giros lingüísticos que equiparan, por ejemplo, una injuria a una ‘bofetada’, una ofensa a una ‘espinas en el corazón’, o el hecho de no poder defenderse ante una ofensa como el tener que ‘tragarse algo’. Freud considera que nunca se nos hubieran ocurrido esos giros lingüísticos para referirse a determinados afectos, sino se hubieran de hecho experimentado alguna vez

---

<sup>66</sup> FREUD S. (1905), citado por CHIOZZA Luis en su obra **Cuerpo, afecto y lenguaje**. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, p. 198.

<sup>67</sup> CHIOZZA Luis. *Ob. Cit.*, p. 319.

<sup>68</sup> FREUD (1914) autor citado por CHIOZZA Luis, en la obra **Cuerpo, afecto y lenguaje**. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, p. 319.

<sup>69</sup> CHIOZZA Luis. *Ob. Cit.*, p.319.

<sup>70</sup> Ídem, p. 312.

conjuntamente con esos afectos justamente aquellas sensaciones corporales que estos giros aluden.

La expresión lingüística nos parece una ‘transferencia figural’. Sin embargo, para Freud, esto se debe a que “*las sensaciones e inervaciones somáticas que acompañan a esas emociones, y las expresan, se hallan hoy debilitadas, aunque en su origen –según nos lo ha señalado Darwin– encontraban su sentido en su adecuación a un fin*<sup>71</sup>”. De hecho afirma que es muy posible que aquellas expresiones, en su origen, se entendían literalmente.

Así, Freud llega a afirmar que “la histeria acierta cuando reestablece, para sus inervaciones más intensas, el sentido originario de la palabra, (...) cuando vuelve a animar las sensaciones a que la expresión lingüística debe su justificación<sup>72</sup>”. E incluso sostiene que el síntoma histérico “*quizá no ha tomado el uso lingüístico como arquetipo, sino que se alimenta junto con él de una fuente común*<sup>73</sup>”.

De esta manera, una misma fuente –zona erógena, origen de la pulsión– llega a la conciencia como sensación somática (por ej., como una disfagia), y al mismo tiempo puede investir las representaciones–palabra preconcientes que constituyen un giro lingüístico (por ej., ‘tener que tragarse’ un ultraje).

Pero, cabe recalcar que las inusuales inervaciones e inhibiciones corporales que constituyen los síntomas corporales de la histeria, constituyen “*la transposición de un afecto normal que ha quedado estrangulado por haberse desarrollado en una situación patógena*<sup>74</sup>”. Conjuntamente con la sensación somática y la investidura de las representaciones preconcientes, hay un tercer camino por el cual la excitación se descarga de una forma totalmente inconsciente que modifica la estructura o función del cuerpo; así es como sus efectos pueden ser percibidos por los sentidos como una alteración somática que no se acompaña de sensación alguna.

Estas tres posibilidades, mediante las cuales la excitación de la fuente pulsional pueden alcanzar la conciencia, coinciden con las tres posibilidades propuestas por Freud (1905) que pueden generar excitación en la fuente: desde el mundo exterior (percepción de una alteración somática), desde el interior del organismo (sensación somática), y desde la vida anímica (representación preconciente). De esta manera, podemos plantear que la teoría de las zonas erógenas lleva implícita la idea de que la zona puede actuar como *objeto*, *fuentes*, y también como *agente* de la excitación pulsional.

#### 3.2.4.1. ¿Cómo habla el órgano?

Para explicar cómo habla el órgano, se debe recurrir a la *herencia arcaica* u filogenia, tema que fue tratado por Freud al referirse de los símbolos universales, las fantasías primordiales, e incluso al considerar a la *histeria* como ‘afecto individual neoformado’ y el *afecto* como ‘histeria general que se ha vuelto hereditaria y contiene la reminiscencia de un suceso filogenético’.

---

<sup>71</sup> CHIOZZA Luis. *Ob. Cit.*, p.313.

<sup>72</sup> FREUD (1895), citado por CHIOZZA Luis, en la obra **Cuerpo, afecto y lenguaje**. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, p. 193.

<sup>73</sup> Ídem, p. 193

<sup>74</sup> CHIOZZA Luis. *Ob. Cit.*, p. 314.

Ya se dijo que las zonas erógenas originan pulsiones cuyas metas *específicas* permiten deducir su fuente. Es decir, la cualidad particular de una meta pulsional posee una relación *específica* con una parte determinada de la estructura y funcionamiento del cuerpo. Para Chiozza,

*“Decir que una relación es específica implica afirmar que la vinculación ‘preferencial’ de uno de sus términos con el otro es ‘universal’, ya que es compartida por todos los organismos semejantes (...) De modo que el lenguaje del órgano es tan universal como los símbolos congénitos que se conservan en los mitos, en los sueños, en el arte o en los usos de una lengua<sup>75</sup>”.*

Por otra parte, Freud sostuvo que *“el inconsciente habla más de un dialecto<sup>76</sup>”*, explicando con esto la idea de que el lenguaje utiliza la figuración (como se vio con los sueños) y así, éste puede expresar su significado por distintos medios. Además, conjuntamente con la sollicitación somática, Freud señala una ‘sollicitación lingüística’ que no solo posibilita la interpretación de lo que se dice (por ejemplo, un desliz en el habla) sino también marca sus límites. Estas son las bases para comprender cómo:

*“Un afecto ‘estrangulado’ puede descargarse por la sobreinvestidura de alguna de las inervaciones singulares que forman parte de su clave normal. (...) En lo inconsciente del enfermo, el síntoma que descarga la investidura se ha erigido en representante **simbólico**, transaccional, de las emociones implicadas. Freud (1915) dice que la meta genuina de la represión es la sofocación del desarrollo del afecto. El afecto constituye, pues, la importancia del significado. De modo que el **síntoma corporal**, erigido en representante de un afecto conflictivo, no solamente ‘habla’, sino que su significado es el que más nos ‘dice’<sup>77</sup>”*

Por otro lado, los *afectos* son actos justificados en la filogenia que adquieren, en la vida individual, *“un valor equivalente al de ataques histéricos universales y congénitos<sup>78</sup>”*. Es esta idea, extraída de Freud, la que hace posible afirmar que: **“los síntomas y signos, pretendidamente somáticos, son afectos genuinamente psíquicos, deformados en la clave de inervación que determina la cualidad de su descarga<sup>79</sup>”** (Esta idea será desarrollada y explicada más adelante en el próximo capítulo).

### 3.2.5. Otras consideraciones importantes

Freud señaló que una representación que forma parte de un sueño, un mito, una enfermedad, o cualquier otro proceso de comunicación, no fue elegida al azar para recibir aquella transferencia de lo inconsciente que se descubre por medio de la interpretación analítica, sino que, la elección es determinada por una *conexión asociativa entre lo inconsciente y el derivado que constituye la representación elegida*.

Al estudiar los sueños y los *símbolos universales*, Freud profundizó el estudio de esas *fantasías básicas*. Por ***símbolo universal***, se entiende una representación especialmente adecuada para recibir sobre sí la transferencia de determinada fantasía

---

<sup>75</sup> CHIOZZA Luis. *Ob. Cit.*, p. 322.

<sup>76</sup> FREUD Sigmund. *El interés por el psicoanálisis*. 1913, p.180.

<sup>77</sup> CHIOZZA Luis. *Ob. Cit.*, p.323.

<sup>78</sup> Idem, p.351

<sup>79</sup> Idem, p.351.

inconsciente. Por lo tanto, los símbolos y las fantasías tienen un *elemento común* que facilita el desplazamiento entre la una y la otra. Abraham y Rank<sup>80</sup> llegaron a afirmar que los *mitos o leyendas* son como *sueños típicos de la humanidad*, pues están constituidos por símbolos muy universales.

Es así como, partiendo del concepto de **conversión**, las investigaciones de psicósomática afirman que la elección del órgano a través del cual se expresa determinado trastorno, se rige por los mismos principios que llevan a la elección de cualquier otra representación.

Como vimos, Freud nos habló de un *lenguaje del órgano o lenguaje hipocondríaco*, afirmando que, relacionando el contenido del mismo con el órgano, se puede interpretar el contenido en su totalidad. De esta forma, cuando la representación de un determinado órgano es elegida para recibir una determinada transferencia (como en el caso de la hipocondría), y más aún cuando el proceso se manifiesta como una alteración corporal (como en las organoneurosis), la representación de ese órgano constituye *el símbolo universal de esa determinada fantasía inconsciente*. Pues, existen fantasías inconscientes que se simbolizan por determinado órgano en particular (como las fantasías orales), pues su fuente somática está precisamente determinada por ese órgano (en este caso, la boca).

Este concepto se puede extender a los órganos internos y también a los procesos orgánicos, pues Freud afirmó que “todo órgano o proceso algo importante aporta algún componente a la excitación general del instinto sexual<sup>81</sup>”; de esta forma, en una fantasía inconsciente, la carga y la representación emanada de determinado órgano fuente se encuentran estrechamente ligadas.

### **3.2.6. Histeria y conversión**

#### **3.2.6.1. La histeria**

Sabemos que el psicoanálisis nace en 1880 cuando Freud trata de comprender los fenómenos somáticos de la **histeria**. Ya se habían superado los prejuicios de la Antigüedad que la consideraban como una afección del aparato genital femenino, y también los de la Edad Media que la veían como una posesión demoníaca.

Luego, llegó a ser considerada como una *neurosis*, es decir, como una degeneración del sistema nervioso, a la que se vinculaba también con la sífilis (una enfermedad heredo – degenerativa de contagio sexual). Por su etiología, era reconocida como una enfermedad orgánica; pero, ya que sus manifestaciones no se podían explicar por la anatomía, eran tachadas como pura simulación y exageración.

En sus investigaciones, Freud se dio cuenta que cuando el enfermo (histérico), sin recurrir a hipnosis, era invitado a tratar de recordar algunos acontecimientos que pudieran estar a la base de sus síntomas, encontraba grandes dificultades para acceder a ellos y el proceso de rememoración se le hacía doloroso. Era esta *resistencia* la que la hipnosis ocultaba, pero Freud hizo de ella objeto fundamental de su análisis. Sustituyó la hipnosis por la *asociación libre* (por la expresión de

---

<sup>80</sup> Autores citados por CHIOZZA Luis, en **Cuerpo, afecto y lenguaje**. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, p.74.

<sup>81</sup> FREUD Sigmund. *El interés por el psicoanálisis*. 1913, p. 183.

todos los pensamientos que pasaran por la mente, por disparatados que pudieran parecer). Con este método intentaba descubrir los recuerdos del paciente, atendiendo especialmente a los puntos en los que el enfermo encontraba dificultad para recordar. De esta manera, Freud distingue entre defensa, represión y resistencia: el enfermo se *defiende* de una representación que no puede tolerar, esta representación deja de evocarse por asociación consciente por la *represión* a la que es sometida, y el intento de acceder a dicha representación provoca *resistencia* (dolor ante lo que pueda evocar el recuerdo reprimido).

Con la noción de *defensa* se refiere a un conjunto de operaciones cuya finalidad consiste en reducir o suprimir ciertas amenazas que se presentan al individuo. El agente de la defensa es el yo, con el cual se halla en conflicto una determinada representación. Como condición para el surgimiento de la histeria, entre el yo y una representación, debe surgir una relación de incompatibilidad; luego, de los distintos medios que emprende el yo para librarse de tal incompatibilidad surgen diversas perturbaciones neuróticas.

Utilizado al principio el término *defensa* como sinónimo de *represión*, pasa a ser entendido (dentro de esta consideración de defensa como represión) como mecanismo inconsciente, pues antes había establecido que dicha defensa podía ser consciente. Más tarde Freud establecerá un sentido más amplio para el término *defensa*, incluyendo dentro de la misma, otros mecanismos además de la represión.

Los procedimientos defensivos surgen frente a la agresión interna que constituye la pulsión. Sin embargo, no todo tipo de aumento de la tensión interna provoca la puesta en marcha de la defensa: ante la tensión provocada por el hambre insatisfecha no se recurre a defensa, por ejemplo.

En *Estudios sobre la histeria*, Freud explica que:

*“La histeria nace por la represión de una representación intolerable, perdurando la representación de forma poco intensa y siendo utilizado el afecto que se le arrebató para una acción nerviosa somática. La represión disocia el contenido representativo intolerable del afecto concomitante, cargando éste otras representaciones que pueden suscitar reacciones similares a las originadas por aquellas representaciones a las que se encontraba ligado primariamente<sup>82</sup>”.*

A través del *análisis* se trata de disolver esas falsas conexiones y hacer accesibles a la conciencia las representaciones ocultas. Pero el afecto puede también ser empleado para la acción nerviosa somática a través del fenómeno de la *conversión*, el cual transforma dicho afecto de la representación intolerable en excitaciones somáticas, es decir, la conversión sustituye los sufrimientos anímicos por dolores físicos.

En la base de los trastornos histéricos, Freud sitúa un *trauma psicológico*, es decir, aquellos sucesos que, aportando a la vida psíquica en brevísimos instantes, una enorme cantidad de energía, hacen imposible la asimilación de la misma por los

---

<sup>82</sup> <http://es.geocities.com/soloapuntes/cuarto/tpsi/t1tpsi.html>. Sin autor. **Teoría psicoanalítica: el descubrimiento del inconsciente.** Tomado de GÓMEZ Sánchez, Carlos. **Freud y su obra**, s/p, s/a.

medios normales y provocan, en consecuencia, perturbaciones. Esos acontecimientos pueden consistir en un único e intenso suceso o en una acumulación de excitaciones., que acaban por resultar insoportables. Cualquier suceso que provoque los afectos del miedo, la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico puede actuar como tal trauma cuando los afectos concomitantes no pueden descargarse por una reacción adecuada. Tal imposibilidad, además del acontecimiento provocador del afecto, depende también de otros factores. Por ejemplo, las circunstancias sociales pueden coartar la reacción afectiva; la experiencia puede provocar en el sujeto un conflicto psíquico, tratándose de liberar dicho individuo de la experiencia en cuestión mediante represión, etc. Y aunque el individuo se defiende de los acontecimientos traumáticos manteniéndolos fuera de la conciencia, eso no impide, sino que favorece, su acción patógena.

La terapia trata de despertar el recuerdo del proceso provocador, y con él el afecto concomitante. A esta descarga emocional, por medio de la cual el individuo se libera del afecto ligado al recuerdo de un acontecimiento traumático, es a lo que se denomina *abreacción*. El concepto de abreacción se basa en un postulado teórico inverificable, el principio de constancia, según el cual el psiquismo tiende a mantener la cantidad de excitación en el nivel tan bajo o, al menos, tan constante como sea posible.

Freud pone de manifiesto el carácter retroactivo de la causalidad psíquica. Tiene carácter retroactivo ya que a veces tiene lugar el siguiente proceso en dos tiempos: en un primer tiempo se reciben las impresiones y en el segundo tiempo se tornan traumáticas después de ser evocadas (puede que bastante después de haberlas recibido). La impresión en cuestión se vuelve traumática por una resignificación posterior. Por ejemplo: en un primer momento un niño sufre una agresión sexual y bastante después, en un segundo momento, otra escena evoca por algún rasgo asociativo la primera y este recuerdo desencadena un aflujo de excitaciones que desbordan al yo; así, la primera escena alcanza carácter traumático retroactivamente y como recuerdo. Puede suceder incluso que el primer acontecimiento no resulte sexual para el afectado, sino que adquiera esa significación posteriormente, es decir, el sujeto proyecta sobre la primera escena una dimensión sexual que antes no reconocía.

Así, por ejemplo, en *Estudios sobre la histeria*, Freud relata el caso de Catalina: ésta es despertada por su tío (después Freud aclaró que había sido su padre) y siente el cuerpo de él junto a ella, rechazándole sin comprender muy bien aquella escena. Tiempo después lo descubrió con su prima en un coito, lo que hizo que enlazara la nueva impresión con los antiguos recuerdos, comenzando a comprenderlos y a la vez a defenderse de ellos. Tras un período corto aparecieron los síntomas, pues había tenido lugar una conversión en la paciente: ésta vomitaba constantemente, sentía angustia, etc. Las impresiones recibidas en una etapa temprana adquirieron, luego (como recuerdo) un carácter traumático.

En otros trabajos, Freud distinguió entre *neurosis actuales* y *neurosis de defensa*. El factor determinante en la aparición de ambas enfermedades es el sexual: la causa de la *neurosis actual* es la alteración somática de la sexualidad (la causa pertenece al terreno somático y no al psíquico), mientras que la causa básica de la *neurosis de defensa* (o psiconeurosis) es el recuerdo de una experiencia sexual

precoz. Dentro de las neurosis actuales distinguió la *neurastenia* y la *neurosis de angustia*. En ambas se da una excitación sexual (somática) no satisfecha (a causa de la virginidad, de la abstinencia sexual, etc.), que se transforma sin mediación simbólica en angustia.

Más tarde incluyó el término *hipocondría* como tercera forma de las neurosis actuales. Freud empleó con el tiempo cada vez menos la noción de neurosis actuales (aunque nunca la desechó), al estimar que siempre se encuentran en los síntomas de las neurosis actuales expresiones simbólicas de antiguos conflictos.

En cuanto a las neurosis de defensa, diferenció dos variantes: la *neurosis obsesiva* y la *neurosis histérica*. En estas formas de neurosis, la represión sobre la pulsión disocia su contenido representativo y su carga afectiva. Dicho más detalladamente:

*“Cuando una representación se vuelve intolerable para el sujeto, el yo tiende a reprimirla, pero, aunque quede sustraída a la conciencia, no logra hacer desaparecer la carga afectiva a ella ligada, dependiendo la forma de la enfermedad del empleo que se dé al afecto desligado de sus representaciones originarias. Mientras en la neurosis obsesiva el afecto se desplaza hacia el pensamiento (se adopta un pensamiento sometido a ceremoniales), en la neurosis histérica el afecto se usa bien para acción nerviosa (inervación) somática (a esta neurosis histérica la denominó *histeria de conversión*), o bien este afecto desligado se expresa en angustia (a esta neurosis histérica la denominó *histeria de angustia*)<sup>83</sup>”.*

### 3.2.6.2. *La conversión*

Hoy, los fenómenos corporales de la histeria quedan mayormente explicados por el mecanismo de *conversión*, que: *“Consiste en una transposición de un conflicto psíquico y una tentativa de resolución del mismo en síntomas somáticos, motores (por ej., parálisis) o sensitivos (por ej., anestias o dolores localizados).*

*La palabra **conversión** corresponde en Freud a una concepción económica: la libido desligada de la representación reprimida se transforma en energía de inervación. Pero lo que caracteriza los síntomas de conversión es su significación simbólica: tales síntomas expresan, a través del cuerpo, representaciones reprimidas<sup>84</sup>”.*

Freud utiliza por primera vez el término *conversión* en su artículo sobre ‘*Las neuropsicosis de defensa*’ donde afirma: “En la histeria, el modo de volver inocua la representación inconciliable es **trasponer a lo corporal la suma de excitación**<sup>85</sup>”, proceso que él denomina *conversión*. Pero, explica más detalladamente el concepto en el ‘*Historial de Emmy von N*’, donde argumenta que utiliza el término “conversión” para llamar a aquella trasposición psíquica en un síntoma corporal permanente,

<sup>83</sup> <http://es.geocities.com/soloapuntes/cuarto/tpsi/t1tpsi.html> Sin autor. **Teoría psicoanalítica: el descubrimiento del inconsciente.** Tomado de GÓMEZ Sánchez, Carlos. **Freud y su obra**, s/p, s/a.

<sup>84</sup> LAPLANCHE Jean, PONTALIS J.B. **Diccionario de Psicoanálisis.** Ediciones Paidós, Barcelona – España, 2004, p. 85.

<sup>85</sup> FREUD Sigmund. *Las neuropsicosis de defensa*, 1894, p.50.

concibiendo el proceso “*como si* una suma de excitación llegada al sistema nervioso se *traspusiera* en un síntoma permanente<sup>86</sup>”.

De esta manera, cuando formula el concepto por primera vez, parece estar refiriéndose a la conversión como un mecanismo. Pero luego, enfatiza que tal vez la conversión no sea un proceso, sino un modo de concebir por la ‘brevedad’ que necesitaba para explicarse, como si no se tratara de un proceso biológico, sino más bien de un fenómeno observado. Es decir, parece ser, que estuviera haciendo una utilización metafórica del término *conversión*: “... los síntomas de los histéricos (...) son el sustituto –la transcripción, por así decir– de una serie de procesos anímicos<sup>87</sup>”. Sin embargo, parece ser que la mayoría de seguidores freudianos han pasado por alto ese ‘como si’ y entienden por conversión únicamente un mecanismo de transposición de lo psíquico a lo somático.

La cuestión de *lo somático* en la histeria fue algo que preocupó a Freud desde sus primeros escritos. Ella nos hace volver al dualismo psique – soma, y sigue trayendo cuestionamientos hasta el día de hoy. Al referirse en 1905 sobre la etiología de la histeria, deja de considerar a ‘lo somático’ como un misterioso factor nervioso, sino que constituye la propia función del cuerpo; pues, afirma: “*Nadie podrá negar el carácter de factor orgánico que presenta la función sexual, en la cual yo veo el fundamento de la histeria así como de las psiconeurosis en general. Conjeturo que una teoría de la vida sexual no podrá evitar la hipótesis de que existen unas determinadas sustancias sexuales de efecto excitador*<sup>88</sup>”.

De esta manera la *solicitud somática* (como la denomina Freud) desempeña un papel muy importante: como excitación sexual (afecto) y como una huella de facilitación somática sobre la que luego se expresarán otros significados inconscientes (correspondientes a vivencias psíquicas accidentales), aprovechándose de esta vía. En el análisis del caso Dora, al hablar de su tos y afonía sostiene:

“*¿Son los síntomas de la histeria de origen psíquico o somático? (...) Esa pregunta no es adecuada. El estado real de las cosas no está comprendido en la alternativa que ella plantea (...) Todo síntoma histérico requiere de la contribución de las dos partes. No puede producirse sin cierta **solicitud somática** brindada por un proceso normal o patológico en el interior de un órgano. Pero no se produce más que una sola vez (...), sino posee un significado psíquico, un **sentido** (...) Para la terapia, las destinaciones dadas dentro del material psíquico accidental son las más importantes; **los síntomas se solucionan en la medida que se explora su intencionalidad psíquica**<sup>89</sup>”.*

A partir de todo esto, podríamos concluir diciendo que la histeria de conversión, para Freud, se asienta sobre un trastorno orgánico. Ya no se trata de una rara excitabilidad neuronal, sino que está relacionada con el cuerpo, con sus órganos, y con la función sexual. Es la *solicitud somática* la que permite a los procesos psíquicos inconscientes una salida hacia lo corporal, es decir, lo que se denomina y entendemos por **conversión**.

---

<sup>86</sup> FREUD Sigmund. *Historial clínico de Emmy von N.*, 1895, 105.

<sup>87</sup> Citando a Freud, CHIOZZA Gustavo en ‘*Sobre la relación entre la histeria de conversión y la enfermedad somática*’ (Apéndice de la obra *Cuerpo, Afecto y Lenguaje* de Luis Chiozza). Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, p.391.

<sup>88</sup> FREUD, 1905, p. 99.

<sup>89</sup> FREUD Sigmund. *Análisis del caso Dora*. 1905, p.37.

En esta primera parte hemos tratado de profundizar sobre los orígenes del psicoanálisis en torno a la enfermedad, puesto que aquí radica la base para la visión psicodinámica que hoy muchos autores tienen sobre los trastornos que afectan al hombre. Por esta razón detallamos los conceptos más importantes que Freud expuso como bases de su teoría que, en su época, sirvieron sobretodo para comprender la histeria como un fenómeno de conversión.

A continuación, veremos la aplicación de la gran contribución que Freud nos dejó sobre nuestro psiquismo, para de este modo lograr una comprensión dinámica de las enfermedades.

## ***II PARTE***

### ***PSICOANÁLISIS MODERNO***

En esta segunda parte exploraremos los conceptos básicos que psicoanálisis moderno tiene en torno a la enfermedad, para así poder dar interpretación contundente al significado de los trastornos orgánicos.

En este sentido, principalmente, tomaremos las hipótesis y las investigaciones propuestas por Luis Chiozza quien, tomando los fundamentos psicoanalíticos, propone una visión muy interesante de la enfermedad como una historia dentro de la biografía del sujeto que la padece.

### **3.3. PUNTOS DE REFERENCIA PARA LA INTERPRETACIÓN PSICOANALÍTICA DEL TRASTORNO ORGÁNICO**

#### **3.3.1. Principales conceptos freudianos como punto de partida para la teoría psicoanalítica moderna de Chiozza**

A partir de los principales conceptos de Freud, Luis Chiozza llega a la interpretación psicoanalítica del trastorno orgánico, considerando que el cuerpo –como forma, función y desarrollo– posee un significado. Este autor considera que el síntoma corporal de la enfermedad orgánica enlaza una serie de conceptos freudianos que trascienden el positivismo científico y el dualismo cartesiano. Algunos de los más importantes de estos conceptos son:

- La estructura y el funcionamiento corporal como fuente de un impulso cualitativamente diferenciado.
- La simbolización inconsciente presente en el síntoma corporal.
- El afecto como ataque histérico universal.
- El lenguaje del órgano, y,
- La segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis.

#### **3.3.2. El material somático**

El “material” del paciente hace referencia al contenido manifiesto de lo que el paciente dice como son los datos que él origina y sus interpretaciones –generalmente inconscientes–, las que el psicoanalista observa y analiza para descubrir su contenido latente.

Se utilizan diferentes caminos de interpretación que se originan en datos que no son verbales (material no verbal o extraverbal).

Existen tres tipos de material extraverbal:

1. Aquel material que no se constituye por palabras pero integra el texto idiomático, como las pausas, la entonación, los silencios.

2. Aquel material que no forma parte del texto idiomático pero que contribuye a determinar su significación desde un contexto expresivo, como los gestos, expresiones faciales, actitudes corporales, intensidad de la voz, etc.
3. Aquel material decididamente extralingüístico, en el sentido, de que no es reconocido dentro del contexto de un mensaje verbal, como son los actos fallidos, los actos sintomáticos, o signos de alteraciones corporales (como obesidad o palidez permanente).

El hecho de que el material no sea verbal no quiere decir que no se trate de lenguaje, pues sabemos que todo sistema de signos equivale a un lenguaje. Es así, como se puede hablar, por ejemplo, conjuntamente con Freud de un lenguaje hipocondríaco, en el cual son los órganos los que hablan.

Por otro lado, es importante considerar que los datos que se utilizan para constituir el ‘material’, ingresan a la conciencia como *recuerdos*, como *sensaciones corporales* o también como *percepciones*, pues, los estados de conciencia que corresponden a las emociones, pensamientos, juicios, imágenes de objetos, deseos, actos e intenciones, son en última instancia, combinaciones de recuerdos, sensaciones corporales y percepciones.

Según Chiozza, los deseos inconscientes terminan siendo también recuerdos:

*“Los recuerdos son símbolos que encubren una presencia y una actualidad, representando un ausente y aludiendo a una disposición latente. Son monumentos conmemorativos de la filogenia y de la ontogenia. Esconden así, un presente actual distinto del que conmemoran. Son los constituyentes esenciales de toda significación e importancia y, por lo tanto, son los elementos fundamentales para definir lo que denominamos **psiquismo**<sup>90</sup>”.*

Por otra parte, las *sensaciones somáticas* –que pueden llegar a convertirse en síntomas o afecciones, constituyen “al rasgo hipocondríaco que determina el componente de actualidad de toda patología<sup>91</sup>”. Las sensaciones somáticas provienen de la libido –de una parte de la excitación que no ha logrado agotarse en determinada función fisiológica; es decir, son el producto de la investidura de lo que Freud denominaba *inervaciones corporales*. Así, son los constituyentes esenciales del afecto y los elementos fundamentales para definir el cuerpo.

### **3.4. LA INTERPRETACIÓN PSICOANALÍTICA DEL TRASTORNO ORGÁNICO**

#### **3.4.1. Las claves de inervación de los afectos**

Desde la antigüedad, las emociones han sido objeto de interés y estudio para la filosofía, la fisiología, la psicología y la teología. En el s. VI a.C. los griegos relacionaron la fuerza sensitiva con el corazón, y la fuerza mental con el cerebro; así, luego se consideraba que los pensamientos transcurrían por el cerebro, y las emociones, por el sistema cardiovascular. Es decir, ya desde la antigüedad, se ha considerado que

<sup>90</sup> CHIOZZA Luis. *La transformación del afecto en enfermedad*. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, p. 27.

<sup>91</sup> Idem, pp. 27.

las emociones alteran el curso normal del funcionamiento del cuerpo. Darwin estudia la expresión de las emociones en el hombre y en los animales, considerando que uno de los principios que rigen la expresión emocional es la reproducción, en un grado más débil, de acciones que fueron útiles en otra época, histórica o prehistórica; es decir, en la configuración de la emoción, sería muy importante la herencia de gestos, movimientos y costumbres adquiridos a través de muchas generaciones.

Freud retoma esta idea de Darwin para desarrollar la teoría psicoanalítica de los afectos. Así, al descubrir que la represión de las emociones es determinante para que se produzca una neurosis, da muchísima importancia al papel que cumplen los afectos en la vida del ser humano. Es así como, el estudio psicoanalítico de las funciones corporales y de las enfermedades orgánicas busca interpretar esos fenómenos como desarrollos equivalentes específicos de afectos que permanecen inconscientes.

Luego, Chiozza avanza en esta idea y considera al síntoma corporal de la enfermedad somática como el sustituto desfigurado de un afecto al que simboliza y significa; pues, el afecto es desestructurado en su *clave de inervación*, perdiendo así la coherencia que hace posible que la conciencia lo reconozca como tal.

Para Freud, los afectos tienen una *clave de inervación* que está situada en las ideas del inconsciente. Él utilizaba la palabra ‘inervación’ para denotar la transmisión de energía a un sistema de nervios, específicamente a un sistema de nervios eferentes, para indicar un proceso que tiende a la descarga de energía. Y utiliza ‘clave’ para además indicar que la descarga se realiza de acuerdo con una particular figura o configuración.

Con respecto al origen de los afectos, Freud plantea que, cuando no se logra realizar la acción específica o eficaz que lleva a una alteración exterior, los afectos surgen como una vía de descarga hacia la alteración ‘interior’ y operan como una válvula reguladora. Ante esto, Chiozza añade que “cuanto menos eficaz resulta la acción, mayor es el remanente de excitación que se descarga como afecto; cuanto mayor es la eficacia del acto en el mundo ‘exterior’, menor es el desarrollo del afecto<sup>92</sup>”, es decir, la acción y el afecto son complementarios.

El órgano (o la función) como zona erógena, es fuente de un impulso que, como tal, configura un deseo. El deseo se acompaña de ciertas sensaciones corporales, por lo que cada deseo posee una particular clave de inervación y es cualitativamente específico. Cuando el deseo se descarga como realización, constituye una acción eficaz que sigue las pautas de la clave de inervación correspondiente a ese acto específico, culminando en la satisfacción de la necesidad que sostenía al deseo. En la medida en que este deseo no se satisface, la pulsión, descargada en el propio yo, se experimenta como afecto. Este afecto se desestructura en su clave de inervación y así es como aparece el síntoma corporal, afectando el órgano fuente. Freud afirmaba que, al examinar los fines de la pulsión, se podía deducir su fuente; así es como, siendo la relación entre el síntoma corporal y el afecto al que representa específica, esta especificidad está dada por la pulsión como fantasía inconsciente.

---

<sup>92</sup> CHIOZZA Luis. *Cuerpo, afecto y lenguaje*. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, p. 248.

Cuando la clave de inervación es coherente con el afecto, es posible reconocerlo como una determinada emoción; esto sucede en las neurosis y las psicosis. Sin embargo, en la enfermedad somática, se produce una “descomposición patosomática del afecto<sup>93</sup>”.

Cuando una emoción, que resulta intolerable para la conciencia se reprime, la investidura se desplaza dentro de la misma clave de inervación, de forma que algunos elementos de la clave se vuelven más intensos que otros. Cuando el proceso de descarga se produce a partir de esa clave ‘deformada’, la conciencia no registra un afecto, sino que percibe una ‘afección’ un fenómeno que identifica como somática, precisamente porque la cualidad psíquica, el significado afectivo de ese fenómeno, se ha vuelto y permanece inconsciente.

### **3.4.2. El afecto como proceso de descarga**

Freud consideraba que en la pulsión intervenían dos elementos: a) la representación o idea, y b) el factor cuantitativo o energía pulsional que inviste la representación (monto de afecto o suma de excitación). En este sentido, el *afecto* aparece como una cantidad, o sea, como algo que es susceptible de aumento, disminución, desplazamiento o descarga.

Consideraba que la meta genuina de la represión era la ‘sofocación del afecto’:

*“Los afectos son **procesos actuales de descarga** (actos motores o secretores que se realizan en el propio cuerpo, a diferencia de la acción específica, eficaz, que se desarrolla sobre el mundo ‘exterior’) cuyas exteriorizaciones últimas son percibidas como **sensaciones y sentimientos**”<sup>94</sup>.*

Al afecto inconsciente le corresponde sólo una posibilidad de planteo (amago) a la que no se le permite desplegarse. Estas disposiciones potenciales del desarrollo del afecto constituyen para Freud, ‘las formaciones de afecto’, o como lo ha planteado Chiozza, ‘la transformación del afecto en lenguaje’, o “estructuras afectivas disposicionales inconscientes<sup>95</sup>”.

Entonces, el afecto se configura como una disposición o potencia en lo inconsciente, y como actualidad en la conciencia, en tanto posee las características de la sensación somática. Como actualidad, el afecto es un acto, o un proceso de descarga que incluye: 1) determinadas inervaciones o descargas motrices; 2) dos clases de sensaciones, la percepción de las acciones ocurridas, y sensaciones directas de placer y displacer que dan al afecto su tono dominante.

### **3.4.3. El afecto como arquetipo de un ataque histérico**

Freud consideraba un ataque histérico como la reminiscencia de un suceso individual perteneciente a la vida infantil, lo que vendría a ser un ‘afecto neoformado’. El afecto posee las características de los fenómenos somáticos y psíquicos; por un lado, es una descarga ‘real’ somática, y por otro, es una reminiscencia, un ‘recuerdo’ psíquico.

---

<sup>93</sup> CHIOZZA Luis. **Cuerpo, afecto y lenguaje**. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, p. 249.

<sup>94</sup> Ídem, pp. 245.

<sup>95</sup> Ídem, pp. 245.

Sin embargo, el afecto normal equivaldría a la expresión de una histeria general, universal, que se ha hecho hereditaria; por lo que, los afectos serían equivalentes a ataques histéricos heredados y universales. Según Chiozza, los afectos:

*“Son reminiscencias, símbolos mnémicos que, en lugar de corresponder a una situación actual, constituyen ‘un modo de recordar’ un suceso pretérito que permanece fuera de la conciencia. Ese suceso arcaico es un acontecimiento motor que pertenece a la filogenia y que, en su momento, fue ‘justificado’ por su adecuación a un fin. Los afectos son arquetipos<sup>96</sup> normales de los ataques histéricos<sup>97</sup>.”*

El afecto es una acción ineficaz, pues, tal como un síntoma histérico, se descarga sobre el propio organismo y sólo puede lograr que la excitación cese momentáneamente, a expensas de recrearla en otra zona erógena; *“el hecho de que los afectos sean ‘universales’ explica que pase desapercibido, para la conciencia, su carácter de síntomas.”<sup>98</sup>*

#### **3.4.4. Similitudes entre el psicoanálisis tradicional y el psicoanálisis moderno**

El psicoanálisis considera al enfermar como el ‘intento fracasado’ de desalojar algo de la conciencia. De esta forma, en términos sencillos, estaríamos afirmando que la enfermedad no es más que el *retorno a la conciencia de aquello reprimido*, pero sin éxito. Sabemos que el original motivo de la represión es impedir el desarrollo de un afecto penoso, sin embargo, el movimiento represivo, no siempre cae sobre el mismo afecto. Cuando este mecanismo no es suficiente, la represión sí puede alcanzar directamente al afecto, resultando así en un *síntoma corporal*.

Chiozza afirma que esta es la forma patosomática del enfermar: *el afecto se desestructura en su clave de inervación y desaparece de la conciencia*. Para Freud, es la conversión la que produce el síntoma corporal, luego de exagerar las vías de inervación del afecto estrangulado; así, el afecto desaparece de la conciencia, lo que se conocía como *belle indiférence*. En ambas teorías, el síntoma corporal es un sustituto del afecto reprimido, retenido o estrangulado. Es decir, el afecto se expresa a través del síntoma corporal, y este último, simboliza al primero. De esta manera, tanto Freud como Chiozza sugieren un nexo significativo entre el síntoma y un suceso particular de la historia del que lo padece.

Este nexo se establece a través de los *recuerdos* reprimidos del paciente. Para Freud, esto se relaciona con un suceso traumático, de naturaleza u origen sexual, es decir, a través de una conversión mnémica. Pero Chiozza describe este nexo diciendo que *“la enfermedad es un capítulo de la biografía del sujeto que la padece”<sup>99</sup>*, a partir de una resignificación secundaria.

Siguiendo a Freud, Chiozza también considera al afecto como un ataque histérico universal y heredado, donde las sensaciones somáticas que componen al afecto fueron, en el pasado filogenético, actos motores justificados. Tanto Freud como Chiozza

<sup>96</sup> Se desarrollará más ampliamente el tema de los *arquetipos* en el siguiente capítulo.

<sup>97</sup> CHIOZZA Luis. **Cuerpo, afecto y lenguaje**. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, p. 247.

<sup>98</sup> Ídem, pp. 245.

<sup>99</sup> Ídem, p. 416.

hablan de lo filogenético, lo heredado y lo específico, es decir, el vivenciar universal, al explicar el síntoma corporal como el sustituto de un afecto. Es una explicación que trasciende lo individual, a la que Freud la llamó *conversión por simbolización*, mientras que Chiozza la considera como *fantasía inconsciente específica*.

### 3.5. EL CUERPO ESCONDE UNA HISTORIA

Siguiendo una visión psicoanalítica, un hombre se enferma porque oculta una historia que no puede soportar y que su enfermedad representa, de un modo inconciente, el intento de modificar el significado de esa historia insoportable.

Cuando Breuer trataba a su paciente Ana O., se dio cuenta que sus trastornos histéricos desaparecían cuando ella lograba recordar determinados episodios traumáticos. Freud, en ese entonces neurólogo, empezó a seguir ese camino, abandonando su especialidad.

El significado esencial de este tipo de historias narradas por los mismos pacientes, a diferencia de la lógica que se sigue para un historial médico, no está necesariamente en lo que ocurrió primero o en lo que ocurrió después. Chiozza afirma que:

*“Se trata de una historia que no penetra en la conciencia como historia, sino como drama actual, porque está viva en cada acto y ocurre en un presente eterno (...) Se despierta de este modo la imagen de un tiempo circular, no tanto por la idea de que existe un perpetuo retorno, sino por el hecho, conmovedor, de que en este tipo de historia (...) es imposible saber "quien empezó", y el efecto puede ser interpretado como la causa de su propia causa<sup>100</sup>”.*

Entonces, es posible escribir dos historias clínicas distintas del suceso que motiva una consulta médica:

1. Una de ellas, interpretándolo como un estado actual que proviene de causas pretéritas, describirá los antecedentes cuya concatenación conduce hacia el presente. Ésta esencialmente sigue un orden cronológico, y otorga, o niega, la posibilidad de una influencia.

2. La otra, la interpretará como el signo que expresa, en una especie de lenguaje críptico, un drama que el enfermo se oculta a sí mismo. Así compondrá la trama de una historia que integra a ese episodio, aparentemente accidental, “en la coherencia de un sentido que recorre al conjunto entero de una biografía<sup>101</sup>”

Ésta última transmite la significación de una experiencia que es independiente de su ubicación en un espacio y en un tiempo determinados y reales. Pertenece a un modo de pensar que, en lugar de representar a la realidad "físicamente", como una fórmula algebraica, o como la resultante geométrica de una conjunción de vectores, la representa con palabras que aluden a las relaciones entre personas. Se trata, por lo tanto, de un modelo "históricolingüístico".

<sup>100</sup> <http://www.funchiozza.com/libros> CHIOZZA Luis. ¿Por qué enfermamos? Fundación Chiozza, Argentina, s/p, s/a.

<sup>101</sup> Ídem.

Las posibilidades de generar diferentes intrigas parecen infinitas, ya que las temáticas típicas y universales son muchas. Sin embargo, siempre existen dos fases o situaciones primordiales. Se trata de **polaridades** tales como el éxito y el fracaso, el triunfo y la derrota, la heroicidad y la muerte, la ofensa y la venganza, la culpa y el castigo, el júbilo y la pena.

Relacionando esto con la enfermedad entendida como una *historia para el enfermo*, podemos comprender su sentido precisamente en la medida en que somos capaces de compartir, desde nuestras propias experiencias vitales, su significado. Indudablemente, son historias tan típicas y universales como los trastornos orgánicos que el enfermo "construye" para enmascararlas.

Freud, en *El historial del hombre de los lobos* (1918) y en sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1915 - 1917), cuando se interroga acerca del valor de realidad que puede otorgarse a los recuerdos de algunas escenas infantiles, concluye en que la imposibilidad de deslindar lo verdadero de lo falso no disminuye el valor que tales recuerdos poseen como representantes de una realidad psíquica actual.

Chiozza entonces propone que tiene muy poca importancia buscar en los datos de la memoria consciente del paciente, o en nuestra versión de los supuestos hechos, 'lo que realmente aconteció', porque lo que nos interesa del pasado es lo que está vivo en la actitud y en la manera de vivir el presente. De hecho, es ese presente 'vivo' el que produce la interpretación del pasado que llamamos historia, y es la realidad incontrovertible de esa producción actual lo que asigna a toda historia su valor de verdad.

Cada una de las historias que surgen, cuando interpretamos el significado inconsciente de las enfermedades del cuerpo, constituye un valioso fragmento de 'la verdad' buscada. Lo que el psicoanálisis busca es el sentido lingüístico de las enfermedades del cuerpo.

### **3.5.1. La enfermedad entendida como una historia o un 'capítulo de una biografía'<sup>102</sup>,**

Generalmente, si alguien padece de insomnio, estrés, impotencia sexual o angustia, aceptamos que las circunstancias personales de su vida han tenido una gran influencia en el desembocar de estas enfermedades. Pero si se trata de un infarto cardíaco, la ruptura de una arteria cerebral, una hepatitis, IRC, etc., inmediatamente tratamos de ir a la causa física de la enfermedad.

Sin embargo, el sujeto que presenta la enfermedad es, ante todo, un ser humano, y al estudiar e indagar sobre la enfermedad que lo aqueja, deberíamos hacerlo justamente desde esa dimensión humana y tratar de buscar la 'razón' de ese suceso o enfermedad como capítulo de su biografía, en la cual éste tiene lugar y cobra muchísimo más significado.

Nos hemos acostumbrado a pensar que la constelación biográfica deja de actuar cuando se produce el desenlace, pero, lo cierto es que ésta continúa recreando cotidianamente a la enfermedad. Nuestros sentidos contribuyen con este engaño, pues

---

<sup>102</sup> Expresión tomada de CHIOZZA Luis. **Cuerpo, afecto y lenguaje**. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, p.57.

cuando la enfermedad altera el cuerpo y da una señal visible (es decir un síntoma), pensamos que el trastorno ya se realizó, y de esta manera, se lo independiza de la causa.

Pareciera un absurdo preguntarnos cuál es la relación entre lo psíquico o mental y la configuración estructural que da lugar a una enfermedad. Sin embargo, el afirmar una relación entre lo psíquico, la interioridad y la configuración biológica que constituye la materia en los órganos, no es una tarea fácil, pero considerar esta posibilidad, nos abre más puertas y posibilidades en la investigación.

Como hemos visto en esta segunda parte, Chiozza se enfoca en el estudio de los afectos y sus claves de inervación así como en los giros lingüísticos, para hacer una interpretación de los trastornos orgánicos, dejando a un lado una visión puramente somática o mecanicista de la enfermedad, y entenderla como una *historia*, con su trama, cuerpo y desenlace, o como *capítulo de la biografía* del sujeto, como parte de su vida e incluso como parte de la misma cultura y sociedad donde él se desenvuelve, donde lo primordial es el significado atribuido a la misma. El ser humano es un sujeto que todo el tiempo está haciendo *historia*, siendo los síntomas de cualquier trastorno que pudiera presentar parte de esa misma historia, y por tanto, signos que, muchos más allá de su manifestación visible, quieren decir, y muchas veces ocultan algo.

Concluimos este capítulo reflexionando, una vez más, que desgraciadamente, en la concepción en torno a la enfermedad y a su tratamiento, ha predominado siempre una visión bastante mecanicista. Pero esta manera de concebirla, muchas veces deja a un lado lo que la enfermedad verdaderamente significa como forma de vida e incluso como cultura. Por lo tanto, hablar de curación como tradicionalmente se lo ha hecho, es hablar de una utopía, de un sinsentido.

Chiozza considera que “el enfermo no empieza ni termina<sup>103</sup>”. En realidad, la enfermedad es una forma de vida que, no solo trasciende los límites de la misma, “sino que trasciende además los límites de lo que consideramos ‘individuo humano’”<sup>104</sup> pues se extiende dentro de la sociedad constituyendo una herencia cultural estructurada como un conjunto de normas sociales que se originaron en convivencias pasadas y se mantienen como modos persistentes de vida.

---

<sup>103</sup> CHIOZZA Luis. **Cuerpo, afecto y lenguaje**. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, p. 65.

<sup>104</sup> Idem, p. 65.

4

---

**EL AFECTO Y  
LA ENFERMEDAD**

## **4. EL AFECTO Y LA ENFERMEDAD**

En este capítulo se tratarán temas que nos ayudarán a entender a la enfermedad desde un punto de vista distinto al que nos da la medicina moderna, lo que nos permitirá interpretarla como un proceso que tiene el objetivo de complementar a la persona, de devolverle su equilibrio, el mismo que se ha perdido por los procesos represores de la conciencia.

Para poder entender bien el mecanismo de enfermar, presentaremos una revisión de los conceptos básicos del psicoanálisis jungiano, es decir, los arquetipos y su relación con la enfermedad. Además, haremos un repaso de las principales fantasías relacionadas con los problemas renales y urinarios.

Otro de los temas que presentaremos en este capítulo es el proceso del enamoramiento, la teoría narcisista y su correspondencia con la IRC, especialmente en lo referente a los problemas de comunicación.

### **4.1. LA ENFERMEDAD COMO LENGUAJE Y SÍNTOMA**

#### **4.1.1. La causalidad en medicina**

A lo largo de la historia, las ciencias en general (como la medicina, la psicología y la sociología) han intentado averiguar las causas reales, específicas y auténticas de los síntomas que presentan las diversas enfermedades, y han tratado de conseguir la supuesta ‘curación’ a través de la eliminación de tales causas. Así, se centran por ejemplo, en indagar sobre los agentes patógenos, los traumas de la primera infancia, las condiciones ambientales o del lugar de trabajo, etc.

Sin embargo, Dethlefsen y Dahlke proponen que la búsqueda de las causas de la enfermedad se ha convertido en “el callejón sin salida de la medicina y psicología<sup>105</sup>”, pues proponen que mientras se sigan buscando causas, éstas no dejarán de encontrarse, pues una causa siempre terminará llevando a otra, y así este ‘juego’ puede prolongarse indefinidamente. De esta manera, nos terminamos escudando en frases convencionales como ‘factor hereditario’, ‘debilidad orgánica’, etc. Sin embargo, el reducir una

---

<sup>105</sup> DETHLEFSEN Thorwarld, y DAHLKE Rüdiger. *La enfermedad como camino: una interpretación distinta de la Medicina*. Plaza & Ganés Editores, Barcelona – España, 1983. p. 74.

enfermedad solamente a procesos materiales o a condiciones del pasado, puede hacer que se pierda lo fundamental y esencial de la misma, que es su **significado**. Los mismos autores aclaran mejor este punto afirmando que:

*“Cada manifestación es determinada por el pasado y también por el futuro. La enfermedad no es excepción. Detrás de un síntoma, hay un propósito, un ‘fondo’ que, para adquirir ‘formas’, tiene que utilizar las posibilidades existentes. Por ello, una enfermedad puede utilizar como causa todas las causas imaginables.”*

Si se tratara de profundizar el estudio de cualquier enfermedad, podríamos entender que la medicina trata de esclarecer el *cómo* de la enfermedad, pero no ofrece una respuesta con respecto al *por qué*, que es lo que tanto interesa al paciente. En su lugar, utiliza palabras como ‘esencial’ o ‘idiopático’ haciéndose la ilusión de que, de hecho, conoce su origen; así, éste queda reemplazado por conceptos como ‘constitución’, ‘herencia’, etc., y con éstos no se hace más que seguir postergando el problema y conservando esa ilusión. De esta manera, la medicina ha creído que, eliminando las causas, podría combatir y hacer imposible la enfermedad; pero esto ha fracasado. La enfermedad es tan flexible que puede buscar y encontrar nuevas causas para seguir manifestándose.

Sin embargo, si se partiera de una *causalidad bipolar*, una enfermedad estaría determinada desde dos direcciones, es decir, tanto desde el pasado como también desde el futuro. De esta manera, se pudiera vislumbrar un segundo aspecto muy importante de la enfermedad, al que se lo deja de lado siguiendo una lógica unilateral: **“el propósito de la enfermedad y, por consiguiente, la significación del hecho”<sup>106</sup>**.

Si se divide la enfermedad en sus múltiples formas de expresión sintomática, se puede analizar cada síntoma por separado, y así averiguar qué información nos quiere dar el mismo y cuál es su finalidad.

#### **4.1.2. La enfermedad y el síntoma**

El ser humano es un ser **psicobiosocial**, por lo que debe ser considerado siempre en su totalidad. Para su estudio, es necesario partir de esta afirmación, ya sea cuando existe salud como cuando hay enfermedad, en el plano mental o en el corporal. Por este motivo, debemos buscar aquel punto de encuentro entre lo psíquico y lo somático, tratando de darle un significado a lo somático, es decir, interpretando las funciones corporales, para así poder llegar a entender lo psíquico.

Las personas tenemos la tendencia a interpretar todo aquello que sucede a nuestro alrededor. Desde la antigüedad hasta ahora estamos buscando y dando un significado que nos ayude a entender el mundo en el que vivimos y a nosotros mismos; es decir, las cosas no tienen un significado por sí mismas, sino que éste es dado por nuestra interpretación.

Los problemas, tanto en la vida psíquica como en el cuerpo, se presentan en el momento en el cual, por cualquier motivo, se deja de interpretar lo que sucede en su vida y en el mundo. Para poder interpretarlos, es necesario tener siempre un marco de

---

<sup>106</sup> DETHLEFSEN Thorwarld, y DAHLKE Rüdiger. *Ob. Cit.*, p. 75.

referencia, el cual está fuera del plano donde está aquello que se interpreta, es decir, **todos los procesos del mundo deben ser interpretados por la conciencia.**

Existen, por lo tanto, dos campos: el **de la forma y el del contenido**, en donde “la forma se manifiesta en el contenido que es el que le da significado a la forma”<sup>107</sup>. Para entender esto de mejor manera, tenemos el ejemplo de una obra de arte, donde el valor de la misma no está dado por el material que se utilice, sino que ésta, a través de la tela y las pinturas, transmite una idea, expresa físicamente un contenido que se encuentra dentro del artista y que de otra manera sería muy difícil de conocer. Desde este punto de vista se analizará a la enfermedad, como la forma que expresa el contenido.

Al hablar de enfermedad, generalmente nos referimos en término plural: se hablan de *las* enfermedades, cuando, al igual que el término salud, debería siempre ser en singular, ya que con ellas nos estamos refiriendo a un estado del ser humano, y no a determinadas partes del organismo. Es en el cuerpo, a través de sus órganos y funciones, donde se expresan las diferentes informaciones de la mente, las cuales se concretan en imágenes y pueden desembocar en los síntomas de las enfermedades.

La *salud* se presenta cuando las funciones del cuerpo se relacionan de tal modo que son armónicas entre sí. En el momento en el que cualquier función se altera, esta armonía se interrumpe produciendo la *enfermedad*. Esta pérdida o alteración se efectúa en el campo de la conciencia, y el cuerpo es el que la manifiesta en forma de *síntoma*. En el momento en el que se presenta una alteración de la conciencia, el síntoma irrumpe bruscamente, con el objetivo de llamar la atención del sujeto, el cual intenta deshacerse de él a toda costa, sin intentar interpretarlo, por lo cual el síntoma pierde su función de señal de que algo se alteró en la conciencia.

Existe una gran cantidad de síntomas. En este estudio, se va a considerar a la enfermedad renal como un síntoma. De cierto modo, la enfermedad tiene el objetivo de intentar devolverle al sujeto el equilibrio o armonía perdida.

Por lo tanto, es en el cuerpo donde se van a expresar todas las imágenes, cuyo origen está en la conciencia. Estas imágenes son llamadas **arquetipos**, siendo éste uno de los conceptos más importantes de Carl Gustav Jung.

Durante el análisis de los sueños, tanto Jung como Freud, se dieron cuenta de que éstos emitían imágenes que no se explicaban con experiencias de la propia vida del sujeto; eran formas aborígenes, innatas, heredadas, por lo que llegaron a la conclusión de que, al igual que heredamos todos nuestros órganos después de la larga historia evolutiva, lo mismo sucede con la mente, en cuanto a su desarrollo biológico, prehistórico e inconsciente.

En la base de nuestra mente se encuentra justamente aquella parte de la psique que es aún arcaica, entonces “*el arquetipo es un tendencia a formar tales representaciones de un motivo, representaciones que pueden variar muchísimo en detalle sin perder su modelo básico*”<sup>108</sup>. Es necesario tener claro que no se habla de representaciones heredadas, ya que son tendencias de nuestra mente, diferentes a los

---

<sup>107</sup> DETHLEFSEN Thorwarld, y DAHLKE Rüdiger. *Ob. Cit.*, p. 13.

<sup>108</sup> JUNG, Carl. y otros. **El hombre y sus símbolos.** Aguilar S. A. Ediciones. Madrid – España. 1966. pp. 67

instintos, los cuales son necesidades fisiológicas percibidas por los sentidos. Cuando éstos se manifiestan en la fantasía por medio de imágenes simbólicas, se llaman **arquetipos**:

*“Son representaciones de las energías instintivas del inconsciente colectivo”*<sup>109</sup>.

El **inconsciente colectivo** es el lugar donde se encuentra el material que no tiene su origen en la experiencia personal, sino que son compartidos por todas las épocas y todas las culturas. Por lo tanto, lo que determina nuestra conducta es la herencia psicológica y biológica con la que nacemos, y luego las experiencias individuales.

Siguiendo esta línea teórica, cuando la persona sufre una enfermedad, son los arquetipos los que se expresan en el cuerpo. Así, cuando hay un desequilibrio en la mente, se presenta una alteración de la conciencia; el síntoma irrumpe bruscamente, con el objetivo de llamar la atención del sujeto, el cual intenta deshacerse de él a toda costa, sin intentar interpretarlo. De esta manera, el síntoma termina perdiendo su función de señal de alarma.

Partiendo de lo dicho anteriormente, es necesario tratar de eliminar no el síntoma, sino la causa del mismo. La medicina moderna invierte muchos recursos para tratar a los órganos y descuida a la persona; es así como, desde los tiempos de Hipócrates se ha mantenido la creencia de que el síntoma es algo accidental y sus causas deben ser buscadas en los procesos funcionales, sin tomar en cuenta que es de vital importancia que el sujeto comprenda la diferencia existente entre enfermedad y síntoma, para que de este modo entienda su condición y cambie de actitud. Esto podría resultar muy beneficioso especialmente en aquellas personas que no tienen una buena adherencia al tratamiento, para que tal y como lo afirman Dethlefsen y Dahlke, “ya no consideren al síntoma como su gran enemigo cuya destrucción debe ser el mayor objetivo, sino que descubran en él a un aliado que puede ayudarlo a encontrar lo que le falta”<sup>110</sup>.

Siendo **la curación**, no la eliminación de un síntoma, sino su interpretación, la persona puede incorporar esa parte rechazada (lo que el cuerpo quiere decir por medio de la enfermedad), y lograr así a una plenitud en su conciencia.

Es así, que es necesario comprender el simbolismo de los síntomas, su vinculación con los episodios biográficos del paciente, sus expresiones espontáneas e involuntarias, e incluso los movimientos ejecutados en la relación entre médico y paciente. Para esto, la visión psicoanalítica de la enfermedad, propone que se debería recurrir al lenguaje de los síntomas, a este lenguaje psicosomático, que en muchas ocasiones se lo deja de lado, pues los seres humanos estamos inmersos en la polaridad, en un mundo de contrarios, y nos cuesta salir de este estado dividido para poder llegar a ser más completos.

## **4. 2. LA POLARIDAD Y LA SOMBRA**

Muchos de los conceptos y teorías de la psicología tienen como origen conceptos de otras disciplinas como de la física, la termodinámica, etc. Tal es el caso

---

<sup>109</sup> FADIMAN James, y FRAGER Robert. **Teorías de la Personalidad**. Oxford University Press, México, 2001. pp.73

<sup>110</sup> DETHLEFSEN Thorwarld, y DAHLKE Rüdiger. *Ob. Cit.*, pp. 18

del concepto de **polaridad**, que según el diccionario de la lengua se define como la “propiedad que tiene los agentes físicos de acumularse en los polos de un cuerpo y de polarizarse”<sup>111</sup>, siendo el polarizarse, según el mismo diccionario, “el centrar la atención o el ánimo en un cosa”<sup>112</sup>. En la naturaleza y en los inventos del hombre se pueden ver muchos ejemplos de la polarización, como el mecanismo de las pilas, la sinapsis neuronal, e incluso el Yin y Yang en las antiguas filosofías orientales.

Uno de las características principales de la polaridad es que cada polo es diferente al otro, tanto en su contenido como en sus cualidades; sin embargo, ambos se complementan tan bien que el uno no puede existir sin el otro y dejan de excluirse mutuamente para formar una sola entidad.

En el ser humano también existe mucha polaridad, tanto en el aspecto físico como en el psicológico. Incluso nuestro mismo cerebro se encuentra polarizado, dividido en sus dos hemisferios, cada uno de los cuales cumple funciones distintas y contrarias; pero unidos entre sí a través del cuerpo calloso, hacen que esta polaridad se convierta en una unidad, y ninguno, salvo casos específicos, puede trabajar sin el otro o aisladamente.

El **hemisferio izquierdo** es llamado también el hemisferio verbal, ya que su función principal está relacionada con el lenguaje, el cálculo, la numeración, la noción del tiempo, interpretación del entorno, el pensamiento digital y lineal, el análisis, y es el encargado de controlar la parte derecha del cuerpo.

El **hemisferio derecho**, al contrario, se encarga de la capacidad analítica, la visión de conjunto, la orientación espacial, las formas de expresión arcaicas, la música, el olfato, la expresión gráfica, permite ver al mundo en conjunto, el simbolismo, intemporalidad, la holística, la lógica, la intuición, y controla la parte izquierda del cuerpo.

Cada uno realiza funciones complementarias, y, dependiendo de la persona, el un hemisferio será dominante y el otro subordinado, lo que le dará las características al individuo; sin embargo, las personas sanas, también gozarán de la información dada por el hemisferio no dominante, ya que ambos se complementan y no pueden funcionar el uno sin el otro. Existen excepciones en donde por alguna razón se lesiona uno de los hemisferios y el otro lo sustituye, realizando sus funciones.

Según Dethlefsen y Dahlke, el hemisferio izquierdo corresponde a lo masculino, al Yang, en las filosofías orientales, mientras que el derecho a lo femenino o al Yin.

En el psiquismo ocurre lo mismo, Freud nos enseñó que este está conformado por la **conciencia** y el **inconsciente**, opuestos entre sí, ya que en la conciencia se encuentra todo lo que es aceptado por el Yo y por la sociedad, además de la información que recibimos del medio ambiente a través de los sentidos; mientras que en el inconsciente, está todo aquello que es rechazado por el Yo a través del mecanismo de la represión. Entre ellos se encuentra el **preconciente**, el cual se ocupa de ser el mediador, de unirlos, y en él existen contenidos de ambas partes.

---

<sup>111</sup> VERGARA ARGOS. **Diccionario de la lengua**, tomo 5, Editorial Argos Vergara. Barcelona – España. 1984.

<sup>112</sup> Ídem.

El **yo** es uno de los arquetipos más importantes de la personalidad, pues se encuentra en el centro de la conciencia, y es el que dirige y hace coherente a la vida consciente; en él se encuentran recuerdos y experiencias, y divide al inconsciente y al consciente. En él no hay material inconsciente, existe solo aquel que proviene de la experiencia del sujeto.

Generalmente los seres humanos nos empeñamos en combatir uno de los polos, lo inconsciente, tomando ciertas decisiones que implican el dejar al lado una opción, pero lo hacemos de una manera poco consciente, nos resistimos a aceptar la unidad. Sin embargo, paradójicamente, mientras hacemos todo lo posible para que el polo aceptado crezca, el otro rechazado también lo hace sin que nos demos cuenta; así, llega un momento en el que, a pesar de que pongamos todos nuestros esfuerzos para controlarlo y rechazarlo, éste encuentra una vía de escape, muchas de las veces a través de una enfermedad.

En el inconsciente, por lo tanto, se encuentra nuestra **sombra**, que es una forma arquetípica en la que se localizan los materiales reprimidos de la conciencia; conteniendo las tendencias, deseos y recuerdos que no son compatibles con la persona y la sociedad. Ésta, corresponde a lo inferior de nuestra personalidad; es así como Jung describe que estos materiales se organizan y forman el “**yo negativo**” o “**sombra del yo**”, y éste puede convertirse en negativo cuando no se lo reconoce, y actúa cuando las personas proyectan estas características en las demás personas.

Jung afirma que la *sombra* contiene aspectos que la personalidad ha reprimido por ser desfavorables, sin embargo:

*“Esta oscuridad no es exactamente lo contrario del ego consciente. Así como el ego contiene actitudes desfavorables y destructivas, la sombra tiene buenas cualidades: instintos normales e impulsos creadores. Ego y sombra están inextricablemente ligados en forma muy parecida a como se relacionan entre sí pensamientos y sensación”<sup>113</sup>.*

Nuevamente se puede ver cómo la polaridad se junta para formar una sola unidad. No obstante, siempre va a existir lo que Jung llamó: **batalla por la liberación, entre Yo y sombra**, es decir, que el hombre primitivo encerrado en la *sombra* hará lo posible por salir, por expresarse en la conciencia a toda costa y valiéndose de cualquier cosa para lograrlo, desde la simbología del héroe en los sueños, hasta los síntomas en las enfermedades. Todo esto debido a que estas tendencias que pueden ser muy beneficiosas por su influencia creadora, cuando son reprimidas generan mucho daño a la conciencia y al individuo en sí.

Cada parte de la *sombra*, es una parte de la persona, y si estas partes permanecen en esta esfera inconsciente, limitan al ser humano. Cuando éstas se convierten en conscientes se recuperan partes de la personalidad que antes estaban ocultas, pudiendo de esta manera ayudar mucho al individuo, como lo afirma Jung, citado por Fadiman y Fragar:

---

<sup>113</sup> DETHLEFSEN Thorwarld, y DAHLKE Rüdiger. *Ob. Cit.*, pp. 118.

*“¿Cómo ser sustancia y no arrojar una sombra? Para ser cabal he de tener un lado oscuro. Cuando me hago conciente de mi sombra, vuelvo a recordar que soy un ser humano como cualquiera”<sup>114</sup>.*

La *sombra* siempre se está manifestando, por lo que es necesario negociar con ella: *“Es un proceso de aprender a mirar al interior y reflexionar de manera honesta en torno a lo que se percibe allí”<sup>115</sup>.*

Por lo tanto, esta *sombra* corresponde a uno de nuestros polos; pero cada polo depende del otro, están interrelacionados, por lo que no es posible separarlos. Terminamos siempre en la unidad, en la totalidad, la cual se logra al identificar nuestro yo negativo e incorporarlo, para de este modo llegar al **Self**, que es el arquetipo más importante y central del nuestro psiquismo: el resultado de la unión entre conciente e inconsciente, el que le da equilibrio y armonía a todos los elementos contrarios. El Self es la meta y el fin del **proceso de individuación** o desarrollo personal, el mismo que corresponde a la tendencia hacia la totalidad que poseemos todos los seres humanos, concebido por Jung como:

*“El transformarse en un ser homogéneo y, en la medida en que la individualidad abarca nuestra identidad más íntima, irreductible e incomparable, también implica convertirnos en nuestro self. Por consiguiente, podemos traducir el término **individuación** como adquisición del ser o autodescubrimiento”<sup>116</sup>.*

El proceso de individuación es un proceso natural, pero que puede ser obstaculizado por las personas, impidiendo que se de una relación dinámica entre el yo y el self, y entre todo el resto de arquetipos inconscientes.

#### **4.2.1. La sombra y la enfermedad**

Cuando se rechaza cualquier parte de nuestro psiquismo, como se mencionó anteriormente, se produce **una falta de identificación**, por consiguiente, una parte de este material es enviado a nuestra *sombra*, es aquella que está en íntima relación con la enfermedad, pues todo lo que no queremos ser, lo que no queremos admitir de nosotros, lo que rechazamos en nuestra vida, lo que no aceptamos de nosotros mismos, es nuestro negativo, nuestra *sombra*. Por lo tanto, solamente en el momento en que nos enfrentamos a ella y la reconocemos, empieza la curación.

Un síntoma expresa lo que le hace falta a la persona, y al enfermar, el individuo debe experimentar todo aquello que no ha querido hacerlo conscientemente. Por lo tanto, para los autores Dethlefsen y Dahlke, “el síntoma a través del cuerpo reintegra la plenitud del ser humano”<sup>117</sup>; es decir, se completa el individuo.

El polo rechazado pasa a la *sombra* y busca ser reconocido, presentándose como si procediera del exterior por medio del **mecanismo de proyección**, que coloca en el exterior aquello que no soporta en su interior, y al encontrar en el mundo su *sombra*, le

---

<sup>114</sup> JUNG (1931), citado por . DETHLEFSEN Thorwarld, y DAHLKE Rüdiger. *Ob. Cit.*, pp.78.

<sup>115</sup> DETHLEFSEN Thorwarld, y DAHLKE Rüdiger. *Ob. Cit.*, pp. 79.

<sup>116</sup> JUNG, citado por . DETHLEFSEN Thorwarld, y DAHLKE Rüdiger. *Ob. Cit.*, pp.78.

<sup>117</sup> DETHLEFSEN Thorwarld, y DAHLKE Rüdiger. *Ob. Cit.*, pp. 45.

genera mucha angustia y rechazo. Sin embargo, por más que el sujeto emplea una gran cantidad de energía para deshacerse de aquello que le genera angustia, no lo logra, ya que es de lo que más se ocupa, pasa más tiempo pensando en cómo eliminarlo, lo que le genera aún más angustia.

Los seres humanos somos enfermos, pues siempre tendemos a hacer lo socialmente aceptado y reprimir aquello que no es bien visto, por lo tanto, rechazamos uno de los polos. Considerando esto, es que se hace necesario saber reconocer e incorporar aquello que el cuerpo intenta decirnos, puesto que si no lo hacemos, los síntomas cambiarán, como Freud ha defendido en sus investigaciones y teorías, se presentarán de diferentes maneras, debiendo ir a la raíz de los mismos.

La enfermedad nos permite ser sinceros con nosotros mismos, ya que normalmente los seres humanos tenemos mucha dificultad de hablar sobre lo que no aceptamos o no nos gusta de nosotros. Son los síntomas los que nos cuentan aquello que desconocemos, colocando en el cuerpo lo que falta en el psiquismo.

Todo esto no quiere decir que no se busque ayuda médica, sino que, además de ella, es necesario hacer una búsqueda interior para resolver nuestros conflictos, lo cual es mucho más fácil realizar si se ha manejado el dolor.

#### **4.2.2. La búsqueda de las causas**

La búsqueda de las causas ha sido una de las tareas que se ha propuesto el ser humano desde tiempos antiguos, y en la actualidad, esto no es una excepción. El dedicarse tanto tiempo a buscar las causas, ha llevado a creer que, al eliminarlas, se van a eliminar los síntomas y la enfermedad, sin darse cuenta que esto no lleva a nada pues no conduce al descubrimiento de la causa misma, ya que intervienen muchos factores para que se dé una enfermedad.

Es mucho mejor trabajar con un concepto causal que incorpora **dos tipos de búsqueda de causas**, la una que se orienta hacia **el pasado** y la otra que se dirige **al futuro**, por ejemplo, si alguien se tropieza y se lastima la rodilla, piensa que se tropezó por despistado (pasado), otros piensan que se cayeron con el fin de evitar que les atropelle un auto más tarde (futuro). Por lo tanto la enfermedad estaría determinada por estas dos orientaciones; el verla de este modo nos permite entender su propósito y su significado, ya que “cada manifestación posee forma y también contenido, consiste en unas partes y también en una figura que es más que la suma de las partes”<sup>118</sup>. De esta manera, todo síntoma esconde un propósito y puede utilizar un sinnúmero de causas, en el momento en el que se elimina una de ellas, busca y empieza a utilizar otra.

Lo más importante de este modelo de estudio de las enfermedades, es que la curación se entiende como la **oportunidad del sujeto para completarse a sí mismo**, convertirse en una unidad. Para lograrlo, debemos preguntarnos sobre cada uno de los síntomas, que como vimos anteriormente, son la expresión de la psique de la persona. Entonces, se debe tratar de darles un significado, saber cuál es su propósito, qué información nos está brindando.

---

<sup>118</sup> DETHLEFSEN Thorwarld, y DAHLKE Rüdiger. *Ob. Cit.*, pp 75.

En el camino de esta comprensión de la enfermedad, van a surgir obstáculos porque el enfrentar aquello que está guardado en el inconsciente durante tanto tiempo, puede resultar realmente muy duro, la persona puede o no querer ver lo que se esconde en su *sombra*, que de un modo o de otro, logra salir e imponerse, a veces en el plano psíquico, y otras en el físico, como es el caso de las enfermedades orgánicas.

La mayoría de las personas tratan de encontrar las causas de su enfermedad en el medio ambiente; así, proyectan su culpa, y utilizan a las condiciones externas para responsabilizarlas sobre su enfermedad, sin tomar en cuenta que éstas son condiciones necesarias muchas veces, pero no las únicas ni las suficientes para desarrollar la enfermedad, como se vio en los capítulos anteriores.

Para poder encontrar el significado que encierra una enfermedad es necesario **descubrir el momento exacto en el cual se presentaron los síntomas**. Esta investigación debe hacerse observando no sólo los hechos externos sino también los internos, es decir, los pensamientos, temas, ideas, fantasías, preocupaciones, etc. que tenía la persona en ese preciso momento. Se debe aplicar la misma regla que Freud tenía en su práctica clínica, la de la **asociación libre**: decir todo lo que se le pasaba por la mente, sin censurar nada, dando la misma importancia a todo, incluso a lo que parecía más superficial o trivial, y el terapeuta debe mantener la llamada **atención flotante**, es decir, brindar igual importancia a todo lo que diga el sujeto.

#### 4.2.3. El ser humano enfermo

En la actualidad muchas son las enfermedades que se presentan en el hombre, como son: la hipertensión, la diabetes, la IRC, los problemas cardíacos, las alergias, el estreñimiento, la diarrea, la colitis, las migrañas, los reumatismos, etc. **No existen personas sanas totalmente** como se ven en los libros de medicina; esa es una utopía, ya que según la teoría que venimos desarrollando, el ser humano *es enfermo*, no *se enferma*, como lo afirma la medicina académica. El enfermar es un estado que permite mantener un equilibrio en el hombre, le permite desarrollarse, evolucionar; si bien es un estado de imperfección, vulnerabilidad y mortalidad, siempre existirá, ya que somos conflictivos, por lo tanto, somos enfermos.

Debido a que, como seres humanos, nuestro objetivo es ser lo más sanos posibles, este enfoque puede resultarnos muy contradictorio e incluso difícil de aceptar, ya que generalmente tendemos a que nuestro Yo dirija nuestras vidas, pero él siempre ansía y busca a toda costa el poder, y la perfección, y la enfermedad se encarga de destruir sus ilusiones de grandeza.

El Yo reprime siempre un polo hacia la *sombra*, y debido al mecanismo de proyección le envía hacia el entorno, y es la enfermedad la que se encarga de compensar esta situación, ya que con sus síntomas estimula a la persona a incorporar el polo rechazado en la misma medida en que se niega al mismo, siempre por medio de los síntomas.

Sabemos que dos de los **mayores miedos** que tenemos los hombres son a **la muerte y al sufrimiento** que genera una enfermedad. Sin embargo, la única certeza que tenemos es que un día la muerte va a llegar, y que no podemos evitar todas las

enfermedades; es así como la muerte y la enfermedad están ligadas fuertemente con la salud y la vida.

La enfermedad le ayuda a la persona a entenderse mejor a sí misma, sin embargo, en muchas ocasiones es demasiado sincera, y le **muestra crudamente cuál es la realidad**, derribando todas las ilusiones que tenía y que no le permitían ver claramente lo que estaba sucediendo. Por esta razón, ella nunca es bienvenida, ya que la enfermedad a través de sus síntomas, impone la sinceridad y la verdad, indica lo que falta, indica lo que no está resuelto, atacando siempre lo más vulnerable, por lo que se presenta siempre cuando la persona cree que tiene el poder de cambiar el mundo y su vida, cuando cree que está todo bien.

Sin embargo y paradójicamente ella nos permite sanar, ser completos. Entonces nunca debemos dejar de escuchar lo que ella viene a decirnos; ya que si bien el síntoma se produjo porque se envió y se proyectó en el organismo lo rechazado, la curación se dará asumiendo conscientemente lo que nos dice el síntoma, con lo cual desaparecerá, si se trata de una enfermedad aguda; pero si es una crónica, esta comprensión ayudará a entender mejor su estado, completarse y a enfrentarla de mejor manera.

#### **4.2.4. Las etapas de escalada de la enfermedad**

Para que una persona llegue a completarse, a alcanzar el estado del todo, es necesario que aprenda, sienta y experimente a nivel de su conciencia, ya que si bien, cuando enfermamos los síntomas son corporales, porque los procesos mentales descienden al cuerpo, es necesario **que regresen a la conciencia para ser elaborados e incorporados**, pues el cuerpo únicamente le da al síntoma un escenario o un medio para que se realice el aprendizaje.

El ser humano aprende a través de la experiencia, pero no puede predecirse cómo va a aprender cada persona. Si bien cada síntoma es un llamado de atención a la conciencia para que se de el aprendizaje y que se llegue al desarrollo personal, esto no siempre se consigue, debido a la resistencia que se tiene para aceptar lo rechazado. Pero los síntomas tienen la característica de transformarse progresivamente, empezando a manifestarse con una leve sugerencia hasta llegar a enfermedades que no tienen remedio alguno.

Con cada fase de la escalada, va aumentando la intensidad de los síntomas, para que el ser humano pueda hacerse conciente de lo que le falta y de lo que le quiere decir la enfermedad.

Estas etapas descritas por Dethlefsen y Dahlke son las siguientes:

- 1. Pensamientos, deseos y fantasías:** es la fase en donde se presentan en el individuo las ideas o fantasías, sin que sean aún enfermedades, mientras más conciente sea de estas, más ampliará su conciencia, y por ende, evitará los síntomas físicos; si por el contrario considera que estos pensamientos no le pertenecen e intenta eliminarlos, se dará paso a la siguiente fase.
- 2. Trastornos funcionales:** cuando ya se presenta un síntoma físico en el sujeto, todavía pequeño, puede ser incluso inofensivo, pero es persistente.

3. **Trastornos físicos agudos como inflamaciones, heridas, accidentes:** hace referencia a las inflamaciones, que son un poco más severas que las anteriores; ellas tratan de hacer visible un conflicto.
4. **Trastornos crónicos:** si no se ha resuelto el conflicto de la etapa anterior, las inflamaciones suelen tornarse crónicas, pues la mente está tratando de decirnos que no se va a poder eliminar aquello que rechazamos, y lo hace a través de un síntoma que va a estar presente por mucho tiempo.
5. **Procesos incurables, alteraciones orgánicas, cáncer:** se presentan cuando los síntomas no nos abandonan más, y se transforman en enfermedades que no tienen cura.
6. **Muerte:** a la muerte se la considera como una mensajera, que le recuerda al individuo que su existencia tiene un inicio y un final, por lo que no hay que aferrarse a la vida, es un polo que permite llegar a la unidad.

### 4.3. LAS FANTASÍAS DE LOS TRASTORNOS URINARIOS

Como vimos en el primer capítulo, tanto los riñones como las vías urinarias, tienen una función excretora, en la que intervienen tres procesos principales que son: filtración, reabsorción y secreción de los desechos del cuerpo. Según el psicoanálisis, ligadas a estos procesos puramente orgánicos, se encuentran cierto tipo de fantasías, las cuales son comunes en todas las personas ya que son parte de nuestra herencia filogénica, al igual que los arquetipos.

Estas fantasías hacen referencia a aquellas que son inherentes al funcionamiento de cierta parte del cuerpo a la que pertenecen y que no logran llegar a la conciencia fácilmente; en este caso se trata los órganos implicados en la función urinaria.

Dentro de estas fantasías tenemos tres tipos: las **primarias** o generales, las **renales** y las **secundarias** que son las de las vías urinarias propiamente dichas. En este trabajo se describirán las dos primeras ya que son las implicadas en el estudio realizado.

#### 4.3.1. Fantasía general o primaria

Esta fantasía está íntimamente relacionada con un proceso de duelo, llamado **duelo primario**, que se presenta en el momento del proceso de identificación, en el que la persona debe renunciar a una parte de su Yo y del objeto, para llegar a construir una identidad propia.

Recordemos que el **duelo** es un proceso natural, en el cual la persona intenta elaborar una pérdida que le causó dolor. Según Chiozza, éste “se caracteriza por una sobrecarga de los recuerdos y su desenlace, posterior a la fase de retracción de la libido, conduce a la investidura de un objeto sustituto”.<sup>119</sup> El resultado de este duelo primario es que se **depositen en el Yo otras investiduras**, permitiendo su crecimiento.

---

<sup>119</sup> CHIOZZA Luis. **Cuerpo, afecto y lenguaje**. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, p. 73.

Por lo tanto el renunciar, eliminar, desechar o *excretar* forma parte de este duelo primario presente en toda identificación, entonces la psiquis realiza el mismo proceso que cumplen los riñones, ya que mantiene aquello que le conviene y desecha lo que no.

Cuando una persona presenta problemas en la función excretora, muestra un **duelo primario perturbado**, por lo tanto no puede controlar aquello que desecha o no, y así, tendrá problemas en renunciar a proyectos, ideales, creencias que no van a poder hacerse realidad, ya sea que la fuente de sus estímulos sea interior o exterior; siendo esto, afirma Chiozza, una “consecuencia de una incapacidad previa para discernir, entre los ideales, aquellos que configuran lo posible.”<sup>120</sup>

El impedimento que sienten estas personas para renunciar a un objeto, se explica por el hecho de que, en la **formación del ideal**, interviene un Yo al que le cuesta mantenerse unido por las identificaciones que está recibiendo, por lo tanto su anhelo más grande es, justamente, regresar a un estado más estable dado por las primeras adquisiciones; entonces si la persona renuncia a este objeto, sentirá una importante carencia que no está dispuesto a soportar.

Otro aspecto que se debe considerar es que se genera una gran incertidumbre en torno al lugar en el que se encuentra aquel objeto del que no se puede deshacer. El mismo autor considera que es un problema muy oscuro aún y expone una hipótesis al respecto:

*“El trauma de identificación que no pudo sostenerse debe haber sido lo suficientemente intenso como para que la represión haya rechazado también las huellas del “camino” que conduce a su recuperación”*<sup>121</sup>.

Por lo tanto, esta fantasía primaria está relacionada con la capacidad de discernir la que depende de la elaboración de los duelos primarios.

#### **4.3.2. Fantasías renales específicas**

Siguiendo con lo descrito anteriormente, debemos considerar que los riñones deben cumplir la función de mantener una homeostasis en el cuerpo: entre la concentración y la dilución. Chiozza considera que el mismo proceso se puede ver en las fantasías renales, y las define como “una buena o mala concentración o dilución en la realización de los propósitos del sujeto”<sup>122</sup>

Cuando el funcionamiento es **normal o equilibrado**, el individuo toma en cuenta las posibilidades y los límites para la ejecución de sus proyectos, sin embargo; cuando **no se da un buen funcionamiento** o éste no es equilibrado, ocurre que se trata de conseguir ambiciosamente lo que se quiere.

Dentro de estas fantasías renales, el autor considera que existe un **aspecto renal de la melancolía**, es decir, que cuando se presenta un buen funcionamiento del proceso

---

<sup>120</sup> Ídem, pp. 74.

<sup>121</sup> Ídem, pp.75

<sup>122</sup> Ídem, pp. 79

de depuración se da un sentimiento de sazón, mientras que cuando hay patología existe desazón, la cual puede expresarse como alguna alteración en la función renal y urinaria.

Etimológicamente, el término sazón significa “*tiempo propicio para la siembra*”<sup>123</sup>, tal y como lo describe Chiozza, según el diccionario de la lengua española:

“**Sazón:** *Punto o madurez de las cosas, o estado de perfección en su línea. Ocasión, tiempo oportuno o coyuntura. Gusto y sabor que se percibe en los manjares*”<sup>124</sup>

Considerando las fantasías generales, que hacen referencia a las ambiciones incumplidas que no han sido elaboradas por el proceso de duelo primario, éstas permanecen siempre en la espera del tiempo propicio para su realización.

Cuando estas ganas son posibles y han sido discernidas configuran una ambición considerada normal, que le permite al sujeto **concretar** sus proyectos y **diluir** o **eliminar** lo que no es básico.

La clave de inervación de estos sentimientos son los órganos relacionados con la función renal, lo cuales representarían en el cuerpo la eliminación o excreción de los proyectos imposibles. El que exista una alteración en la función renal, quiere decir que está ambición de concretar los proyectos y de eliminar lo que no es esencial está alterada, por lo tanto el mismo autor afirma que:

“*En la medida en que las ganas, aquello que “da gusto”, quedan fijadas, por la incapacidad de discernir, en la ambición que cae fuera de la ocasión propicias, se pierde “la sal de la vida”, las posibilidades que la realidad ofrece permanecen desabridas e insípidas, sin sazón, como si fueran ellas los frutos que están ‘fuera de estación’*”<sup>125</sup>.

## 4.4. LOS RIÑONES Y SU RELACIÓN CON LA COMUNICACIÓN

### 4.4.1. **Ánima y ánimus**

Remitiéndonos a Jung, hemos hablado ya de los arquetipos que forman parte de nuestro inconsciente: la *persona*, el *yo*, la *sombra*, el *self*, el *ánima* y el *ánimus*. Todos ellos están presentes tanto en hombres como en mujeres. Los arquetipos que entran en juego en la insuficiencia renal son justamente el **ánima** y el **ánimus**, los mismos que constituyen las estructuras complementarias de la persona. El *ánima* se encuentra en los hombres, el mismo que corresponde a su parte femenina; y el *ánimus* en las mujeres, correspondiendo a lo masculino.

Si una mujer se define a sí misma en términos femeninos, su *ánimus* tendrá tendencias y experiencias masculinas no reconocidas; entonces, para que logre un buen desarrollo psicológico es necesario que integre su *ánimus* al *yo*. En el hombre, el *ánima* está en estado inconsciente, y debe integrarla a su *yo* mediante el mismo diálogo que realiza la mujer.

---

<sup>123</sup> CHIOZZA Luis. **Cuerpo, afecto y lenguaje**. Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998, p. 102

<sup>124</sup> Ídem, p.124

<sup>125</sup> Ídem, p.104.

Cuando comienza el viaje de reconocer las partes escondidas de la personalidad, estos arquetipos van a tener **características muy distintas a las del yo**, por lo que es muy difícil reconocerlas en uno mismo y es por esto que tendemos a proyectarlas en los demás; poco a poco éstas se irán integrando, de tal manera que formarán un puente de conexión entre inconsciente y consciente, hasta llegar a integrarse totalmente al self.

Como lo afirman Fadiman y Frager:

*“Jung percibe en tal unión de contrarios (en este caso masculino y femenino) el principal determinante funcional de la personalidad”.*<sup>126</sup>

En el desarrollo de estos dos arquetipos, intervienen decisivamente **las figuras del padre del sexo opuesto**, pues son estas figuras las determinarán las relaciones que se va a tener en el futuro con las personas del otro sexo, mediante la proyección.

Si la madre de un sujeto fue una influencia poco positiva para su vida, su ánimo será irritable, deprimida, insegura, susceptible. Si, por el contrario, fue una buena influencia, entonces ésta le permitirá desarrollar de mejor manera su masculinidad. Lo mismo ocurrirá con respecto a las mujeres, en la relación con sus padres:

*“Todo hombre lleva en sí la imagen eterna de la mujer, no la imagen de esta o aquella mujer en particular, sino una imagen definitiva. Esta imagen es (...) una impronta o “arquetipo” de todas las experiencias ancestrales de la mujer, diríase que una especie de depósito de todas las impresiones producidas por una mujer (...) puesto que se trata de una imagen inconsciente, siempre se le proyecta inconscientemente sobre la persona amada, de ahí que sea una de las principales razones de la atracción apasionada o la repulsión exacerbada”.*<sup>127</sup>

Por tanto, las personas somos psíquicamente andrógenas, todos tenemos tanto de hombre como de mujer, independientemente de nuestro sexo y orientación sexual. El hombre se identifica con el ánimo, es decir con el polo masculino, mientras que lo femenino queda reprimido en la *sombra*; así, en la mujer ocurre lo contrario.

La *sombra* intenta expresarse a través de la proyección, mecanismo que nos permite encontrar fuera de nosotros lo que nos hace falta, lo que, paradójicamente, está dentro de nosotros mismos. Por lo tanto, el hombre sólo va a poder tener conciencia de su ánimo mediante la proyección de la misma, en una mujer concreta. Y llega a enamorarse de aquellas mujeres que en las cuales las proyecta, sintiendo que son el amor de sus vidas, que fue ‘amor a primera vista’, que es la indicada, etc., lo que en ocasiones puede llevar a la infidelidad.

En la *sombra*, los materiales se organizan en estratos: aquellos que causan menos angustia están en la superficie, mientras que los más angustiantes están en lo más profundo. El enamoramiento se efectúa cuando se encuentra una persona que presenta las cualidades que están en lo más superficial de la *sombra*.

---

<sup>126</sup> FADIMAN James, y FRAGER Robert. **Teorías de la Personalidad**. Oxford University Press, México, 2001. pp.81.

<sup>127</sup> JUNG, citado por FADIMAN James, y FRAGER Robert, en **Teorías de la Personalidad**. Oxford University Press, México, 2001. pp. 198

#### 4.4.1.1. ¿Cómo se da el enamoramiento?

Existen muchas teorías acerca de cómo las personas se enamoran de sus parejas; algunas de éstas son biológicas, poniendo en realce las características que van a permitir la supervivencia de la especie. Otras teorías sostienen que preferimos a las personas que son iguales a nosotros; otras enfatizan el hecho de que escogemos a aquellas personas que realzan nuestra autoestima, es decir, que nos hacen sentir mejor respecto a nosotros mismos y que van a ser apreciadas por la sociedad. Sin embargo, ninguna de estas teorías explica completamente este complejo proceso, de lo que sí estamos seguros es que se busca siempre y de manera compulsiva a una persona que cumpla con ciertas características positivas y negativas.

Sabemos que nuestro cerebro consta de tres partes: el tallo cerebral, el sistema límbico y la corteza cerebral; los dos primeros corresponden a las partes menos evolucionadas del cerebro, regulan aquellas funciones de las que no tenemos conciencia y también las respuestas más primitivas como la agresividad, y reciben el nombre de cerebro antiguo o reptiliano. Mientras que en la corteza se cumplen funciones de percepción, organización de la información, es decir, ella está encargada de las funciones cognitivas.

La principal función del **cerebro antiguo** es la de la autoconservación; éste no tiene mucha conciencia del mundo exterior, ya que de la percepción de éste se encarga la corteza o cerebro nuevo, el cual envía información al antiguo en forma de imágenes, símbolos y pensamientos. Sin embargo, él organiza la información en categorías amplias y no muy definidas, como a quién se debe apoyar, quién es confiable, con quién se pueden o no tener encuentros sexuales, de quién hay que defenderse, etc. De esta manera, estos dos cerebros interactúan entre sí para intercambiar información.

Cuando estamos atravesando por situaciones nuevas, se percibe la información de la situación en sí, es decir, su imagen, para luego compararla con las imágenes que están almacenadas en el sistema límbico; sin embargo, al ser éste tan primitivo no tiene el sentido del tiempo, por lo que cuando ha encontrado una imagen parecida a la que se encuentra en la actualidad, las respuestas a estas imágenes serán las mismas que se presentaron en tiempos pasados, con la misma intensidad y fuerza. Esta intemporalidad explica por qué tenemos reacciones emocionales que pueden parecer muy desproporcionadas con las circunstancias, ya que este cerebro permanece aún muy arcaico. Por lo que en él “el pasado y el presente viven lado a lado en el interior de su mente”<sup>128</sup>.

Esto nos lleva a considerar que, cuando se trata de buscar a las parejas perfectas, los seres humanos preferimos aquellas que coincidan con un mayor número de características de las personas que nos educaron, con el fin de volver a construir el ambiente de nuestra niñez, para aliviar las heridas que se generaron en la infancia, cuando nuestros padres no lograron satisfacer todas nuestras necesidades o reprimieron aquellos impulsos naturales que por ser tabúes no podían expresarse libremente.

Lo lógico sería que tratemos de no tener relaciones afectivas con las personas que nos hicieron daño, pero generalmente las parejas tienen los **rasgos más negativos de nuestros progenitores**, ya que esta elección no es regulada por el cerebro nuevo,

---

<sup>128</sup> HENDRIX, Harville. **Amigos y amantes: la relación de pareja ideal**. Grupo Editorial Norma, Santiago de Chile - Chile, p. 14.

sino por el antiguo que no es lógico ni ordenado, el cual nos remite a aquellas escenas donde se presentó frustración para que la persona pueda resolver y superar aquel asunto inconsciente, aquella herida que no ha sanado aún.

Otro factor importante que influye en la búsqueda de la pareja y en el enamoramiento, es justamente la búsqueda del *yo perdido*, es decir, de aquello que por alguna razón está reprimido en nosotros y pasa a ser nuestra *sombra*. Es decir, que se ama y odia en la otra persona lo que está dentro de uno mismo. Esto muestra cómo los problemas de relación con las parejas, son problemas cuya raíz está en uno mismo.

Por lo tanto, es la misma pareja quien ayuda a identificar aquellas partes del inconsciente que deben ser incorporadas. En el momento en que esto se logra, se empieza una relación en la que no hay proyección, sino aceptación hacia y por parte de la pareja. Para Hendrix, la pareja ideal es “alguien que se pareciera a las personas que lo cuidaron en su infancia y compensara las partes reprimidas de su yo”<sup>129</sup>, es decir, quien represente la imagen o el arquetipo inconsciente del sexo opuesto que se desarrolló desde su nacimiento, que corresponde a la información de nuestros padres fusionada en una imagen única.

Freud explica este mecanismo del enamoramiento a través de su **teoría del narcisismo**, la cual fue desarrollada en el año de 1914, en su conferencia 26, en donde expone sus hallazgos a partir de observaciones a sus pacientes más enfermos de las tendencias narcisistas o “localizaciones narcisistas de la libido”, que luego son aplicadas al desarrollo psicosexual normal.

¿Pero a qué se refiere Freud con el término **narcisismo**? Con éste término Freud explica el proceso en donde una parte de la libido ha sido sustraída del exterior para ser colocada en el Yo.

Sabemos que los seres humanos pasamos por diferentes **etapas del desarrollo sexual**, y justamente esta teoría fue una de las más reconocidas por el padre del psicoanálisis. En éstas, la libido pasa por diferentes zonas erógenas del cuerpo: en un principio por la boca, luego los esfínteres, genitales, para poder terminar con un desarrollo pleno de la sexualidad.

Por lo tanto, desde que nacemos, la libido forma parte de nosotros y genera una carga libidinosa primitiva en el Yo; parte de la misma se orientará a cargar a objetos externos, pero este proceso nunca se logra por completo, ya que sigue siendo permanente en el Yo.

Esto permitió determinar una diferencia entre la libido del Yo y la libido objetal, debido a que si la primera aumenta, la segunda disminuye. La libido objetal alcanza su máximo desarrollo en el proceso del enamoramiento, ya que, como lo afirma Freud, “el amor (...) se presenta como una disolución de la propia personalidad a favor de la carga de objeto”<sup>130</sup>.

Los niños lactantes escogen sus objetos sexuales mediante sus experiencias de satisfacción, siendo sus primeras satisfacciones sexuales autoeróticas relacionadas directamente con las necesidades de conservación, debido a que los instintos sexuales

---

<sup>129</sup> HENDRIX, Harville. **Amigos y amantes: la relación de pareja ideal**. Grupo Editorial Norma, Santiago de Chile - Chile, p. 38

<sup>130</sup> FREUD, Sigmund. **Conferencia 26: Introducción al narcisismo**.

aparecen en un principio ligados a los instintos del yo; luego se da una separación y una diferenciación. De esta manera, el niño posteriormente escogerá como objetos sexuales a aquellas personas que han estado relacionadas con su conservación, es decir, la madre, el padre y luego personas más cercanas; a este tipo de elección de objeto, Freud lo llamó **tipo de apoyo**.

Cuando el desarrollo de la libido ha sufrido alguna alteración desembocando en perversiones u homosexualidad, el objeto de amor no es escogido de acuerdo a la imagen materna, sino a su propia imagen, se buscan a sí mismos como objetos eróticos, este tipo se lo denomina **tipo narcisista**.

Estas observaciones han llegado a la conclusión de que existe un narcisismo primario en todos los seres humanos, el cual se manifestará luego en la elección del objeto, y corresponde a una “transferencia del mismo (el individuo) sobre el objeto sexual”<sup>131</sup>.

Una vez que se ha dado el proceso del amor romántico, en el que se empieza una relación afectiva con alguien, surge la **lucha por el poder**, en donde se da un cambio en la relación, que es muy notable una vez que ha terminado el cortejo, momento en el que las cosas que eran atractivas para la persona dejan de serlo, e incluso llegan a ser muy molestas y empiezan a pensar que la pareja ha cambiado, que no es la misma que conoció cuando se enamoró, y es justamente ahí cuando empiezan a haber problemas que incluso pueden llevar a terminar con la relación.

Este fenómeno sucede ya que en esta etapa: las personas ven en su pareja a alguien que debe empezar a satisfacer todas sus expectativas y necesidades, algunas de las cuales son conscientes, pero la mayoría inconscientes; las mismas son específicas pero poco definidas, por lo que les resulta muy difícil comunicar a su cónyuge lo que necesita, generando disputas ya que el otro no está en la capacidad de adivinar, y éste a su vez tiene otras necesidades que espera que sean satisfechas.

Tal y como lo dice Hendrix “las personas no contraen matrimonio para satisfacer las necesidades de su pareja, se casan para fomentar su propio crecimiento psicológico y emocional”<sup>132</sup>, activado por nuestro cerebro antiguo, con el fin de revivir nuestros deseos infantiles para que sean satisfechos. Nuestras parejas en cierto momento lograron complementarnos, sin embargo, con el pasar del tiempo, se activa nuestro **superyó**, con el fin de evitar que salgan a la luz, lo que hace que rechacemos estas características que hace poco nos atraían, ya que su yo tenía rasgos que correspondían a nuestra *sombra*, por lo cual nos alejamos de la pareja o intentamos reprimirla de la misma manera que lo hicieron nuestros padres con nosotros.

Otra fuente de este conflicto de poder es que las parejas suelen tener rasgos muy parecidos a los de nuestros padres; en algunas ocasiones, éstos son muy marcados, mientras que en otras no tanto, esto se puede observar más claramente con relación a las **características negativas de los padres**, lo cual hace que nuestras parejas despierten aquellas heridas infantiles y las emociones ligadas a ellas, como son el miedo, la tristeza, ansiedad, etc.

---

<sup>131</sup> FREUD, Sigmund. **Conferencia 26: Introducción al narcisismo**.

<sup>132</sup> HENDRIX, Harville. **Amigos y amantes: la relación de pareja ideal**. Grupo Editorial Norma, Santiago de Chile - Chile, p. 67.

La última fuente de conflictos es que cuando somos niños nos identificamos con nuestros padres, es decir, hacemos nuestros ciertos rasgos de comportamiento que tienen ellos, sean buenos o malos, pero cuando se trata de lo malo, nos cuesta mucho reconocerlo en nosotros mismos ya que nos causan mucha ansiedad, por lo tanto los proyectamos en nuestras parejas, y son justamente éstas las cosas que más criticamos y odiamos en ellos.

Hendrix, resume estas **tres fuentes de conflicto** de la siguiente manera<sup>133</sup>:

1. Revolver mutuamente los comportamientos y los sentimientos reprimidos del otro.
2. Lesionar más las heridas de la infancia del otro.
3. Proyectar en el otro sus propios rasgos negativos.

Para que la pareja logre superar estos problemas, debe ser más conciente de estas tres situaciones que está viviendo, para de este modo superar la fase de la proyección, y se convierta la relación en una relación en donde haya compromiso y complementariedad, en donde ambos sepan y digan al otro lo que necesitan, y el otro intenta satisfacerlo, para que así sanen sus heridas infantiles.

#### **4.4.1.2. Los riñones y los problemas afectivos de pareja**

A lo largo de este capítulo hemos tratado de dar una visión diferente de la enfermedad. Se ha hablado también sobre nuestro psiquismo y su complejidad, además del extraño proceso del enamoramiento.

En este último apartado, intentaremos explicar cómo las relaciones afectivas con los semejantes, especialmente las relaciones de pareja, pueden afectar nuestro organismo y generar una enfermedad tan peligrosa como es la IRC.

En el cuerpo humano existen órganos que son singulares, es decir, que existe uno solo, como el corazón, el hígado, el estómago, etc., y órganos pares, como los pulmones, testículos, ovarios y los riñones, estos órganos están relacionados con el contacto y la convivencia.

Sabemos que el objetivo de todos los seres humanos es el llegar a la unidad, complementarse, para lo cual debe integrar toda su *sombra*, proceso que puede ser muy doloroso pero, sin embargo, imprescindible. Para lo cual el ser humano debe asumir tanto su ánima como su ánimus, respectivamente, es decir, debe **volverse andrógino**, guardando un sano equilibrio entre ambos.

Los riñones, según la medicina oriental, representan **la comunicación con los semejantes**, la cual, es más fácil de estudiar y describir en la relación con la pareja. Esta relación con la comunicación se puede observar claramente en las conductas normales de las personas: cuando un sujeto quiere acercarse a alguien le resulta más fácil si, por ejemplo, está bebiendo algo. Cuando los seres humanos se reúnen con el fin de comunicar, la bebida es muy importante, está, a su vez, estimula a los riñones.

---

<sup>133</sup> HENDRIX, Harville. **Amigos y amantes: la relación de pareja ideal**. Grupo Editorial Norma, Santiago de Chile - Chile, p. 78

Los riñones son órganos de suma importancia para los seres humanos, ya que cumplen con funciones vitales que son el desechar residuos y toxinas del cuerpo, y a través del mecanismo de filtrado, éstos mantienen el equilibrio entre el ácido y lo alcalino en el cuerpo, expresado numéricamente en el factor pH, del cual dependen todas las reacciones bioquímicas del organismo.

Para las filosofías orientales, lo ácido representa a lo masculino y lo alcalino a lo femenino. Entonces Dethlefsen y Dahlke, consideran que “como el riñón se encarga de garantizar el equilibrio entre ácido y alcalino, así la sociedad, análogamente, trata de que el individuo, mediante la unión con otra persona que vive la *sombra* de uno se perfeccione y se complete”<sup>134</sup>, integrando tanto su parte femenina como masculina.

Muchos de los problemas de interrelación se deben a que el sujeto no supera la fase de proyección; de ahí, la importancia de integrar a la *sombra* reflejada en la pareja, o en las otras personas con las que nos relacionamos.

Cuando debido a esta incapacidad de reconocer los propios problemas y rasgos, atribuyéndolos a los otros, especialmente a la pareja, la situación no se supera en lo psíquico, y entonces, pasa a formar un síntoma en lo somático, el cual se expresa en la incapacidad de los riñones de asimilar las sustancias importantes, como la albúmina, la misma que desemboca en el mundo exterior. Lo mismo sucede en la mente del sujeto, manifestándose en la incapacidad para asimilar los materiales psíquicos importantes.

En la insuficiencia renal cesan las funciones del riñón, por lo que una máquina debe hacer las veces de riñón. Esto ayuda a comprender que la persona no ha podido resolver los problemas con la pareja, busca una máquina perfecta para que la reemplace. Sin embargo, se da cuenta que no hay nada perfecto y que ya no puede ser vista como una pareja ideal, que hace todo lo que pide sin exigir nada; y ahora debe vivir con esta máquina toda su vida y depender de la misma para su supervivencia, ya que ninguna de sus parejas logró cumplir con sus expectativas.

Los problemas renales manifiestan un desequilibrio en el plano emocional, “una falta de discernimiento o una incapacidad para tomar decisiones ante sus necesidades”<sup>135</sup>, por lo que esperan que los demás lo hagan, especialmente sus parejas en quienes se está proyectando.

Estas personas generalmente, son emotivas, se preocupan demasiado por los demás. Se sienten incapaces, impotentes en lo que se propone y en las relaciones con sus semejantes. La persona siente la injusticia en cualquier problema, es muy influenciado, idealiza demasiado a las personas y siente mucha frustración cuando no se satisfacen sus expectativas, debido a que no dejan de proyectarse; lo que los lleva incluso a victimizarse y a pasar demasiado tiempo comparándose con los otros y criticándolos.

Esta teoría que hemos presentado a lo largo del desarrollo de este estudio puede ser explicada más claramente a través de los siguientes análisis de casos de pacientes.

---

<sup>134</sup> DETHLEFSEN Thorwarld, y DAHLKE Rüdiger. *Ob. Cit.*, pp 167.

<sup>135</sup> BOURDEAU, Lise. **Obedece a tu cuerpo: ¡Ámate!** Editorial Sirio S. A. Buenos Aires – Argentina. 1999. pp.305

## 4. 5. PRESENTACIÓN DE CASOS

A continuación presentamos los análisis de la vida de cuatro pacientes de BAXTER, con el objetivo de ilustrar de mejor manera el funcionamiento de esta teoría aplicada a casos reales. Estos pacientes tienen características diferentes en cuanto a edad, sexo, posición económica, estado civil, y experiencias de vida. Sin embargo, como observaremos, la teoría se refleja en todos ellos.

Para proteger la privacidad de los mismos, los nombres y lugares fueron modificados.

### 4.5.1. Caso # 1

#### HISTORIA PSICOLÓGICA

##### 1. DATOS DE FILIACIÓN

**Nombres y apellidos:** SOLEDAD  
**Lugar y fecha de nacimiento:** Gualaceo, 22 de marzo 1949.  
**Sexo:** Femenino      **Edad:** 57 años      **Estado civil:** Casada  
**Religión:** Católica      **Escolaridad:** Primaria  
**Profesión / Ocupación:** Tejedora  
**Domicilio:** Gualaceo

##### 2. MOTIVO DE LA CONSULTA

La paciente presenta inestabilidad emocional, ansiedad, tristeza, y llanto.

##### 3. PADECIMIENTO ACTUAL

Actualmente Soledad está muy desanimada ya que siente fuertes dolores de cabeza que no se alivian con los medicamentos. Comenta que su vida se está acortando y que se encuentra contenta porque “*Diosito hasta aquí me ha de tener*”. Considera que su salud no mejora, al contrario de lo que ve en sus compañeros; siente mucho dolor de la espalda como “*braza de candela*”, lo que la desespera y la hace llorar. También le duelen los costados, las piernas y los brazos. No come porque no tiene apetito, no acepta ningún alimento su cuerpo, solo desea tomar agua, y eso le calma su ansiedad.

Está preocupada por su hija que está en Estados Unidos, quien desarrolló una enfermedad, cuyo nombre desconoce, pero afirma estar segura que la causa fue una comida ecuatoriana que le mandaron; supone que ‘*le pusieron algo por maldad*’. Estuvo muy mal durante un largo período de tiempo, incluso aquí, su madre, estaba esperando el cadáver, luego la llevaron a hacer una limpieza y mejoró.

Otro tema que le pone ansiosa y le da tristeza es su mala situación económica, al punto que afirma que, en su pobreza, las enfermeras de BAXTER le regalaron ropa, pero que unos peruanos le robaron todo. No tiene dinero para comprar sus medicinas

que son muy costosas, tampoco para el transporte para su tratamiento, ya que al vivir en la zona rural, por Gualaceo, debe coger un carro que sale a las 4 de la tarde para llegar a su casa, pero su tratamiento termina recién a esa hora, por lo que intenta siempre entrar antes a la diálisis.

#### **4. INTERROGATORIO DEL ESTADO ACTUAL DE APARATOS Y SISTEMAS**

Soledad presenta Insuficiencia Renal Crónica; está controlada y realiza su diálisis tres veces por semana. Afirma tener dolor de cabeza y del cuerpo, especialmente de su espalda.

#### **5. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

No hace referencia.

#### **6. ANTECEDENTES HEREDO - FAMILIARES**

El padre presenta problemas cardíacos; hermanos fallecidos con insuficiencia renal.

#### **7. CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA**

\* *Clase socioeconómica:* baja.

\* *Situación económica:* mala

\* *Higiene general:* buena

\* *Zona de residencia y habitación:* vive en la zona rural de la ciudad.

#### **8. PSICOBIOGRAFÍA**

##### **a) Antecedentes prenatales: embarazo; parto; desarrollo psicomotor**

No hace referencia.

##### **b) Núcleo familiar**

Soledad es la sexta de once hermanos, con los cuales no tiene ninguna relación en la actualidad, tampoco con su madre ni padre.

**Esposo:** Juan.

Soledad vive con su esposo, con quién no tiene una buena relación, incluso duermen en camas separadas. Esto se debe a que él la maltrata y bebe mucho. En un principio no aceptaba la enfermedad de la paciente, enojándose con ella por no realizar los quehaceres domésticos. Se dedicaba a ser jornalero, pero en la actualidad no está trabajando porque su esposa quiere que esté siempre con ella atendiéndola, además tiene artritis, lo que tampoco le permite trabajar.

**Hijos:**

Tiene 6 hijos vivos, 5 mujeres y un hombre, además de dos hijos muertos.

1. **Primera hija**, madre soltera, su hijo tiene 14 años, ella 38. Trabaja desde hace 10 años de empleada doméstica. Comenta que *'se quedó con el vestido listo'*, ya que el padre de su hijo resultó ser casado. Salió de su casa a los 14 años.
2. **Segundo hijo**, tiene 33 años, vive en Estados Unidos.
3. **Tercera hija**, tiene 28 años, viajó a Estado Unidos pero fue arrestada por ilegal. Está libre y regresó al país, planea repetir el viaje.
4. **Cuarta hija**, tiene 23 años.
5. **Quinta hija**, 19 años, vive en Estados Unidos, está casada y tiene un hijo.
6. **Sexta hija**, 17 años.

Mantiene una buena relación con todos ellos, quienes se preocupan mucho por ella, la llaman y ayudan, ya sea económicamente o con comida que cosechan. Ella se preocupa por sus hijos, dice que ellos van a sufrir mucho cuando ella muera porque la quieren mucho.

### **c) Primera Infancia, Niñez o Etapa Escolar**

Manifiesta que su vida de “guagua” fue muy triste; es la sexta de once hermanos. Afirma que no tuvo una buena relación con su padre, comenta que él era malo y le pegaba mucho. Recuerda una ocasión en la que por no cortar bien un choclo, él le sacó sangre de su cabeza; también maltrataba al resto de su familia incluyendo a su madre.

Una de sus hermanas murió por un “derrame nervial”, debido a los golpes de su padre. Esto sucedió cuando Soledad era aún pequeña, y junto a su madre la llevaron al hospital pero no había nada que hacer. Otro de sus hermanos también murió después de recibir una golpiza por parte de su padre, luego de haber robado dos conejos para venderlos y huir a Guayaquil. Expresa que mientras le pegaba, su hermano le decía que nunca más lo iba a hacer, pero su padre no hizo caso y lo mató. Otra de sus hermanas murió por desnutrición. Su madre salía de mañana a Azogues para trabajar y ella se quedaba con su padre.

### **e) Adolescencia**

Comenta que se escondía de su padre, *“porque era malo y tomaba mucho”*, le golpeaba en la cabeza. A los 18 años conoce a su actual marido, con quien se casa, según ella *“sin amor sino por miedo a mi papá”*. Termina sus estudios de primaria después de casada, en una escuela nocturna.

### **f) Vida adulta**

En la vida adulta se dedica enteramente a mantener a su familia, ya que su esposo tomaba mucho. Ella trabajó todos los días incluso el día domingo, se dedicó a tejer sombreros y venderlos para obtener dinero y poder darles por lo menos la educación primaria a sus hijos. Sus hijos poco a poco fueron saliendo de su casa para hacer su vida: algunos emigraron a Estados Unidos, otros fueron al cerro, una de sus hijas fue arrestada en su intento por llegar a EE UU, hace poco tiempo regresó al país.

Actualmente vive con su nuera, con quien mantiene una relación de “*hipocresía, sin amarle mucho de corazón*”. Tiene miedo que ella le pueda hacer daño, luego de una pelea que tuvo con su hija cuando salió de la cárcel, en donde sacó una pistola.

Hace 4 años es diagnosticada con IRC, paso 4 meses interna en el hospital ya que no lograba recuperarse, cuenta que orinaba y vomitaba sangre.

#### **g) Vida sexual y conyugal**

No tiene una vida sexual normal en la actualidad, incluso duermen en camas separadas. Su relación con el esposo es mala debido a su carácter agresivo, incluso la maltrató antes, durante y después de sus embarazos.

#### **h) Nivel de Instrucción**

Termina la instrucción primaria en un colegio nocturno después de casada.

#### **i) Vida Laboral**

Antes de ser diagnosticada con IRC se dedicaba a tejer sombreros, pero en la actualidad no trabaja por la enfermedad.

#### **j) Vida Social**

Afirma que no tiene amistades, ya que no sale de la casa; tampoco mantiene contacto con sus familiares.

#### **g) Personalidad premórbida o personalidad actual**

Se considera como una mujer trabajadora, que ha sufrido mucho en su vida, pero ha hecho todo lo posible por salir adelante y darles bienestar a sus hijos. Uno de sus mayores temores es el de pecar, porque al considerar que está “*pasando por el túnel hacia la eternidad*”, no quiere hacerlo, tiene miedo que eso pueda hacer que no vaya al cielo.

### **Análisis**

Como se ha visto en la historia clínica de Soledad, ella es una mujer de 57 años de edad, quien hace 4 años aproximadamente fue diagnosticada con IRC. Sin embargo, sus problemas psicológicos se pueden ver desde su infancia, debido al maltrato físico y psicológico del que fue víctima y testigo por parte de su padre; y en la adultez por parte de su esposo. También ha tenido que vivir siendo testigo de la muerte de dos de sus hermanos por parte de la agresividad del padre y otros por su misma enfermedad, a lo que se suma los viajes de sus hijos a Estados Unidos por la vía de lo ilegal, situación que influyó a que una de sus hijas sea encarcelada, y la otra enferme gravemente.

En ella se puede ver una gran tendencia a negar su *sombra*, ya que en todo momento se victimiza, ve al resto como personas malas que le quieren hacer daño,

proyectando en ellos sus materiales reprimidos; esta conducta, puede verse especialmente hacia su nuera, a quién suele hacerle bromas, la misma que le responde y la paciente se siente agredida, sin aceptar su responsabilidad, dice: “*cargo hierba, ayudo a la nuera porque dice que solo sentada...*”.

Con respecto a los arquetipos y su desarrollo, en Soledad se puede observar que no existió una buena relación con su padre, al punto que ella constantemente afirma que su padre es “malo”, incluso después de haber pasado tantos años sin tener ningún contacto con él. Por lo tanto, no tuvo la posibilidad de desarrollar su ánimos en función de éste, lo que se muestra también en la mala relación que tuvo con su esposo, de quién nunca estuvo enamorada, ya que ella se casó con el “*no por amor, sino por miedo*” a su padre.

Habla también acerca de su esposo, refiriéndose que antes era “malote” pero que ha cambiado, a partir de su enfermedad, incluso le ha pedido perdón por hacerle sufrir tanto, y ella considera que tiene que perdonar para que Dios le perdone, sin embargo ella misma señala ‘*que se consiguió un marido*’ igual a su padre. Puesto que, como se vio en el proceso del enamoramiento, la parte del cerebro encargada de determinar qué persona es la correcta no funciona por medio de procesos lógicos ni temporales, sino que acepta a personas que tienen los mismos patrones que presentaron quienes nos criaron.

Como vimos, los problemas de relación con las parejas, son problemas que se tiene con uno mismo, por lo tanto, son éstos los que ayudan a identificar aquellas partes del inconsciente que deben ser incorporadas. En el momento en que esto se logra, se empieza una relación en la que no hay proyección, sino aceptación por la pareja. En este caso en particular, este paso no se dio, ya que aún cuando su esposo dejó de maltratarla a raíz de la enfermedad, ella sigue reprochándole el abuso, su tendencia a tomar demasiado y gastarse todo su dinero en su vicio, a pesar que ahora él la acompaña y ayuda en todo.

Por otro lado, ve a su nuera como ‘*una aprovechada*’ y que no la ayuda, a sus hijos como quienes le abandonaron, etc., por lo tanto, ella no asimila ni completa su psiquismo a través de su pareja y semejantes.

Ella no acepta sus responsabilidades en muchos de sus problemas, y los atribuye a su esposo, su nuera, o a otras personas. Continúa considerando que ella enfermó por trabajar demasiado ‘*incluso los domingos*’, siendo esto un pecado, por lo que ve a su IRC como un castigo de Dios, pero ella debía trabajar porque su esposo no contribuía con nada para mantener a la familia, y en la actualidad no le permite trabajar a su marido porque debe acompañarle.

Se puede ver que Soledad no pudo incorporar su *sombra*, ya que el ánimos representada por su padre le hizo mucho daño, lo cual influyó a que genere una gran resistencia hacia su parte masculina, impidiéndole crecer como persona, culpando siempre a los demás y buscado a alguien perfecto que esté a su lado, pero sabemos que no existe tal perfección; inconscientemente la máquina de hemodiálisis pasaría a cumplir el papel de pareja perfecta, ya que hace todo lo que ella necesita sin pedir nada a cambio, pero eso es sólo una utopía, debido a que ahora su vida depende totalmente de

ella, tal y como lo expresa la paciente : “*de esto me falta salir, es la última etapa de mi vida*”.

El desequilibrio en el plano emocional, descrito en la teoría, se puede ver claramente en las actitudes que presenta Soledad con respecto a los demás: ella es muy emotiva y se preocupa demasiado por los demás, especialmente por sus hijos, e incluso se preocupa por los médicos que van a sufrir cuando ella muera. También siente mucha injusticia en todos los aspectos de su vida, como cuando tuvo que pasar un juicio contra su hermano por unos terrenos y sentía que él era injusto con ella; además, considera que a su hija que vive en Estados Unidos le envenenaron por maldad y por esto enfermó. Se resiente mucho con el personal de enfermería cuando no es atendida a tiempo, o cuando no recibe el trato que ella considera justo.

Además tiende a ser muy influenciable, idealiza demasiado a las personas, especialmente a los médicos, y siente mucha frustración cuando no se satisfacen sus expectativas. Suele victimizarse, es muy dramática, trata de llamar la atención de todos. Se pasa demasiado tiempo comparándose con los otros, considera que sus compañeros están mejor de salud, critica mucho a las demás personas, especialmente a su nuera.

#### **4.5.2. Caso # 2**

### **HISTORIA PSICOLÓGICA**

#### **1. DATOS DE FILIACIÓN**

<b>Nombre:</b>	<i>LUIS</i>
<b>Lugar y Fecha de Nacimiento:</b>	Cuenca, 27 de Enero de 1963.
<b>Edad:</b> 43 años	
<b>Sexo:</b> masculino	<b>Estado civil:</b> divorciado
<b># de hijos:</b> 2 (19 y 16 años)	<b>Religión:</b> católica
<b>Nivel de Instrucción:</b>	Ingeniero (Técnico en Sistemas)
<b>Ocupación:</b>	ninguna al momento

#### **2. MOTIVO DE CONSULTA**

La entrevista con Luis se realizó por la misma petición e insistencia del paciente, desde el día en el que se acudió a él por la encuesta mensual y él manifestó que le encantaría conversar.

#### **3. PADECIMIENTO ACTUAL**

Luis presenta IRC desde hace 9 años, a consecuencia de la diabetes –la misma que padece desde los 15 años a raíz de un coma insulínico. Además desde hace 4 años quedó completamente ciego, situación que le ha afectado muchísimo en todos los aspectos de su vida; por último, hace 9 meses sufre de un infarto cardíaco, Si bien trata de mantener una actitud positiva hacia su enfermedad, la pérdida de la visión a veces lo hace desesperarse por la incapacidad de realizar las actividades que anteriormente realizaba.

Al referirse sobre su Insuficiencia Renal, comenta: *‘Yo sé es una enfermedad crónica y terminal que me está llevando directo al Campo Santo’*. Aquí fue necesario hablar sobre el significado de la enfermedad y cómo el tratamiento de HD, le permite vivir; pero para él, estar conectado con una máquina no es lo mismo. Su ceguera ha sido quizá lo más difícil de llevar para él, acostumbrado siempre a llevar una vida muy activa, ocupada y profesional. Le resulta demasiado frustrante *‘no poder ver con quien habla’*; sin embargo, ahora presta mucha atención al tono de voz de la persona y sus cambios tan sutiles, a un apretón de manos (si saluda por compromiso o si realmente lo siente), y a partir de esto, él puede conocerlas e incluso percibir el interés y la sinceridad de la persona: *“Uno se da cuenta de cosas que, cuando uno ve, no se imagina”*.

Una frase que repite mucho para simplificar su vida es: *“Yo nací, crecí, me reproduje y ahora estoy muriendo”*, y que esto es lo natural para todos, por lo que es un ser humano común y corriente. *“Ahora yo sé lo que valgo. Llegué a perderlo por completo, llegando a creer que no servía para nada. Solamente soy orgulloso de lo que tengo en mi cerebro.”*

Se compara así mismo como un *‘león más fuerte que un gato’*; una persona que puede salir de todas las circunstancias, que nunca se ha dejado vencer, y siempre ha sido muy perfeccionista y para nada conformista. Esta es la imagen que trata de dar; pero en el fondo hay sentimientos de soledad y carencia, sobretodo por su ceguera y la falta de una compañera en su vida.

#### **4. INTERROGATORIO DEL ESTADO ACTUAL DE APARATOS Y SISTEMAS**

Luis presenta Insuficiencia Renal Crónica, está controlada y realiza su diálisis tres veces por semana. Es diabético desde los 15 años, lo que deteriora progresivamente su salud. En la actualidad, presenta dificultad para caminar, por debilidad y falta de sostenimiento en las piernas. Presenta ceguera, de ambos ojos desde hace 4 años. Sufrió de un paro respiratorio, hace poco tiempo.

#### **5. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

No hace referencia.

#### **6. ANTECEDENTES HEREDO – FAMILIARES**

Es el único caso de IRC en la familia. Su hermana acaba de ser amputada sus dos senos, por un cáncer a los mismos. No hace referencia de otros antecedentes.

#### **7. CONDICIÓN SOCIO - ECONÓMICA**

- \* *Clase socioeconómica:* media
- \* *Situación económica:* estable
- \* *Higiene general:* buena
- \* *Zona de residencia y habitación:* vive en la zona urbana de la ciudad.

#### **8. PSICOBIOGRAFÍA**

**a) Antecedentes prenatales: embarazo; parto; desarrollo psicomotor**

No hace referencia.

### **b) Niñez y Adolescencia**

Recuerda su niñez como una época muy feliz. Asistió a una escuela católica, Rafael Borja, por lo que desde pequeño ha tenido mucho apego a Dios. Refiere haber tenido una muy buena relación con sus padres y hermanos, y haber sido un muy buen estudiante. Desde pequeño y ya de joven, su padre le inculcó el valor de *'ser el hombre de la casa'*, y cuidar mucho a su madre y hermanas.

### **c) Núcleo o Anamnesis familiar (datos más relevantes)**

Es el tercero de 5 hermanos: el único varón y 4 mujeres. Describe a su padre como un hombre de carácter fuerte a quien admira y respeta muchísimo.

Actualmente vive con sus padres, quienes le brindan todo el apoyo necesario, manteniendo una muy buena relación con los mismos. Considera una gran frustración pensar que ellos todavía tienen que estar a su lado, situación que le frustra bastante, pues en esta etapa de su vida, cree que debería ser él quien vea por ellos y no al contrario, razón por la cual se siente como *'una carga'* para ellos.

El paciente es divorciado. Tiene dos hijos, quienes le visitan constantemente, manteniendo una muy buena relación con ellos. *"Me enfermé grave y la madre de mis hijos se fue.. pero con mis hijos me llevo muy bien"*. Ellos tienen 16 y 19 años.

Refiere que desde que ella se fue no ha habido otra mujer. *"Aparecen.. pero les da miedo. Yo ya no puedo exigir a nadie que esté conmigo, porque ya no tengo nada que ofrecer."* Pero esto también es injusto, dice él, porque generalmente uno termina con alguien por peleas y enojos, pero no por esta clase de miedo, que *'mi enfermedad representa para el resto.'*

### **d) Vida profesional y laboral**

Actualmente Luis no trabaja por la pérdida de la vista y progresivo deterioro de su salud, por lo que se desespera puesto que anteriormente era una persona muy activa; dedicaba la mayor parte del tiempo a su trabajo como ingeniero en sistemas, viajando de un lugar a otro. Disponía de su tiempo porque su trabajo le permitía ser muy independiente; además era profesor.

Incluso, ahora manifiesta que por trabajar todo el tiempo y su preocupación de que no faltara nada en su hogar, llegó a descuidar un poco su familia.

### **e) Vida social**

Su vida social se ha visto muy afectada, puesto que no puede salir solo; y depende, por su ceguera, del resto. Con respecto a sus compañeros de sala, muestra bastante aislamiento. No es una persona que busca o inicia una conversación, sino al contrario, espera que él resto lo haga, manteniéndose completamente apartado de las demás personas.

## **f) Personalidad Pre-mórbida o Personalidad Actual**

Luis comenta que generalmente trata de mantenerse sonriente, pero *'una cosa muy diferente es lo que está dentro de mi corazón'*. Afirma sentir que no ha conseguido todo lo que ha querido, aunque está consciente de su *'parquedad y necedad'* –como él dice – *'para desafiar la muerte'*: *"Espero morirme de pie como los árboles."*

Comenta que hay épocas en las que le sobreviene una gran tristeza, pues la diabetes –dice– conlleva estadios depresivos muy fuertes. Sin embargo, trata de que esto no le dure mucho tiempo y se lo guarda para sí mismo, pues manifiesta que no quiere dar más sufrimiento del que ya ha dado. En este sentido, se hace evidente el gran sentimiento de culpabilidad con el que vive; al ahondar un poquito más, manifiesta que, en el fondo, se siente una carga para sus padres, puesto que él es el único hijo varón y en vez de apoyarlos, les ha causado *'el dolor más intenso'*. Se trató de que resignifique esto, viéndolo como la compañía que representa para ellos.

Comentó que cuando él estaba bien *'tenía muchas iras y un carácter fuerte'*. Aquí se le pregunta cómo cree que ha cambiado su carácter: *"He aprendido a ser más pacífico.. no me queda más porque ya no tengo respaldo. Por ejemplo, me pueden dejar pegando, y yo ya no puedo defenderme"*. Se ha dado cuenta que es imposible cambiar a las personas, y en este sentido también se ha vuelto más tolerante, y considera que es necesario *'alejarse de las personas que son agresivas y ruidosas porque son un mal para el alma.'* Ha descubierto que *"existen tres grandes perdiciones para el alma: la salud, el dinero, y la juventud, pues distraen a las personas de lo que realmente vale la pena"*.

Comenta sobre su relación con Dios: *"Es una semilla que se sembró desde la infancia y fue sembrada en tierra fértil"*. Para él, es muy importante la unidad, el sentirse bien uno mismo y buscar el cómo para hacerlo; y también no tener prejuicios y hacer sentir bien al resto. *"Estoy bien; la cosa es saber llevar lo que nos sucede y dejarlo en manos de Dios"*. En seguida dice: *".. Pero Dios a mí me tiene castigado"*. Se le pregunta si siente que todo esto es un castigo de Dios, y se retracta y dice que fue una broma y que más bien gracias a Él, él estaba aquí; y que le ha bendecido infinitamente. Por ejemplo, en sus condiciones, le dio dos hijos; aunque ruega que ellos no hereden su enfermedad de diabetes. Antes de tenerlos, lo consultó con su médico de cabecera, y le había dicho que las posibilidades son mínimas.

### **Análisis**

Luis muestra parámetros de crianza de mucha perfección y rigidez; lo que trasladó a su vida y también a la elección de su pareja. Describe a su madre como *"una mujer sumamente sufridora y preocupada hasta por el más mínimo detalle"*, a tal punto que esto, desde pequeño le incomodaba, por lo que aprendió a valerse por sí solo, a hacer las cosas perfectas como a ella le gustaba, para así *'evitarle un poco'* y no hacer que ella tenga que llamarle la atención. Su madre siempre ha sido una señora de casa, dedicada por completo a sus hijos y a los quehaceres domésticos. Ha sido siempre el padre quien ha sostenido económicamente el hogar y *'ha trabajado muy duro'*, modelo que él quiso siempre seguir.

Cuando todavía estaba casado, Luis repetía este patrón de su familia: totalmente sumido en su trabajo y a cargo de toda la responsabilidad económica, no dejando que le faltara nada a su esposa; quien permanecía en el hogar. A pesar de no entrar mucho en detalles de cómo era su ex esposa, parece haber sido una mujer también *'sufridora'*: *"Cuando enfermé de IR creo que dijo aquí se puso color de hormiga la cosa y no voy a hacerme cargo de alguien que esté casi ya muerto"*. Es decir, su mujer no pudo tolerar el hecho de que su esposo iba a morir, y decidió separarse de él.

Sobre esto, Luis comenta: *"Yo le busqué algún tiempo.. Se fue sin decir nada .. Se portó muy mal."* Al preguntarle cómo se siente, dice: *"Son cosas que ya pasaron .. Yo ya le tomo como sino hubiera pasado nada"*. Sin embargo, es evidente que no es así, por las palabras que utiliza cuando habla y la constante referencia que hace sobre ella. Ella permaneció tres años junto a él a raíz del Dx; ahora se refiere a ella como *"la madre de mis hijos"* y trata de evitar decirle *'mi ex – esposa'*, pues dice que al decir *'mi'* es como si todavía le perteneciera, y supuestamente ella ya no significa nada para él: *"el único vínculo que tenemos ahora son nuestros hijos"*. De esta manera, se puede observar cómo está rechazando su propia parte femenina, o ánima, al rechazar abiertamente a su mujer, a tal punto, que rechaza el *'mi'* y prefiere aislarla por completo de su vida.

Al preguntarle cómo salió de todo esto, comenta que en una ocasión, su ex – esposa llegó –cuando él todavía estaba enfermo – y le dijo que *'le odiaba y que preferiera que muriera para no verle'*. Esto realmente fue muy doloroso para Luis, sin embargo fue, en sus palabras, lo que necesitó para salir adelante: *"Dije ahora no me he de morir .. no le voy a dar gusto"*; y aquí, según él, está su fortaleza de carácter y también su terquedad: *"Nunca me ha gustado darme por vencido y quedarse 'a medias'"*. Estas frases reflejan la victimización que nuestro paciente siente.

Si bien el matrimonio llegó a terminarse luego del diagnóstico de la IRC, ahondando un poco más, se hace evidente que los problemas conyugales habían comenzado antes, puesto que él daba más prioridad a su trabajo y obligaciones que a su esposa y hogar, y parece ser, no le daba el lugar, la importancia y atención que ella buscaba. Una vez más, esto refleja el rechazo hacia su *sombra* (ánima).

En Luis se ve claramente el mecanismo de la proyección y el hecho de que los problemas de pareja son problemas que se relacionan directamente con un mismo, si analizamos que Luis no considera que intervino en la separación con su esposa o lo que él puede haber aportado para que esto suceda; sino todo el tiempo la está achacando, tildándola de *'niña e inmadura'*, donde está muy clara su incapacidad para incorporar sus propios defectos, debiendo identificarlos como propios de la otra persona, o atribuyéndole constantemente *'culpa'*.

Este perfeccionismo, que se extiende también a otras áreas de su vida, es muy evidente en Luis, quien cuando se refiere a su ex esposa, la hace ver cómo la mujer más bella de la época, describiendo con todos los detalles del caso, el día en que la conoció, su vestido y su figura. Y comenta también que su hija es tan bella como ella. Aquí, se puede observar en la ambivalencia que muestra con respecto a su ex esposa, ya que por un lado, la rechaza, y por otro, la recuerda como *'la mujer perfecta'*, lo que evidencia una necesidad de su psiquis por encontrar la completitud, y el gran rechazo que siente

hacia aquella parte odiada de sí mismo, que es proyectada en su ex mujer, la cual, a su vez, revive aquella imagen femenina de su madre como demasiado exigente y ‘sufridora’. Una vez más, la historia se repite.

Luis es una persona que todo el tiempo está tratando de llamar la atención, y muy enmascarado bajo frases como que “*prefiere escuchar que hablar*”, que él es una persona muy fuerte y la gran importancia que da a su inteligencia, tal vez como último recurso que le ha quedado en su vida; pero en el fondo, es una persona bastante frustrada y temerosa, que busca llamar la atención del resto, reclama cuando no se le va a visitar y está atento de todos los pormenores que suceden a su alrededor.

Por otro lado, están la crítica y comparación con los demás. Si bien no de una manera tan abierta, se puede notar cómo Luis trata de darse un lugar superior al resto, primero por el valor que da a su inteligencia, y también por el sentido de trascendencia que ha dado ahora a su vida. Esto está muy claro en una frase muy peculiar que expresó: “*Existen tres grandes perdiciones para el alma: la salud, el dinero, y la juventud, pues distraen a las personas de lo que realmente vale la pena*”; tres aspectos de los cuales, obviamente, él ya no dispone. Por otro lado, considera que es necesario ‘*alejarse de las personas que son agresivas y ruidosas porque son un mal para el alma.*’

Esto por un lado, y por otro, el punto al que ha llegado ahora con respecto a su soledad y la necesidad tan grande que tiene de sentir la compañía de una mujer a su lado. Sin embargo, manifiesta el temor que sienten las mujeres al estar con una persona como él: “*Las mujeres aparecen.. pero les da miedo. Creo que la atracción no es tan grande como para romper ese miedo (natural) y querer a alguien como yo*”. “*Me hubiera gustado mucho que, en ocasiones, esos miedos se rompan aunque sea en un abrazo (en él, pueden irse mucho miedo y frustración). Yo ya no puedo exigir a nadie que esté conmigo, porque ya no tengo nada que ofrecer.*” Pero esto también es injusto, dice él, porque *generalmente uno termina con alguien por peleas y enojos*, pero no por esta clase de miedo, que ‘*mi enfermedad representa para el resto*’.

Entonces, observamos, como Luis atribuye a las mujeres su sufrimiento de estar y sentirse solo, cuando en realidad, luego del divorcio, no ha vuelto a mantener ninguna otra relación, debido a que él nunca hizo nada para conseguirla, y además utiliza la posición de víctima que ahora mantiene, para que las mujeres se aparten, haciéndolas sentir culpables y, nuevamente, rechazando su ánimo, de esta manera.

Por último, debemos resaltar que uno de sus mayores problemas es su ceguera como consecuencia de la diabetes, lo cual ha hecho que su vida cambie completamente, quizá porque en toda la impotencia, inferioridad y frustración que ahora debe afrontar y tanto sufre, descansa esa gran *sombra* que, de sano, Luis nunca logró incorporar en su vida, puesto que esta incapacidad refleja todo aquello que él tanto odiaba e incluso criticaba. Antes él era una persona activa, ingeniero en sistemas, profesor, viajaba, leía mucho, etc.; ahora no puede trabajar, ni siquiera valerse por sí mismo. En muchas ocasiones expresa que lo peor para él, es paradójicamente, “*sentirse y haberse vuelto invisible ante los ojos del resto*”, cuando era una persona que siempre gozó de prestigio y admiración por sus logros y cualidades.

Además, se siente una carga para sus padres, quienes siendo mayores deben cuidarle y depende completamente de ellos. Y en esta etapa de la vida, dice, la situación debería ser al contrario, y él ser quien vele por sus padres: “*No quiero dar más*

*sufrimiento del que ya he dado. Soy el único hombre de la familia y en lugar de apoyar.. he resultado ser el dolor más intenso para ellos –todos los días y todo el tiempo”.*

### **4.5.3 Caso # 3**

## **HISTORIA PSICOLÓGICA**

### **1. DATOS DE FILIACIÓN**

<b>Nombre:</b>	<i>JUANA</i>
<b>Lugar y Fecha de Nacimiento:</b>	Sigsig, 6 de diciembre de 1964.
<b>Edad:</b> 42 años	<b>Sexo:</b> femenino
<b>Estado civil:</b> soltera	<b>Religión:</b> Católica
<b>Ocupación:</b> ninguna al momento	<b>Nivel de Inst.:</b> Primaria

### **2. MOTIVO DE CONSULTA**

La paciente se muestra bastante sensible. Existen fuertes conflictos familiares pasados, que no ha logrado superar.

### **3. PADECIMIENTO ACTUAL**

La paciente actualmente se encuentra relativamente adaptada a su enfermedad. Siente mucha soledad debido a considera que no cuenta con el apoyo de su familia para enfrentarla y manifiesta que guarda mucho rencor y resentimiento hacia ellos.

Se puede observar que aún no ha podido superar la muerte de su madre, y el abandono de su padre a temprana edad, junto con el maltrato que recibió por parte del mismo. Juana no logra aceptar las distintas dificultades dolorosas que ha tenido que pasar en su vida, como enfermedad durante toda su vida, dificultades económicas, abandono, peleas con su padre y hermanos, etc.

### **4. INTERROGATORIO DEL ESTADO ACTUAL DE APARATOS Y SISTEMAS**

Juana presenta Insuficiencia Renal Crónica, está controlada y realiza su diálisis tres veces por semana. Al principio, el diagnóstico le resultó realmente duro.

### **5. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

En las entrevistas, la paciente recuerda las fuertes enfermedades por las que ha tenido que pasar durante su vida, como la parálisis, trombosis, fiebre reumática, anemia, algunas de las cuales la llevaron a agonizar; sin embargo, ahora se encuentra relativamente estable.

Comentó que a los 22 años sufrió de una parálisis facial y que a los 29, comenzó con el tratamiento de diálisis.

## 6. ANTECEDENTES HEREDO – FAMILIARES

Es el único caso de IRC en la familia. Su madre muere de arteriosclerosis. No hace referencia de otros.

## 7. CONDICIÓN SOCIO - ECONÓMICA

- \* *Clase socioeconómica:* media baja
- \* *Situación económica:* regular
- \* *Higiene general:* buena
- \* *Zona de residencia y habitación:* vive en la zona urbana de la ciudad.

## 8. PSICOBIOGRAFÍA

### a) Antecedentes prenatales: embarazo; parto; desarrollo psicomotor

No hace referencia.

### b) Núcleo o Anamnesis familiar (datos más relevantes)

La paciente es la quinta de seis hermanos. Mantuvo una buena relación con su madre, quien fallece hace 17 años, pérdida que no ha podido superarla hasta ahora, pues existió una dependencia extrema hacia ella. Mantuvo una pésima relación con su padre, por la ausencia constante del mismo, los maltratos físicos y psicológicos hacia su madre y hermanos. Actualmente no mantiene ningún tipo de comunicación con él.

Durante una entrevista comenta sobre la forma en la que fue criada por su madre; y que antes las cosas eran diferentes. *“Los chicos ahora son rebeldes y vagos. Antes, nosotros desde los 7 años obedecíamos y trabajábamos mancomunadamente”*. Comentó que es *como si hubiera sido hija de una madre soltera*, pues su padre casi nunca estaba presente y su madre era *‘una verdadera esclava de su matrimonio, pero una mujer muy temerosa a Dios’*, de ahí el ejemplo que ella decidió seguir. Ella le dio los *‘mejores consejos de su vida’*; fue la persona a quien más ha amado: su *‘único ídolo’*.

Con respecto a sus hermanos, antes la relación era muy mala, pero manifiesta que ahora existe mayor apoyo y comprensión por parte de ellos, aunque no de todos. Toda su vida ha vivido una gran soledad.

Comentó sobre una hermana, quien es 10 años mayor a ella; era muy cercana y habían vivido toda la vida juntas, incluso cuando ella se casó. Ahí fue que comenzaron los problemas, pues, luego de 3 años, Juana se peleó con su cuñado, con su misma hermana y decidió dejar de vivir con ellos, de quienes empieza a recibir desprecios y malos tratos, y decidió irse a vivir sola. Comenta que al momento de tomar su decisión, ella le preguntó a su hermana sobre lo que debía hacer, quien se entristeció mucho al ver que se estaba yendo, que le contestara una sola pregunta, *“¿qué haría ella en su lugar?”* y ella le contestó que *“ya se hubiera ido hace mucho tiempo”*, lo que bastó para que ella se vaya y no quiera regresar. Además comenta: *“Mi cuñado tiene una buena posición.. Su casa es como un palacio, pero es igual ser humano que yo, por lo que no tenía derecho de tratarme mal”*.

Actualmente, expresa mucho rencor y resentimiento hacia ellos, algunas veces, incluso sentimientos de venganza, algo que le causa mucho sufrimiento cuando lo recuerda. Aunque reconoce que existen *'pensamientos negativos que la atormentan'* la mayor parte del tiempo, estos sentimientos mantenidos hacia su familia no son reconocidos por ella, son más bien negados. No logra una superación de sus conflictos pasados, expresa mucho dolor *'por lo que le ha tocado vivir en su vida'*.

Comenta acerca de cuando enfermó de tuberculosis y todos la marginaron. A más de todo lo que debía soportar físicamente, afirma que *lo peor era el dolor psicológico: "...la soledad que sentía, el no contar con nada ni con nadie. Toda mi familia me dejó a un lado. Cuando vivía donde mi hermana, era como si me estuviera haciendo un favor. Vivía como en un cuarto de claustro y yo sabía que era una carga para ella. Les daba igual si yo vivía, o moría"*.

Sin embargo, uno de sus hermanos se dio cuenta de todo esto; se arrepintió e incluso le pidió perdón. Juana considera que es desde ahí, aunque suene bastante raro, donde empieza a sentir tanto resentimiento; pues talvez antes no se daba cuenta de *'los malos hermanos y malos cristianos'* que habían sido. Afirma que ahora recibe apoyo económico de su familia.

### **c) Vida escolar y Adolescencia**

Comenta que desde pequeña fue una niña inteligente y aplicada; la consideraban un *'talento'*. Acabó la escuela y a los 12 años, su hermano mayor estaba dispuesto a correr con sus estudios de colegio en las Salesianas porque tenía muchas expectativas en ella y no quería que se desperdiciara. Su gran sueño era estudiar y ser una religiosa. Sin embargo, cuando su hermano la trajo a Cuenca para matricularle, le compró unos *'aretitos'* de los cuales ella *'se enamoró'*. Siempre llevaba puestos aretes de oro; se los sacó y se puso los nuevos. A los pocos días su oreja estaba muy infectada y toda su cabeza *'llena de bombitas y escaras'*. Su madre le llevó donde una curandera y le dijeron que tenía *'mal aire'*. Luego estas bombitas aparecieron en todo el cuerpo; se le hincha el estómago, la garganta y le apareció un absceso en la ingle; le llevaron a un dermatólogo del IESS y le dijeron que tenía *'Eccema Ceborrero'*. Ya no pudo estudiar el colegio por este motivo, y todos sus anhelos se perdieron. Todo esto ella lo atribuye a un *'mal aire'* e incluso a un descuido de sus padres.

A los 15 años, ya estaba recuperada; pero su forma de pensar había cambiado completamente: *"No estudié. Mi mami había enfermado. Y ahora hasta novio tenía."* En este tiempo, su hermano estaba trabajando en Venezuela y le propuso que ella se vaya con él para que ayudara con la cocina. A pesar de que su madre no estaba de acuerdo, a ella poco le importaba y estaba dispuesta a irse; no tenía nada que perder y *'la ilusión del dinero la invadió'*. Sin embargo, le volvieron a aparecer aquellas bombitas y volvió a enfermarse. *"Parecía que realmente Dios tenía todo esto planeado, puesto que dos grandes cosas que quería hacer en mi vida se vieron impedidas por la enfermedad"* según lo que ella comenta. Prácticamente no volvió a salir de su casa. Empezó a tener *"una vida de mucho sufrimiento psicológico, miedo a la gente y mucha soledad: un verdadero infierno"*. Pero llegó un punto en que ella se acordó de todas las enseñanzas de su madre, se encomendó a la Virgen de la Nube; poco a poco se hizo más sensible y lo volvió a aceptar todo y a salir adelante.

Refiere estar convencida de que su vida es un *'verdadero testimonio del amor de Dios'*, y considera que puede transmitir mucho al resto, y ahora piensa que *'uno realmente puede llegar a valorar la vida, cuando esta viene cargada de dolor y sufrimiento'*.

#### **d) Vida profesional y laboral**

Actualmente Juana no trabaja. Parece ser que se mantiene a través de la ayuda recibida por parte de sus hermanos, y algunos préstamos de dinero que hace.

#### **e) Vida social**

Con respecto a sus compañeros de hemodiálisis, actualmente mantiene una buena relación. Sin embargo, hubo un tiempo en el que expresaba su descontento, puesto que se sentía criticada y rechazada por ellos, lo que le hacía sentir muy incómoda durante el tratamiento.

#### **f) Personalidad Prémorbida o Personalidad Actual**

*"Lo extraño –afirma–, es que ahora me duele pero nunca me dolió"*, haciendo referencia a la gran fortaleza que sentía en la época, y aunque suene contradictorio, al resentimiento que siente ahora, con respecto a los malos tratos y desprecios recibidos por parte de su padre y hermanos. Es por esto que afirma que Dios ha sido *'demasiado generoso con ella al darle tanta paz para soportar lo que le ha tocado vivir'*. Afirma que *"la travesía de la vida es muy ingrata, y que se requiere de mucha paciencia, humildad y valor para aceptar las cosas que no se pueden cambiar y seguir adelante porque todo es una prueba de Dios"*.

Comenta que en el presente se siente contenta pues cree que *no le hace falta nada y tampoco le hace falta nadie*: Es alegre y puede disponer de su tiempo como ella quiere sin dar cuentas a nadie. Sin embargo, acepta que a veces llega a sentir aburrimiento, *'doy la vuelta a una vida rutinaria todos los días'*. Hay veces que cuando está sola *le viene el estrés, la ansiedad y la idea de que su futuro no le depara nada bueno*. Sin embargo, estos momentos se van, y ella trata de no darles más vueltas. Suele refugiarse en la Biblia, donde siempre encuentra las *'palabras perfectas'*. Considera que las cosas que le han sucedido en su vida, no han sido por coincidencia, sino *verdaderas bendiciones de acuerdo al plan que Dios tiene para ella*: *"En momentos en los que he pasado dificultad, dolor, necesidad, siempre ha venido una mano amiga, como un ángel del Señor. Dios se vale de las almas dóciles como instrumentos, y a través de estas personas, es Él mismo quien obra y se manifiesta"*. Ella confía totalmente en la voluntad de Dios: *"Si Dios no quiere, no puede pasar"*. Ella sabe que ha sufrido mucho, pero también cree que la muerte para ella es *'como un regalo.. una sorpresa que se muere por abrir'*. No es que quiera morir, pero sabe que cuando llegue su momento, será algo bueno, *'porque toda sorpresa es buena, y porque todo tiene su recompensa'*; pensar en esto, es lo que le ha dado fuerzas y le ha mantenido en su *'calvario'*.

Hace una comparación entre el trabajo y la remuneración recibida por el mismo, con la vida de ella y la paz y fortaleza que el Señor le ha dado para sobrellevarla. Considera que uno aprende mucho del sufrimiento, que marca la vida y enseña a

madurar y ser mejor. Sin embargo, es evidente que tiene una gran preocupación sobre su futuro, sobretodo qué sucediera si llegara a empeorar al no tener nadie que vea por ella.

Relata su vida llena de crisis, sufrimiento y soledad y al hacer un recuento de la misma piensa que su fortaleza fue *más allá de lo humano*, puesto que *“me han sucedido cosas insólitas que solo se pueden explicar y ser posibles de tolerar con el Señor a mi lado”*. En este punto de la conversación incluso le salen unas pocas lágrimas. Refiere que cree que ahora no pudiera soportar todo lo que pudo en alguna época: *“Era como si viviera en un éxtasis de vida en ese tiempo... algo fuera de este mundo”*. Habló sobre su situación actual, sobre cómo se siente cuidada y protegida por Dios, y que *“el Señor tiene hijos predilectos, como el hijo pródigo, por eso no me falta nada”*. Concluye que ella, a pesar de los problemas y contradicciones, realmente ama la vida.

Considera que, luego de todo lo que le ha tocado vivir en su vida, a ella le gustaría compartir un poco de su experiencia con gente necesitada, a quienes le gustaría hablarles de Dios, pues *“es la única fortaleza .. La vida terrenal se acaba pronto, pero Él nos dejó su promesa de vida eterna”*. Para ella el sufrimiento debe ser visto como *‘algo más profundo’*. Se refiere a la Biblia y a la lectura de la vida de los santos, y expresa que ellos tuvieron una vida muy dura y sufrida; que eran seres humanos como todos pero como humanos, dieron todo y llegaron a ocupar el lugar que ocupan ahora. El sufrimiento, para Juana, *‘no es un valor humano sino es un valor divino’*.

### Análisis

Como se vio en la historia clínica, Juana no mantuvo una buena relación con su padre, ya sea por su ausencia o por los maltratos que recibía cuando éste estaba presente; de hecho, ella expresa haberse sentido *“como hija de una madre soltera”*. Por lo tanto, no tuvo una buena figura paterna que le ayude a desarrollar su ánimo, al igual que sucedió con Soledad. Esto la llevó a sentir mucho rechazo y temor ante las figuras masculinas, mostrando estos mismos sentimientos hacia su propia parte masculina, y proyectándolos hacia sus relaciones de pareja, ya que ella expresa que *‘siente nervios y miedo de salir con los hombres’*, y que esto le disgusta, a tal punto que no ha mantenido ninguna relación, excepto por un novio a los 15 años.

Este vacío de su padre, ella lo trató de llenar manteniendo una relación completamente dependiente con su madre, viendo en ella como un modelo que decidió seguir adelante por sí sola sin la presencia ni compañía de una pareja. Al mismo tiempo, el hecho de no tener pareja puede traducirse en un temor a sufrir como sufrió su madre dentro del matrimonio, debido a que la imago que su cerebro tiene con referencia a los hombres y a la relación, fueran creados y dominados a partir de un padre maltratador.

Sin embargo, siente la necesidad de conseguir esa ansiada unidad, pero no en el plano real, sino a través de una imagen idealizada por medio de la religión, en la que Dios viene a ocupar el lugar de su *‘pareja ideal’*, puesto que su gran anhelo era el convertirse en una religiosa, y entregarse completamente a Dios: *“el Señor tiene hijos predilectos, como el hijo pródigo, por eso no me falta nada”*.

Pero, como hemos visto en la teoría, esa pareja perfecta no existe pues no sería humana ni real, pues de esta manera no cumpliría su principal objetivo de complemento

a través de mostrarle y ayudarle a incorporar su *sombra*. Es por esto que la máquina nuevamente se convierte en esa pareja que termina siendo la que viene a mostrarle su incompletitud.

Ella afirma que es alegre y puede disponer de su tiempo como ella quiere *sin dar cuentas a nadie*; sin embargo, es evidente la gran soledad que siente y que incluso ella misma reconoce en ciertas ocasiones: *“Al regresar a mi casa estoy feliz aunque sola”*.

Otro aspecto muy importante que se ve claramente en este caso, es el rechazo que constantemente Juana manifiesta ante su *sombra*, proyectándola en los demás a través de las constantes críticas que hace sobre el resto, como por ejemplo, cuando afirma que sus compañeros de sala *‘me criticaban y hablaban mal de mí’* cuando recién comenzó el tratamiento: *“Soy sensible y callada; por eso me ven la cara”*, mostrando, de esta manera, su incapacidad para reconocer sus propios ‘errores’ e incorporarlos a su personalidad para que éstos puedan enriquecerla y completarla, tal y como, sus riñones no pueden mantener las sustancias importantes en el cuerpo.

La incapacidad de tomar decisiones, característica de la forma de ser de las personas con este tipo de trastorno, se puede observar en Juana al atribuir al resto la toma de las decisiones importantes de su vida, como cuando decidió irse de la casa de su hermana a través de la pregunta que le hizo, y ella se valió de la misma para irse.

Otra de las características, el preocuparse demasiado por los demás, se ve en Juana enmascarada en su altruismo, en esas ganas que manifiesta de llevar la palabra de Dios a los más necesitados y servir como un ejemplo de vida para el resto.

Al igual que en los otros casos, el problema de la injusticia y la victimización también está presente en Juana: *“Toda mi familia me dejó a un lado. Cuando vivía donde mi hermana, era como si me estuviera haciendo un favor. Vivía como en un cuarto de claustro y yo sabía que era una carga para ella. Les daba igual si yo vivía, o moría”*, frases como éstas se repiten constantemente en su discurso.

Por último, pasa mucho de su tiempo comparándose con el resto, especialmente con su familia y ante todo con su cuñado: *“Mi cuñado tiene una buena posición.. Su casa es como un palacio, pero es igual ser humano que yo, por lo que no tenía derecho de tratarme mal”*, haciendo todo el tiempo referencia a la falta de apoyo que sintió y al resentimiento que siente, el cual, nuevamente, no lo acepta como una emoción propia sino como algo impuesto y justificado por la actitud de los otros (hermanos).

A través de constantes racionalizaciones, indirectamente se compara todo el tiempo sobre todo en lo referente a la parte económica (lo que otros poseen y ella no). Así se mantiene lamentándose de su desdicha y proyectando en los otros sus propios conflictos. Una frase que llama mucho la atención en este sentido es *“.. hay valores humanos como el placer, el poder y el prestigio, que echan a perder a los hombres; pero al mismo tiempo, sino los posees, te marginan”*.

#### 4.5.4. Caso # 4

### HISTORIA PSICOLÓGICA

#### 1. DATOS DE FILIACIÓN

<b>Nombre:</b>	IVÁN
<b>Lugar y Fecha de nacimiento:</b>	Paute, 4 de Noviembre de 1973.
<b>Edad:</b>	33 años
<b>Estado Civil:</b>	Soltero
<b>Dirección:</b>	Paute
<b>Ocupación:</b>	Ayudante de bus
<b>Nivel de Instrucción:</b>	Segundo Curso
<b>Religión:</b>	Católica

#### 2. MOTIVO DE CONSULTA

Seguimiento psicológico.

#### 3. PADECIMIENTO ACTUAL

Iván presenta insuficiencia renal diagnosticada hace tres meses. Asiste a la unidad 3 veces por semana durante tres horas y media para su tratamiento. Comenta que no presenta ningún malestar y que el tratamiento de HD ha sido muy satisfactorio. El paciente se encuentra seguro y confiado de volver a recuperar su función renal.

Iván comenta que el problema con su riñón se da a partir de una neumonía que sufrió. Fue enviado a que se hiciera unas radiografías de los pulmones y riñones, es ahí cuando el doctor descubre una mancha en el riñón y le diagnostica la enfermedad. El doctor le informó de la posibilidad de operarse; sin embargo, siendo una persona de bajos recursos no podría costear la operación. Además comenta que el único donante podría ser alguno de sus hermanos los cuales no están dispuestos a realizarse la operación ya que temen por sus vidas.

#### 4. INTERROGATORIO DE APARATOS Y SISTEMAS

El paciente presenta problemas a nivel del riñón izquierdo, por lo que es necesario el tratamiento de HD.

#### 5. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

No hace referencia.

#### 6. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

Una hermana de 40 años presenta diabetes desde hace 1 año.

## **7. PSICOBIOGRAFIA**

### **a) Antecedentes prenatales**

No refiere ningún dato en particular

### **b) Núcleo familiar**

Es el último de cinco hermanos. Su madre fallece de un paro respiratorio, cuando él tenía 11 años de edad. Manifiesta *“no fue algo difícil ya que mis hermanas se encargaban de todo, además yo era pequeño y no me daba cuenta”*. Fue su padre quien se encargó de la educación de Iván y sus hermanos y de cuidarlos.

En la actualidad vive con su padre y dos hermanas.

### **c) Primera infancia**

No refiere.

### **d) Etapa escolar**

Comenta *“era muy buen estudiante, me gustaban las matemáticas, pero tuve que dejar los estudios porque no había dinero para seguir estudiando, logrando completar hasta segundo curso de colegio.*

### **e) Adolescencia**

Pierde a su madre a los once años. Deja de estudiar para poder trabajar y mantenerse él mismo. Manifiesta que *‘era muy inquieto y amiguelo’*.

### **f) Vida adulta y Vida Sexual**

En la actualidad, el paciente vive con su padre y dos hermanas. Se encuentra trabajando con su hermano como ayudante de bus, manifiesta que es un trabajo activo, que le agrada mucho ya que tiene la posibilidad de realizar más amigos.

Iván manifiesta que nunca ha mantenido una relación de pareja por mucho tiempo; lo máximo ha sido la relación que lleva en el presente, la cual es de dos meses. Sus relaciones se han caracterizado por ser eventuales y cortas. Él piensa que aún es joven como para mantener este tipo de relaciones ya que lo que él desea es *“joder la vida”*. También presenta poco interés para conservar la relación ya que dice *“si ella se va no hay problema, se consigue otra, eso hay bastantes”*. El paciente refiere que no ha mantenido relaciones sexuales.

### **g) Nivel de instrucción**

El paciente no terminó la secundaria, estudió hasta segundo curso, debido a la situación que presentaban en el hogar. Es por esto que comienza a trabajar con su padre en la agricultura.

#### **h) Vida laboral**

El paciente trabajaba en la agricultura junto a su familia. A partir del tratamiento de hemodiálisis, comienza a trabajar de ayudante de bus junto a su hermano.

#### **i) Vida social**

Es una persona amigable, mantiene buenos amigos. Su vida social no ha decaído a pesar de su enfermedad.

#### **j) Personalidad Actual**

El paciente se describe a sí mismo como una persona alegre, tranquila, trabajadora y muy activa. Refiere que a pesar de su tratamiento su vida no ha cambiado, ya que sigue realizando las mismas actividades de antes.

### **Análisis**

En el caso de Iván, un paciente de 33 años, podemos observar la otra cara de la moneda. Él mantenía una buena relación con su madre, sin embargo, el hecho que ella muriera cuando él tenía apenas 11 años de edad marcó su vida, pues nunca volvió a encontrar quien la reemplazara, es decir, quien llenara aquel vacío que ella dejó, a pesar de que sus hermanas se hicieron cargo de él.

Esta situación sigue manifestándose hasta la actualidad, ya que a Carlos le resulta muy difícil mantener una relación estable con sus parejas. Al parecer, es el paciente quien abandona a sus parejas como una manera de evitar la pérdida, es decir, para impedir que la historia se vuelva a repetir; y ahora, en lugar de ser él, ‘el abandonado’, prefiere ser ‘quien abandona’.

Además parece inconscientemente intervenir el hecho de que ninguna mujer va a dar la talla de su madre, existiendo, en este sentido, un problema con su ánimo, ya que el hecho de perder a la persona que ayudó a desarrollar y fue el modelo para este arquetipo, murió, llegando posiblemente a idealizarla. Esto tiene como consecuencia que no encuentre a nadie que encaje en sus patrones, y por lo tanto nadie le va a permitir encontrarse a sí mismo.

Como se observó en la teoría existen diferentes estratos de la *sombra*; en este caso, el paciente no permite que las demás personas le muestren aquellas partes suyas más conflictivas, ya que prefiere como, defensa, dejarlas, cortar con la relación y empezar otra, sin tener la oportunidad de completarse por medio de una pareja estable. Tiende a poner fin a sus relaciones, siendo esta conducta característica en él, algo que se viene dando desde mucho antes que le detectaran su enfermedad.

Aquí vemos reflejado lo esencial de esta teoría, la falta de comunicación le genera problemas en sus relaciones y a su vez, problemas en los riñones. En este caso, tampoco, se supera la fase de la proyección en la pareja: él se enamora de aquello “bueno” que proyecta en sus parejas, pero en el momento en que proyecta lo “malo”, aquello que le causa ansiedad, se defiende dejándolas y atribuyéndoles a ella la culpa,

por ser '*interesadas, dominantes, problemáticas*', características, que según esta teoría, provienen de su propio interior. Él no las reconoce, las deja salir y quedan en el exterior, lo mismo sucede en su riñón, el cual deja salir sustancias vitales para el cuerpo.

Nuevamente se puede ser testigos que la búsqueda de la "pareja ideal" en Iván lo lleva a tener que vivir toda su vida dependiendo de una máquina, ya que ninguna de sus parejas llega a cumplir con sus expectativas. También en este caso se puede ver que Iván responsabiliza al resto por su falta de constancia, especialmente a las mujeres.

Como hemos visto a lo largo de estos análisis, la teoría se evidencia en la vida de estos pacientes, por lo que podemos concluir este capítulo recordando que los seres humanos, por nuestra polaridad, no tenemos conciencia de todo nuestro psiquismo: nos identificamos solo con una parte a la que llamamos Yo, y rechazamos lo demás, enviándolo al inconsciente. Sin embargo, por más que nos empeñamos en reprimirlo, este material busca la forma de salir a como de lugar, por lo que tarde o temprano, estamos obligados a enfrentarnos y tomar conciencia de aquellas partes de la *sombra* para integrarlas a nuestra identidad, proceso que no termina hasta no incorporar todo su material.

Las formas que adopta nuestro psiquismo para hacerse presente son múltiples e incluyen los síntomas de una enfermedad orgánica. Tal es el caso de la insuficiencia renal, en la cual intervienen varias fantasías específicas que recaen sobre los órganos excretores, y están relacionados con los problemas de pareja, al no poder incorporar aquella parte de nuestro ánimo o ánima reprimida en la *sombra*.

Si bien es más fácil de reconocer estos problemas psíquicos en las relaciones de pareja, no quiere decir que no se presenten en cualquier otro tipo de relación, por ejemplo con los padres, hermanos, amigos, etc.

5

---

**ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS EN  
LAS RELACIONES AFECTIVAS  
COMO UN FACTOR DE RIESGO DE  
LA IRC EN LOS PACIENTES  
DE LA UNIDAD DE DIÁLISIS  
“BAXTER”**

## ***5. ESTUDIO DE LOS PROBLEMAS EN LAS RELACIONES AFECTIVAS COMO UN FACTOR DE RIESGO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE DIÁLISIS “BAXTER”***

En este capítulo vamos a presentar y analizar los datos obtenidos en la investigación de campo realizada en la Unidad de diálisis Baxter – Cuenca, por medio del procesamiento estadístico, utilizando la estadística descriptiva y la multivariada e iremos explicando los resultados con un enfoque psicoanalítico, basándonos en la teoría expuesta en capítulos anteriores, con el fin de lograr la confirmación de nuestra hipótesis de trabajo, objetivo principal de este estudio.

### **5.1. METODOLOGÍA**

#### **5.1.1. Población**

La población inicial para este estudio fue de 84 pacientes, es decir, el universo de Baxter en la fecha en la que inició la investigación de campo. Sin embargo, durante el desarrollo de la misma, se redujo a 77 personas, debido a los siguientes factores:

- Un paciente falleció durante el período de investigación.
- Uno de los pacientes abandonó su tratamiento en la Unidad de Baxter, para hacerlo en otro centro.
- Dos pacientes, debido a su avanzada edad y deterioro cognitivo, no pudieron responder a las pruebas.
- Cuatro pacientes prefirieron no colaborar.

### **5.1.2. Metodología para la recolección de datos**

Este estudio tiene el objetivo de analizar los problemas psicoafectivos en las relaciones personales de los pacientes renales como un factor de riesgo para la insuficiencia renal crónica.

La investigación de campo se realizó desde los primeros días del mes de octubre del 2006, hasta mediados de febrero del 2007, período en el que se trabajó con los pacientes que acuden al tratamiento de hemodiálisis en la Unidad Baxter, la misma que brinda sus servicios a personas afiliadas al IESS y también a particulares.

Durante estos meses nos involucramos con la realidad de los pacientes, lo que nos permitió establecer una relación terapéutica bastante satisfactoria, clave para la realización de este trabajo.

Para la recolección de información, nos remitimos al departamento de psicología de la Unidad, con el objetivo de estudiar los historiales clínicos existentes de los pacientes. Luego de revisarlos, procedimos a realizar entrevistas individuales para corroborar la información, actualizarla y profundizarla.

Por lo tanto las fuentes fueron indirectas (historias clínicas ya existentes) y directas (entrevistas individuales, una encuesta, y la aplicación del Test de Rotter y del Test de Apercepción Temática (TAT)).

#### **Historias clínicas y entrevistas**

Todos los pacientes en la Unidad cuentan con su historia clínica, en donde constan los datos más importantes de su vida y evolución psicológica; por lo que acudimos a ellas para tener un primer acercamiento a la vida de los pacientes, y luego poder completar la información faltante por medio de las entrevistas.

Para esto se elaboró una encuesta <sup>136</sup> la misma que tuvo el objetivo de recolectar la siguiente información:

- Datos de filiación de los pacientes,
- Estado actual de su salud,
- Antecedentes heredo – familiares con relación a la salud,
- Condición socioeconómica, y
- Psicobiografía (núcleo familiar, infancia, niñez, adolescencia, vida adulta antes y después de la enfermedad, vida sexual y conyugal antes y después de la enfermedad, frecuencia de relaciones sexuales antes y después de la enfermedad, nivel de instrucción, vida laboral antes y después de la enfermedad y, vida social antes y después de la enfermedad).

Estas diferentes áreas de los pacientes se puntuaron cuantitativamente, con un rango de 1 (muy mala), a 5 (muy buena), para poder realizar la sistematización estadística de las mismas.

---

<sup>136</sup> Para el formato de la encuesta realizada, remitirse a anexos.

## **Test de Rotter**

A cada paciente le aplicamos el test de frases incompletas, de Rotter, ya que este reactivo psicológico es una prueba proyectiva utilizada para explorar los posibles conflictos de la personalidad que se no manifiestan conscientemente a través de la entrevista. Esta prueba consta de 40 frases o palabras-estímulo que sirven para completar una oración, y a través de ella, el sujeto evaluado refleja espontánea o inconscientemente sus deseos, actitudes, miedos o temores. La aplicación se realizó de una manera individual durante las citas psicológicas en el consultorio y durante las entrevistas mantenidas dentro de las salas de hemodiálisis.

La calificación del test se realizó de manera conjunta entre las dos autoras de este estudio para una mayor objetividad y confiabilidad, dando a los ítems una calificación cuantitativa siguiendo los parámetros del manual de interpretación de la prueba.

## **Test de Apercepción Temática (TAT)**

Para dar una mayor profundidad clínica a nuestro estudio, seleccionamos a 10 pacientes, 5 hombres y 5 mujeres, escogidos al azar, para la aplicación de 8 láminas (1, 2, 3 VH, 4, 6NM, 6VH, 7NM, 7VH, 13HM, 16), las mismas que fueron previamente seleccionadas con el fin de ahondar en los conflictos de interrelación. Del mismo modo que el Test de Rotter, el TAT, al ser proyectivo permite que aquellos conflictos escondidos de los pacientes salgan a flote, venciendo los mecanismos de resistencia.

### **5.1.3. Metodología para la elaboración de los datos**

Luego de finalizado el trabajo de campo, realizamos el procesamiento estadístico de los datos, para lo cual se contó con el asesoramiento y colaboración del Dr. Piercósimo Tripaldi, experto en el análisis de datos.

Para este fin, utilizamos métodos estadísticos robustos, que son aquellos en donde no se usa la media, sino se toma en cuenta la moda (en las frecuencias), y la mediana y cuartiles (en las ordinales). Estos métodos se aplican en la *estadística descriptiva*, que es aquella que permite resumir y presentar de mejor manera la información; y en la *estadística multivariada o quemimetría*, donde los métodos: *“son utilizados para la exploración de datos, es decir, para abrir una ventana ante la complejidad con la finalidad de aclarar la estructura de los datos, las relaciones y correlaciones que existen entre ellos, la congruencia, la relevancia y la redundancia con la cual un problema ha sido descrito. Los datos reales se presentan comúnmente como un conjunto holístico en el cual información primaria y secundaria, el ruido y la redundancia están intrínsecamente mezclados: separar las diferentes fuentes y efectos es uno de los objetivos de la exploración de datos”*<sup>137</sup>.

#### **5.1.3.1. Estadística descriptiva**

La estadística descriptiva es aquella que se dedica única y exclusivamente al ordenamiento y tratamiento de la información y que utiliza tablas y representaciones

---

<sup>137</sup> TODESCHINI, Roberto. *Introduzione alla chemiometria*. Edites s.r.l. Napoli – Italia. 1998. pp.3

gráficas para la presentación de la misma, con el objetivo de obtener parámetros para explicar de manera clara determinado fenómeno.

### 5.1.3.2. Estadística multivariada

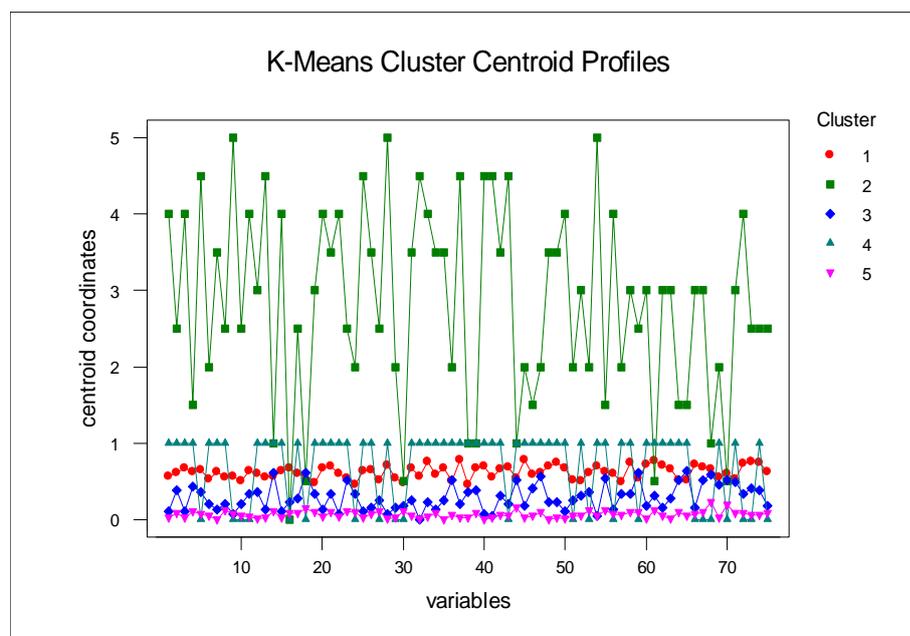
La estadística multivariada surge a partir de la fusión de dos grandes ciencias, las matemáticas y las ciencias del comportamiento, diferentes una de otra pero que llegan a complementarse perfectamente. En su origen, sus procedimientos eran totalmente matemáticos, pero con el pasar de los años, los sociólogos empezaron a utilizarlos en situaciones reales, para favorecer el mejor entendimiento de la conducta de los seres humanos.

A través de ella, es posible analizar las características de los conjuntos de datos, descritos en variables, con el objetivo de “descubrir y/o confirmar “comportamientos” típicos de un grupo de objetos o de grupos de variables”<sup>138</sup>. Para lograrlo, Todeschini la divide en cuatro partes:

1. **Análisis exploratorio:** es el que pretende visualizar la información, verificar los errores y las anomalías, agrupar las variables. Además verifica las diferencias existentes entre objetos determinados por las variables clave y selecciona las variables que son útiles para el estudio. En este trabajo de tesis se utilizó el programa *SCAN*, y el método *K – means* para, de todas las variables, seleccionar únicamente aquellas que den información diferente y no repetida.

Se obtuvieron 5 grupos de variables, como se puede apreciar en el siguiente gráfico:

**Gráfico 1: Grupos de variables**

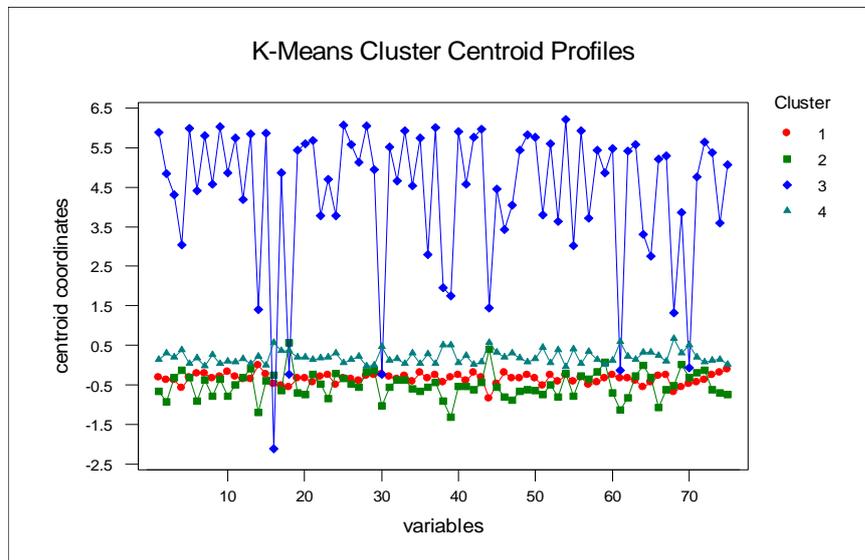


<sup>138</sup> TRIPALDI, Anna. **Análisis de contenidos comparativo de spots publicitarios de cerveza de producción ecuatoriana e italiana.** Tesis previa la obtención del título de Licenciada en Comunicación Social. Facultad de Filosofía. Escuela de Comunicación Social. Universidad del Azuay. Cuenca – Ecuador. 2001. s/n.

2. **Análisis de factores:** a través de éste, se elimina la información que no es necesaria o representativa, con el fin de revelar la estructura básica de los datos y las relaciones que mantienen.

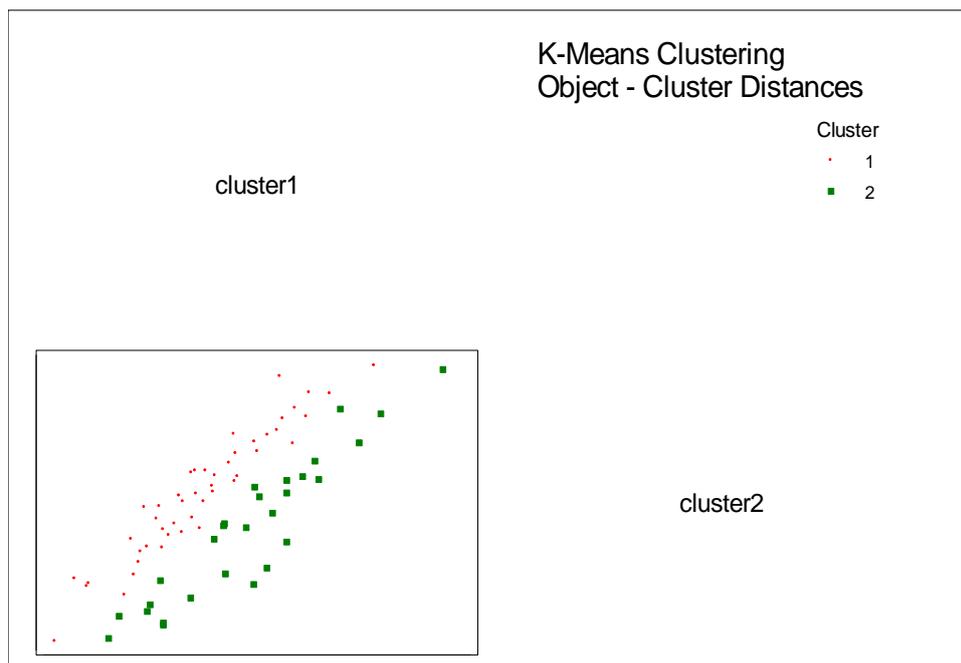
De los 5 grupos de variables, uno presentaba respuestas casi constantes que no aportaban gran información, por lo que fue eliminado:

**Gráfico 2: Grupos de variables definitivos**



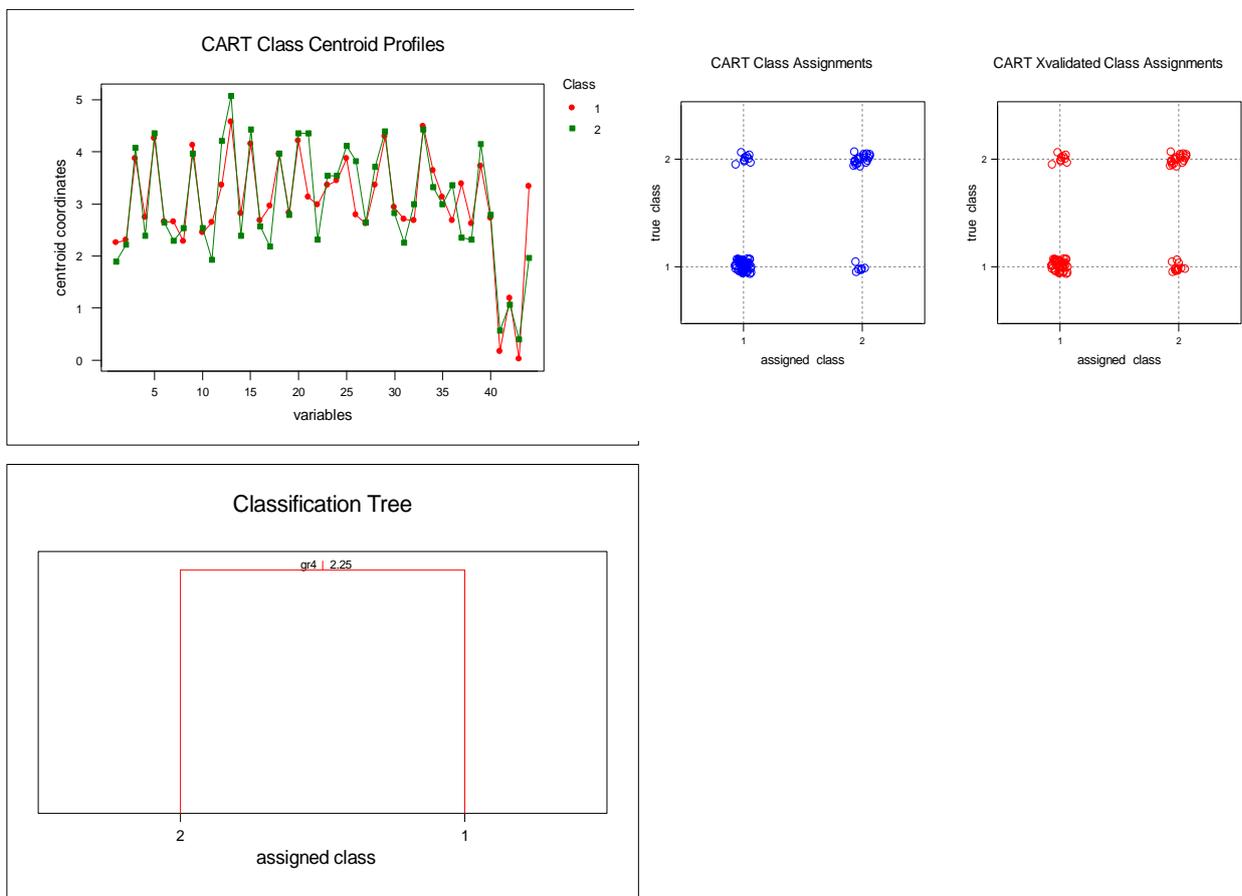
3. **Análisis de clasificación:** en esta parte del estudio, se procede a clasificar los objetos, primeramente de forma predictiva, para que luego sean confirmadas las agrupaciones. Se utilizó el método *K – means cluster*, el cual hizo posible evidenciar que los pacientes se dividen en dos clusters (conjuntos) en base a los 4 grupos de variables y a las respuestas del test, tal como se puede ver en el gráfico a continuación:

**Gráfico 3: Clusters**



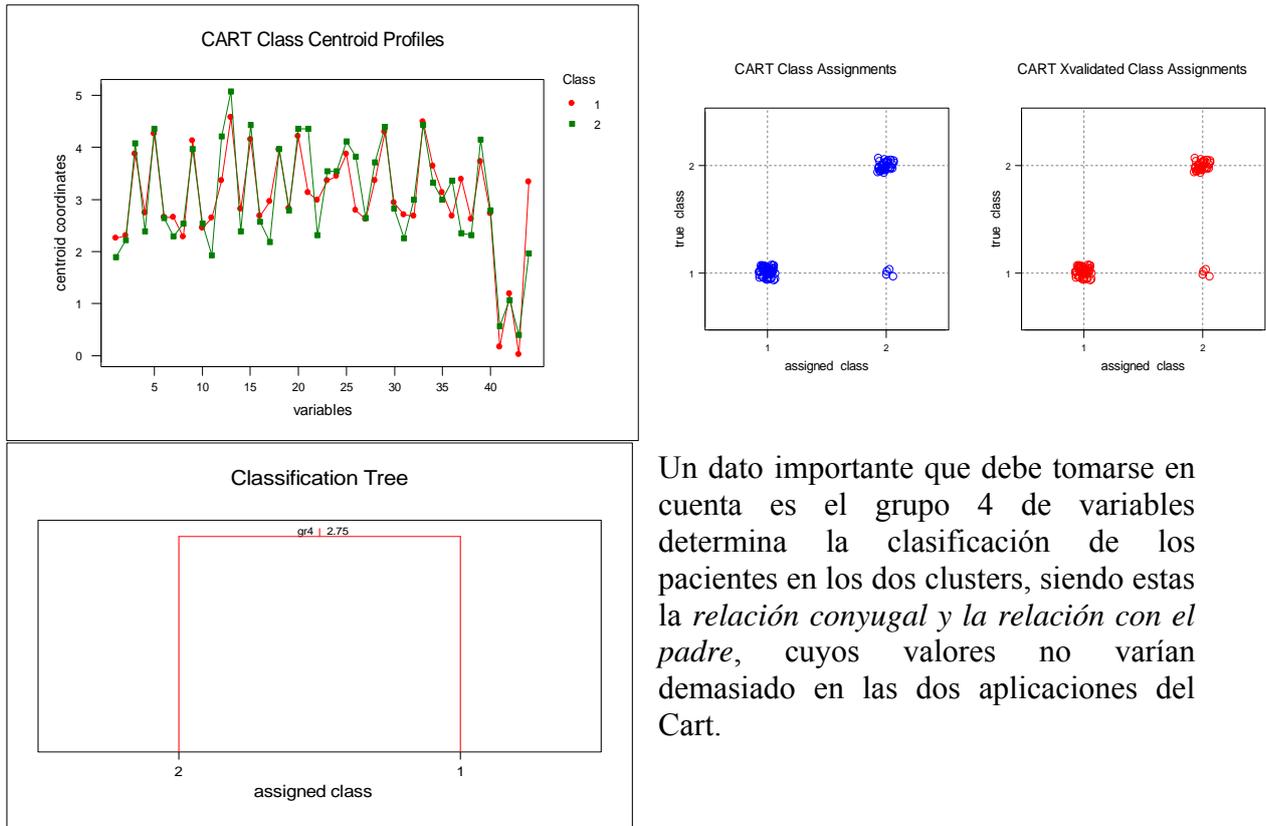
4. **Análisis de correlación:** es el último paso del análisis estadístico, y éste explica los valores de las variables con respecto a otros grupos de variables. En este estudio se utilizó el método *Cart*, con el objetivo de determinar si los dos grupos obtenidos por medio del *K – means*, constituyen claves verdaderas, es decir, son respuestas cualitativas de un modelo matemático. Se realizó una primera modelización y se obtuvo el 28 % de error, debido a que los pacientes no estaban bien distribuidos en los grupos base del modelo.

**Gráfico 4: Verificación de las variables (primer intento)**



Es necesario tomar en cuenta que los métodos del clustering sugieren pero no dividen matemáticamente, ya que no son métodos de clasificación sino que sirven para evidenciar grandes grupos, por lo que la asignación de los pacientes no es exacta, lo cual se demuestra en el porcentaje del error obtenido en el primer intento. Reubicando a los pacientes en función de la primera clasificación realizada por el Cart se obtuvo el 5 % de error, lo que es aceptable, como se puede apreciar en los siguientes gráficos.

**Gráfico 5: Verificación de las variables (segundo intento)**



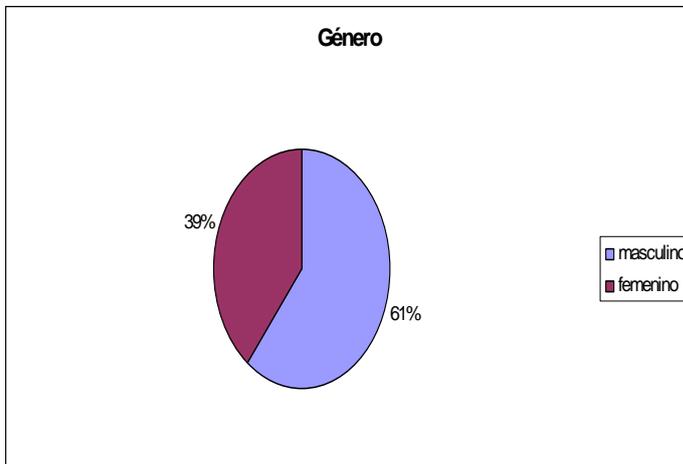
Un dato importante que debe tomarse en cuenta es el grupo 4 de variables determina la clasificación de los pacientes en los dos clusters, siendo estas la *relación conyugal* y la *relación con el padre*, cuyos valores no varían demasiado en las dos aplicaciones del Cart.

## 5.2. RESULTADOS

### 5.2.1. Resultados de la estadística descriptiva

A través de los procedimientos antes descritos, obtuvimos la siguiente información:

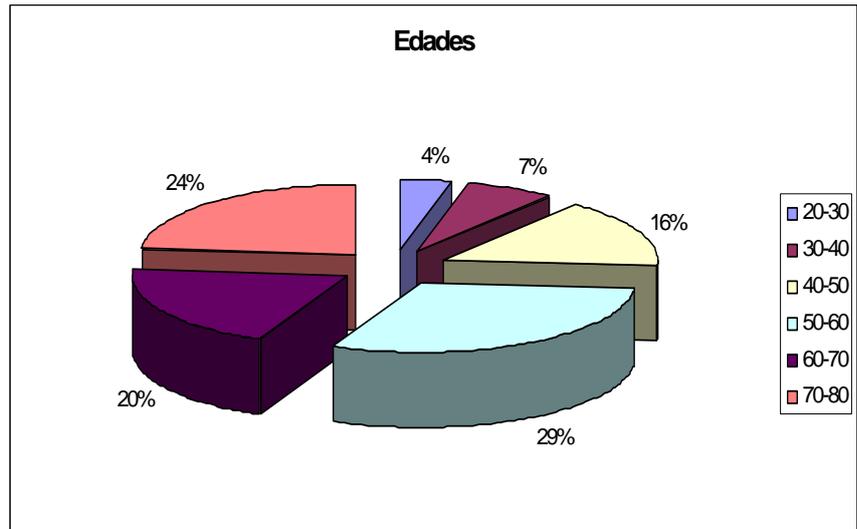
**Gráfico 6: Género**



Este cuadro hace referencia al *género* de los pacientes. En él podemos observar que, de los 77 pacientes estudiados, un 61% de ellos son varones, y un 39% son mujeres

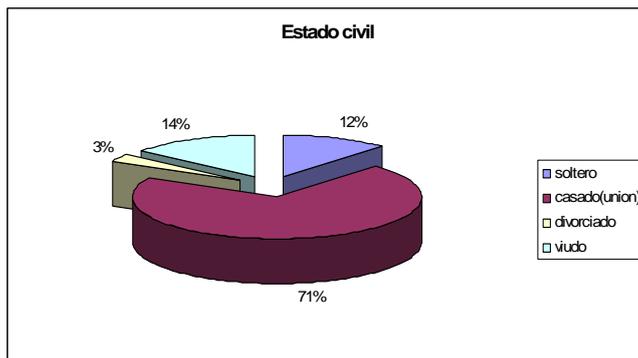
**Gráfico 7:**  
**Edades de los pacientes**

Dividimos a las *edades* de los pacientes en 6 rangos, desde los 20 hasta pasados los 80 años. Así, podemos observar que el 29% se encuentran dentro de la tercera edad. El grupo de personas entre los 70 y 80 años, representa un 24%. Un 16% de los pacientes están entre los 40 y 50 años de edad (adultez media).



El 7% y 4% corresponden a los rangos 30 – 40 y 20 – 30 años respectivamente, perteneciendo los mismos a una adultez temprana.

**Gráfico 8: Estado Civil**

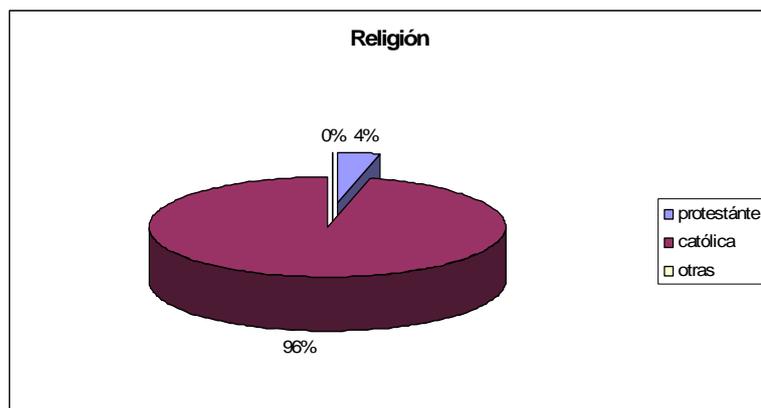


El 71% de los pacientes están casados o en unión libre. El 14%, un porcentaje relativamente alto, corresponde a pacientes que han quedado viudos; mientras que el 12% son solteros, y por último, el 3% están divorciados.

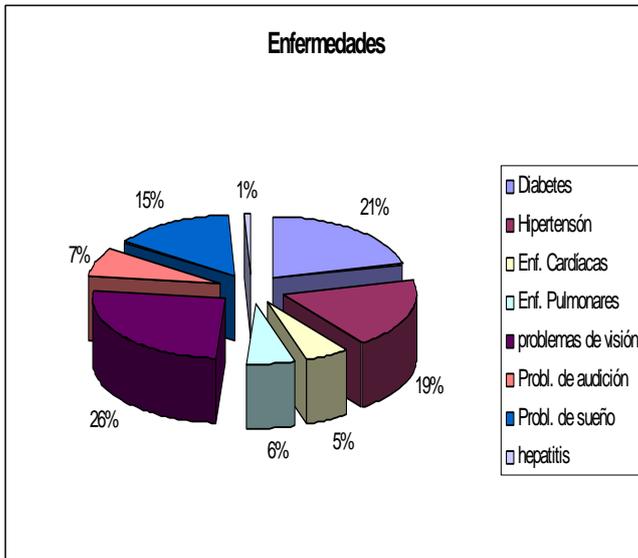
En este sentido podemos observar que, en las personas casadas, es posible que los problemas de comunicación se hagan más evidentes. Pero en los solteros, estos problemas también se manifiestan, al encontrarse reacios ante el establecimiento de una pareja. Muchos de los pacientes viudos manifestaron un duelo irresuelto, y por esta misma razón, no logran incorporar su *sombra* desembocando estos problemas en la enfermedad, como se vio en el capítulo anterior.

**Gráfico 9: Religión**

La mayor parte de pacientes pertenecen a la *religión* católica, con un porcentaje del 96%. El 4% restante corresponde a pacientes de religión protestante (cristianos). No existen pacientes practicantes de otra fe.



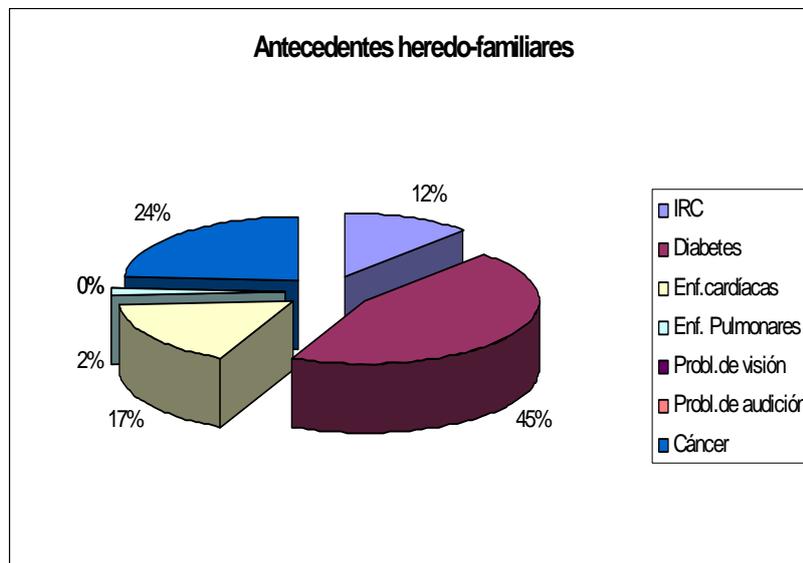
**Gráfico 10: Estado actual de aparatos y sistemas**



Con respecto a la *situación actual de su salud*, 26% de pacientes sufre problemas de visión (total o progresiva); lo que puede deberse a un efecto secundario de la diabetes sufrida por el 21% de los pacientes. El 19% de pacientes padece de hipertensión arterial, que puede ser causada por la IRC o por la diabetes.

El 1% de los sujetos, además de la insuficiencia renal, presenta hepatitis, por lo que reciben tratamiento en una sala diferente por motivos de bioseguridad.

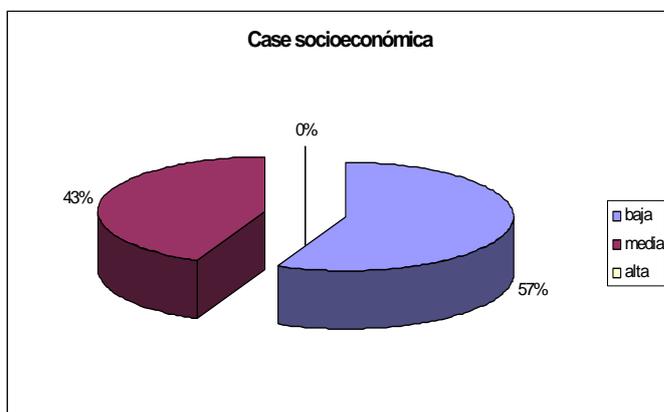
**Gráfico 11: Antecedentes de salud heredo – familiares**



Como antecedentes de salud familiares tenemos que un 45% de pacientes tiene o ha tenido algún familiar con diabetes. El 24% tiene antecedentes de cáncer; y un 17%, de enfermedades cardíacas. Es muy interesante notar que un 12% de los pacientes tiene familiares con IRC.

Este último resultado podría sugerir que los problemas de relación y de comunicación se transmiten de una generación a otra, a través de los patrones de crianza, de los modelos de comunicación, de la calidad del afecto, ya sea de manera conciente o inconsciente.

**Gráfico 12: Clase socioeconómica**

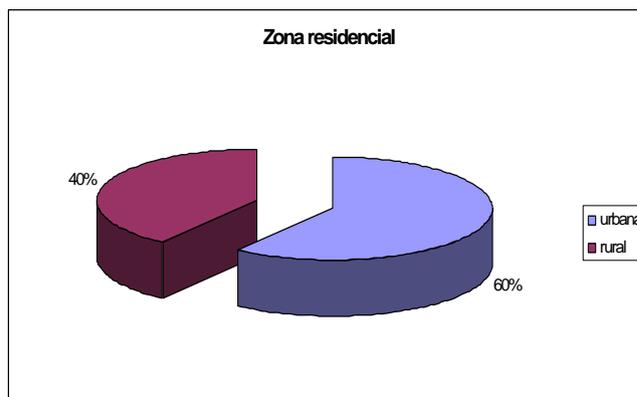


El 57% de los pacientes corresponde a una clase socioeconómica baja, mientras que el 43% es de clase media (la misma que incluye clase media alta y media baja). Se debe tomar en cuenta que en la ciudad existen otras unidades renales a las que asisten pacientes de clase social alta.

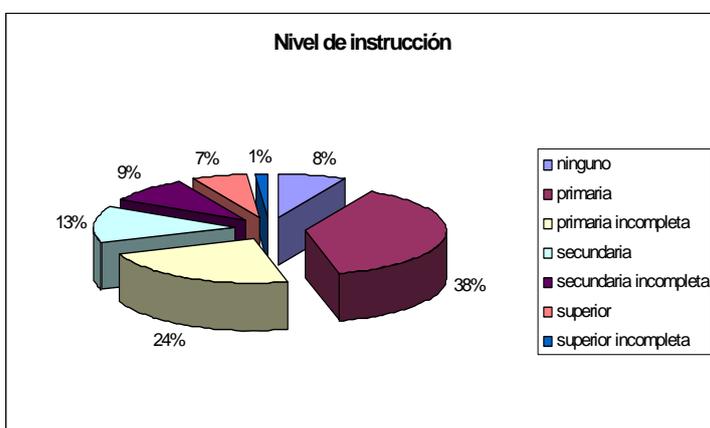
**Gráfico 13: Zona residencial**

El 60% de pacientes vive en la zona urbana de Cuenca y del Cañar; mientras que el 40% restante se radica en la zona rural.

Muchos pacientes han tenido la necesidad de cambiar su residencia a la ciudad por motivos de su tratamiento.



**Gráfico 14: Nivel de instrucción**

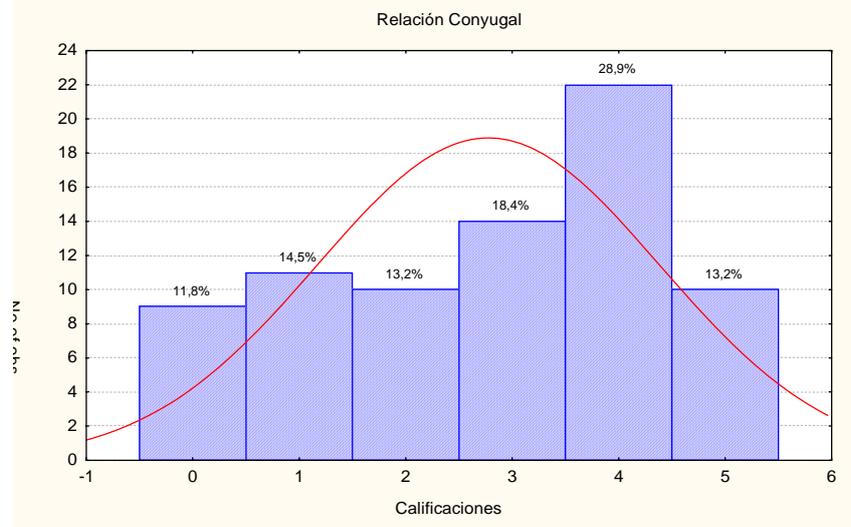


El 38% de los pacientes ha realizado únicamente *estudios* primarios y el 24% no los ha culminado. El 13% completó la secundaria, el 9% tiene una secundaria incompleta. El 8% no tiene ningún nivel de instrucción.

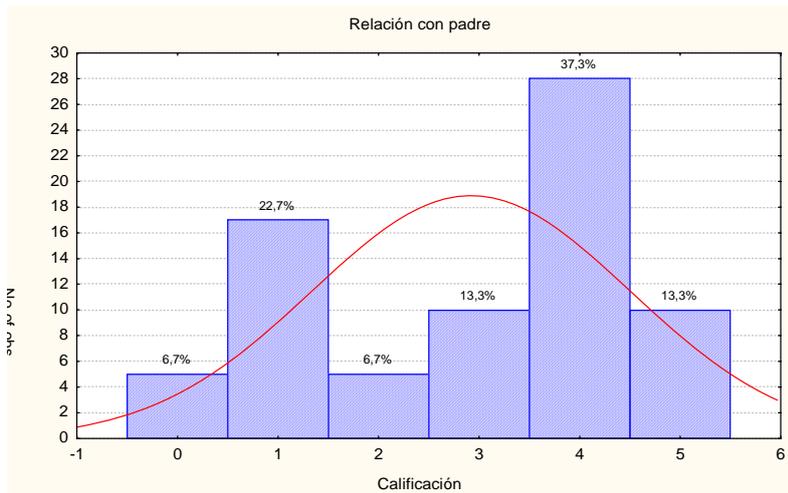
## RELACIONES AFECTIVAS

**Gráfico 15: Relación Conyugal**

Con respecto a la relación conyugal el 28,9% considera a su relación como “buena”, el 18,4% como regular y el 14,5% como “muy mala”. El 13,2% como “mala”, y el mismo porcentaje como “muy buena”; el 11,8%, no está en este momento con una pareja.



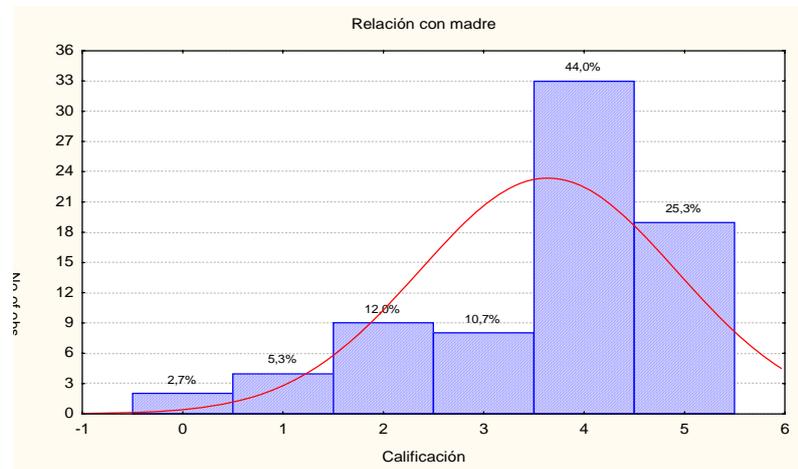
**Gráfico 16: Relación con el padre**



El 37,3% de los pacientes ha mantenido una relación “buena” con su padre, mientras que el 22,7% expresa que su relación fue “muy mala”. El 13,3% la ve como regular, y el mismo porcentaje como “muy buena”. Del mismo modo, el 6,7 % no tuvo padre, o su relación con él fue “mala”.

**Gráfico 17: Relación con la madre**

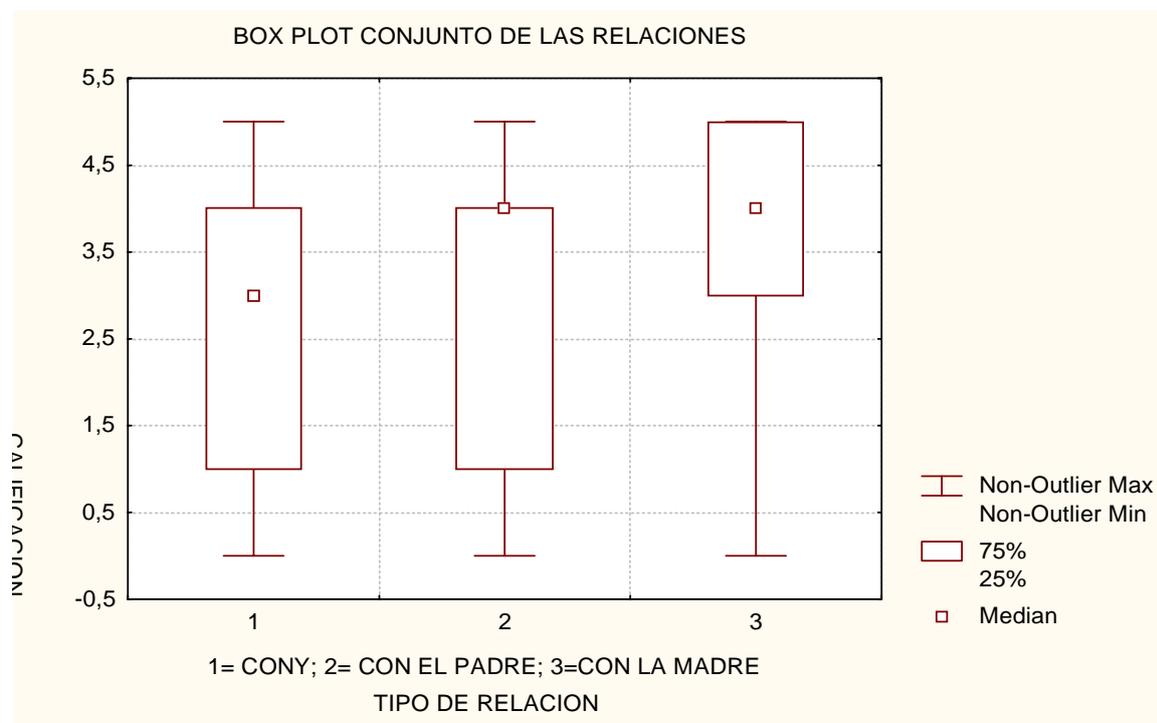
El 44% la califica como “buena”, el 25,3% como “muy buena”, el 12,9% como “mala”. El 5,3% tuvo o tiene una relación “muy mala” y el 2,7% de pacientes no tuvo mamá.



Al analizar estos últimos gráficos podemos ver cómo, a pesar de que existen pacientes que califican a sus relaciones conyugales como buenas, un alto porcentaje la ve como regular y muy mala, lo que nos muestra que existen problemas de relación en los pacientes con IRC. Esto, junto con los resultados de la relación con el padre, muestran que han tenido malas relaciones con la figura paterna, que es la que determina, junto con la materna, cómo van a ser las relaciones de pareja. A partir de las relaciones con los padres se elaborarán imagos inconcientes, los cuales permitirán desarrollar el ánimo o áminus; si ellos expresan haber tenido problemas con la relación paterna, éstos influirán en la pareja que escogieron y por ende en el tipo de relación.

Estos resultados se comprueban a través del siguiente gráfico:

**Gráfico 18: Box plot de las relaciones**



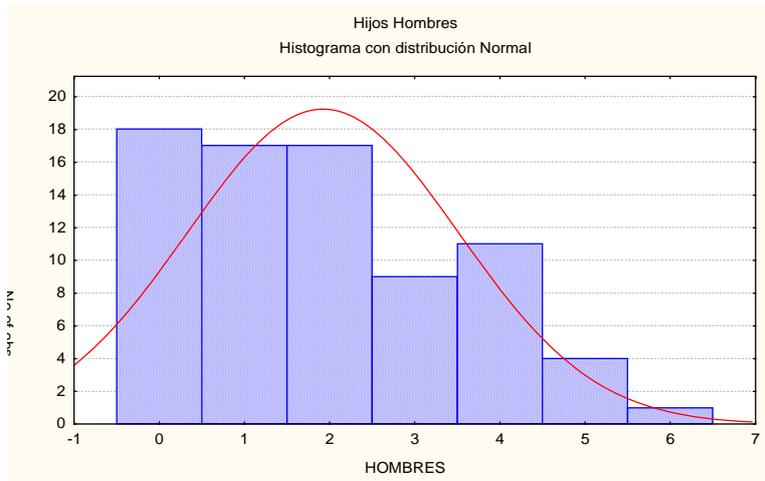
El *box plot* es una forma resumida de presentar los datos, e indica que la distribución de los resultados de calificaciones de la relación con el padre y el cónyuge es muy parecidas en cuanto al rango intercuartil ya que tienen la misma extensión.

Sin embargo, la mediana de la relación conyugal es calificada ligeramente más baja, con 3 puntos, con respecto a la relación con el padre. La relación con la madre, con excepción de un caso aislado, es mucho mejor que las anteriores en cuanto al rango intercuartílico que va de 5 a 3, lo que demuestra que los pacientes consideran que su relación con la madre ha sido mejor.

Como dijimos anteriormente los datos muestran que la relación conyugal y con el padre no son consideradas como tan buenas, a diferencia de la relación con la madre. Estos datos fueron analizados a través del método *Kruskall – Wallis*, mostrando un error del 8%, por lo tanto es confiable.

## NÚMERO Y RELACIÓN CON LOS HIJOS

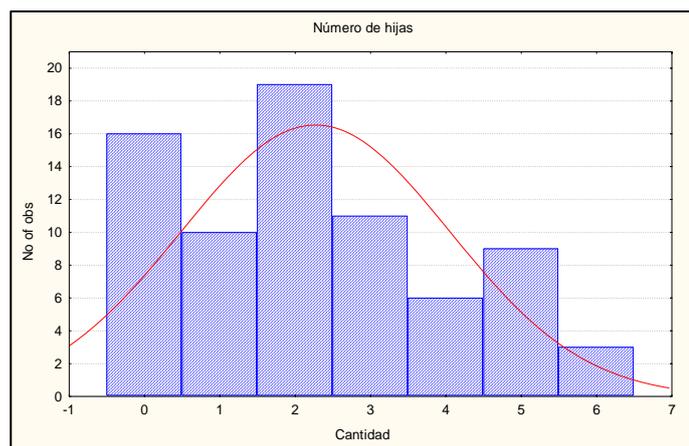
**Gráfico 19: Número de hijos varones**



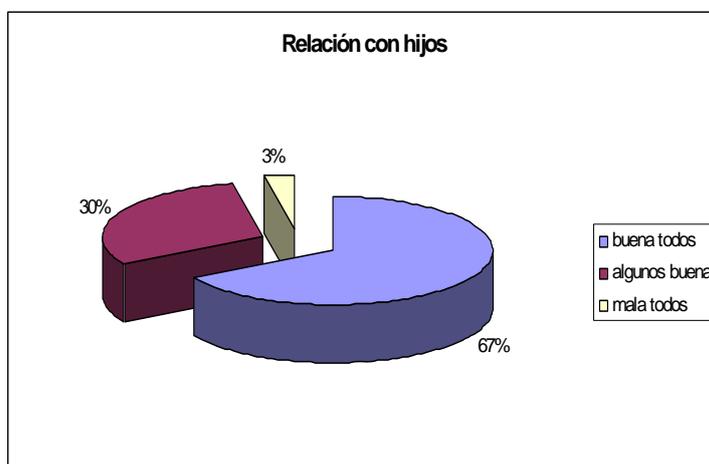
Observamos que el 18 %, no tienen hijos hombres, el 17% tiene 1 y 2 hijos, y el 1% tiene 6 hijos varones.

**Gráfico 20: Número de hijas mujeres**

El 19% de los pacientes tiene dos hijas mujeres, mientras que el 16% no tiene hijas mujeres, el 11 % tiene 3 hijas, y el 3% tiene 6 hijas.



**Gráfico 21: Relación afectiva con los hijos**

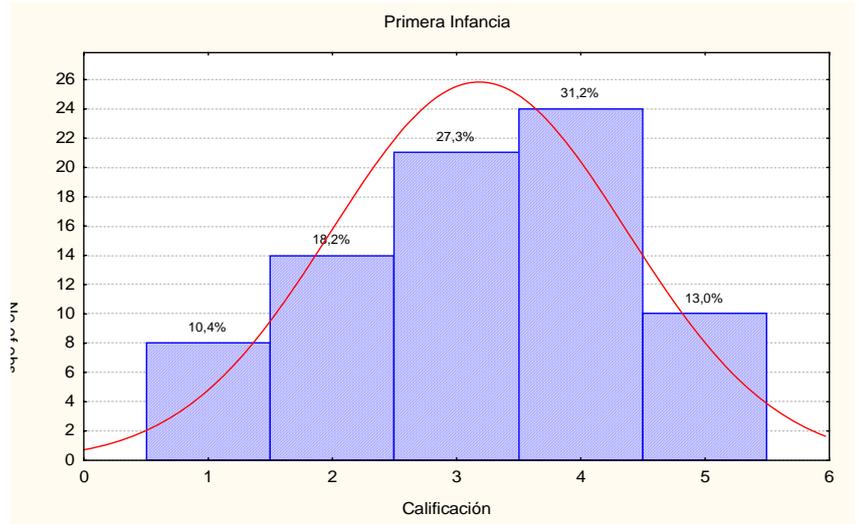


El 67% de los pacientes manifiesta tener una buena *relación con todos sus hijos*, el 30% solamente con algunos; mientras que el 3% refiere una relación paterno – filial deficiente. Como se vio en la teoría, las malas relaciones también pueden presentarse con los hijos, como lo demuestra el 30% y el 3% de pacientes, sin embargo, esto es mucho más evidente con la pareja.

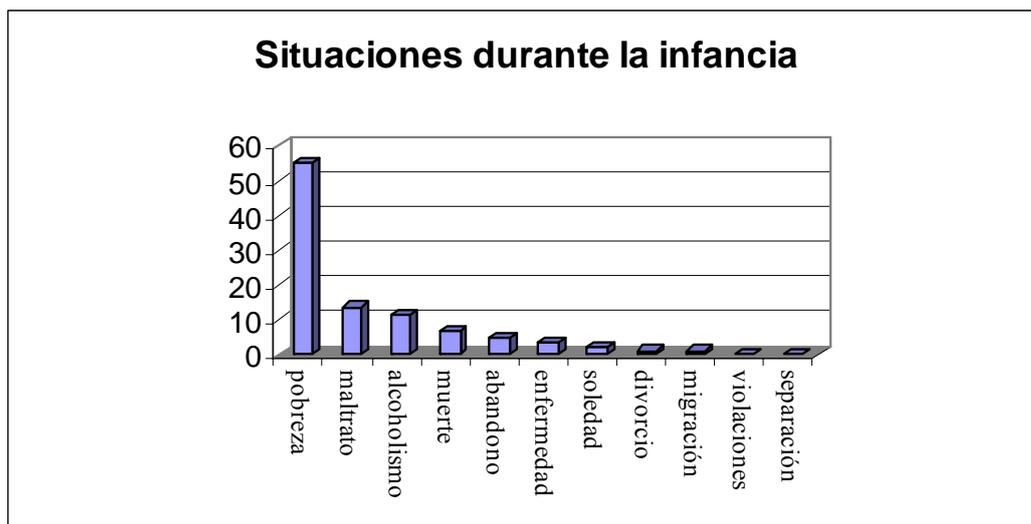
## PRIMERA INFANCIA

**Gráfico 22:**  
*Primera Infancia*

El 31,2 % de los pacientes califica a su infancia como “buena”, mientras que el 27,3 %, la califica con 3 puntos, es decir, “más o menos”; un 10,4% de la población de Baxter tuvo una primera infancia “muy mala”.



**Gráfico 23:**  
*Situaciones que se presentaron durante la infancia*



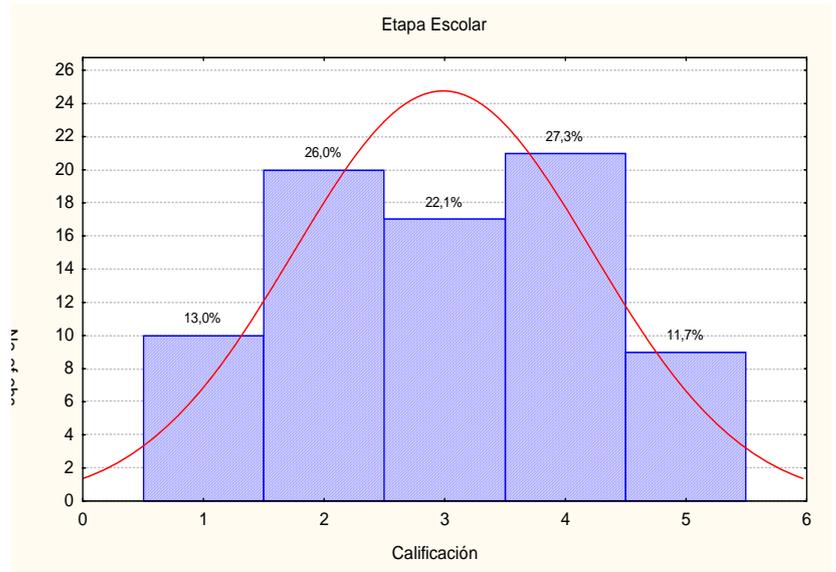
El 53% de los pacientes que calificaron su infancia de forma negativa, presentaron pobreza, el 11% maltrato, el 10% alcoholismo en algún miembro de su familia.

El hecho de que muchos pacientes califiquen a su infancia como regular y “mala”, y que el maltrato sea una de las principales razones para esta calificación, podría vincularse con la mala relación con el padre, vista en los gráficos anteriores, lo que va a influir totalmente en el desarrollo de los arquetipos estudiados en esta tesis, puesto que como lo dice la psicología evolutiva, es durante los 5 primeros años de vida donde se establecen las bases de la personalidad del individuo, es decir, las imágenes inconscientes; por lo tanto, en esta etapa se introyectan los aspectos negativos adquiridos a partir de sus padres y luego proyectados en sus parejas.

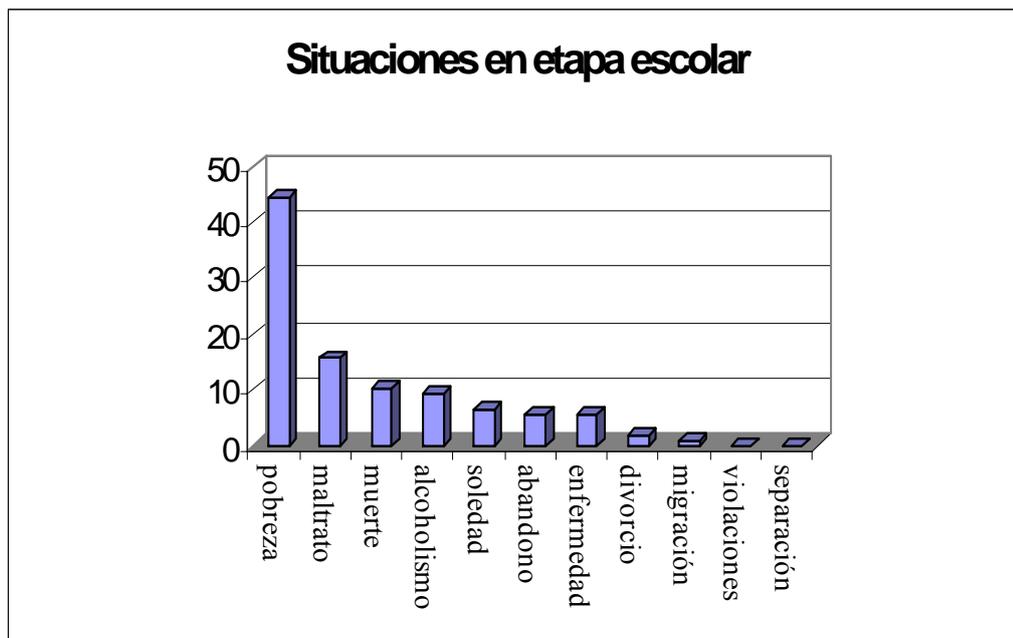
## ETAPA ESCOLAR

**Gráfico 24:**  
*Etapa escolar*

El 27,3% de pacientes consideran su etapa escolar como “buena”; el 26% como “mala”, y el 22,1% como “regular”.



**Gráfico 25:** *Situaciones que se presentaron durante la etapa escolar*



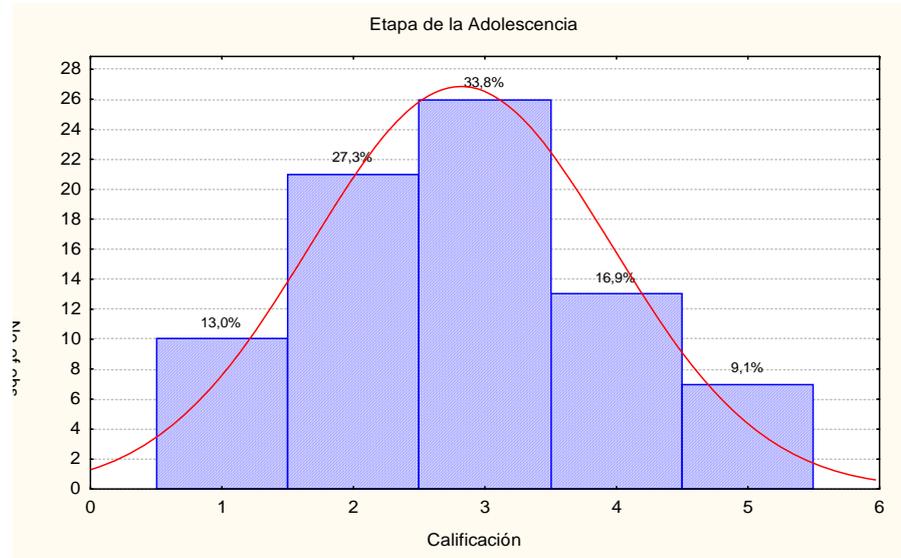
Al igual que lo observado en la infancia, la situación que más afectó la vida de los pacientes es la pobreza con un 40%, el maltrato con un 13%, y la muerte de algún ser querido con un 10%. Las situaciones menos comunes son las migraciones, con un 1% y el divorcio con un 3%.

Nuevamente se puede ver cómo existe un alto porcentaje de pacientes que considera a esta etapa como mala y regular, y el maltrato como su causa, lo cual deterioró las relaciones con sus padres, así como la muerte de un ser querido, que en muchos casos, se trató de alguno de los progenitores. Todos estos factores pudieron influir en el establecimiento de los arquetipos y en el futuro de sus relaciones.

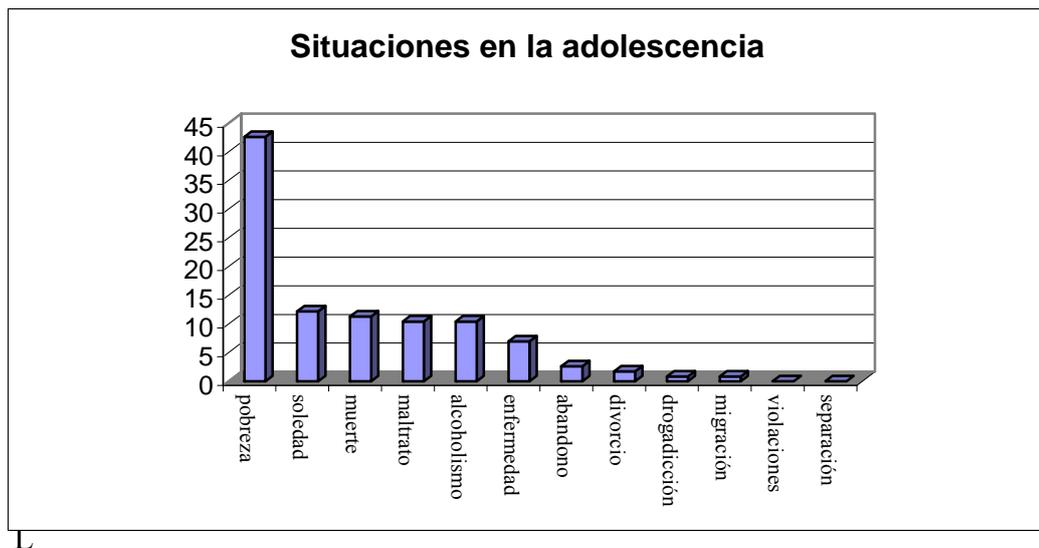
## ETAPA DE LA ADOLESCENCIA

**Gráfico 26: Etapa de la adolescencia**

El 33,8% de los pacientes considera que su adolescencia fue regular (“más o menos”), el 27,3% la califica como “mala”, el 16,9% la ve como “buena”, y el 9,1% como “muy buena”.



**Gráfico 27: Situaciones que se presentaron durante la adolescencia**



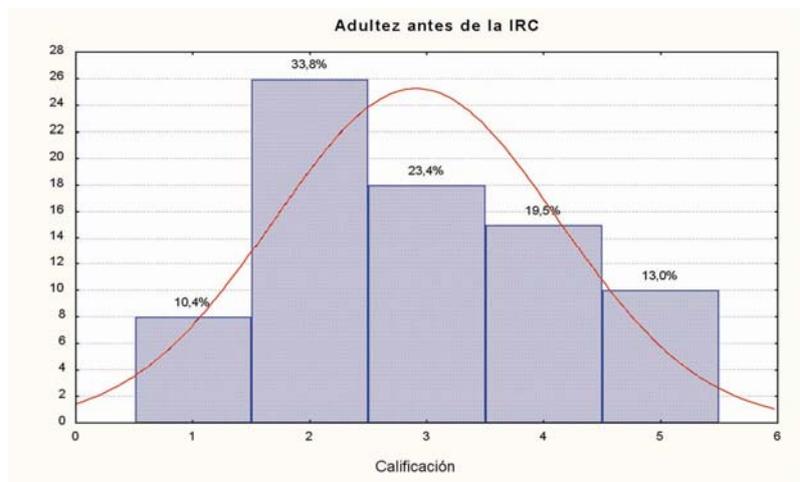
La pobreza es aquello que más afectó a los pacientes durante la adolescencia, con un 41%. El 11% considera que le afectó la soledad, y un 10% la muerte de algún ser querido. El divorcio con un 2%, la drogadicción y la migración con un 1%, son las situaciones menos frecuentes en los pacientes.

Esta etapa marcó mucho a la mayoría de los pacientes, ya que los resultados muestran que fue de regular a mala, y que la soledad fue uno de los mayores problemas que tuvieron que enfrentar. Siendo esta etapa normalmente dura para todo individuo, debido a los cambios a los que él debe adaptarse para establecer su identidad, la exploración sexual y primeras relaciones amorosas, esta dificultad se intensifica aún más, si los sujetos no tuvieron o no sintieron el apoyo tan trascendental de los padres en su vida, lo que influyó negativamente en el desarrollo completo y equilibrado de su psiquismo, y en el establecimiento de sus relaciones interpersonales y de pareja.

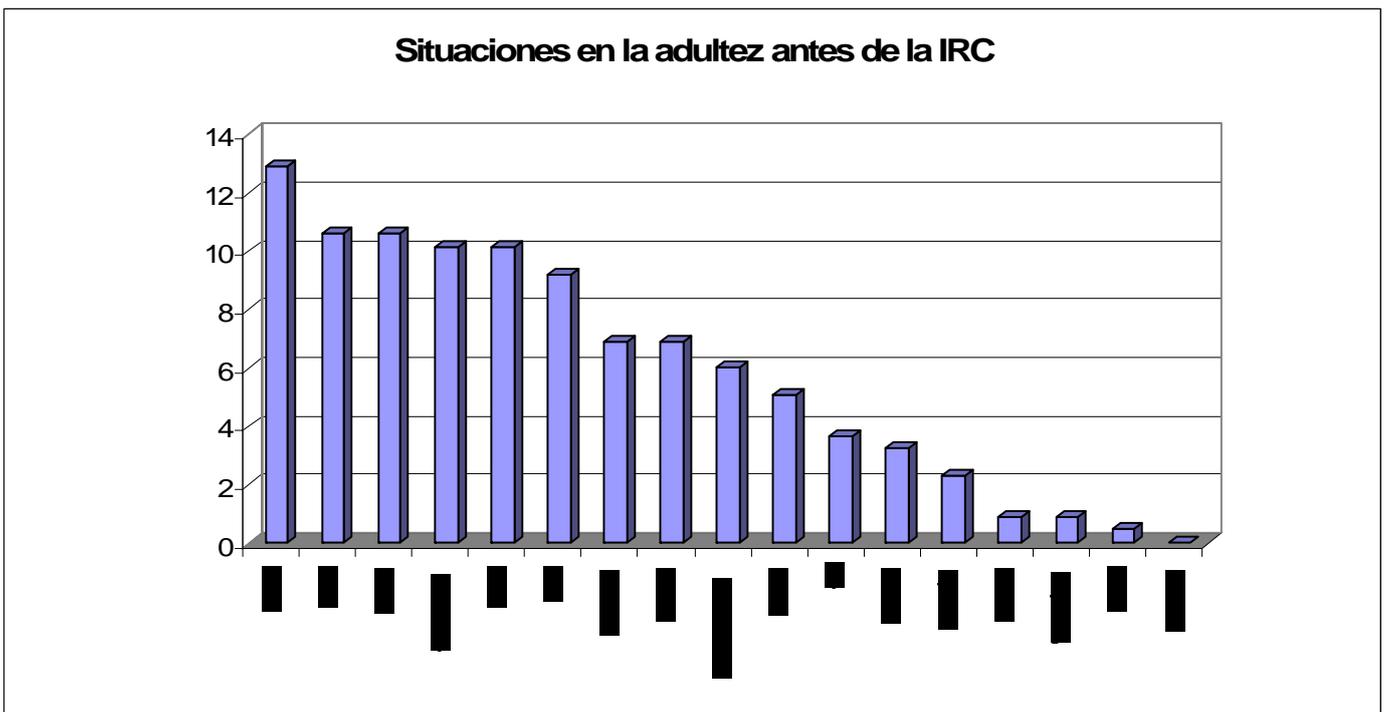
## ETAPA DE LA ADULTEZ

**Gráfico 28:** *Vida adulta antes de la IRC*

El 33,8% de los pacientes considera que su etapa adulta –antes de haber presentado la IRC– fue “mala”, el 23,4% la califica como regular, y un 10,4% como “muy mala”.

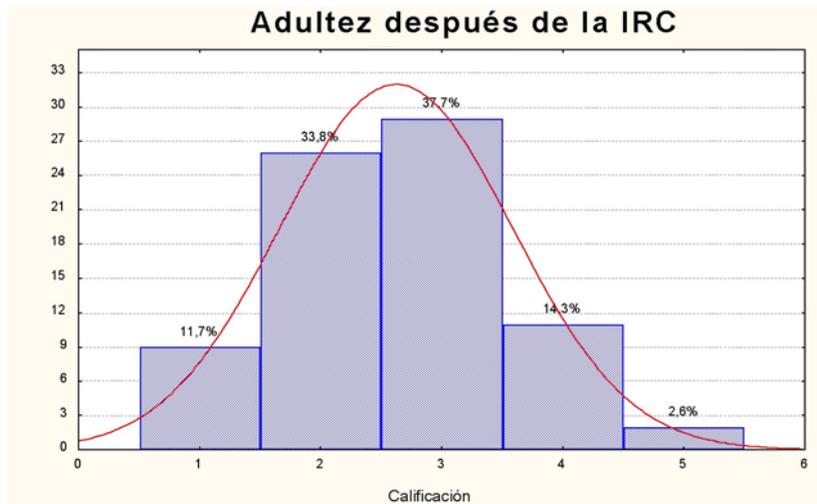


**Gráfico 29:** *Situaciones que se presentaron en la vida adulta antes de la IRC*



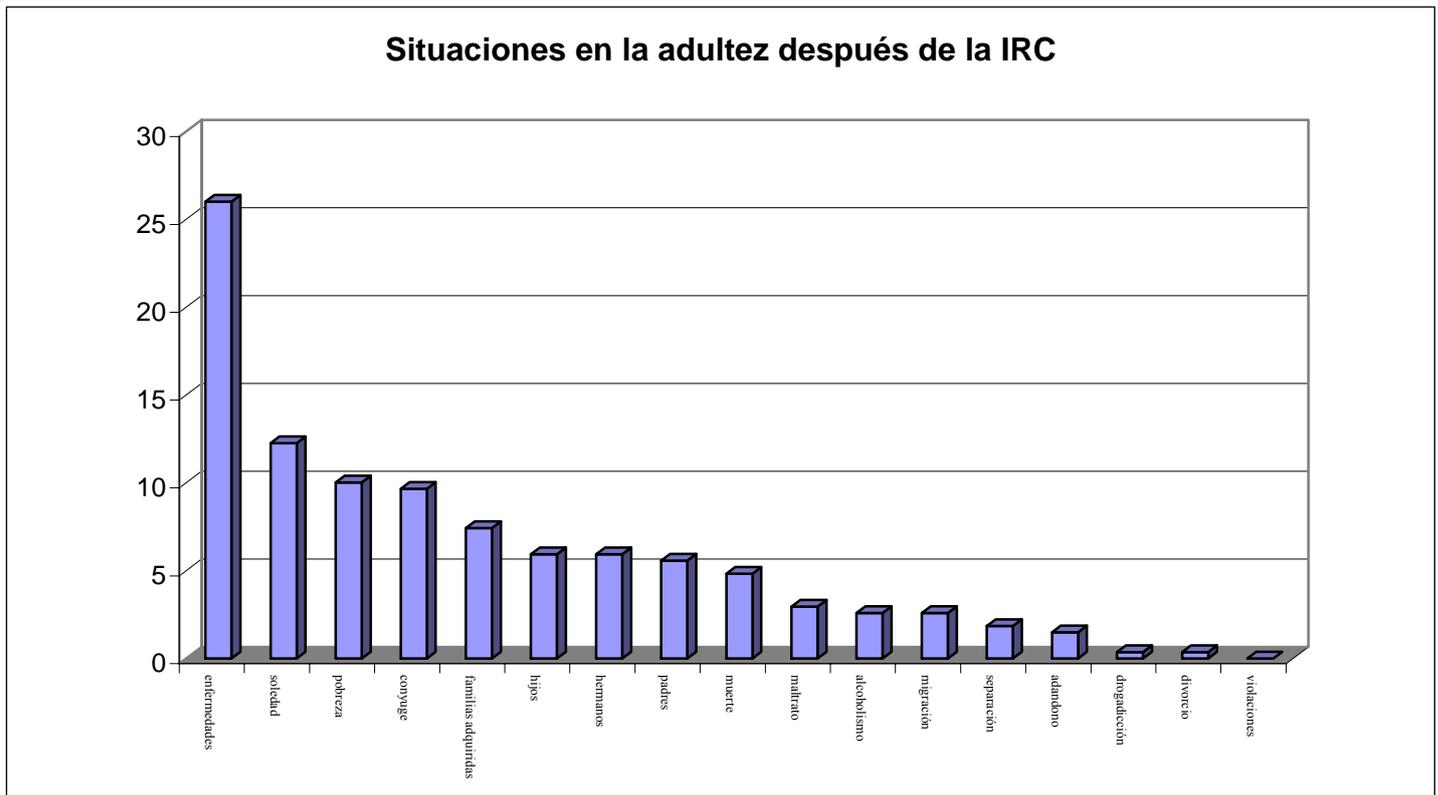
Se puede observar que, antes de la IRC, la vida para los pacientes fue mala. Es interesante notar que el 11% afirma no haber tenido buenas relaciones con sus parejas, siendo ésta la segunda causa para tal calificación, existen además porcentajes altos de soledad, malas relaciones con las familias, etc., lo cual muestra que incluso antes del diagnóstico ya empezaron los problemas de relación, no sólo con la pareja, sino también con otras personas.

**Gráfico 30: Vida adulta después de la IRC**



El 37,7% de los pacientes considera a su vida –luego de la IRC– como regular, el 33,8% piensa que su vida es “mala”, el 14,3% la ve como “buena”, y tan sólo el 2,6% como “muy buena”.

**Gráfico 31: Situaciones que se presentaron después de la IRC**

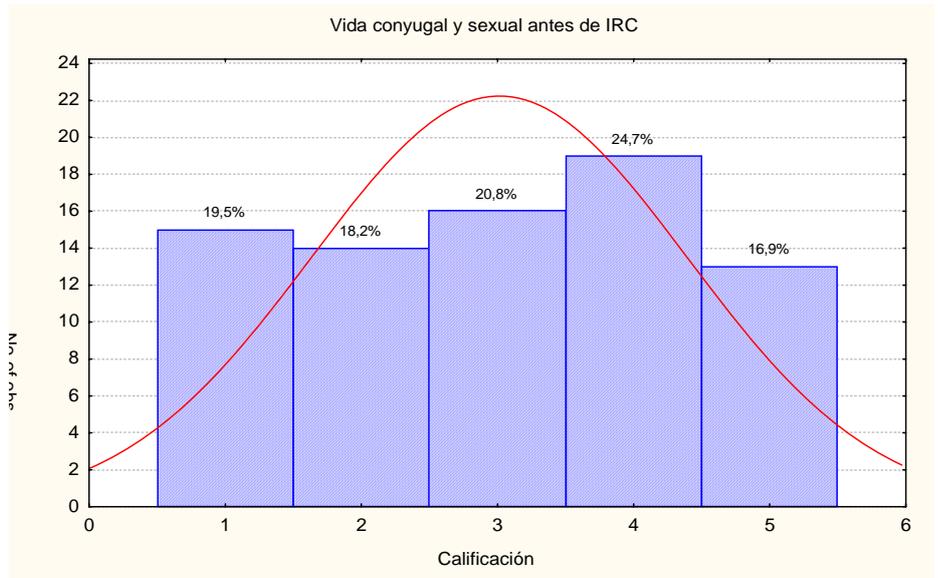


El 26% de los pacientes considera que la situación que más les ha afectado, luego de la IRC, ha sido la misma enfermedad; el 12% se siente solo, y el 10% sufre por su situación económica (pobreza). Lo que menos les afecta es el divorcio y la drogadicción, con un 0,4%; el abandono, con el 1,4% y la separación, con un 2%.

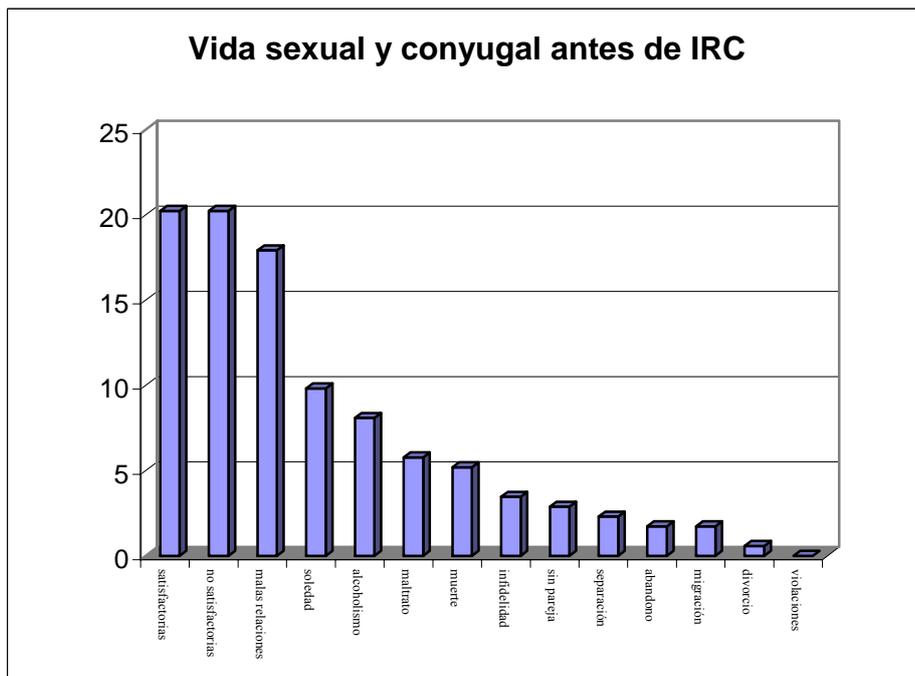
Estos resultados nos muestran claramente lo difícil que es y ha sido para los pacientes adaptarse a la enfermedad y cómo ésta afecta a las distintas esferas de su vida.

**Gráfico 32: Vida sexual y conyugal antes de la IRC**

Con respecto a la vida sexual y conyugal antes de la enfermedad, podemos observar que el 24,7% la califica como “buena”, el 20,8% como regular, el 19,5% como “muy mala”. El 16,9% la considera como “muy buena”.



**Gráfico 33: Situaciones que se presentaron en la vida sexual y conyugal antes de la IRC**

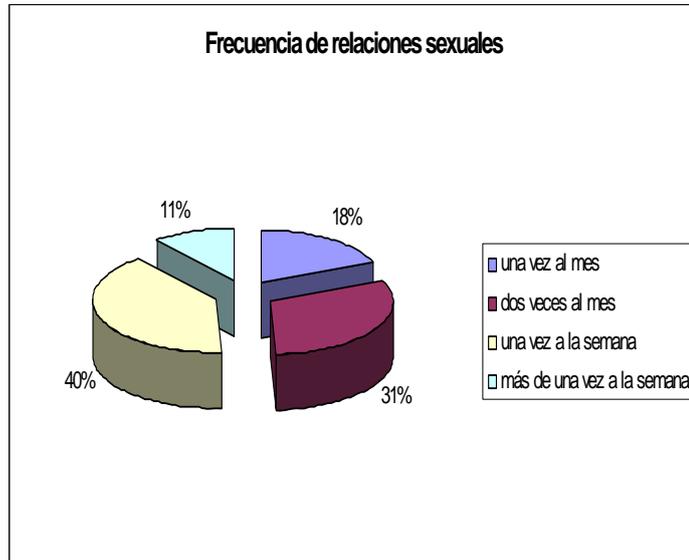


El 20% de las personas considera que sus relaciones conyugales han sido satisfactorias, el mismo porcentaje las ve como no satisfactorias, el 18% considera que ha mantenido malas relaciones con su cónyuge. El 2% ha pasado por un divorcio, y el mismo porcentaje por un proceso migratorio.

En esta área de la vida también se puede observar cómo los pacientes la consideran entre regular y mala. Ellos manifiestan que sus relaciones conyugales no eran satisfactorias antes de la IRC, lo que nos muestra que presentaban problemas de pareja antes, y según la teoría que estudiamos en este trabajo, precisamente ésta es **una condición necesaria pero no suficiente** para desarrollar la enfermedad.

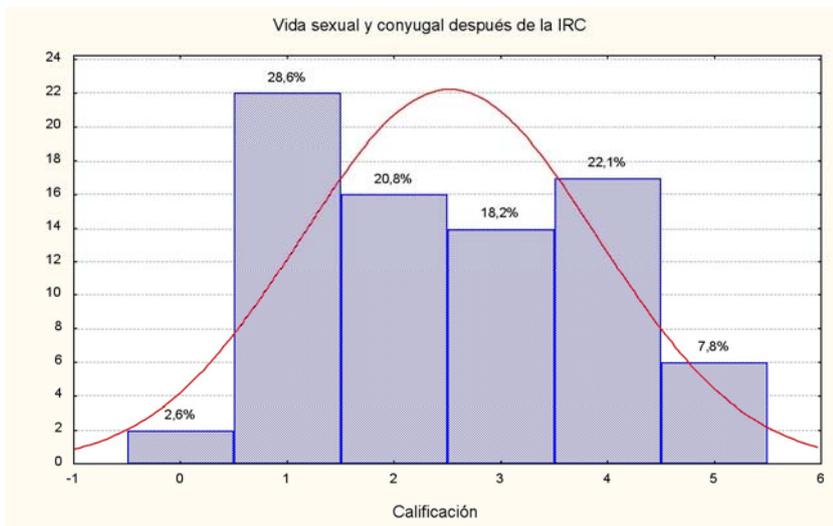
**Gráfico 34: Frecuencia de relaciones sexuales antes de la IRC**

Con respecto a la *frecuencia de las relaciones sexuales* antes de la enfermedad, podemos ver que el 40% de pacientes expresan haber mantenido un encuentro sexual semanal con su pareja, lo que puede considerarse como una vida sexual sana. El 31% manifiestan una frecuencia mensual de 2 encuentros; el 18%, un encuentro al mes. Por último, un 11%, también con una vida sexual sana, tuvieron relaciones sexuales más de una vez a la semana.



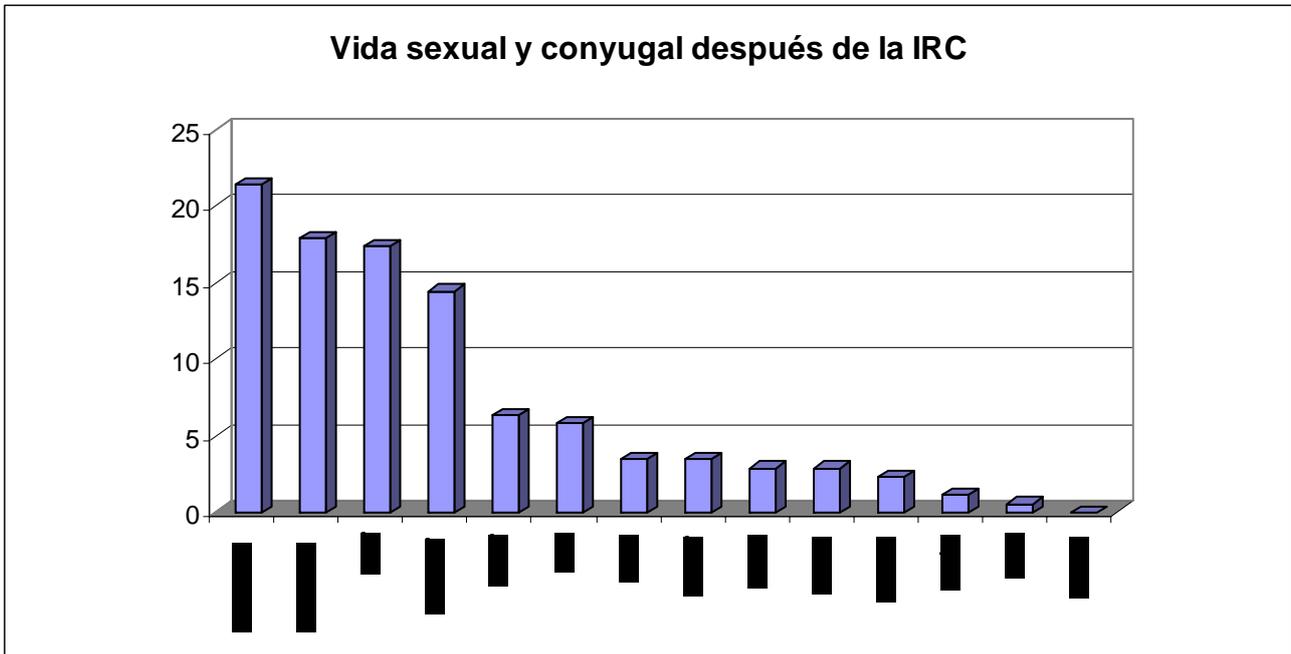
Sabemos que estos resultados pueden variar de la realidad debido a que todavía no existe la suficiente apertura sobre estos temas.

**Gráfico 35: Vida sexual y conyugal después de la IRC**



Después de haber sido diagnosticados con IRC, el 28,6% de los pacientes expresa que su vida sexual y conyugal es “muy mala”, el 22,1% la considera como “buena”, el 20,8% como “mala”. El 7,8% la califica como “muy buena”, y el 2,6% no tiene vida sexual ni pareja.

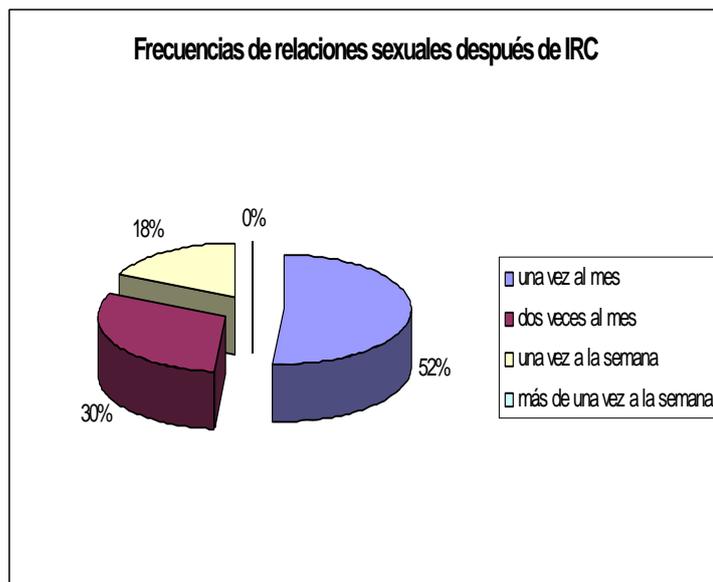
**Gráfico 36:**  
*Situaciones con respecto a la vida sexual y conyugal después de la IRC*



El 21% de los pacientes considera que su vida sexual y conyugal, luego de la IRC, no es satisfactoria, el 18% presenta malas relaciones, el 17% soledad. El 2,3% ha presentado problemas con el alcohol, el 1% divorcio y migración.

**Gráfico 37: Frecuencia de relaciones sexuales después de la IRC**

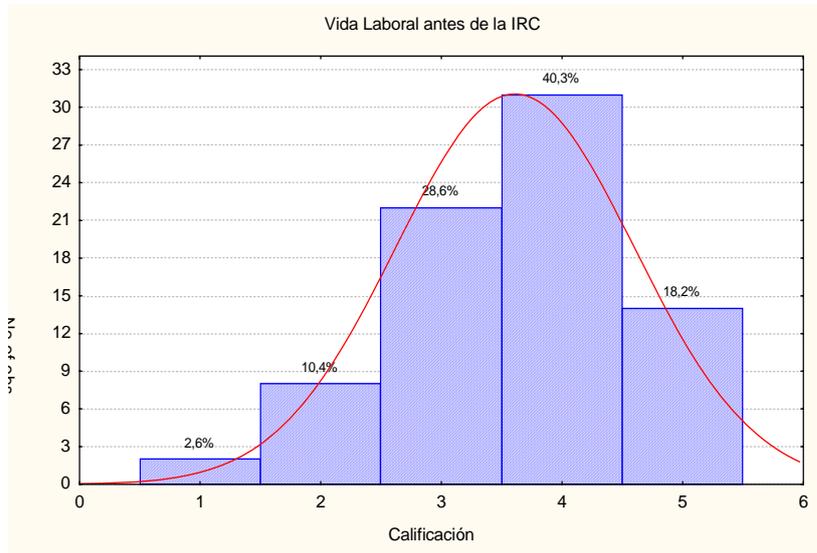
Después de la enfermedad, se puede observar una clara disminución en la frecuencia de las relaciones sexuales de los pacientes, ya que el 52% refiere que mantienen un encuentro sexual al mes. El 30% manifiesta tener dos encuentros mensuales. Sólo un 18%, una vez a la semana; mientras que ninguno de los pacientes tiene relaciones más veces durante la semana.



Los pacientes manifiestan que su vida conyugal se ha deteriorado con la enfermedad, si bien antes de la enfermedad estos problemas ya se presentaban, ahora los

pacientes los atribuyen únicamente a la IRC, sin estar conscientes de lo anterior; como lo muestran los resultados expuestos anteriormente, y que incluso éstos pudieron influir en el desarrollo de la misma.

**Gráfico 38: Vida laboral antes de la IRC**



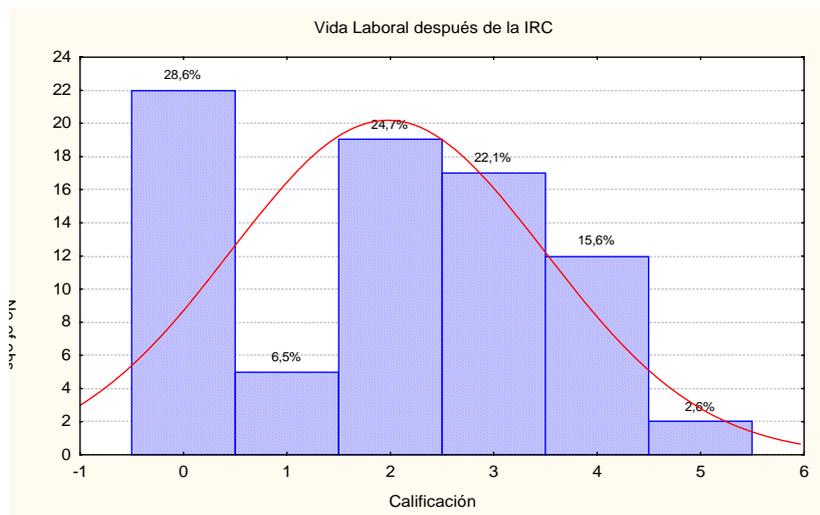
Para el 40,3% de los pacientes de Baxter, su vida laboral antes de la enfermedad fue “buena”, para el 28,6% fue regular, para el 18,2% “muy buena”: mientras que para el 2,6% fue “mala”.

**Gráfico 39: Situaciones que se presentaron en la vida laboral antes de la IRC**

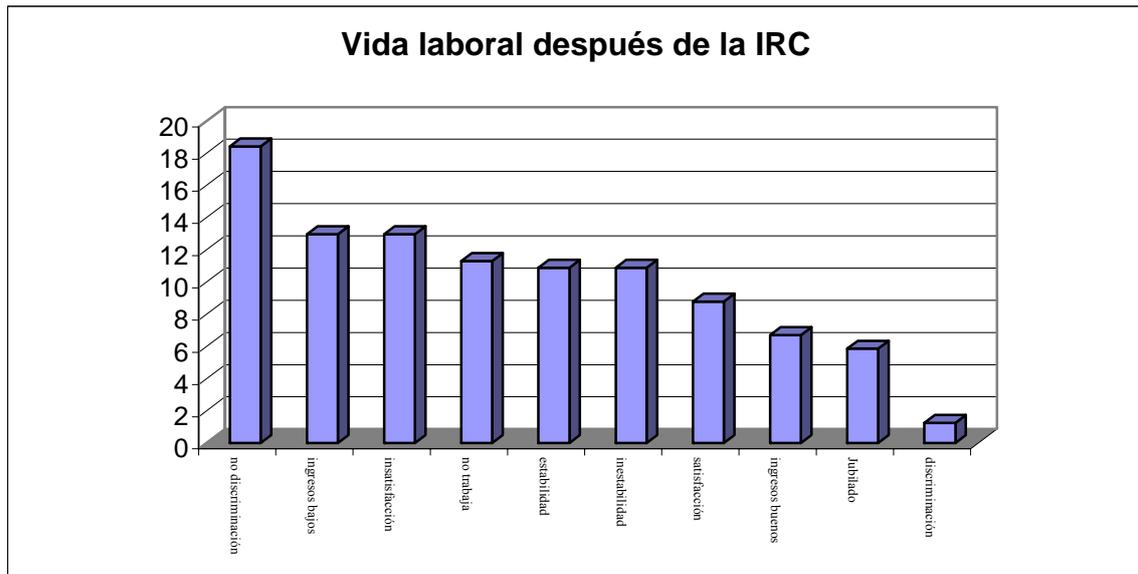
El 22% se encontraba satisfecho con su trabajo antes de la enfermedad, el mismo porcentaje de pacientes no se sentía discriminado, el 20% sintió estabilidad en su vida laboral. El 7% sintió inestabilidad, 4% insatisfacción, y solamente el 1%, discriminación.

**Gráfico 40: Vida laboral después de la IRC**

Después de la IRC el 28,6% no trabaja, el 24,7% considera a su vida laboral como “mala”, el 22,1% como regular. El 6,5% la califica como “muy mala”, y el 2,6% como “muy buena”.



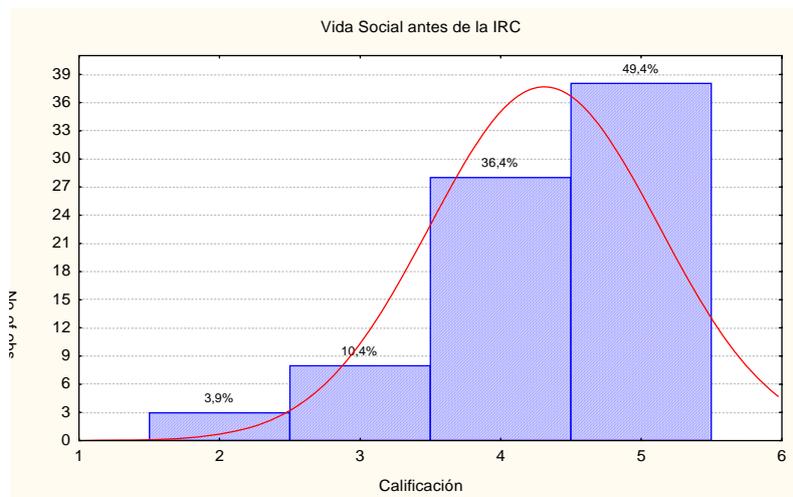
**Gráfico 41: Situaciones que se presentaron después de la IRC**



El 18% no sintió discriminación, sin embargo, el 13% expresa que sus ingresos fueron bajos y que están insatisfechos. El 7% considera tener buenos ingresos, 6% está jubilado y el 1% se sintió discriminado.

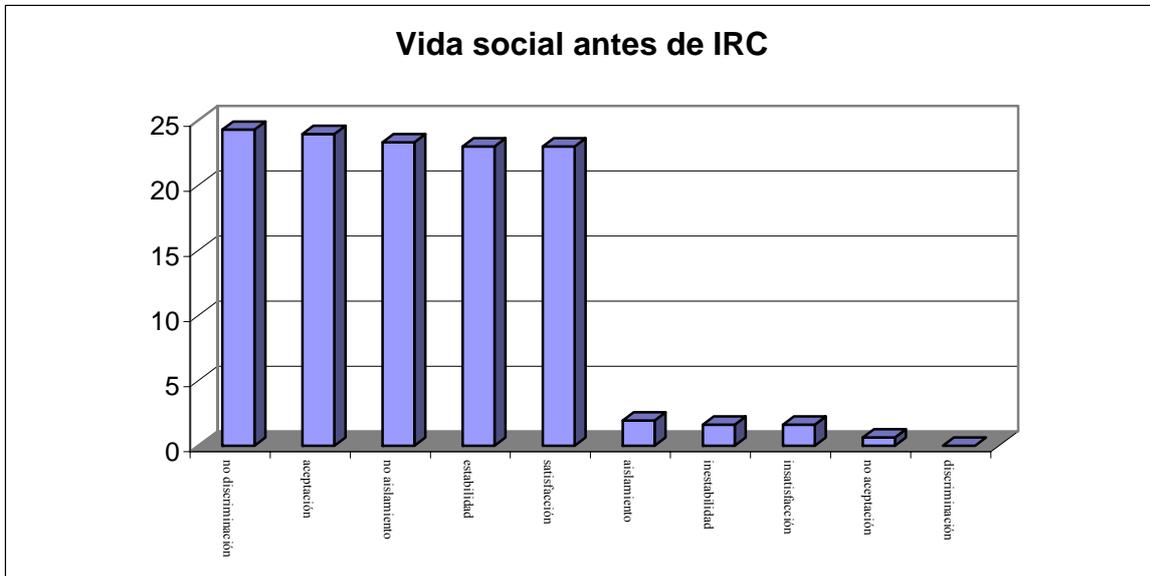
Ésta un área que resulta directamente afectada por la enfermedad debido al tiempo que los pacientes deben invertir en el tratamiento y en superar los efectos del mismo, impidiendo que cumplan con los horarios normales de trabajo, por lo que muchos no han podido mantener estabilidad laboral.

**Gráfico 42: Vida social antes de la IRC**



Antes de la enfermedad el 49,4% tuvo una vida social “muy buena”, el 36,4% “buena” y el 10,4% regular. Únicamente el 3,9% expresa que fue “mala”, ningún paciente hace referencia a una vida social “muy mala”.

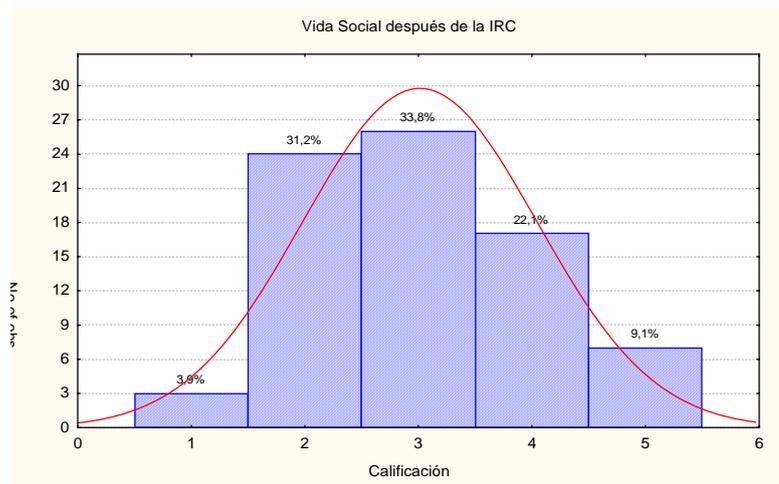
**Gráfico 43: Situaciones que se presentaron en la vida laboral antes de la IRC**



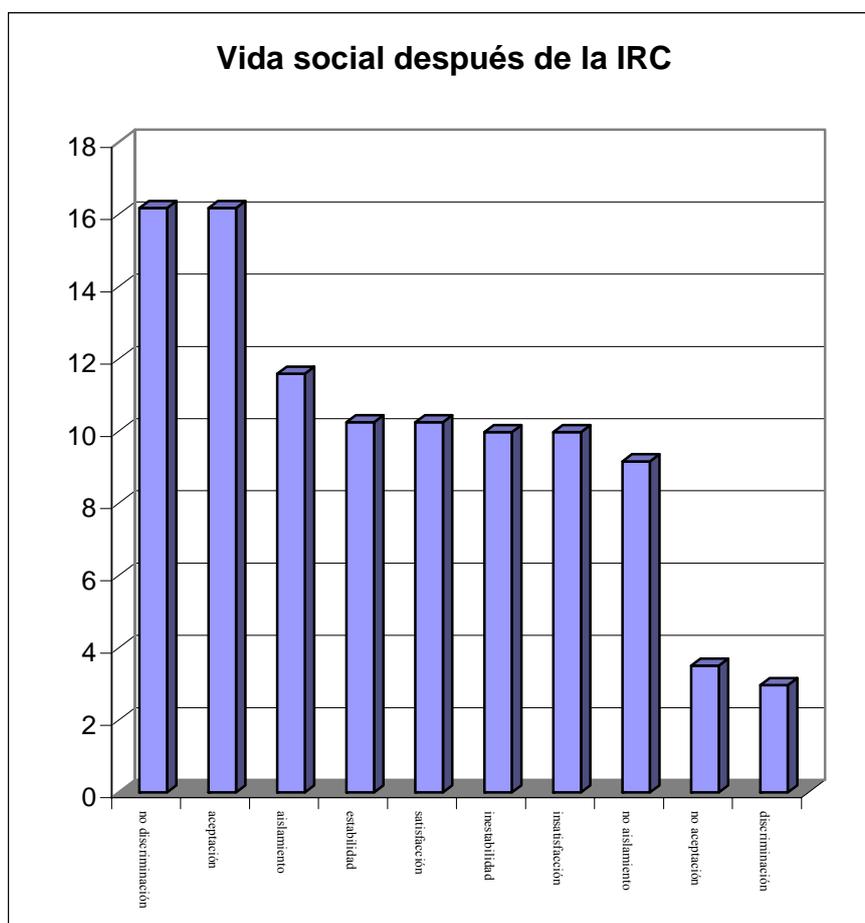
El 24 % manifiesta no haber sentido discriminado, y haber sido aceptado; el 23% no ha sido aislado. El 2% expresa inestabilidad e insatisfacción, mientras que el 1% no se sintió aceptado.

**Gráfico 44: Vida social después de la IRC**

Luego de la IRC, la vida social es calificada por un 33,8% como regular, el 31,2% sintió un deterioro, considerándola como “mala”, el 22,1% la ve como “buena”; mientras el 9,1% expresa que es “muy buena”, y el 3,9% como “muy mala”.



**Gráfico 45:**  
*Situaciones que se presentaron en su vida social después de la IRC*



El 16% se sintieron aceptados, el 12% expresaron haber sido aislados, el 10% manifestaron que su vida social es estable. El 9% no se sintieron aislados, el 4% no sintieron aceptación, y únicamente el 3% expresaron discriminación.

La disminución de la vida social es otra de las repercusiones de la IRC, ya que con ella cambia totalmente la vida de quien la padece y de sus familiares, presentándose aislamiento, sentimientos de discriminación, es decir, inestabilidad en general.

## RESULTADOS DE LA ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA SOBRE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Luego de haber analizado la información a través de la estadística descriptiva, cabe resaltar lo siguiente:

- Como se pudo observar en el Box Plot (gráfico 18) los pacientes consideran que sus **relaciones conyugales** y **con el padre**, son menos satisfactorias que sus relaciones con la madre, lo cual podría sugerir que el proceso del desarrollo del ánimo y ánimos está directamente relacionado con una figura paterna deficiente.

- Con respecto a la **infancia**, el 27,3% de los pacientes, la consideran como “regular”, percepción que está directamente relacionada con la pobreza y el maltrato visto y sufrido, dato bastante sugerente ya que esta etapa es de vital importancia para el desarrollo de los arquetipos estudiados debido a que, es en ella, donde empieza la identificación con las figuras paternas.

- A la **etapa escolar**, el 26% la ve como “mala”, mientras que el 22,1% la percibe como “regular”. En relación a la **adolescencia**, los porcentajes más altos, el 33,8%, corresponden a una calificación de “regular”, y el 27,3% a “mala”; en este sentido, nuevamente influyen mucho factores como la pobreza, el maltrato, la soledad y la muerte. Tomando en cuenta que, al final de los años escolares y la etapa adolescente, llega a consolidarse la personalidad, patrón que será definitivo para el ser humano, la situación revelada por los pacientes demuestra que éstos no tuvieron un desarrollo satisfactorio, incidiendo en el futuro, en la tendencia a la polarización y, por ende, en las relaciones afectivas deficientes.

- Con respecto a la **vida adulta**, el 33,8% de pacientes consideraron que *antes de su enfermedad*, ésta fue “mala”; el 23,4% la perciben como “regular”; por diversos motivos como la pobreza, el maltrato, las malas relaciones con el cónyuge y con sus familiares, la soledad, entre otros. *Luego de la enfermedad*, la percepción de la calidad de vida mejora, ya que el 37,7% la considera como “regular”, influyendo en este sentido, una vez más, factores como la enfermedad, la soledad, la pobreza, las malas relaciones con el cónyuge y familias adquiridas, etc.

- Contrariamente a lo que se piensa, muchos de los pacientes mejoraron su vida a partir de la enfermedad, lo cual podría deberse a que ésta les ayuda a incorporar aquella parte que ellos rechazan.

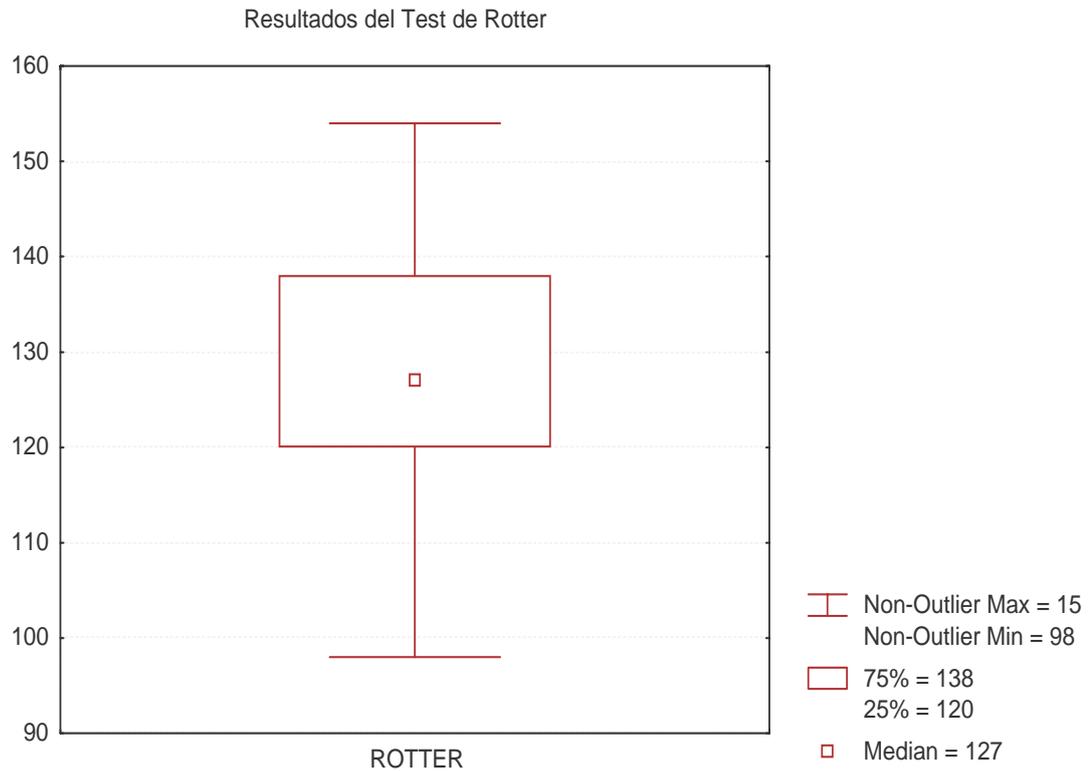
- *Antes de la IRC*, se puede observar que ya existieron **problemas conyugales**, aspecto que los porcentajes más altos varían “regular” (20,8%), “mala” (18,2%) y “muy mala” (19,5%), debido a falta de satisfacción con respecto a la misma, a las malas relaciones y a la soledad. Al mismo tiempo, las respuestas en torno a la **frecuencia de relaciones sexuales** demuestran una relativa estabilidad en este sentido, aunque este tema puede presentar variaciones por las implicaciones del tema.

- Se puede ver que *después de la IRC* existió una notable disminución de la **satisfacción conyugal**, factor en el que sí puede relacionarse la enfermedad en sí, por los cambios hormonales relacionados con la misma que impiden el buen desarrollo

sexual, puesto que la frecuencia de encuentros sexuales está visiblemente disminuida. Otros factores involucrados en este sentido son las malas relaciones y la soledad.

## RESULTADOS DEL TEST DE ROTTER

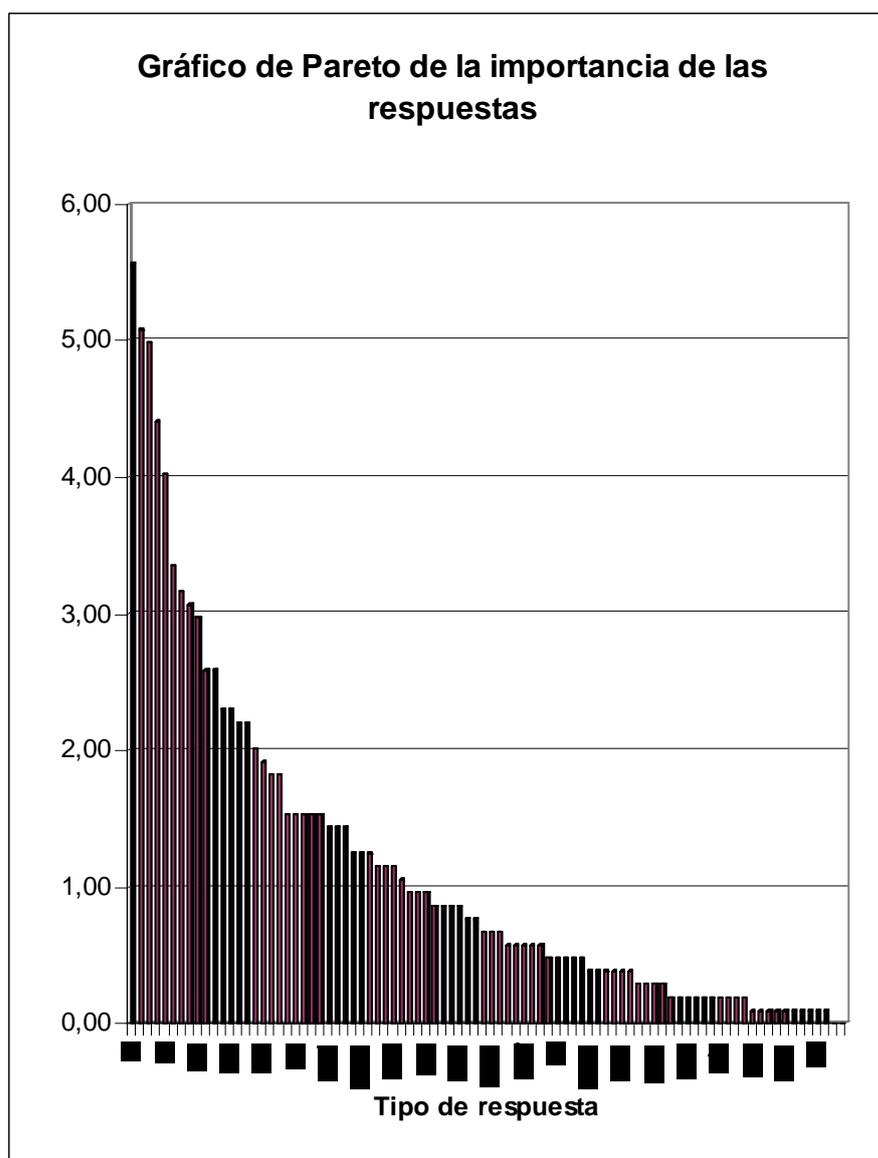
Gráfico 46: *Box plot de los resultados del Test de Rotter*



C

Como lo demuestra el Box Plot, el intervalo de normalidad de las respuestas del test, es decir, el *rango intercuartílico*, indica que la mayoría de las puntuaciones están entre aproximadamente 139 y 120, lo que quiere decir que la normalidad de los pacientes presenta desde poca inadaptación psicológica hasta una inadaptación considerable.

**Gráfico 47: Contenidos más frecuentes de las respuestas al Test de Rotter**



El siguiente es un histograma de frecuencia ordenado en relación de lo más a lo menos importante; por lo tanto, permite observar cuáles son los problemas más frecuentes, vistos en los contenidos de las respuestas del test.

Los 4 primeros temas con mayor porcentaje son con respecto a la enfermedad en sí, a las esperanzas de recuperarse totalmente, debido a que esta enfermedad es muy dura para los pacientes, y la mayoría tiene el anhelo de volver a tener salud, lo cual lastimosamente es imposible.

Los efectos secundarios como la ceguera, los dolores de cabeza, de piernas, etc., son temas muy recurrentes al igual que el tratamiento en sí, pues ellos influyen a que las personas se vean obligadas a cambiar totalmente sus hábitos de vida.

Es importante señalar que los temas sobre la relación con el padre y con la madre, giraban en torno a problemas con ellos, alusiones a duelos irresueltos y clichés. Recordemos que las figuras paternas son imprescindibles en la consolidación de las relaciones conyugales, tema que también es frecuente en las respuestas del test.

Algo muy interesante, revelado por los resultados, son las malas relaciones con las demás personas, es decir, problemas interpersonales, los cuales, según la teoría estudiada, se convierten en un factor de riesgo para desarrollar la IRC: los pacientes se mostraron muy críticos con las demás personas, manifestando, con este comportamiento, que no han logrado incorporar sus propios aspectos negativos y siguen proyectándolos en los otros.

Para una mejor lectura se presenta la tabla de los resultados más significativos:

**Tabla 1: Contenidos del Test de Rotter**

**N = 77 pacientes.**  
**Total de respuestas = 3080.**

Tipo de Respuesta	Frecuencia de Resp.	%
IRC	58	5.56
Esperanza de salud	53	5.08
Efectos secundarios de la enfermedad y el tratamiento	52	4.98
Malas relaciones interpersonales	46	4.41
Percepción negativa hacia el tratamiento	42	4.02
Relación con el padre conflictiva	35	3.35
Miedos	33	3.16
Nervios	32	3.07
Sentimientos de inutilidad	31	2.97
Sensación de no futuro	27	2.59
Relación con la madre conflictiva	27	2.59
Problemas de visión	24	2.30
Vejez	24	2.30
Pobreza	23	2.20
Sufrimientos	23	2.20
Dificultades matrimoniales	21	2.01
Tristeza	20	1.92
No trabajo	19	1.82
Sufrimiento por los hijos	19	1.82
No comer	16	1.53
Relación conflictiva con el cónyuge	16	1.53
Sensación de dependencia	16	1.53
Falta de instrucción	16	1.53
Irritabilidad	16	1.53
Problemas de sueño	15	1.44
Preocupación por la familia	15	1.44
Sensación de fracaso	15	1.44
Falta de disfrute ante la vida	13	1.25
Necesidad de tranquilidad	13	1.25
Soledad	13	1.25

### 5.2.2. Resultados de la estadística multivariada

Como vimos en la metodología, el número de variables obtenidas a partir de las historias clínicas, las entrevistas y las encuestas, llegaron a ser más de 200, por lo que se agruparon en cuatro grupos de variables que se comportan de manera similar<sup>139</sup>.

#### Análisis de los cuatro grupos de variables

Las variables agrupadas en el *primer grupo* son:

- género,
- antecedentes de hipertensión,
- clase socioeconómica baja,
- pobreza en la adultez antes y después de la enfermedad,
- malas relaciones con los padres en la adultez antes y después de la enfermedad,
- relaciones malas y no satisfactorias en su vida sexual y conyugal antes y después de la IRC,
- ingresos bajos antes de la enfermedad, y desempleo luego de la misma.

La moda y mediana, dentro de este grupo, muestran que la mayor parte de los pacientes respondieron a este grupo de variables de la siguiente forma:

- La mayoría de pacientes del mismo son de género masculino.
- No presentan una adultez pobre, ni antes ni después de la enfermedad. Sin embargo, corresponden a una clase socioeconómica baja y manifiestan haber recibido ingresos bajos antes de la enfermedad.
- Además, no presentan antecedentes de hipertensión arterial.
- Con respecto a las relaciones afectivas, no expresan haber tenido malas relaciones con sus padres, ni antes ni después de la enfermedad y de igual manera, tampoco en el aspecto conyugal.

En el *segundo grupo* tenemos las siguientes variables:

- edad,
- estado civil: casados o unión libre,
- religión católica,
- presencia de diabetes,
- antecedentes de problemas visuales,
- clase social media,
- zona residencial,
- relaciones con la madre y hermanos,
- número de hijos hombres y mujeres; buena relación con todos ellos,
- percepción de la primera infancia, escuela y adolescencia.
- primera infancia, etapa escolar y adolescencia pobre,
- percepción de la adultez antes y después de la enfermedad,
- presencia de otras enfermedades después del diagnóstico de IRC,
- vida sexual y conyugal antes y después de la enfermedad,

---

<sup>139</sup> Gráfico 2

- frecuencia de las relaciones sexuales antes y después de la IRC,
- nivel de instrucción,
- vida laboral antes de la enfermedad,
- vida social antes y después de la enfermedad,
- vida social inestable, insatisfactoria y aislamiento después de la IRC.

De igual manera la moda y mediana nos indican que la mayor parte de pacientes de este grupo respondió que:

- Su edad está entre los 50 y 60 años.
- Son casados o unidos.
- Practican la religión católica.
- Su clase social es baja.
- Viven en una zona residencial urbana.
- No presentan diabetes, ni problemas de visión como antecedente heredo-familiar.
- Además manifiestan tener una buena relación con su madre, con sus hermanos y con sus hijos.
- A su primera infancia, etapa escolar y adolescencia, la califican como regular, presentando pobreza en todas estas etapas; lo mismo sucede con su vida adulta a la cual también califican como regular, tanto antes como después de la enfermedad debido a la misma y sus complicaciones.
- Nivel de instrucción: primaria incompleta.
- Califican a su vida laboral como “buena” antes de la enfermedad, al igual que su vida social. Sin embargo, después de la enfermedad ésta se torna regular debido al aislamiento.
- Por último, con relación a la vida sexual y conyugal antes de la enfermedad, ésta es vista como regular, convirtiéndose en mala después de la misma, este dato es importante ya que justamente el problema que se plantea en este estudio es el que los pacientes no logran introyectar sus conflictos, no ven como problemática a su vida sexual, pero tampoco la consideran buena, lo cual se manifiesta en la poca frecuencia de relaciones sexuales, ya que la mayoría tenían dos encuentros sexuales al mes antes de la enfermedad, y después de ella, expresan no mantener relaciones sexuales con sus parejas.

En el *tercer grupo* de variables tenemos:

- antecedentes familiares de diabetes,
- presencia de maltrato en la primera infancia y etapa escolar,
- divorcio de los padres en la adolescencia,
- mala relación con los hijos y con los cónyuges en la adultez antes y después de la enfermedad,
- soledad en la adultez antes y después de la IRC,
- malas relaciones con las familias adquiridas después de la enfermedad,
- soledad en la vida sexual y conyugal después de la IRC,
- inestabilidad, insatisfacción y salarios bajos en la vida laboral después de la IRC.

La mayor parte de pacientes responden a este grupo de la siguiente manera:

- No presentan antecedentes familiares de diabetes.
- No informan haber sido maltratados en la niñez ni en la primera infancia.
- Son casados.
- Con respecto a sus relaciones afectivas, no manifiestan tener una mala relación con sus hijos, ni con sus cónyuges, ni tampoco con las familias adquiridas antes y después de la enfermedad.
- Existe una vida laboral mala después de la IRC.

Es muy interesante notar cómo, en el *cuarto grupo*, las variables se comportan de manera similar con respecto a las relaciones conyugales y las relaciones con el padre, en las cuales la mayoría de los pacientes expone que éstas son regulares; nuevamente se ve en los gráficos, que éstas variables son las que determinan los grupos de cluster.

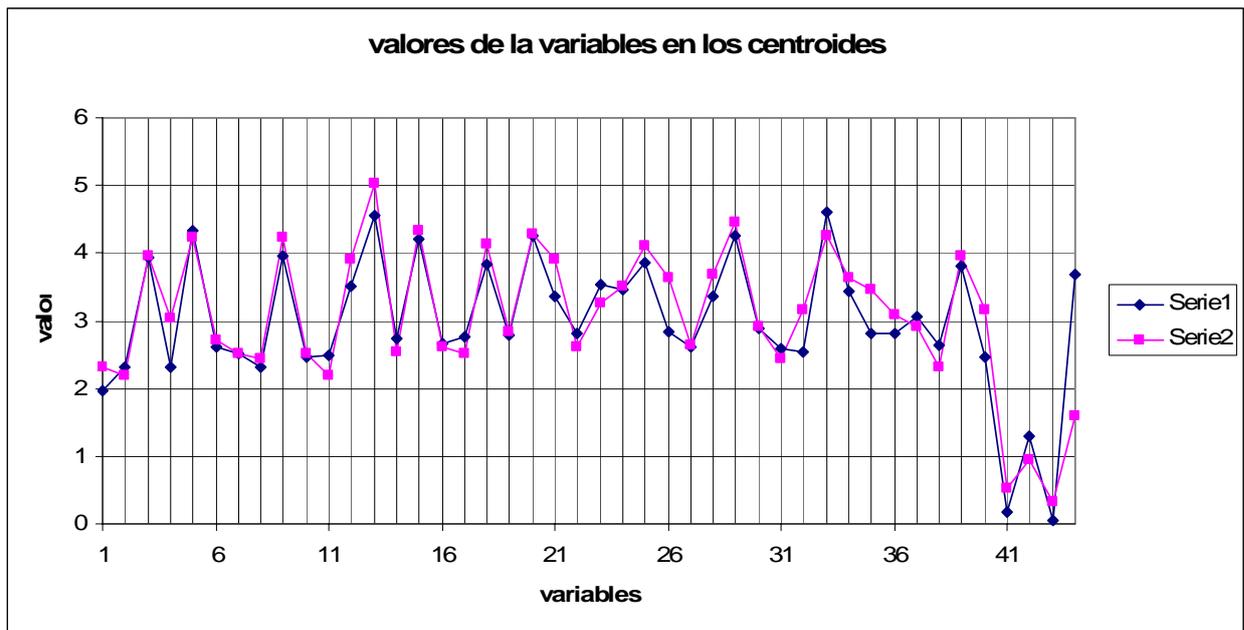
El hecho que no sean vistas como “buenas” o “muy buenas”, sino más bien calificadas como regulares, nos muestra que los sujetos no están totalmente satisfechos con las mismas, y si tomamos en cuenta la teoría, los modelos paternos y la relación que se ha mantenido con ellos durante la infancia definen nuestras relaciones posteriores, lo que los pacientes no han logrado cumplir satisfactoriamente. Debido a que se comportan de manera similar, es decir, al estar tan relacionadas entre sí, implica que la relación expuesta en los capítulos teóricos (*relación paternal pobre = relación conyugal mala = IRC*) es efectiva en nuestros pacientes.

### **Análisis de los dos clusters de pacientes**

Una vez establecidos estos 4 grupos, se pasó a procesar los resultados obtenidos en el test de Rotter y en las historias clínicas, para encontrar cruces y correspondencias entre los mismos. A partir de lo cual, por medio de los procedimientos explicados en la metodología, la población estudiada se dividió en dos grupos de pacientes, que comparten características similares.

Tal y como lo podemos observar en el siguiente gráfico, la mayoría de las respuestas dadas al test tienen una puntuación de 2 a 5 (P1 y C2), el mismo que corresponde a un término medio de conflictividad tendiendo hacia una conflictividad alta, con la ausencia casi total de respuestas positivas. Además, podemos ver que el cuarto grupo de variables de las historias clínicas manifiesta calificaciones más conflictivas, ya que la escala va de forma inversa. Recordemos que este último es el grupo que define a los pacientes que pertenece a cada uno de los clusters.

**Gráfico 48: Valores de las variables del test de Rotter y de la historia clínica**



La mayoría de los pacientes de la *serie 1* es de sexo masculino, mientras que, de la *serie 2*, es de sexo femenino. Se puede observar que, en ambas series, la mayor parte de los pacientes califican como “mala” a su vida, desde la infancia hasta la adultez (percepción para la cual interviene mucho la enfermedad). Su vida social también está muy alterada, inestable y aislada, provocándoles mucha insatisfacción. El nivel de instrucción es mayor en la serie 1.

La relación con la madre es vista como “muy mala”, al igual que su vida conyugal y sexual, última característica que se ve reflejada en la frecuencia de relaciones sexuales, la misma que, en la mayor parte de los pacientes de ambas series, es de “una vez al mes”. Este dato es corroborado por los resultados obtenidos en la estadística descriptiva.

Otro dato importante, en donde difieren un poco los resultados de las series, es con relación al grupo cuatro de variables (la relación conyugal y la relación con el padre), en donde la serie 1 las califican como “buena”, y la serie 2, como “mala”.

En las respuestas al test de Rotter también existen interesantes resultados con respecto a las puntuaciones y los conflictos de los pacientes, debido a que aquí interviene la proyección, mecanismo que burla la resistencia consciente ante ciertos temas que pueden resultar dolorosos para el paciente o socialmente inaceptables.

En general las calificaciones no varían entre las dos series, sin embargo, en algunos casos, sí se presentan variaciones significativas. La mayor parte de respuestas dadas van de neutras a conflictivas dos, refiriéndose, sobre todo, a temas relacionados con los estragos y molestias causadas tanto por la enfermedad como por su tratamiento, así como el temor a la muerte, la esperanza de recuperarse (incluso esperando milagros religiosos), la inutilidad y sentimientos de culpa por la enfermedad, la angustia por sus seres queridos en caso de que ellos llegaran a faltar, entre otras.

Los ítems del test que se relacionan con este estudio, debido a que apoyan la confirmación de nuestra hipótesis, muestran variaciones más significativas tanto entre las dos series como en el tipo de respuestas dadas por las mismas.

Estos son:

En la pregunta 4 (*Al regresar a mi casa*), se puede observar que las respuestas varían: en la serie 1 son puntuadas como P1, mientras que en la serie 2, el puntaje es N. Por lo tanto, existe un ligero conflicto al regresar a la casa, lo que se relaciona con la convivencia familiar.

En los reactivos 7 (*La/El joven*), 10 (*Las personas*), 19 (*Los otros jóvenes*) y 40 (*La mayoría de los jóvenes*) que hacen referencia a las relaciones interpersonales, las respuestas se califican como positivas y en su mayoría neutras, las últimas muestran la existencia de cierto conflicto, ya que los temas expresados hacen referencia a una visión y sentimientos negativos hacia los demás.

Es interesante notar que el puntaje de la serie 1 con respecto a la frase estímulo 11 (*Una madre*), es mayor que el dado por la serie 2, con una respuesta neutra de 3 puntos; lo que sugeriría que este grupo muestra mayores conflictos en relación a la figura materna. Mientras que, en la pregunta 35 (*Mi padre*) que aborda el tema de la figura paterna, el puntaje se muestra considerablemente mayor en la serie 2, el mismo que expresa una respuesta conflictiva de 4 puntos, siendo neutra para la otra serie. Los contenidos de las mismas hacen alusión a duelos irresueltos, falta de cariño, ausencias, entre otros.

Otra respuesta interesante es la dada ante el ítem 21 (*Fracasé*), de 3 puntos (neutra) en la serie 1, y conflictiva de 4 puntos (C1) en la serie 2. La mayor parte de los contenidos de estas respuestas hacen referencia a la enfermedad, y algunas también, al fracaso en sus relaciones conyugales.

Las respuestas ante la pregunta 26 (*El matrimonio*) son conflictivas (C1) para la serie 2, mientras que para la serie 1 son neutras. Los contenidos de las mismas hablan sobre su insatisfacción en torno a la relación de pareja, así como sobre la presencia de divorcios o de viudez.

En el ítem 32 (*Soy muy*), ambas series tienen una puntuación neutra, aunque la serie 1 muestra cierto aumento. Las principales respuestas ante esta pregunta están en torno a los rasgos de carácter, como 'soy muy impaciente', 'resentido', 'irascible, bravo o rabioso', 'triste', 'estricto', etc.

En general, los resultados de las preguntas del test de frases incompletas de Rotter, en su mayoría se mantienen en un nivel neutro, ligeramente conflictivo. Esto, basándonos en la teoría, puede ser interpretado, argumentando que los conflictos de los pacientes permanecen reprimidos y atrapados en su interior, en su inconsciente, y no consiguen alcanzar la consciencia para poder ser expresados verbalmente, por lo tanto ante la falta de una abreacción de los mismos, estos conflictos se tornan aún más patológicos, desembocando en síntomas físicos.

Como se describió en el capítulo 5, la IRC estaría vinculada con los problemas en las relaciones afectivas, sobre todo con relación a la pareja, la cual está directamente determinada e influida por las figuras paternas (en el caso de las mujeres) y maternas (en el caso de los varones) y la relación mantenida con las mismas.

Este hecho que ha sido objeto de años de estudio por parte del Psicoanálisis, empezando por Freud hasta llegar a las investigaciones modernas, se comprueba al haber analizado los casos de los pacientes que asisten a Baxter, a través de los resultados obtenidos en las pruebas realizadas y luego procesados estadísticamente en este estudio.

Efectivamente, la mayoría de los pacientes expresaron una relación conflictiva con sus figuras paternas, tanto en la historia clínica como en el test; aunque en la primera no sea tan evidente debido a que entran en juego los mecanismos de defensa psicológicos, lo cuales posteriormente, son burlados por el test. Aún así, se presentaron respuestas que muestran conflictos en torno a la relación conyugal, información que es incluso corroborada por la poca frecuencia de encuentros sexuales mantenidos antes y después de la enfermedad, los mismos que son un claro indicador de la presencia de conflictos, ya que una vida sexual sana dentro de la pareja, refleja una relación conyugal satisfactoria para el sujeto.

Sin embargo, no son únicamente las malas relaciones en la pareja aquellas que se vinculan con la enfermedad, sino, tal y como lo afirma la teoría, se trata de malas relaciones de *comunicación* con los semejantes, ante los cuales las personas se muestran muy críticas. Por lo tanto, al analizar las respuestas en torno a las relaciones interpersonales, se pudo comprobar que éstas no resultan satisfactorias para los sujetos analizados, muchos de los cuales sienten y ven a las otras personas en términos negativos; lo cual, se confirma a través de la historia clínica donde los pacientes expresaron insatisfacción e inestabilidad con respecto a su vida social.

Los resultados manifiestan que las personas no han superado la fase de proyección, y así, al mostrarse tan críticos y exigentes con los otros, siguen manteniendo su *sombra* apartada, consiguiendo que esto se torne tan conflictivo que pasa a ser ***una condición necesaria pero no suficiente***, es decir, un factor de riesgo, para el desarrollo de su enfermedad actual.

Pudimos observar que el porcentaje de pacientes mujeres es menor que el de hombres; así, en la historias clínicas, ellas sí manifiestan la presencia de problemas conyugales y de relación, lo que podría relacionarse con el hecho de que exista una mayor capacidad de expresión por parte de las mismas, ya que al hablar libremente de estos problemas, el material inconsciente tiene la oportunidad de salir a flote, disminuyendo su potencial patológico y evitando, de esta manera, que éste busque su pronunciamiento y salida a través del cuerpo en forma de un síntoma irreversible.

Las frases estímulo del test de Rotter que se relacionan con esta problemática son justamente aquellas que se puntúan de una manera más conflictiva. Así por ejemplo, con respecto a la figura materna (ítem 11), la serie uno –en la que como recordaremos, prima el sexo masculino–, manifiesta respuestas neutras, mostrando un conflicto ante la misma. Mientras que en el ítem 35, en relación a la figura paterna, en la serie dos –en la que predomina el sexo femenino–, las respuestas son ligeramente más conflictivas. Es

decir, ambas series, muestran un conflicto con estas figuras; y, por lo tanto, nuestros pacientes presentan alteración en relación a sus arquetipos ‘ánima y ánimus’, indispensables para una vida de pareja sana.

De la misma manera, en el ítem 26, con respecto al matrimonio, se observó una diferencia en las puntuaciones, presentando la serie dos respuestas más conflictivas en torno al mismo. Como se vio, sus respuestas reflejan sentimientos de insatisfacción conyugal que, en algunos casos, desembocó en divorcios e incluso maltrato.

Así, a través de este estudio, tanto teórico como práctico, por medio del procesamiento estadístico de los datos obtenidos de los pacientes, hemos podido demostrar *la relación existente y casi siempre ignorada, entre la vida psicoafectiva y el surgimiento de ciertas enfermedades, como la IRC*, la cual va a ser aún más evidenciado en el análisis de los resultados del TAT, expuestos a continuación.

### **5.2.3. Análisis de los resultados del TAT**

A continuación, presentamos el análisis de los resultados encontrados en el Test de Apercepción Temática (TAT), de Murray, test que como ya lo dijimos, fue aplicado a diez pacientes (cinco hombres y cinco mujeres) elegidos al azar.

Cabe resaltar, que de una manera generalizada, hemos identificado a la *represión* como mecanismo de defensa global con relación a todos los pacientes sometidos al test, debido a que casi todas las historias son muy cortas de extensión, lo que evidencia la presencia de rasgos depresivos entre los mismos. Por otro lado, la mayoría de las historias muestran una clara *proyección* de la situación actual de los pacientes y de sus experiencias personales de vida.

#### **5.2.3.1. Interpretación de cada aplicación**

*Caso # 1: (Hombre, de aproximadamente 50 años, casado)*

##### **Lámina 1**

Es un muchachito... parece estar con el celular, con los dedos metidos en la boca, parece ser una arma la que tiene sobre la mesa. Como muchos niños, piensa en la cuestión de la pobreza, en las cosas que pasan en la vida, a nivel mundial, las guerras, las muertes. Antes, muchas cosas le pudieron pasar, peleas en el hogar, con los padres, sufrimientos, peleas. El niño... ahora, en estos tiempos los niños terminan suicidándose por estas anomalías.

##### **Lámina 2**

Son dos señoras, están de frente. En el centro parece ser un hombre junto a un caballo, algo le pide el hombre a la señora, porque la otra está llevando el libro y le ve con mala cara lo que le dice, tal vez le estará pidiendo disculpas o algo y la otra está bien macha.

##### **Lámina 3VH**

¿Es una señora?, no se identifica bien si es señora o un hombre. Parece estar embriagado, está contra un poste, está así por la embriaguez, desconsuelo, una decepción de la vida, por eso está en ese estado.

##### **Lámina 4**

Parece ser un esposo y una esposa. el hombre se encuentra medio desaforado como que quiere ir saliendo, y la esposa le ruega, hay un cambio de carácter. Por el machismo del hombre por eso

parece que está yéndose, saliendo de la habitación y la señora le trata de retener. Al final no sé si se va el hombre o la mujer le avanza a convencer.

### **Lámina 6VH**

Parece ser la mamá con el hijo, igual el hijo se encuentra medio desconsolado, triste por algo que le ha pasado; le pide algo a la madre para que le perdone, le disculpe lo que ha hecho, la mamá no le da atención al hijo, no sé cómo terminará, si la madre le da atención o le perdona para que el hijo esté en paz. A lo mejor él cometió algún error, a veces son hijos revelados que no le dan mucha atención a la mamá, y a última hora se arrepintió y por eso pide disculpas a su madre.

### **Lámina 7VH**

La misma escena del padre con el hijo, algo haya hecho el hijo porque el padre le recrimina, le da consejos al hijo, pero de todos modos el hijo escucha con atención los consejos que le da el padre. A la final quizás el hijo entre en conciencia y lleguen a un feliz término.

### **Lámina 13HM**

La madre muerta en la cama y el hijo llora desconsolado por la muerte de su madre, llora, queriendo coger un libro, a lo mejor sea de cantos u oraciones para cantar a su madre que se encuentra muerta. Moriría por muerte natural, o suicidio, o cuantas cosas que pasan e la vida... más, una muerte natural.

### **Lámina 16**

¿La historia de mi vida? He sido policía. He trajinado por todas las provincias del país. Me he sabido llevar con la gente mostrando mi profesionalismo; he sido querido por la gente, he visto lo bueno y lo malo en todas las provincias, gente buena y mala. He estado 20 años, 4 meses y 3 días en la institución policial y llevo los recuerdos buenos y malos. Por mi enfermedad, me jubilé dando gracias a Dios por todo lo bueno que he recibido, y al uniforme por todo, y maldiciendo a los jefes malos y corruptos que tuve. Formé un hogar, regresé a mi familia que les dejé solos mucho tiempo. Hay mucha comprensión, son 30 años de matrimonio, siempre me acompaña, nos llevamos muy bien, no hemos peleado, ella me entiende por mi enfermedad, sobreponiéndome a mi enfermedad, sobre mi familia, todos, pero estamos sobreponiéndonos.

### ***Interpretación***

Todas las láminas muestran un proceso del pensamiento que revela una buena organización del argumento e integración del yo. El superyó es apropiado en la mayoría de las láminas; sin embargo, en dos ellas (1 y 3VH) éste no lo es.

Los conflictos más significativos y recurrentes en las láminas son: entre la alegría y la depresión, entre la vida y la muerte, entre la rebeldía y la sumisión, entre la dependencia e independencia, entre el apoyo y la soledad, entre la huida y el afrontamiento, entre la superioridad e inferioridad, entre aceptación y crítica, entre seguridad e inseguridad. Por otro lado, se observa falta de control de impulsos, conflictos orales; agresión reprimida, rasgos obsesivos, sentimientos de culpa y arrepentimiento.

La mayoría de estos conflictos están relacionados a la situación actual del paciente, con respecto a la ansiedad que le causa su enfermedad, lo que se muestra, sobre todo, en los temas que hacen referencia a la lucha y a la muerte. Además llaman mucho la atención los conflictos en las relaciones tanto interpersonales, de autoridad, y principalmente, con respecto a las figuras paternas (en especial con la figura materna), y conflictos sexuales y conyugales.

Las láminas muestran sus necesidades orales y de comunicación. Por otro parte, se evidencia la necesidad de aprobación, admiración, tranquilidad y aceptación de la realidad, además de necesidades espirituales.

La naturaleza de las ansiedades principalmente gira alrededor del daño físico o castigo, de enfermedad o lesión, falta o pérdida de amor, de ser abandonado o dejado sin ayuda, de ser destruido, de sentirse abrumado; además, de una clara ansiedad ante el afrontamiento de problemas y ante la muerte, ante el descontrol de las situaciones, y ante la sumisión.

El medio ambiente es visto como desesperanzador y en crisis, con mucho sufrimiento; autoritario y castigador, decepcionante y sin apoyo, sumiso y sofocante, crítico, de desaprobación y privación, solitario, de pérdida, y corrupto.

Los mecanismos de defensas más sobresalientes en este caso son la represión y la proyección, la racionalización, la regresión, el retraimiento, la compensación, la idealización y la sublimación.

Como conclusión, en este paciente nos llamó mucho la atención la presencia de temas de peleas y discusiones, tanto en relación a su pareja, como en situaciones de madre e hijo, haciendo hincapié en los sentimientos de culpa, de desconuelo, puesto que es él quien se muestra como el culpable de estos altercados, pero al mismo tiempo, busca justificarse por medio de las situaciones externas y atribuyéndolas al resto, mostrando además, crítica y victimización en este sentido.

### *Caso # 2: (Hombre, aproximadamente 30 años, separado)*

#### **Lámina 1**

Un niño pensativo, pensativo... contemplando un violín, tocando sus cuerdas. Está como afligido, quizás no sabe tocar el violín.

#### **Lámina 2**

Una señora... creo que es religiosa, con la Biblia en la mano. Un señor, atrás, está arando. Una señora en el poste, arimada en el árbol, parece que está embarazada, por la pipa. Son gente del campo. Las dos mujeres están serias (porque son así) Tristes, no parece tampoco contentas. El otro... no sé, porque está de espaldas... En un paisaje de horizonte, de montañas.

#### **Lámina 3VH**

Un hombre, o bien lamentándose o borracho.. nada más... Tal vez por sentimiento por su novia, o mujer. No se sabe bien por qué... Uno se aflige por muchas cosas... Lamentándose, quizás porque no tiene trabajo o dinero, o está solo y extraña a su familia.

#### **Lámina 4**

Está medio furioso el hombre. La chica trata como de detenerlo.. A lo mejor le ofendieron a la chica y ella lo detiene, o tal vez, él se quiera ir de la casa... Ha de querer irse a la cantina, porque tal vez se sienta mal. Si se llevan bien, pero deben estar teniendo algún problema.

#### **Lámina 6VH**

Una pareja: una señora ya de edad, y el joven con cara de preocupado... Abuela y nieto. Tal vez le tiene algo que decir y no sabe cómo... Con cara de asombrada, por lo que le está diciendo.

Será que quiere irse a otro lado, a otra ciudad (porque vivía con ella) Ella no ha de querer que se vaya, entonces se asombra... Pero esas cosas no son de buena noticia!

### **Lámina 7VH**

Parece padre e hijo. El padre está medio contentón.. Pero el hijo está con mala cara. Será que le están reprochando, o le están aconsejando. Reproche no... porque está contento.. Le está hablando de la vida, dándole consejos. También puede ser el abuelo, o un desconocido, que le está hablando o conversando con él. El joven ha sufrido algún maltrato o problema con la novia, trabajo, o se encontró con alguna persona no grata en la calle.

### **Lámina 13HM**

Algunas teorías:

- 1) El hombre llegó a la casa y encontró a la mujer tendida, enferma o muerta. La hermana, puede haber sido, algún familiar o una pareja porque está afligido... Dice ¿por qué? ¿Por qué?
- 2) Lamentándose y arrepentido porque la asesinó. Talvez era la mujer, novia o mocita. Asfixiándola o estrangulándola.. no se ven armas ni de fuego, ni cortapunzantes.. y la chica tampoco se ve herida.

### **Lámina 16**

La caperucita roja y el lobo. La caperucita va cantando con la canasta hacia donde su abuelo, y el lobo acechándola. Los animalitos del bosque le hacen un camino a la caperucita, y, a lo lejos, se ve la casita de la abuela. Nadie se ha dado cuenta que el lobo sigue acechándola.

### ***Interpretación***

Las historias de este paciente muestran una buena organización de argumento. El superyó se muestra apropiado en la mayoría de las láminas; sin embargo, en una de ellas (4) se manifiesta como 'indulgente'.

Los conflictos más significativos y recurrentes son: conflictos sexuales y de pareja, ambivalencia afectiva, falta de control de impulsos; además: conflictos entre la inutilidad y el logro, entre el control y el descontrol, entre la soledad y la compañía, entre el afrontamiento y la huida, entre la pasividad y la agresión, entre la libertad y la dependencia, entre el apoyo y el desamparo, entre la seguridad y la inseguridad, entre la estabilidad y la inestabilidad, entre la justicia y la injusticia, entre la salud y la enfermedad, entre la inferioridad y la superioridad (lo que se enmascara en el mecanismo de proyección), entre la integración y la discriminación (en las relaciones interpersonales compensando este sentimiento con grandiosidad). Existe mucho resentimiento, principalmente con relación a la figura femenina.

Sus principales necesidades son las de buscar explicaciones y excusas, y de huir de la realidad; necesidad de compañía, de tranquilidad, de comunicación, de libertad y autosuperación, de apoyo. Además se evidencian necesidades orales y agresividad reprimida, aislamiento, y una preocupación ante el futuro de sus hijos, debido a su falta de salud.

En general, el medio ambiente es visto como abandonante, solitario y restrictivo, dificultoso, de vicio, ofensivo y represor, peligroso e inseguro pero a la vez esperanzador, injusto e inferior.

La naturaleza de las ansiedades es sobre todo de desaprobación, inutilidad, de control, de falta de apoyo espiritual, de falta o pérdida de amor, de ser abandonado, de pérdida o carencia, de competitividad, de ser abrumado. Se hace presente su ansiedad ante la enfermedad, lesión y muerte, ante el daño físico y el castigo, ante el ser destruido.

En este caso, los mecanismos de defensa que más sobresalen son la represión y la proyección, la formación reactiva, la identificación, la regresión, la racionalización, el desplazamiento y la compensación.

Lo más relevante de este paciente es el énfasis que pone en las relaciones de pareja problemáticas, y en la necesidad de huir de ellas a través de los vicios y de la infidelidad, sin lograr enfrentar la realidad. Estos temas son una clara proyección del rechazo a la figura femenina, que el paciente la desplazó en su *sombra* no aceptada, la misma que refleja la repetición de los mismos patrones de su madre, relacionándose con mujeres parecidas a ella, que terminan abandonando a su pareja.

### ***Caso # 3: (Mujer, 60 años, casada)***

#### **Lámina 1**

Una niña todavía pequeña... creo que está estudiando o jugando (¡No se ve bien!)... está pensando ¿qué podría hacer?... No sé qué será, tal vez está queriendo hacer un experimento... Está pensativo ni contento ni triste... por los dedos en las sienes.

#### **Lámina 2**

Están 3 personas: 2 señoras y un señor en un caballo... caminitos para ir a unas casitas... Están lejos, lejos de las casas. La una, lleva su libro al brazo, ¿será profesora? Se está yendo a enseñar, revolviendo a verle a la señora que es su mamá. El señor es el esposo de la hija y está yéndose a trabajar. La otra señora está triste, viendo a la hija que se va... se queda la familia a lo lejos.

#### **Lámina 3VH**

(Le da vueltas a la lámina varias veces)

Un niño se ha quedado dormido porque estaba estudiando. Está lejos de su casa, a lo mejor estaba jugando. O estaría enfermo también por los pies, y porque está mal sentado. O está mal, o está dormido, o enfermo. No se muere, solo es un bultito nada más.

#### **Lámina 4**

Son esposos... El esposo se ve contrariado, no se sabe por qué, pero no le quiere revolver a ver a ella. Están disgustados por algo que ella hizo, por eso no quiere ni verle. Sí se van a arreglar... Esos disgustitos no son muy graves...

#### **Lámina 6NM**

El papá y la hija... ella está en un escritorio. Ha estado escribiendo, pero el papá le llama la atención y le habla por nada. Tal vez quiera averiguar de un secreto, ¿qué es lo que va a hacer? Parece que ella está bien. Ella se revolvió bruscamente, pero no tiene miedo porque él le está sonriendo. Están conversando así no más.

#### **Lámina 7NM**

Es una mamá con su hija. La mamá le está leyendo y la hija no le atiende ... Se revuelve preocupada por alguna otra cosa. Tiene un perrito (o un gatito) dormido en sus brazos. Está triste, no sé por qué... Tal vez no le gusta lo que le están leyendo.

### **Lámina 13HM**

(Se sorprende)

La señora está enferma o parece estar ya muerta y el esposo está ahí parado, llorando. A lo mejor estaba enferma. El marido le fue a ver y le encontró muerta. Era una pareja feliz porque al esposo ahora se le ve muy triste. Ahora le han de velar y enterrar... Todo se acaba ahí, ahí enterrada.

Esa es la muestra de la vida de nosotros. Todos algún rato debemos irnos... Muy triste para el esposo, para volverse loco.

### **Lámina 16**

Póngase que ya me muera, ya no hay vida... Pero el espíritu tiene que salir...

#### ***Interpretación***

De una manera general, las láminas muestran un proceso del pensamiento que revela una buena organización de argumento e integración del yo. El superyó es apropiado en la mayoría de las láminas, con excepciones de las láminas 4 y 6NM.

La mayor parte de conflictos significativos y recurrentes presentes en las láminas giran entre: acción y pasividad, valía e impotencia, compañía y soledad, salud y enfermedad (vida y muerte), lucha y resignación, expresión y represión, resentimiento y perdón, conformidad y rebeldía, privacidad e invasión, preocupación y tranquilidad, recuerdo y olvido, falta de expectativas ante el futuro. Además, se evidencian conflictos sexuales (por ejemplo, con relación al ser madre) y conyugales, y también en relación a la figura paterna.

En relación a las principales necesidades de la paciente, están la de agresión reprimida, la necesidad de expresión, la necesidad de enfocarse en el aquí y el ahora. Además expresa necesidades de espiritualidad y despedida de seres queridos, de inmortalidad.

Las ansiedades que más se repiten son: con respecto a la muerte, de enfermedad o lesión, de ser destruido, de permanencia espiritual, de desaprobación, de inutilidad, de ser abandonado, de falta y pérdida de amor, de daño físico y castigo, de desaprobación, de invasión personal (es decir, de pérdida de la individualidad), de ser abrumado y no poder resolver los problemas. Se evidencia sentimientos de culpabilidad.

El medio ambiente lo considera como poco activo, solitario, exigente, conflictivo, invasivo y de tensión, de preocupación y finito.

Los mecanismos de defensas presentes en las historias son: compensación, intelectualización, racionalización, represión, regresión, formación reactiva, racionalización, negación, aislamiento y proyección.

También en este caso se pudo evidenciar la presencia de conflictos con relación a la figura paterna, manifestados a través de la constante alusión que la paciente hace a secretos y reprimendas. Además es notable que, en las láminas relacionadas con la pareja, es la mujer quien comete la falta. A pesar de que conscientemente ella no habla de la existencia de estos problemas, de manera proyectiva, pudieron salir a flote.

*Caso # 4: (Mujer, 26 años, soltera)*

**Lámina 1**

No puedo decirle, no se qué es...

**Lámina 2**

Es cuando estudiaba yo, iba muy bien, me decepcioné y dejé los estudios; ya no me interesaba nada. Comencé a estudiar con ánimos, pero me decepcioné y terminó todo con mis estudios, cuando entré a diálisis.

**Lámina 3VH**

Yo tenía iras, decepción ya no quería saber nada, no me interesaba nada. Estaba de mal carácter con mis padres, me encerraba; lloraba constantemente hace un año por la diálisis... para mi todo cambió con la diálisis.

**Lámina 4**

Nada, no veo nada... nada.

**Lámina 6NM**

Me acuerdo de mi papi, cuando estaba conmigo, me acompañaba siempre.

**Lámina 7NM**

Cuando estaba con mi hermana, me acompañaba a hacer los deberes, me contaba cuentos.

**Lámina 13HM**

Nada, no me sale nada.

**Lámina 16**

Tampoco... nada.

***Interpretación***

Este es un caso muy interesante puesto que, aunque no es rica en cuanto a producción de historias –debido a que la paciente no se sometió a la consigna por un gran bloqueo inconsciente–, demuestra claramente, a través de este comportamiento, la presencia de una fuerte depresión que la incapacita, casi por completo, a la producción de historias.

Parece ser que su infancia dolorosa le impide incluso producir en la primera lámina, la cual tiene como objetivo el introducir lenta y pasivamente al test, trayendo supuestamente recuerdos poco dolorosos y conflictivos de la infancia.

Sin embargo, en las pocas láminas sobre las que algo acotó, hizo caso omiso de los personajes existentes, refiriéndose únicamente a experiencias personales surgidas gracias al estímulo, en las cuales comenta sobre el sufrimiento que desde niña tuvo, debido a su relación familiar, especialmente con su padre y hermana. Además se refiere a los inconvenientes resultantes de la enfermedad que la han incapacitado y desvalorizado como persona desde niña, habiendo por ella incluso dejado sus estudios, cosa que aún no logra superar.

Es importante para este estudio destacar que las láminas en las que mostró mayor resistencia son justamente aquellas relacionadas con la figura materna, cuya

relación efectivamente es extremadamente conflictiva. Relacionando este hecho con las láminas referentes a las relaciones de pareja, en las cuales la paciente muestra mucha resistencia y rechazo a las figuras masculinas, podría ser que ella no logró resolver adecuadamente la rivalidad hacia su madre, fruto del complejo de Edipo, evidenciado en la relación estrecha y el gran cariño que le tiene a su padre, que la lleva incluso a asumir el papel materno con su hermana menor.

### *Caso # 5: (Mujer, 50 años, soltera)*

#### **Lámina 1**

Aquí veo un niño, parece que estuviera en una posición triste, sufrido, solitario.. llorando. Le podría haber pasado antes alguna desgracia como que no le dieron algo que necesitaba o más triste que eso. Parece que estuviera con alguna pérdida grande, irreparable. Tiene que aceptar las cosas que no se pueden cambiar para que toda esa tristeza, que veo yo ahí que aparenta, no continúe invadiendo su interior. ¿Qué puede ser esto de aquí? Parece que eso fuera una mesa... está sentado ahí solo, unas cosas que estuvieran ahí vacías que no quisiera saber nada porque yo aquí veo que parece un plato, algo vacío.

#### **Lámina 2**

Una señora muy bonita, parece que tiene una historia en la mano.. como el libro que siempre me hubiera gustado, la Biblia.. parece que fuera eso. Al otro lado veo una señora del campo, parece que sufriera mucho, tiene su cara manchada. Muestra, en su rostro y en su perfil, tristeza, parece que sufriera de mucha pobreza como que no estuviera muy animada, descuida de sí misma.. en un lugar del campo. Igual veo unas casas pequeñas, y un hombre como joven, muy joven, muy fornido.. un caballo blanco, y el hombre parece que estuviera amenazándole al caballo.. Una loma.. los horizontes tristes en el campo en que viven.. La señora parece que llevara un trabajo muy cansado porque como que estuviera muy cansada de aquello.. Y parece que fuera pobre, o sea, no está bien vestida.. y nada más.

#### **Lámina 3VH**

Aquí veo una persona joven, parece que fuera ... Lleva sobre sus espaldas, no sé si un peso, una carga difícil y está cansado.. sufridísimo. Está poniendo su mano sobre un pilar y su cabeza sobre la mano, como que descansada de aquel fatídico trabajo; muy pobre. Tal vez sin mucha aspiración al futuro, como que se desmayó ahí no más y listo.

#### **Lámina 4**

Aquí veo una pareja.. de una mujer muy amorosa. También bien presentada y a un señor de una cara enojosa, parece que él estuviera rechazándole a ella, como que ella le estuviera pidiendo amor a ese hombre, y ese hombre como que no le acepta, tiene su mirada para otro lado, como que le desprecia.

#### **Lámina 6NM**

Aquí también está una pareja, porque está una señora muy bonita, muy arregladita y el hombre... no le puedo describir bien porque está solo la cara, solo que lleva un tabaco en la boca, como un hombre vicioso. Y ella como que le estuviera reprendiendo, de que no le hiciera eso, porque está como con la mirada hacia él y él también le tiene la mirada fija en ella. Y creo que son una pareja los dos; la señora como que está decepcionada, y el hombre como que tuviera una forma de disculparse con ella.. de lo que está con el tabaco en la boca, como que la mujer le estuviera reprendiendo.

#### **Lámina 7NM**

Aquí... (suspira) está una niña muy bonita con su mamá. Parece que la mamá le estuviera mimando porque tiene la mirada hacia la niña .. Y la niña como que estuviera despreciando lo

que la mamá le está leyendo, llamando. Una niña elegante también está muy bien vestida, muy peinadita y arregladita. La mamá también una señora muy bien vestida. Y parece que estuvieran en una cama o en un sillón.. La mamá le está mimando, llamándole, y la niña como que está despreciando esa mirada con cariño.

### **Lámina 13HM**

Aquí veo un muchacho adolescente que tiene tapada la cara con su mano.. es una expresión de sufrimiento, o sea, como si estuviera llorando.. y una mujer que está acostada en una cama, parece que estuviera enferma.. o talvez muerta, por los brazos que tiene así tirados en el piso, parece que estuviera muerta. Parece que fuera la mamá de aquel adolescente.. Y es un adolescente que ha estado estudiando por los libros que están ahí.. y está desesperado por la mamá que está en el piso, como que estuviera llorando desconsolado y solo.

### **Lámina 16**

Veo dos personas que se quieren mucho.. que todo lo que suceda, siempre van a estar juntos porque son el uno para el otro, y sufren mucho al separarse y tienen casi siempre las mismas ideas.

### ***Interpretación***

El proceso de pensamiento de esta paciente muestra una buena organización e integración. Su superyó se muestra inapropiado únicamente en la lámina 7NM.

Los conflictos significativos hacen referencia al amor y al rechazo de la madre, es decir, conflictos con la figura materna, además de un duelo irresuelto ante la muerte de la misma. Por otro lado, se evidencian conflictos: entre la superioridad e inferioridad, entre la dependencia y la independencia, entre la aceptación y la desaprobación, entre la realidad y la idealización, entre la soledad y la compañía; además de conflictos sexuales y de pareja.

Las necesidades que más se destacan en este caso son una necesidad de afecto de pareja y de compañía a través de una idealización de la misma (necesitando una pareja que sea 'igual' a sí misma), una proyección de sus propios aspectos negativos (*sombra*) en el sexo opuesto, un rechazo a su feminidad y a la maternidad, además de una necesidad de reconforte espiritual; un rechazo hacia su madre y una actitud negativa hacia la misma, que la lleva a sentirse superior y, por tanto, a sentir la necesidad de rechazarla, sin embargo, al mismo tiempo es evidente que existe un duelo irresuelto en relación a la misma.

Se evidencia una incapacidad de aceptar sus propias circunstancias; un rechazo a las discrepancias y opiniones que difieren a las suyas, y de exigir y controlar al resto; además de la presencia de un gran sentimiento de vacío. Sus respuestas denotan sentimientos de privación, de desesperanza profunda ante la vida y cansancio de luchar, una falta total de expectativas para el futuro, y resignación. También se muestran posibles conflictos sexuales, y agresividad reprimida.

Se pudo observar en sus láminas que la naturaleza de las ansiedades gira principalmente en torno a: la pérdida o carencia, al ser abrumada y dejada sin ayuda, la falta o pérdida de amor, ser abandonada; la falta de realización personal, la desaprobación, el ser destruida. Además se vio ansiedad ante el daño físico o el castigo, ante la enfermedad o la lesión, ante la muerte.

De una manera general, en la mayoría de las láminas, el medio ambiente es visto como de privación y despreciante, pobre, sin esperanza, solo y triste, decepcionante.

Los mecanismos de defensas presentes en las historias son, ante todo, la proyección; además, la racionalización, la anulación, la identificación, la represión, la regresión, la compensación, la formación reactiva, y la idealización.

Lo que más sobresale y llama la atención en este caso es la falta de aceptación que la paciente muestra ante su aspecto rechazado (*sombra*) a través de la fuerte idealización que hace de su pareja, sus grandes sentimientos de vacío y soledad, y necesidad de compañía y apoyo, y al mismo tiempo la negación y rechazo que trata de manifestar ante la misma. Además existe un fuerte rechazo a las opiniones que difieren a las de ella, a las discrepancias, y una necesidad de controlar e imponerse ante el resto. Como vimos en la teoría, todas estas son las características que sobresalen en los pacientes renales, con respecto a las relaciones de pareja y a las relaciones interpersonales, utilizando el mecanismo de la proyección para, con éste, enmascarar una fuerte negación y falta de incorporación de su propia *sombra*.

Otro aspecto importante es el duelo irresuelto con respecto a su madre, que incluso hace que se sienta superior a ella mostrando en las historias un rechazo inconsciente hacia la misma, que en las entrevistas y conversaciones mantenidas, no evidencia.

#### ***Caso # 6: (Mujer, de aproximadamente 40 años, casada)***

##### **Lámina 1**

Está triste. Tiene muchos problemas interiormente. Su autoestima es muy baja, está hasta despeinado. Está pensativo. Creo que su estado de ánimo está decaído, no sé por qué... algo le fue mal. No es lo suficientemente dotado de esa fortaleza para superarse, levantarse de la caída que tiene... Está viendo una guitarra, o un violín... más es un violín.

##### **Lámina 2**

Ella tiene una paz interior inmensa y maravillosa, que le hace reflejar a lo lejos. Es feliz. El libro, es una parte complementaria de ella, lo importante es lo que ella tiene adentro. Está en un campo, está ahí para ayudar a los demás. Las otras personas le están mirando. La señora y ella son amigas. Pero la otra no está nutrida ni determinada su autoestima; a ella le falta amarse más, está desanimada.

##### **Lámina 3VH**

No sé si está durmiendo o borracho, pero lleva una vida desordenada porque carece de autoestima; su espíritu no está nutrido ni fortalecido. No se valora ni como ser humano, ni como persona ni como ciudadano. Eso es lo que refleja su actitud... El momento en el que el ser humano lleva una vida desordenada, todo lo refleja pues carece de muchos valores.

##### **Lámina 4**

Ella le está preguntando algo y el señor está mirando a otro lado, como si no le estuviera prestando atención. No es una pareja, es una actuación (como de una novela o una película)... Pero ambos sí tienen salud mental... pero espiritual, no mucho.

##### **Lámina 6NM**

También están actuando (talvez cine o telenovela). La señora le está preguntando, no sé qué. Hace el papel de esposa o enamorada. Un buen estado... pero no del todo.

### **Lámina 7NM**

Una niña y una mamá. Algo le dice la mamá y la niña no le hace caso. Ella está con su muñeca, y la mamá le está leyendo un libro. La mamá le quiere mucho, pero a la niña no le gusta lo que ella le dice. No es un cuento, por eso no se interesa... La niña no está tan triste, pero su personalidad no está suficientemente definida, por eso no valora lo que la mamá le dice.

### **Lámina 13HM**

Ella está acostada en la cama. El señor como que se restrega los ojos. Está triste porque a lo mejor la señora está enferma, o puede estar levantándose de dormir... No, enferma mismo está, porque es como si la cara estuviera lastimada. Él está con corbata... ¡entonces no puede levantarse de la cama ya con corbata! Es el esposo.

### **Lámina 16**

El blanco significa pureza, limpieza. Me siento en paz conmigo mismo...No se me ocurre ninguna historia.

## ***Interpretación***

Todas las láminas de esta paciente muestran un proceso del pensamiento que revela una buena organización del argumento e integración del yo. El superyó es inapropiado – inconsciente en las láminas 1, 2, severo en la 3VH, 4, 6NM, 13VH y 16, y apropiado en el resto de láminas; por lo que se puede concluir que muestra un superyó bastante arraigado y fuerte.

Entre los conflictos que más se repiten y más significativos están: conflictos ante la figura materna, conflictos con la figura masculina, y posibles conflictos conyugales. Además están los conflictos entre la superación y el estancamiento, entre la esperanza y la desesperanza, entre la necesidad de admiración y la inferioridad, entre el vacío interior y la fortaleza, entre el control de las situaciones y el fracaso ante las mismas; entre la expresión y la represión, entre el ser aceptada y el ser ignorada, entre el yo y el Ideal del yo. Algunas de las láminas sugieren ciertas tendencias paranoides y de grandiosidad, además de sentimientos de culpabilidad.

Muchas de las láminas son una clara proyección personal: no encuentra fortaleza suficiente y sus propios problemas la abruma. Entre las necesidades del héroe principal destacan una compensación hacia un sentimiento de inferioridad que debe ser otorgado o proyectado en los otros, necesidad de huida y falta de control y afrontamiento ante los problemas, necesidad de apoyo y de atención, necesidad de expresarse; incapacidad para afrontar la realidad y necesidad de ‘esconder’ algo. Por otro lado, se encuentran sentimientos de inutilidad y debilidad, tal vez incluso como una ganancia secundaria de la enfermedad. Además se evidencian posibles conflictos sexuales y conyugales, y ante la relación sexual en sí misma; así como conflictos con las figuras paterna y materna, y necesidades orales.

Es muy interesante y recurrente en las láminas la insatisfacción personal y conyugal de la paciente, y la necesidad que tiene de ‘aparentar’ en su vida. Así, se debe anotar que en todas ellas está presente la ansiedad ante la desaprobación. Muchas de ellas manifiestan su ansiedad de ser abrumada y dejada sin ayuda, de quedarse sin fuerzas, de falta o pérdida de amor, de ser destruida, de ser ignorada.

El medio ambiente es visto como frustrante, desesperanzador, de poco apoyo y poca motivación. Sin embargo, también pudo notarse que, en muchos casos, ella se siente como 'centro de atención' a pesar de sentirse también ignorada. Es visto también como rígido, restrictivo y crítico, falso, poco interesante e impositivo.

La represión es el mecanismo de defensa más fuerte en la paciente, presente en casi todas las láminas. Además, se destacan la proyección y la identificación, la racionalización, la formación reactiva, la compensación y el desplazamiento, la sublimación, la regresión, la negación y el aislamiento.

Como conclusión, al haber analizado las láminas, la paciente muestra bastante conflicto en relación a la figura materna; lo que influye, una vez más, con conflictos ante la figura masculina y en las relaciones de pareja. Cabe destacar que en la lámina 16, lámina en blanco, se produjo un bloqueo por parte de la paciente, lo que demuestra un fuerte superyó que utiliza el mecanismo de resistencia y de represión para expresar sus sentimientos, con una fuerte tendencia de mantener las apariencias; la misma que coincide con las historias hechas en otras láminas para las cuales la paciente recurre a escenas actuadas, en donde son los actores los personajes que 'actúan' y no viven las experiencias. Es evidente una gran tendencia a proyectar en el resto lo que a ella no le gusta o critica, como una forma de negar su *sombra*, a través de la comparación que hace, en gran parte de las historias, con el héroe principal y el resto de personajes, sobre todo, en referencia a la poca paz y fortaleza espiritual de la que ellos gozan.

### *Caso # 7: (Hombre, aproximadamente 40 años, soltero)*

#### **Lámina 1**

Un niño que está estudiando pensativo, a la final no se da con la materia; está pensativo, se sentía deprimido.

#### **Lámina 2**

La señora parece una religiosa, quiere, me imagino, explicarles algo. Es un pueblito con algo que han sembrado puede ser maíz, papas. Ella con la Biblia o con un libro que tiene se siente satisfecha. Si es la Biblia les explica que levanten los ojos a Dios, si no es les explica cómo tienen que sembrar, cómo tienen que comportarse con los vecinos. Antes fueron distintos a lo que son ahora. Terminan aceptando lo que la señora les explica.

#### **Lámina 3VH**

Parece estar drogado, se siente mal o tomado. Antes, no sé cómo sería... ha de estar borracho, dormido, parece que necesitaría ayuda de alguien para que le pueda cambiar la forma que vive. Si algún día alguien le ayudaría cambiaría, sería un hombre sano pero con muchas experiencias.

#### **Lámina 4**

Al hombre se le ve desesperado, ella se encuentra dándole un consejo, explicándole. El hombre está mal, como quien, dice en otro mundo. Ella trata de darle camino, explicarle el mundo en que lleva la vida el hombre, pero él parece no entenderlo, o bien tiene otra mujer o esta en vicios. Ella busca que él salga adelante fuera de lo que él anda metido, en algo con otra mujer, celos, no sé... ahí termina.

#### **Lámina 6VH**

Él está cogido al hijo para aconsejarle, buscarle por qué lado tiene... mostrarle la parte más recta, que no tiene que irse por las drogas, el vicio, sino ir adelante. Él está oyendo todo lo que

le dice el padre, sabiendo que es algo bueno lo que le dice y le va a permitir salir adelante, talvez con la experiencia que él tiene, quiere que él cambie para que sea un hombre de bien. Termina aceptando los consejos que el padre le dice, acepta todo lo que le dice.

#### **Lámina 7VH**

Ella parece estar resentida con él, porque algo ha cometido el hombre, se siente pensativo. Ella se siente alterada, por eso no le mira a él, algo cometió él, él parece el hijo, algo cometió. Ella con su edad le mostró cariño, respeto, y el hombre no cumple con lo que ella le ha enseñado. Se desmandó el fin de semana; al final él engaño a una mujer o cometió algo ilícito. Ella le ha reclamado y él se siente sin saber qué hacer, confuso a la final, queriendo a ratos reaccionar, queriendo salir del embrollo, pero ahí pasa el hombre, ella sufre, quizá algún rato cambie, como es su madre, puede ser que pase.

#### **Lámina 13HM**

Ella acostada dormida, y el hombre algo cometió mal, se arrepiente al final fue un engaño. Ella se siente tranquila porque piensa que tiene un buen hombre, pero él se pone la mano en la cara porque piensa que tiene la culpa, tiene dos libros, no se si sean de él o de ella, parecen de ella. Él tiene la culpa, se siente mal por haberle hecho eso, abusar de ella, aprovecharse, ahora el man se siente arrepentido. Ella no sabe, está alegre, está dormida y no sabe nada, él triste.

#### **Lámina 16**

Todo lo que se ha visto en las historia, sirve para ir analizando con el tiempo, para dar consejos a otros para que vayan por buenos caminos, demostrando lo que uno ha hecho.

#### ***Interpretación***

Las historias de este paciente muestran una buena organización de argumento. El superyó se muestra apropiado en la mayoría de las láminas; sin embargo, en dos de ellas (4 y 13HM) se manifiesta como 'indulgente', y en la 6VH como 'muy severo'

Los conflictos recurrentes y más significativos observados en las láminas son: conflictos sexuales y de pareja, conflictos en relación a la figura materna (una posible relación simbiótica mantenida con la misma), en relación a la figura paterna (una carencia afectiva y falta de apoyo y orientación), en relación a la paternidad. De igual manera se muestran conflictos entre la soledad y la compañía, entre la superación y el estancamiento, entre la grandiosidad y la inferioridad, entre la dependencia/sumisión e independencia/libertad, entre el ello y el superyó

Se pudieron evidenciar sentimientos de inferioridad, de incapacidad y de inseguridad de sí mismo; así como posibles sentimientos de culpa ante el pasado, falta de responsabilidad ante sus propias acciones, y falta de control de impulsos. Además, se pudo notar la necesidad del paciente de ser reconocido y admirado, de superarse, de ser apoyado y aceptado; una fuerte necesidad de contacto interpersonal (soledad). Se evidenció la necesidad de aprobación, sobre todo por parte de la madre (miedo a fallarle); por otro lado, inseguridad con respecto a las relaciones de pareja y en el contacto interpersonal. Además, surgieron conflictos orales y de comunicación; agresividad reprimida.

De manera general, el medio ambiente es visto como selectivo, crítico, restrictivo, impositivo y condicionante. Sin embargo, también es flexible y necesita un cambio, es lleno de vicios pero, al mismo tiempo, esperanzador y brinda apoyo; es también, inferior y demasiado confiado (es decir, es fácil aprovecharse del mismo).

La naturaleza de las ansiedades es, sobre todo, de desaprobación, de falta o pérdida de amor, de ser abandonado, de ser abrumado y dejado sin ayuda, de aceptación y de no ser reconocido, de falta de control de impulsos, de castigo.

En este caso, los mecanismos de defensa que más sobresalen son la sublimación, la regresión, la represión, la compensación, la racionalización, la intelectualización; así como la identificación y la proyección.

Lo más relevante de este paciente es la relación que lleva con su madre, la misma que la trae a relucir en las láminas, con un claro temor a ser abandonado y desaprobado, a través de una fuerte dependencia con la misma y a un gran temor a fallarle. Esto ha creado fuertes sentimientos de inseguridad e inferioridad en el paciente, lo que a su vez, lo ha llevado a tener dificultades en sus relaciones interpersonales y a sentir un gran vacío por la falta de compañía y sentimientos de soledad. Estas relaciones no han podido ser desarrollados de una manera adecuada debido a una relación casi simbiótica que ha llevado, e incluso ya de adulto, sigue llevando con su madre.

*Caso # 8: (Mujer, entre 50-60 años, casada)*

**Lámina 1**

Está conversando (señala la mano) y escribiendo. Un chico, luego deja de conversar.

**Lámina 2**

La chica está dibujando una estatua. La está observando para poder hacer. Luego se cansa y ha de dejar de hacer.

**Lámina 3VH**

Un joven (chica) que está durmiendo apoyado en una mesa. Está descansando porque estaba en un trabajo. Cuando se despierte, se va a levantar mal, por la postura en la que se encuentra.

**Lámina 4**

La chica le está hablando, y él está mal genio. Tuvieron algún disgusto por algún problema del trabajo o de la casa misma. Tal vez sigan más enojados o entren en amistad.

**Lámina 6NM**

El señor le dice algo sobre el hogar o el trabajo. Ella está con los pelos parados del susto. Están medio enojados. Luego entran en amistad.

**Lámina 7NM**

La chica está descansando de las tareas del hogar, talvez está viendo TV. La señora (la ve como hombre) le pregunta ¿qué le pasa? La chica parece estar enojada. (No sabe si serán marido y mujer, o vecinos) No creo que estén enojados.

**Lámina 13HM**

La esposa se queda acostada, él está levantándose para ir al trabajo. Está preocupado, porque pone la mano en la cabeza. ¿Será que ella no se levanta pronto a darle el café?, o ¿estaría enferma?

**Lámina 16**

En la casa son unidos, ya que van a jugar Carnaval en unión con todos sus hijos. Los tres días pasan juntos.

### *Interpretación*

Las láminas son bastante descriptivas, por lo que prácticamente no se hace presente el superyó, con excepción de las láminas 1, 7NM y 13HM, en las cuales, éste es apropiado. Muestran un proceso del pensamiento que revela una buena organización del argumento e integración del yo.

La mayor parte de los conflictos significativos y recurrentes observados en las láminas de esta paciente son: conflictos con la figura materna y con la figura paterna (bastante dominantes); además de conflictos conyugales. Entre la expresión y la represión, entre la constancia y la inconstancia (en las actividades), entre el aferrarse a la vida o el dejarla fluir, entre la actividad y la inactividad, entre la sumisión y la rebeldía, entre la salud y la enfermedad, entre el apoyo y el desamparo, entre la soledad y la compañía; entre la tranquilidad y la preocupación/intranquilidad (esta última, con respecto a la relación conyugal y a problemas del hogar).

Las principales necesidades giran en torno a la necesidad de expresión, de descanso, de estabilidad y de tranquilidad, de sentir satisfacción ante la vida, de actuar.

Se evidencia cierta falta de contacto con el ambiente y posibles problemas de comunicación, además de agresividad reprimida y también necesidades orales. Algunas respuestas sugieren una posible sumisión ante su pareja y descontento por esta situación; además de problemas económicos y en el hogar, lo que hace que la paciente, además, manifieste su necesidad de un mayor apoyo familiar.

Las ansiedades que más se repiten son: de desaprobación, de falta o pérdida de amor, de pérdida de control, de permanencia, de trascendencia; de enfermedad o lesión, de ser abrumada y dejada sin ayuda, de pérdida o carencia.

El medio ambiente es visto, principalmente, como restrictivo (por la recurrente alusión que hace a su necesidad de expresión), hostil, de cansancio y restrictivo, preocupante; pero también feliz.

Los mecanismos de defensas que más se destacan en sus historias son ante todo la represión (incluso por la brevedad en las historias), la sublimación, la racionalización, la regresión, la proyección, y la formación reactiva.

A pesar de que las historias de esta paciente resultaron extremadamente cortas y bastante descriptivas, se puede observar unas figuras paternas bastante dominantes y restrictivas, patrón que la paciente posiblemente ha repetido en su elección de pareja, lo que se puede inferir debido al temor y la sumisión mantenida con respecto a la misma, que se ha hecho evidente en las historias. Llama mucho la atención, además, la fuerte necesidad de expresión por parte de la paciente, su sentimiento de un medio ambiente hostil y restrictivo que no le permite realizarse plenamente, llevándole a problemas de comunicación y en sus relaciones interpersonales. Estos datos coinciden mucho con lo expuesto en la teoría.

**Caso # 9: (Hombre, 33 años, soltero)**

**Lámina 1**

Una niña con una hoja y observa el dibujo, ni está bien ni mal.

**Lámina 2**

La señora (chica) está caminando. Se está yendo para adentro a ver unas plantas o un huerto a ver si están vivas o muertas, y ella salva las plantas del agua y el calor.

**Lámina 3VH**

Sentada escribiendo, preocupada por lo que escribe, los deberes, lecciones. Luego tiene que irse al colegio a los exámenes, está preocupada porque tiene que estudiar, es mujer.

**Lámina 4**

Esposos, se aman ambos, se quieren con sinceridad, amor, salud. Si el marido es malo es malo, se separan, si sigue mal el matrimonio se acabará el hogar, porque el tiene otra mujer, no están en gracia de Dios, sino del diablo.

**Lámina 6VH**

Una señora pone resistencia, acompañada con él espero, están queriendo comprar un edificio, si está caro o barato, se llevan bien porque están cerca entre ellos.

**Lámina 7VH**

Él un señor, lo está mirando al otro. Son papá e hijo, si habrá algún enfermo, herido, muerto. Alguien le salve al herido, doctores o auxiliares.

**Lámina 13HM**

Una chica, está pensativa la chica porque le dicen que tiene una enfermedad, piensa en que se podrá curar o no; le pide a Dios, rezando por la salud de ella para que se sane. Si puede curarse, si confía en Dios y en la Virgen.

**Lámina 16**

Mamá enferma, el esposo no la va a ver, lo hijos si la apoyan porque la quieren. El padre no le da cariño a la esposa y los hijos son apegados a la madre. Después muere la madre porque no hay curación, si se curara porque los hijos la apoyan a la esposa, sino muere.

***Interpretación***

Las historias realizadas por este paciente muestran un proceso de pensamiento adecuado y organizado. El superyó es inapropiado en las láminas 3VH y 16, y muy severo en la 4; en el resto de láminas se muestra apropiado.

Los conflictos más significativos son los conflictos sexuales del paciente, con respecto a la identidad sexual y a las relaciones de pareja. Se observa una ambivalencia afectiva y la presencia de conflicto con relación a la figura materna (incluso deseos inconscientes de eliminarla), y paterna (resentimiento). Además, existen conflictos en relación a una fuerte necesidad de expresión; en relación a la vida y la muerte, entre el bien y el mal, el ello y el superyó, la salud y la enfermedad, el estancamiento y la superación, entre la inferioridad y la grandiosidad, el apoyo y el desamparo, la dependencia y la independencia, el castigo y la recompensa. Se evidencia, por otra parte, cierta agresividad reprimida, y sentimientos de inadecuación e inferioridad.

Las principales necesidades vistas en las láminas giran en torno a: la actividad, la expresión, la salud y la enfermedad, la superación y el logro, de controlar los impulsos, de ayuda y de dependencia, de adjudicar su propia responsabilidad a otros. Se pudo inferir la presencia de ciertos conflictos sexuales en relación a la identificación sexual y también a la paternidad, así como ciertas tendencias voyeuristas.

También se destacaron sentimientos afectivos ambivalentes, sobre todo, en relación a la figura materna; así como sentimientos de soledad con relación a la necesidad de una pareja, y al mismo tiempo, temor al abandono. Por otro lado, se observó bastante ansiedad ante el futuro, resignación, y necesidad de desculpabilización.

La naturaleza de las ansiedades gira principalmente en torno a: la enfermedad o lesión y ante la muerte y por consiguiente ante su futuro; ante, el daño físico o castigo, la falta o pérdida de amor, la pérdida o carencia, la falta de control de impulsos; además, es notable la ansiedad de ser destruido, de ser abrumado y dejado sin ayuda, de expresarse, de ser destruido, de ser desaprobado y/o abandonado (debido a su inseguridad y sentimientos de inferioridad).

El medio ambiente es visto como desolador, incompleto, destructivo, peligroso pero que sin embargo ayuda, sumiso (es decir, que puede ser manipulado), castigador, engañoso y tentador, presionante, necesitado.

Los mecanismos de defensas que más se destacan en las historias son la represión (presente en la mayor parte de láminas), la sublimación, la intelectualización, la compensación, la racionalización, la proyección, la formación reactiva.

Cabe resaltar, con respecto a este caso, los sentimientos de inseguridad e inferioridad que el paciente demuestra, posiblemente como fruto de la ausencia materna que sufrió desde muy temprana edad y la ambivalencia afectiva que siente hacia ella (a quien inconscientemente culpa de su desdicha e incluso de su enfermedad). Debido a esta carencia, el paciente no pudo desarrollar un buen patrón de referencia para mantener relaciones de pareja estables y duraderas, por lo que ahora, es él quien abandona a sus novias, por esa misma inseguridad y temor al abandono que quedó marcado en él, y que ahora proyecta en sus relaciones interpersonales y, específicamente, con las mujeres; sintiendo, al mismo tiempo, un gran vacío afectivo.

### *Caso # 10: (Hombre, entre 70 y 80 años, casado)*

#### **Lámina 1**

Creo que es un niño que es italiano por lo gordo. No sé qué está haciendo parece que es una guitarra, un niño travieso, no es uno que ha aprendido, es aficionado y está ahí jugando no más. Está distraído con ese objeto que está jugando.

#### **Lámina 2**

No sé de dónde es, ésta no es de aquí (señora embarazada), la otra sé es ecuatoriana; el señor ¿qué estará haciendo? será... están unas casas, pueden ser unos cabos que están sueltos aquí, de una máquina, a lo mejor... no estoy seguro si es un telar, a lo mejor está tejiendo algo el señor, esto puede ser una alfombra. Están en un caserío y las damas están viendo como está haciendo el señor que parece que está tejiendo. Ahí hay un alfombra.

### **Lámina 3VH**

Éste niño está escribiendo pero me parece que es un niño lisiado que tiene una joroba, está distraído escribiendo, está pintando porque la mano está en la parte negra que va para arriba; la otra, está para abajo.

### **Lámina 4**

Estos señores... una pareja que está observando alguna cosa que les gusta, el uno está riéndose y la señora esta seria. Atrás de ellos parece un edificio porque en el extranjero hay edificios bien altos con terrazas. No sé qué están viendo, está admirado el hombre, y la señora está viendo otra cosa, él al otro lado, no sé que esté viendo.

### **Lámina 6VH**

La señora está caminando cerca de un edificio alto, y el señor está sentado... No está haciendo nada con las manos tampoco... Está parado no caminando, la señora está caminando por cerca del edificio... no son ecuatorianos.

### **Lámina 7VH**

Está el papá con el hijo: están conversando seguramente el papá le está insinuando algunas cosas, siempre los papás corrigen a los hijos. El hijo seguramente no estudió bien o en el trabajo no desempeña bien y está corrigiéndole el papá.

### **Lámina 13HM**

Pienso que están en un dormitorio porque hay una señora acostada en la cama, y el señor quiere coger unos libros de la mesa pero tiene la mano en la cara y está llorando porque le han hecho una travesura en los libros: le faltan algunos y está admirado por lo que se han ido llevando los libros.

### **Lámina 16**

Me imagino que está volando un avión y le fallan los motores y el piloto no acierta cómo aterrizar, dónde aterrizar, piensa llegar a algún campo de aterrizaje, va luchando, a los pasajeros les dice que estén tranquilos pero él está preocupado porque no sabe si llega a un campo. Ve las montañas, barcos en el mar, y él va viendo, no sé si avanzará a aterrizar o no...

## ***Interpretación***

De forma general, las láminas de este paciente muestran un superyó apropiado en la mayoría de ellas, excepto por la lámina 6 y 16 (severo), y 13HM (muy indulgente). El proceso del pensamiento desarrollado revela una buena organización del argumento e integración del yo.

Los conflictos recurrentes y más significativos giran: entre el estancamiento y la superación, entre el sentirse admirado y el pasar desapercibido, entre la inutilidad y la actividad, entre la inferioridad y la superioridad, entre la dependencia e independencia, entre la sumisión y la rebeldía; entre la vida y la muerte, entre la salud y la enfermedad, entre el afrontamiento y la impotencia, entre la ansiedad y la tranquilidad, entre la lucha y el estancamiento, entre la soledad y la compañía. Se observan, además, conflictos sexuales, conflictos con la figura materna y paterna, una posible falta de comunicación conyugal, y también problemas en las relaciones interpersonales. Se hace presente el conflicto que la enfermedad representa para el paciente.

En relación a las principales necesidades del paciente, están: la necesidad de privacidad y libertad, de superación, de expresión, de no sentirse inferior y de ser

admirado, de buscar sentido ante la vida, de producir y progresar. Se evidencian necesidades orales y posibles tendencias voyeuristas y masturbatorias; además de ciertos sentimientos de fracaso, un autoconcepto deteriorado (por la enfermedad), una incapacidad de afrontamiento y sensación de descontrol ante su vida; mucha incertidumbre ante su vida y su futuro. Por otro lado, se pudieron detectar ciertos rasgos paranoides, y cierta agresividad reprimida.

Cabe destacar, por otro lado, que gran parte de las láminas de este paciente hacen referencia a escenas dadas en el extranjero, lo que relacionando con su historia personal y puede inferirse como un rechazo y negación a sus propias raíces.

Las ansiedades que más se repiten son: de expresión, de superación, de desaprobación, de ser abandonado, de falta o pérdida de amor, de sentirse inútil, de enfermedad o lesión, de estar inactivo, de pérdida o carencia, de ser destruido, de ser abrumado y dejado sin ayuda. Además se pudo notar que el paciente, muchas veces, se siente víctima de las circunstancias o de los otros, como si el deseo del otro le fuera impuesto ante su propio deseo.

El paciente considera al medio ambiente como libre, de aceptación y progreso, pero al mismo tiempo, es represivo, inferior, exigente y crítico, peligroso, de desconfianza, de amenaza y de incertidumbre.

Los mecanismos de defensas que más se destacan en las láminas son: la sublimación, la compensación, la represión, la formación reactiva, el aislamiento, el desplazamiento, la racionalización, la intelectualización, la simbolización, y la proyección.

En este caso se pudo notar la presencia de una figura parental bastante estricta y exigente, lo que lleva al paciente a comportarse con su pareja de la misma manera que sus progenitores se comportaron con él. Los estándares con los que el paciente trata y juzga a las demás personas y situaciones son bastante altos, notándose mucha crítica y falta de aceptación de su parte, como una manera de negar su propia *sombra* teniéndola que proyectar en el resto, al punto que llega a rechazar sus propias raíces considerándolas como inferiores. Son muy notables los problemas y falta de comunicación que el paciente siente, además del hecho de que se siente víctima de las otras personas e incluso de las mismas circunstancias.

### **5.2.3.2. Interpretación general**

A lo largo de este capítulo hemos presentado los resultados que apoyan a la teoría base del estudio, del mismo modo que lo hacen las historias del TAT, en donde se pudo observar que los 10 pacientes evaluados con este reactivo efectivamente presentan problemas con las figuras parentales y con sus parejas, aunque no lo expresen ni reconozcan conscientemente.

De manera general, lo que más se destaca en las historias es la presencia de figuras maternas y paternas muy dominantes, ausentes, abandonantes y simbióticas; generando en los pacientes sentimientos de inferioridad, inseguridad, vacío, resentimiento, culpa, victimización, crítica y rechazo, lo cual algunos lo compensaban

con sentimientos de grandeza, sumisión y crítica ya sea hacia sus propios padres, como a sus parejas y personas en general.

Recordemos que, en la formación de los imagos o patrones inconcientes que determinarán las relaciones conyugales e interpersonales, intervienen necesariamente las figuras parentales, y que en el caso de las personas con IRC estudiadas en esta tesis, esta relación estuvo alterada por las características de sus padres antes descritas. Esto se observa claramente en los patrones que mantienen los pacientes dentro de la elección y el trato hacia su pareja, repitiendo los mismos rasgos de sus padres.

Si bien en el varón la parte femenina es aquella desarrollada a partir de la relación con la madre y en la mujer la parte masculina con respecto al padre, en las historias no se ve claramente esta diferenciación, lo cual puede deberse a que la parte del cerebro encargada de elaborar estos registros es ilógica e irracional, como vimos en el capítulo anterior. Además, debemos tomar en cuenta que existen hogares monoparentales o desestructurados, en donde estos roles pueden estar dados por otras personas o por uno de los cónyuges, el que hace de padre y madre a la vez.

Efectivamente, esto se evidencia en las láminas referentes a las relaciones conyugales, donde sobresalen mucho los temas sobre parejas problemáticas con peleas y discusiones, incluso existen varias alusiones a infidelidades y necesidad de huir de las situaciones, en la mayoría de los casos, por medio del vicio.

Como ya lo describimos, los rasgos característicos de los pacientes renales son la falta de aceptación de su *sombra* enmascarándola a través de la proyección de sus rasgos rechazados en los demás, la búsqueda de la perfección, la victimización, la crítica, los sentimientos de inferioridad, la negación de su realidad, necesidad de controlar e imponerse al resto, entre otros. Lo que hace que las relaciones interpersonales y de pareja se tornen dificultosas por los problemas en la comunicación, como se ven en las historias en las cuales existe mucha necesidad de expresión y la soledad, incluso en quienes tienen pareja, lo que les lleva a idealizar mucho a su cónyuge o a tener estándares muy altos para juzgar a sus pretendientes, en busca de una pareja perfecta que no existe.

Muchas de estas características se observan también en los otros pacientes y, caracterizan, si se lo podría decir así, a los pacientes que sufren de insuficiencia renal.

Podemos concluir este capítulo diciendo que a través del procesamiento de los datos obtenidos en la investigación de campo, pudimos corroborar la teoría expuesta en el capítulo anterior, la cual afirma que los problemas psicoafectivos, especialmente en la comunicación de la pareja, son una condición altamente necesaria pero no suficiente para la IRC, es decir, llegan a convertirse en factores de riesgo para el desarrollo de la misma.

---

# **CONCLUSIONES**

## CONCLUSIONES

Al finalizar este estudio, tanto teórico como de campo, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- La enfermedad renal *representa una pérdida para la persona* puesto que ella debe enfrentarse a *muchos cambios* y a un duro *proceso de adaptación*, viéndose afectada su calidad de vida y su desempeño personal, social, laboral e incluso familiar.
- El *psicoanálisis brinda una lectura diferente a los trastornos orgánicos*, de la tradicionalmente expuesta por la medicina. Para éste, la enfermedad es un estado normal del ser humano que forma un continuo con la salud. Ésta –a través de los síntomas– le muestra al paciente materiales inconscientes que debe asimilar e incorporar a su *sombra*.
- En la insuficiencia renal intervienen *estructuras inconscientes*, fantasías específicas relacionadas con los órganos excretores, que corresponden a los arquetipos ánima y ánimus establecidos a partir de las figuras paternas, los mismos que se convierten en patrones de referencia para el establecimiento de las *relaciones de pareja y con los semejantes*. Si los patrones son inadecuados, las relaciones también lo serán y, por ende, existirá una mayor posibilidad de desarrollar la enfermedad.
- En la investigación de campo, utilizando la estadística descriptiva, pudimos observar que:
  - El porcentaje más alto de pacientes, 27,3%, considera a su infancia –etapa crucial en el desarrollo del psiquismo– como “regular”, situación en la que influye la pobreza y el maltrato, cuestiones que marcan fuertemente la vida afectiva y el posterior desarrollo de las relaciones de los pacientes.
  - Un alto porcentaje de pacientes, el 26%, calificó su etapa escolar como “mala” y el 22,1% como regular. Así mismo, la adolescencia, para un 33,8 % de pacientes es percibida como “regular” y, para un 27,3% como “mala”. En ambas etapas de la vida, trascendentales para la consolidación de la personalidad y de los arquetipos que la definen, estos altos porcentajes responden a causas como el maltrato, la pobreza, la muerte y la soledad.
  - El 33,8% de pacientes, antes de padecer de IRC, tenían ya una percepción devaluada de su vida, en la que influyó directamente la existencia de malas relaciones con sus cónyuges y familiares. Un dato bastante interesante revela que esta situación mejora luego del diagnóstico de la enfermedad, ya que un 33,7% la califica como

“regular”, lo que podría indicar que ella, efectivamente, ayuda a los seres humanos a incorporar su *sombra* y estar un poco más cerca de la ansiada unidad.

- Si bien, los problemas conyugales estaban presentes en la vida de los pacientes antes de enfermar –pues el 19,6% de pacientes manifiesta que su vida conyugal fue “muy mala”, el 18,2% “mala” y el 20,8% “regular”–, después de la IRC, la vida sexual se vio mucho más afectada por los efectos secundarios de la misma y de su tratamiento: el 28,6% la califica como “mala”.
- Por medio de la estadística multivariada, podemos concluir que:
  - Resultaron cuatro grupos de variables, de los cuales el grupo que contenía las relaciones conyugales y paternas dividió a los pacientes en dos grupos: en el uno primó el género masculino, y en el otro, el femenino. Ambos calificaron como “mala” su vida desde la infancia hasta la adultez, así como la relación con la madre y la calidad de su vida sexual.
  - La mayoría de respuestas al test de frases incompletas de Rotter tuvieron calificaciones parecidas en ambos grupos, variando de neutras a conflictivas; pocos pacientes expresaron respuestas positivas y optimistas.
  - Se pudo notar una considerable diferencia en las respuestas de los ítems con respecto a las relaciones con el padre, en los cuales, las mujeres dieron una puntuación más conflictiva; mientras que, en las relaciones con la madre, los hombres expresaron mayores conflictos.
  - Otros resultados interesantes son con respecto a la visión negativa hacia los demás, y la sensación de fracaso ante la vida, los que demuestran algunas de las características predominantes de los pacientes renales, como una comunicación interpersonal alterada, una tendencia a la victimización, a la crítica excesiva, es decir, una proyección de sus aspectos negativos rechazados.
  - En lo referente al matrimonio, se destacó una importante distinción: las mujeres expresan mayores conflictos, incluso de manera consciente, a través de las historias clínicas; mientras que los hombres los enmascaran calificándola como neutra. Este punto podría relacionarse con el mayor porcentaje de pacientes hombres, debido a la mayor capacidad de expresión que se notó en las mujeres para dialogar acerca de sus problemas.
  - El análisis de las historias del TAT corroboró la existencia de malas relaciones mantenidas con las figuras paternas, y la deficiencia en las relaciones conyugales e interpersonales.

Podemos finalizar este trabajo recalando que las relaciones afectivas deficientes –fundamentalmente de comunicación con la pareja y con los semejantes– de la muestra de pacientes investigada en la Unidad de Diálisis BAXTER - Cuenca, se convierten en una condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo de la insuficiencia renal crónica, es decir, en un *factor de riesgo* para el surgimiento y desarrollo de la enfermedad.

---

# **BIBLIOGRAFÍA**

# BIBLIOGRAFÍA

## Libros

- ALARCÓN Prada Ariel, **Aspectos Psicosociales del Paciente Renal**, La Silueta Ediciones, Bogotá - Colombia, 2004.
- BOURDEAU, Lise, **Obedece a tu cuerpo: ¡Ámate!**, Editorial Sirio S. A. Buenos Aires – Argentina, 1999.
- BUCETA José María, y BUENO Ana María, **Tratamiento Psicológico de hábitos y enfermedades**, Ediciones Pirámide, Madrid – España, 1996.
- CHIOZZA Luis, **Cuerpo, afecto y lenguaje**, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998.
- CHIOZZA Luis, **La transformación del afecto en enfermedad**, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998.
- CHIOZZA Luis. **Cuerpo, afecto y lenguaje**, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998.
- CONLAN, Roberta, Mc. EWEN, Bruce, **Estados de ánimo**, Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina. 2000.
- CULLARI Salvatore, **Fundamentos de Psicología Clínica**. Pearson Educación, México, 2001.
- DETHLEFSEN Thorwarld, y DAHLKE Rüdiger, **La enfermedad como camino: una interpretación distinta de la Medicina**, Plaza & Ganés Editores, Barcelona – España, 1983.
- FADIMAN James, y FRAGER Robert, **Teorías de la Personalidad**, Oxford University Press, México, 2001.
- FERNÁNDEZ, Jorge, **Después de la pérdida**, Universidad de Aconcagua, Catamarca – Argentina, 2004.
- FREUD, Sigmund, **Esquema del Psicoanálisis**, 1939.
- FREUD S, (1895).
- FREUD Sigmund, **El interés por el psicoanálisis**, 1913.
- FREUD, 1924.
- FREUD Sigmund, **Las neuropsicosis de defensa**, 1894.

- FREUD Sigmund, **Historial clínico de Emmy von N**, 1895.
- FREUD Sigmund, **Análisis del caso Dora**, 1905.
- FREUD, Sigmund, **Conferencia 26: Introducción al narcisismo**.
- GALIMBERTI U, **Il Corpo**, Milán, 1983.
- GALLAR Pérez Manuel, **Promoción de la Salud y Apoyo psicológico al paciente**, Editorial Parainfo, Madrid – España, 1998.
- HARRISON Randolph, **Principios de Medicina Interna / Décima parte: Trastornos del Riñón y las Vías Urinarias**, McGraw Hill, 2006.
- HAY Louise L, **Usted puede sanar su vida**, Ediciones Urano, Barcelona – España, 1989.
- HENDRIX, Harville, **Amigos y amantes: la relación de pareja ideal**, Grupo Editorial Norma, Santiago de Chile – Chile.
- JONGSMA, Arthur, **The personality Disorders – Treatment Planner**, Wiley, USA, 2001.
- JUNG, Carl, Y Otros, **El hombre y sus símbolos**, Aguilar S. A. Ediciones, Madrid – España, 1966.
- MASSON, **DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**, Masson, Barcelona – España, 2002.
- OCEANO, **Atlas del cuerpo humano**, Grupo Editorial OCEANO, Barcelona – España, 1995.
- ONNIS Luigi, **Terapia Familiar de los Trastornos Psicossomáticos**, Paidós, Barcelona – España, 1985.
- ONNIS Luigi, **La palabra del cuerpo**, Empresa editorial Herder, Barcelona, 1997.
- TODESCHINI, Roberto, **Introduzione alla chemiometria**, Edites s.r.l. Napoli – Italia, 1998

## Enciclopedias y Diccionarios

- De Agostini Junior, **Esplorando Il corpo umano**, Vol 12, Italia, 1993
- Enciclopedia multimedia de Psiconálisis, **Obras completas de Sigmund Freud**, Traducción directa del alemán por Luis López Ballesteros, s/a.

- LAPLANCHE Jean, PONTALIS J.B. **Diccionario de Psicoanálisis**, Ediciones Paidós, Barcelona – España, 2004.
- Microsoft Corporation, **Enciclopedia Encarta / Aparato urinario – Riñón – Insuficiencia Renal – Diálisis Renal – Transplante de riñón**, Microsoft Corporation, 2002.
- Varios, **Enciclopedia Médica para la Familia**, Editorial América, México, 1985.
- VERGARA, ARGOS, **Diccionario de la lengua**, Editorial Argos Vergara, Barcelona – España, 1984.

### Monografías y tesis

- SARMIENTO Jara Ma. Verónica, **Mitos familiares que obstaculizan la expresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en la Unidad Renal Baxter – Cuenca**, Tesis previa a la obtención del título de Magíster en Psicoterapia Sistémica Familiar, Universidad del Azuay, Cuenca – Ecuador, 2005.
- TRIPALDI, Anna, **Análisis de contenidos comparativo de spots publicitarios de cerveza de producción ecuatoriana e italiana**, Tesis previa a la obtención del título de Licenciada en Comunicación Social, Facultad de Filosofía, Escuela de Comunicación Social, Universidad del Azuay, Cuenca – Ecuador, 2001. s/n.

### Artículos y otros

- BUENO Dennis, y VINOKUR Enrique, **Aspecto Psicológico del paciente renal**, Revista de Nefrología, Diálisis y Transplantes, Instituto de Urología y Nefrología, N° 56 - marzo / junio 2002, Argentina.
- DELGADO J., IZQUIERDO J., y otros, **Disfunción eréctil en el transplante renal**, Hospital Clínico San Carlos – Cátedra y Servicio de Urología, Madrid, 1999.
- DE LOS RÍOS CASTILLO José Lauro, **Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía**, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México, 2004.
- LIPOWSKY, Z.J. **“Psychosomatic Medicine: an overview”**, artículo encontrado en la obra de O.Hill, *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, Londres, 1976, p.4.
- Revista de divulgación científica y tecnológica de la Universidad Veracruzana, ‘La ciencia y el hombre’, **Cuidar a un enfermo, ¿pesa?**, Volumen XIX, número 2, Universidad Veracruzana, mayo – agosto 2006.

- Apuntes de clase, **El duelo**, Materia de Psicología Clínica I, dictada por el Dr. Juan Aguilera, Universidad del Azuay, Escuela de Psicología, Cuenca - Ecuador, 2005.
- Apuntes de clase, **Perfil psicológico del enfermo crónico**, Materia de Psicología Clínica I, dictada por el Dr. Juan Aguilera, Universidad del Azuay, Escuela de Psicología, Cuenca - Ecuador, 2005.

## Páginas de Internet

- [http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/afecto\\_necesidad\\_primaria.htm](http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/afecto_necesidad_primaria.htm). BARRULL E., GONZALEZ P., y MARTELES P. **El afecto es una necesidad primaria del ser humano**, 2000.
- [http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/afecto\\_necesidad\\_primaria.htm](http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/afecto_necesidad_primaria.htm). BARRULL E., GONZALEZ P., y MARTELES P, **¿Puede ser el déficit afectivo causa de una enfermedad?**, 1998.
- <http://bvs.insp.mx>, DFID – Subsecretaría de Prevención y Control de enfermedades, **Práctica Médica Efectiva: Insuficiencia Renal Crónica**, Volumen 2, número 6, México, 2006.
- <http://www.funchiozza.com/libros> CHIOZZA Luis, **Enfermedades y Afectos**.
- <http://www.funchiozza.com/libros> CHIOZZA Luis, **Del Afecto a la Afeción**.
- <http://www.funchiozza.com> CHIOZZA Luis, **La Transformación del afecto en enfermedad**.
- <http://www.funchiozza.com/libros> CHIOZZA Luis, **¿Por qué enfermamos?**,
- <http://www.imss.gob.mx> ORTEGA Susana y MARTINEZ Ángeles, **Bienestar psicológico como factor de dependencia en Hemodiálisis**, Rev. Enferm. IMSS, México, 2002.
- <http://www.kidneyurology.org/> Kidney and Neurology foundation of America, **Sobrellevar la insuficiencia renal**, Kidney and Neurology foundation of America, 2004.
- <http://www.kidneyurology.org/> Kidney and Neurology foundation of America, **La enfermedad renal en personas con diabetes**, Kidney and Neurology foundation of America, 2004.
- <http://www.msd.es/publicaciones>. Merck Sharp & Dohme, **Trastornos del Riñón y de las vías urinarias: Insuficiencia Renal**, Madrid – España, 2005
- <http://www.ucem.es> MARTINEZ Francisco, y SEMPERE Ma. Mercedes, **Cambios en los patrones de respuesta emocionales en pacientes con IRC, durante las fases pre-dialítica y dialítica**, Universidad de Murcia, 2003.
- <http://www2.udec.cl> CASTRO Manuel y RODRIGUEZ Magali, **Calidad de vida en pacientes portadores de IRC en tratamiento con hemodiálisis**.
- <http://www.uninet.edu> CAPORALE Bettina, **Aspectos Psicológicos en pacientes en Diálisis**.
- <http://www.scielo.cl> FULLERTON Claudio, ACUNA, Julia, FLORENZANO, Ramón, **Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general**, Revista chilena de neuro-psiquiatría, vol.41, no.2, abril 2003.
- [http://www.uma.es/est\\_fisioapuntes.html](http://www.uma.es/est_fisioapuntes.html), LOPEZ, Francisco Javier, **Apuntes de Bioestadística**, Universidad de Málaga.
- <http://www.mediosecuador.com>, **Diabetes y riñón**, 2006.

- <http://geosalud.com/renal/>, **La hipertensión arterial y la enfermedad de los riñones**, NIH Publication No. 06-3925S, 2006.
- <http://psicopag.galeon.com/psicoanalisis.htm> QUIROJA Alejandro,  
**Psicoanálisis**, s/a.

---

**ANEXOS**

## ANEXOS

<b>Anexo 1</b> <i>Cuadros sobre los Trastornos de la función renal y su tratamiento médico .....</i>	1
<b>Anexo 2</b> <i>Ficha Clínica.....</i>	4
<b>Anexo 3</b> <i>Protocolo de preguntas del test de frases incompletas de J.B.Rotter.....</i>	10
<b>Anexo 4</b> <i>Hoja de protocolo de interpretación del TAT.....</i>	12
<b>Anexo 5</b> <i>Biografías de los autores.....</i>	13
<b>Anexo 6</b> <i>Diseño de tesis .....</i>	18

## Anexo 1

### *Cuadros sobre los Trastornos de la función renal y su tratamiento médico<sup>140</sup>*

**Cuadro 1**  
*Principales causas de la insuficiencia renal aguda*

Principales causas de insuficiencia renal aguda	
Problema	Causas posibles
Suministro insuficiente de sangre a los riñones	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sangre insuficiente debido a una pérdida, deshidratación o lesiones físicas que obstruyen los vasos sanguíneos.</li><li>• Bombeo cardíaco demasiado débil (insuficiencia cardíaca).</li><li>• Hipotensión arterial extrema (shock).</li><li>• Síndrome de insuficiencia hepática (hepatorenal).</li></ul>
Obstrucción del flujo de orina	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dilatación de la próstata.</li><li>• Tumor que presiona sobre el tracto urinario.</li></ul>
Lesiones dentro de los riñones	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reacciones alérgicas (por ejemplo, a las sustancias radioopacas utilizadas para las imágenes radiográficas).</li><li>• Sustancias tóxicas.</li><li>• Trastornos que afectan las unidades filtrantes (nefrones) de los riñones.</li><li>• Arterias o venas obstruidas dentro de los riñones.</li><li>• Cristales, proteínas u otras sustancias en los riñones.</li></ul>

<sup>140</sup>Fuente: Trastornos del riñón y de las vías urinarias: Insuficiencia Renal / <http://www.msd.es/publicaciones>

**Cuadro 2**  
***Insuficiencia renal crónica***

### Cómo la insuficiencia renal crónica afecta la sangre

- Concentraciones aumentadas de urea y creatinina.
- Anemia.
- Incremento de la acidez de la sangre (acidosis).
- Concentración disminuida de calcio.
- Concentración incrementada de fósforo.
- Concentración aumentada de la hormona paratiroidea.
- Concentración disminuida de vitamina D.
- Concentración normal o ligeramente incrementada de potasio.

### Causas de insuficiencia renal crónica

- Hipertensión arterial.
- Obstrucción del tracto urinario.
- Glomerulonefritis.
- Anomalías de los riñones, como la enfermedad poliquística renal.
- Diabetes mellitus.
- Trastornos autoinmunitarios, como el lupus eritematoso sistémico.

**Cuadro 3**  
*Principales complicaciones de la hemodiálisis*

Posibles complicaciones  
de la hemodiálisis

<b>Complicación</b>	<b>Causa</b>
Fiebre.	Bacterias o sustancias que causan fiebre (pirógenos) en el flujo sanguíneo. Dialisato recalentado.
Reacciones alérgicas potencialmente mortales (anafilaxis).	Alergia a una sustancia del aparato.
Hipotensión arterial.	Extracción de demasiado fluido.
Ritmos cardíacos anormales.	Valores anómalos del potasio y de otras sustancias en la sangre.
Émbolos de aire.	Aire que penetra en la sangre en el aparato.
Hemorragia en el intestino, el cerebro, los ojos o el abdomen.	Se utiliza la heparina para impedir la coagulación en el aparato.

## Anexo 2

### FICHA CLÍNICA

#### 3. DATOS DE FILIACIÓN

**Nombres y apellidos:**

**Lugar y fecha de nacimiento:**

**Sexo:**

Masculino

Femenino

**Edad:** 20 – 30

30 – 40

40 – 50

50 – 60

60 – 70

70 – 80

**Estado civil:**

Soltero

Casado (unión libre)

Divorciado

Viudo

**Religión:**

Católica

Protestante

Otras:

**Profesión / Ocupación:**

#### 4. INTERROGATORIO DEL ESTADO ACTUAL DE APARATOS Y SISTEMAS

IRC

Diabetes

Cardíacos

Pulmonares

Ceguera

Sordera

Otros: ¿Cuáles?

#### 5. ANTECEDENTES HEREDO - FAMILIARES

IRC

Diabetes

Cardíacos

Pulmonares

Ceguera

Sordera

Otros: ¿Cuáles?

Ninguno

#### 6. CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA

\* *Clase socioeconómica:*

Baja

Media

- Alta
- *Zona de residencia y habitación:*
  - Urbana
  - Rural

## 7. PSICOBIOGRAFÍA

### a) Núcleo familiar

#### Relación con Esposo/a:

Muy mala (1)

Mala (2)

Más o menos (3)

Buena (4)

Muy buena (5)

#### Hijos:

Número de hombres:

Número de mujeres:

#### Relación:

Con todos buena

Con todos mala

Con algunos buena y con otros mala

### b) Primera infancia, niñez o etapa escolar

#### ¿Cómo fue su vida antes de entrar a la escuela? (antes de los 6 años)

Muy mala (1)

Mala (2)

Más o menos (3)

Buena (4)

Muy buena (5)

#### ¿Por qué?:

Maltrato

Abandono

Pobreza

Muerte

Alcoholismo

Violaciones

Enfermedades

Soledad

Divorcio

Separación

Migración

Otros:

#### ¿Cómo fue su vida durante la escuela?

Muy mala (1)

Mala (2)

Más o menos (3)

Buena (4)

Muy buena (5)

#### ¿Por qué?:

Maltrato

Abandono

Pobreza

Muerte

Alcoholismo

Violaciones

Enfermedades

Soledad

Divorcio  
Separación  
Migración  
Otras:

#### e) Adolescencia

¿Cómo fue su vida durante la adolescencia? (13 – 20 años)

Muy mala (1)  
Mala (2)  
Más o menos (3)  
Buena (4)  
Muy buena (5)

¿Por qué?:

Maltrato  
Abandono  
Pobreza  
Muerte  
Alcoholismo  
Violaciones  
Enfermedades  
Drogadicción  
Soledad  
Divorcio  
Separación  
Migración  
Otras:

#### f) Vida adulta

¿Cómo fue su vida adulta antes de la enfermedad?

Muy mala (1)  
Mala (2)  
Más o menos (3)  
Buena (4)  
Muy buena (5)

¿Por qué?:

Maltrato  
Abandono  
Pobreza  
Muerte  
Alcoholismo  
Violaciones  
Malas relaciones afectivas: Hijos  
Padres  
Esposos o parejas  
Familias adquiridas

Enfermedades  
Drogadicción  
Soledad  
Divorcio  
Separación  
Migración  
Otras:

¿Cómo es su vida adulta después de la enfermedad?

Muy mala (1)  
Mala (2)  
Más o menos (3)  
Buena (4)  
Muy buena (5)

**¿Por qué?:**

Maltrato

Abandono

Pobreza

Muerte

Alcoholismo

Violaciones

Malas relaciones afectivas: hijos  
padres  
esposos  
familias adquirida

Drogadicción

Soledad

Divorcio

Separación

Migración

Otras:

### **g) Vida sexual y conyugal**

**¿Cómo fue su vida sexual y conyugal antes de la enfermedad?**

Muy mala (1)

Mala (2)

Más o menos (3)

Buena (4)

Muy buena (5)

**¿Por qué?:**

Maltrato

Abandono

Muerte

Alcoholismo

Violaciones

Malas relaciones afectivas con la pareja

Satisfactorias

No satisfactorias

Divorcio

Separación

Migración

**¿Cómo es su vida sexual y conyugal desde que inició la enfermedad?**

Muy mala (1)

Mala (2)

Más o menos (3)

Buena (4)

Muy buena (5)

**¿Por qué?:**

Maltrato

Abandono

Muerte

Alcoholismo

Violaciones

Malas relaciones afectivas la pareja

Satisfactorias

No satisfactorias

Divorcio

Separación

Migración

**¿Con qué frecuencia tenía relaciones sexuales (antes de la enfermedad)?**

Una vez al mes

Dos veces al mes

Una vez a la semana  
Más de una vez a la semana

**¿Con qué frecuencia tiene relaciones sexuales (después de la enfermedad)?**

Una vez al mes  
Dos veces al mes  
Una vez a la semana  
Más de una vez a la semana

**h) Nivel de Instrucción**

Ninguna  
Primaria  
Primaria incompleta  
Secundaria  
Secundaria incompleta  
Superior  
Superior incompleta

**i) Vida Laboral**

**¿Cómo fue su trabajo antes de la enfermedad?**

Muy malo (1)  
Malo (2)  
Más o menos (3)  
Bueno (4)  
Muy bueno (5)

**¿Por qué?:**

Estabilidad  
Inestabilidad  
Salarios bajos  
Salarios buenos  
Satisfacción  
Insatisfacción

**¿Cómo fue su trabajo desde la enfermedad?**

Muy malo (1)  
Malo (2)  
Más o menos (3)  
Bueno (4)  
Muy bueno (5)

**¿Por qué?:**

Estabilidad  
Inestabilidad  
Salarios bajos  
Salarios buenos  
Satisfacción  
Insatisfacción  
Discriminación  
No discriminación

**j) Vida Social**

**¿Cómo fue su vida social antes de la enfermedad?**

Muy malo (1)  
Malo (2)  
Más o menos (3)  
Bueno (4)  
Muy bueno (5)

**¿Por qué?:**

Estabilidad

Inestabilidad  
Satisfacción  
Insatisfacción  
Discriminación  
No discriminación  
Aceptación  
No aceptación  
Aislamiento  
No aislamiento

**¿Cómo fue su vida social después de la enfermedad?**

Muy malo (1)  
Malo (2)  
Más o menos (3)  
Bueno (4)  
Muy bueno (5)

**¿Por qué?:**

Estabilidad  
Inestabilidad  
Satisfacción  
Insatisfacción  
Discriminación  
No discriminación  
Aceptación  
No aceptación  
Aislamiento  
No aislamiento

## Anexo 3

PROTOCOLO DE PREGUNTAS DEL  
TEST DE FRASES INCOMPLETAS  
*"Incomplete Sentences Blank"*  
J.B. ROTTER

NOMBRE: _____	APELLIDOS: _____	
Edad: _____	Instrucción: _____	Ocupación: _____
Fecha de hoy: _____	Examinador: _____	

1. Me gusta \_\_\_\_\_
2. La época más feliz \_\_\_\_\_
3. Quisiera \_\_\_\_\_
4. Al regresar a mi casa \_\_\_\_\_
5. Lamento \_\_\_\_\_
6. Al acostarme \_\_\_\_\_
7. La joven \_\_\_\_\_  
(mujeres) El joven
8. Lo mejor \_\_\_\_\_
9. Lo que me molesta \_\_\_\_\_
10. Las personas \_\_\_\_\_
11. Una madre \_\_\_\_\_
12. Siento \_\_\_\_\_
13. Mi mayor temor \_\_\_\_\_
14. En los cursos inferiores \_\_\_\_\_
15. No puedo \_\_\_\_\_
16. Los deportes \_\_\_\_\_
17. Cuando era niño/a \_\_\_\_\_
18. Mis nervios \_\_\_\_\_
19. Los otros jóvenes \_\_\_\_\_  
(mujeres) Las otras chicas
20. Sufro \_\_\_\_\_
21. Fracagé \_\_\_\_\_

- 22. La lectura \_\_\_\_\_
- 23. Mi cabeza \_\_\_\_\_
- 24. El futuro \_\_\_\_\_
- 25. Necesito \_\_\_\_\_
- 26. El matrimonio (\*) \_\_\_\_\_
- 27. Estoy mejor \_\_\_\_\_
- 28. Algunas veces \_\_\_\_\_
- 29. Lo que me duele \_\_\_\_\_
- 30. Odio \_\_\_\_\_
- 31. En la escuela \_\_\_\_\_
- 32. Soy muy \_\_\_\_\_
- 33. La única molestia \_\_\_\_\_
- 34. Deseo \_\_\_\_\_
- 35. Mi padre \_\_\_\_\_
- 36. Yo en secreto \_\_\_\_\_
- 37. Yo quiero \_\_\_\_\_
- 38. El baile \_\_\_\_\_
- 39. Mi mayor ansiedad \_\_\_\_\_
- 40. La mayoría de los jóvenes \_\_\_\_\_  
(mujeres) La mayoría de las chicas

PUNTAJE TOTAL: \_\_\_\_\_

APRECIACIÓN PSICOLÓGICA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(\*) Nota: En la administración a adolescentes, la frase estímulo N° 26 es "Salir con los/las jóvenes"

## Anexo 4

### Hoja de protocolo de interpretación del T. A. T

Nombre: ..... historia No. .... (lámina del T. A. T. No. ....)

**1. Tema principal:**

**2. Héroe principal:** edad ..... sexo ..... vocación .....  
intereses ..... rasgos ..... habilidades .....  
adecuación ( , , ) ..... imagen corporal / concepto de sí mismo .....

**3. Necesidades e impulsos principales del héroe:**

**a. Comportamiento necesario del héroe (tal y como aparece en la historia):** .....

**Inferencia dinámica:** .....

**b. Personajes, objetos o circunstancias introducidos:** .....

**implicando necesidad de o para:** .....

**c. Personajes, objetos o circunstancias omitidos:** .....

**implicando necesidad de o para:** .....

**4. Concepto del medio ambiente (el mundo) como:** .....

**5. Figuras paterna y materna (masc: .... fem: ....) vistas como** ..... y la reacción del sujeto es.....

**Figuras de sus contemporáneos (masc: .... fem: ....) vistas como** ..... y la reacción del sujeto es .....

**Figuras infantiles (masc: .... fem: ....) vistas como** ..... y la reacción del sujeto es .....

**6. Conflictos significativos:** .....

**7. Naturaleza de las ansiedades: ( )**

de daño físico, castigo o ambos ..... de enfermedad o lesión .....

de desaprobación ..... de pérdida o carencia .....

de falta o pérdida de amor ..... de ser destruido .....

de ser abandonado ..... de ser abrumado y dejado sin ayuda .....

otros .....

**8. Defensas principales contra los conflictos y temores: ( )**

represión ..... formación reactiva ..... racionalización ..... aislamientos ..... regresión .....

introyección ..... negación ..... anulación ..... otros .....

**9. Adecuación del superyó que se manifiesta a través del “castigo” por el “crimen” cometido ( , , )**

apropiado ..... inapropiado .....

demasiado severo (indicado también por el castigo inmediato): .....

inconsciente ..... muy indulgente .....

además: .....

tiempo de reacción alargado o pausas .....

tartamudeo ..... otras manifestaciones de la interferencia del superyó .....

**10. Integración del yo, manifiesta en sí misma: ( , , )**

adecuación del héroe ..... desenlace: feliz ..... infeliz .....

real ..... irreal .....

Solución: adecuada ..... inadecuada .....

**Procesos del argumento revelados por la organización del argumento: ( , , )**

Estructurado ..... inestructurado ..... estereotipado ..... original ..... apropiado .....

..... racional ..... bizarro ..... completo ..... incompleto ..... inapropiado .....

Inteligencia: ( ) superior ..... superior al promedio ..... promedio ..... inferior al promedio ..... deficiente .....

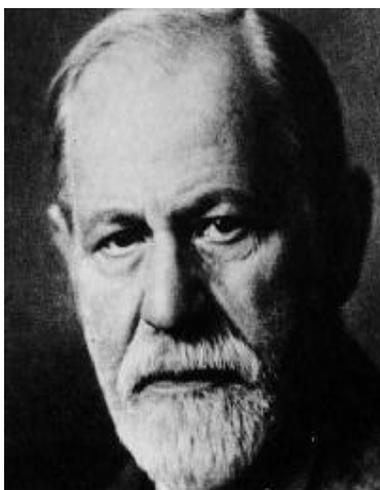
## Anexo 5

### BIOGRAFÍAS DE LOS AUTORES

#### BIOGRAFÍA DE SIGMUND FREUD

(1856 – 1939)

*“Freud introdujo la sospecha en el interior del hombre. La mente consciente es como la punta de un iceberg flotando en un mar de irracionalidad, caldo de cultivo de nuestros trastornos mentales y nutriente de nuestras más gozosas pulsiones”.*  
(Elena Díez de la Cortina Montemayor)



Médico y neurólogo, filósofo y creador del método y la teoría psicoanalítica, Sigmund **Freud**, nació el 6 de mayo de 1856 en Freiberg (República Checa), trasladándose a Viena cuatro años

En 1873 estudió medicina en la Universidad de Viena, realizando investigaciones neurológicas, para luego trasladarse a París (1885) a estudiar sobre el tratamiento de los trastornos mentales, fundamentalmente la histeria, y la aplicación terapéutica del hipnotismo con J.M.Charcot. Murió el 23 de septiembre de 1939 en Londres.

Entre sus obras destacan: *Estudios sobre la histeria* (1893), *La interpretación de los sueños* (1900), *Psicopatología de la vida cotidiana* (1904), *Tótem y tabú* (1913), *El malestar de la cultura* (1930) e *Introducción al psicoanálisis* (1933).

Como médico el interés de Freud se centró fundamentalmente en conocer cómo el cuerpo podía ser afectado por la mente creando enfermedades mentales, tales como la neurosis y la histeria y en la posibilidad de encontrar una terapia para tales enfermedades. Como filósofo Freud investigó la relación existente entre el funcionamiento de la mente y ciertas estructuras básicas de la cultura, por ejemplo, las creencias religiosas. La cuestión fundamental consistía en dilucidar cómo se forma una conciencia individual y cómo operan la cultura y la civilización.

Freud innovó en dos campos. Simultáneamente, desarrolló una teoría de la mente y de la conducta humana, y una técnica terapéutica para ayudar a personas con afecciones psíquicas. Probablemente, la contribución más significativa que Freud ha hecho al pensamiento moderno es la de intentar darle al concepto de lo inconsciente. Sus conceptos de inconsciente, deseos inconscientes y represión fueron revolucionarios; proponen una mente dividida en capas o niveles, dominada en cierta medida por voluntades primitivas que están escondidas a la conciencia y que se manifiestan en los lapsus y los sueños.

Como parte de su teoría, Freud postula también la existencia de un preconsciente, que describe como la capa entre el consciente y el inconsciente (el término subconsciente es utilizado popularmente, pero ya no forma parte de la terminología psicoanalítica). La represión, por su parte, tiene gran importancia en el conocimiento de lo inconsciente. De acuerdo con Freud, las personas experimentan a menudo pensamientos y sentimientos que son tan dolorosos

que no pueden soportarlo. Estos pensamientos y sentimientos (al igual que los recuerdos asociados a ellos) no pueden, según sostuvo, ser expulsados de la mente, pero sí pueden ser expulsados del consciente para formar parte del inconsciente.

Entre sus ideas fundamentales se destacan la importancia que atribuía a la sexualidad (libido) y a su represión que, junto con el temor a la muerte, convierte en causa fundamental, no sólo de la conducta neurótica, sino también de muchos fenómenos corrientes en la vida cotidiana. Descubrió la importancia de la sexualidad infantil, la técnica de la asociación libre y la interpretación de los sueños, lo cual le llevó a la creación del psicoanálisis.

Para Freud, la sexualidad adulta es el resultado de un complejo proceso de desarrollo que comienza en la infancia y que se desarrolla en distintas etapas que dependen de su ligazón con distintas áreas corporales: la etapa oral (boca), la anal (ano) y la genital o fálica (genitales). El psicoanálisis supone que la represión de los deseos inconscientes puede causar ciertos trastornos mentales como la paranoia, la histeria, la obsesión-compulsión y otros desórdenes.

Sus teorías fueron más allá del ámbito de la psicología, repercutiendo en absoluto en la cultura del siglo XX. En definitiva, la ideología de Freud influyó en campos tan diversos como el arte, la historia, la literatura, la sociología y la antropología.

# BIOGRAFÍA DE CARL JUNG

(1875 – 1961)



**Carl Gustav Jung**, psiquiatra y psicólogo suizo. Jung ensancho el acercamiento psicoanalítico de Sigmund Freud, interpretando disturbios mentales y emocionales como tentativa de encontrar integridad personal y espiritual. En especial, su experiencia con psicóticos fue decisiva para el acercamiento de Freud a Jung, pues el médico vienés había tenido contacto tan solo con neuróticos, básicamente las denominadas histerias. Con la publicación de *“La psicología del inconsciente”*, entre 1912 y 1916, Jung declaró su independencia de la estrecha interpretación sexual de Freud con respecto a la libido mostrando los paralelos cercanos entre los mitos antiguos y las fantasías psicóticas y explicando la motivación humana en términos de una energía creativa más grande. Renunció a la presidencia de la Sociedad Psicoanalítica Internacional y fundó la Escuela de Psicología Analítica. Jung desarrolló sus teorías, trazando un amplio conocimiento de la mitología y la Historia; recorriendo diversas culturas en Méjico, la India, y Kenia

En 1921 publicó un trabajo importante, *“Los tipos psicologicos”*, en el cual se ocupó del vínculo entre el consciente y el inconsciente, proponiendo los tipos de personalidad ahora bien conocidos, extroversión e introversión. Más adelante llegó a una distinción entre las sensaciones personales y los pensamientos inconscientes, o reprimidos desarrollados durante la vida de un individuo, y lo que denominó **inconsciente colectivo**, sensaciones, pensamientos, y memorias compartidas por toda la humanidad.

El inconsciente colectivo, según Jung, se compone de lo que él denominó, tomando de Platón *“arquetipos o imágenes primordiales”*. Éstos corresponden a las experiencias de la Humanidad típicas como enfrentar la muerte.

El acercamiento terapéutico de Jung tuvo como objetivo reconciliar los estados diversos de la personalidad, que él vio divididos no solamente en contrarios de introversión y extroversión sino también en las de subvariables (pensamiento, intuición, sensación y percepción). Ayudando a confrontar el inconsciente personal e integrándolo con el inconsciente colectivo representado en el arquetipo de la Sombra Colectiva, Jung sostiene, que un paciente puede alcanzar un estado de individuación, o la integridad de uno mismo (el Dios interior).

Jung escribió muchos libros y artículos, especialmente en metodología analítica y los lazos entre la psicoterapia y la creencia religiosa. Se interesó mucho en la sincronicidad, la alquimia y los estados alterados de conciencia, a punto que creó el método de imaginación activa. Murió de junio el 6 de 1961, en Kusnacht.

La obra de Carl Gustav Jung es una respuesta al estado psicológico del hombre occidental de nuestra época. Su objeto privilegiado de investigación antropológica es el sentido vital de individuos y culturas. En consecuencia, sus posiciones filosóficas otorgan al individuo el valor que le corresponde, sin olvidar por ello ni el aspecto colectivo ni su faceta oscura.

## BIOGRAFÍA DE LUIS CHIOZZA



**Luis Chiozza** nació en Buenos Aires - Argentina el 5 de noviembre de 1930 y se graduó como médico en 1955. Ha sido miembro titular en función didáctica en la Asociación Psicoanalítica Argentina, full member of the International Psychoanalytic Association (IPA), desde junio de 1974, y titular de la cátedra de Psicofisiología de la Universidad del Salvador de Buenos Aires. Es director del Centro Weizsaecker de consulta médica y del Instituto de docencia e investigación de la Fundación Luis Chiozza; presidente Honorario del Instituto de Ricerca Psicosomatica-Psicoanalítica Arminda Aberastury de Perugia, Italia.

Fue miembro fundador del Centro de Investigación en Psicoanálisis y Medicina Psicosomática, una institución creada en 1967 para sostener e impulsar la obra de un grupo de profesionales que dedican sus esfuerzos a la investigación en psicoanálisis y medicina psicosomática, basándose en torno a las ideas de Luis Chiozza. Años más tarde, luego del cierre del CIMP, el grupo creó la *Fundación*, que actualmente lleva el nombre de *Luis Chiozza*, cuyas actividades científicas se centran en el estudio psicosomático del enfermo orgánico.

Además es miembro del Comité Asesor del Internacional Journal of Neuropsychoanalysis (Karnac, Londres, New Miembro del Comité Promotor de Seminarios, en el Istituto di Psicologia, Facolta Medica, Universita degli Studi di Milano. En 1996 obtuvo el Premio Konex en Psicoanálisis. En 2004 la Comuna de Génova le otorgó el Grifo d'Argento.

Ha publicado numerosos libros sobre los significados inconcientes de los trastornos orgánicos y sobre la técnica psicoanalítica en Argentina, España, Italia, Brasil y EE.UU. Sus obras tratan sobre el psicoanálisis pero también son obras de medicina, dado que, desarrollando y profundizando en la teoría y la técnica psicoanalíticas, Chiozza extiende las fronteras del psicoanálisis al ámbito de las enfermedades orgánicas. Mientras gran parte de sus libros y artículos se ocupan de la teoría psicoanalítica y otros se orientan hacia una original concepción de la técnica, muchos otros se centran en la investigación de las fantasías inconcientes específicas de determinadas enfermedades somáticas.

## **THORWALD DETHLEFSEN Y RÜDGER DAHLKE**

**Thorwald Dethlefsen**, es psicólogo y dirige en Munich el Instituto de Psicología Experimental. **Rüdiger Dahlke** es doctor en medicina y psicoterapeuta.

Estos dos autores consideran que no hay una diversidad de enfermedades curables, sino una sola enfermedad determinante del “mal-estar” del individuo. Lo que llamamos enfermedades son en realidad síntomas de esta única enfermedad. Ellos han realizado interesantes investigaciones en torno al significado de las infecciones, los dolores de cabeza, los trastornos cardíacos y los quebrantos de salud más habituales.

Están convencidos de que todos los síntomas tienen un sentido profundo para la vida de la persona: nos transmiten mensajes del ámbito espiritual, y de su adecuada interpretación dependerá nuestra capacidad de recuperarnos.

Entre sus obras están *‘La enfermedad como camino: una interpretación distinta de la medicina’*, *‘La experiencia de la reencarnación’*, *Vida y destino humano: nueva interpretación por las antiguas ciencias esotéricas - a sabiduría primordial para la plenitud del hombre’*.

**Anexo 6**  
*Diseño de tesis*

## DISEÑO DE TESIS

### 1. DATOS PERSONALES

1. **Nombre de la Universidad:** Universidad del Azuay
2. **Facultad:** Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación
3. **Escuela:** Psicología
4. **Especialidad:** Psicología Clínica
5. **Nombres de autores:** Daniela Margarita Tripaldi Proaño  
María Gabriela Vintimilla Córdova
6. **Nombre del Director de tesis:** Mst. Gerardo Peña Castro.
7. **Nombre del Co – Director:** Dr. Alfonso Calderón Cordero
8. **Lugar y fecha de entrega:** Cuenca, Universidad del Azuay, Secretaría de la Facultad de Filosofía, 6 de Diciembre de 2006.

### 2. TEMA

“Estudio de los problemas en las relaciones afectivas como un factor de riesgo de la Insuficiencia Renal Crónica, en los pacientes de la Unidad de Diálisis BAXTER – Cuenca, 2006 - 2007”.

### 3. JUSTIFICACIÓN

Nuestra motivación principal al escoger este tema fue el adentrarnos en un estudio sobre una problemática poco estudiada, el aspecto psicológico de IRC que es imprescindible para el entendimiento y tratamiento de esta enfermedad, como una enfermedad crónica terminal, por todas las implicaciones biopsicosociales tanto para el individuo como para el entorno, que esta conlleva.

Esta tesis pertenece al campo de la Psicología Clínica, ya que las personas que padecen de IRC, deben someterse a un tratamiento de por vida (hemodiálisis o diálisis peritoneal), deben adaptarse a un sin número de cambios, tanto personales como familiares, implicados en el tener que depender de un máquina que les da una oportunidad de seguir viviendo, por lo que un entendimiento profundo les ayudará a aceptar mejor su enfermedad, tanto a los pacientes, familiares y al personal de la Unidad. Los problemas más frecuentes en los pacientes con IRC son: alteraciones en la imagen de sí mismos y de su cuerpo, cambios en sus hábitos, roles, expectativas de vida, etc., por lo que consideramos que el apoyo y seguimiento psicológico es primordial tanto en la aceptación de la enfermedad como en la adherencia al tratamiento. Por esta razón, hemos visto necesario el estudio a fondo sobre la posible estructura psíquica de ésta.

La unidad de diálisis BAXTER, es una institución encargada de proporcionar tratamiento específico de hemodiálisis y da mucha importancia a la asistencia psicológica de sus pacientes para la comprensión de la enfermedad y al bienestar de esta comunidad.

### 4. OBJETIVOS

- Determinar si los problemas psicoafectivos pueden ser considerados como factores de riesgo para que se de la Insuficiencia Renal Crónica.
- Analizar los problemas en las relaciones afectivas, en la IRC, desde una visión psicodinámica.

## 5. MARCO TEÓRICO

Nuestro estudio abarcará a la IRC desde un punto de vista médico – psicodinámico, para poder entender su significado y el impacto psicológico, biológico y social sobre los pacientes que la sufren.

Empezaremos dando una visión general del aspecto biológico de la enfermedad (el funcionamiento de los riñones, la IR aguda y crónica, y sus tratamientos); para luego hacer énfasis en el aspecto psicodinámico de la misma, tomando como referencia a los principales exponentes del psicoanálisis, como son Sigmund Freud, Carl Gustav Jung y Luis Chiozza.

### **Funcionamiento de los riñones como órganos de eliminación del cuerpo**

Los riñones son órganos muy importantes dentro del cuerpo humano, cuya función es la elaboración y la excreción de orina (que, en su consistencia normal es un líquido transparente o amarillento). Los riñones, principalmente, son los encargados de realizar un proceso de filtración, en el que eliminan los desechos y líquidos del cuerpo, regulan en el organismo el agua y otros químicos de la sangre, eliminan los medicamentos y toxinas que ingresan al organismo y producen importantes hormonas.

Su función debe ser entendida como una función doble: por un lado la excreción (eliminación de sustancias de desecho); y por otro, la homeostasis (mantenimiento constante de fluidos corporales, especialmente del plasma). Para cumplir su función, el riñón regula el contenido de agua del cuerpo y el equilibrio ácido – base del plasma, variando la emisión de orina, así como la cantidad de sales y otras sustancias excretadas.

### **Insuficiencia Renal aguda y crónica**

La *Insuficiencia renal* es un trastorno de la función renal caracterizado por una alteración en el filtrado glomerular y, por consiguiente, por una incapacidad de los riñones para excretar los productos de desecho nitrogenados, conservar los electrolitos y conseguir una adecuada concentración de la orina.

Ésta puede ser aguda o crónica. Cuando es *aguda*, hay una disminución rápida del filtrado glomerular, tienen diferentes causas y si es tratada a tiempo puede ser reversible.

En cambio, en la Insuficiencia Renal *Crónica* (IRC), se va produciendo una incapacidad permanente del riñón, debido a una destrucción progresiva de la masa de nefronas funcionales. Si bien la IRC se puede presentar en cualquier persona, sin diferencia de sexo o edad, existe mayor riesgo en las personas que sufren de diabetes o presión alta, quienes tienen una historia familiar de IRC o en personas de mayor edad.

Un paciente con IRC es más propenso a sufrir de insuficiencia cardíaca, enfermedades óseas, alteraciones endócrinas que pueden producir disfunciones sexuales y dismenorrea, afecciones de su sistema digestivo; niveles muy altos de uremia en la sangre, incluso pueden llegar a afectar el sistema nervioso y el cerebro.

### **El paciente: Su aceptación y adherencia al tratamiento**

El objetivo fundamental de las terapias de reemplazo renal es, “aportar la mayor cantidad posible de calidad de vida a la población de pacientes con enfermedad renal crónica.” (Alarcón, 2004). Junto con los desórdenes fisiológicos que se presentan en IRC, hay muchos factores psicológicos y sociales que determinan la percepción del paciente de su enfermedad y

su adherencia al tratamiento; hacia lo que está orientado el trabajo clínico, ya que solo comprendiendo la total situación del mismo, podemos ayudarlo efectivamente.

“Padecer de una enfermedad renal crónica es estar permanentemente, durante varios años, durante los últimos años de la vida, con un alto riesgo de morir” (Alarcón, 2004), por lo que los pacientes deben hacer grandes esfuerzos adaptativos, que implican cambios en el estilo de vida, utilizando todos los recursos que tiene su personalidad para lograrlo, por lo que sus tendencias conflictivas pueden llegar a agudizarse.

La enorme complejidad psicológica que conlleva este tipo de enfermedades es un tema no muy atendido sino solo recientemente, y en parte, por la Psicología y la Psiquiatría. Sin tomar en cuenta que muchos pacientes se sienten atrapados entre una muerte segura y una vida que depende de la tecnología para mantenerse. Por un lado, existe un temor a la muerte, pero también temor ante una vida que no pueden llevarla de manera normal; teniendo que llegar a comprender y aceptar el hecho que el tratamiento no llegará nunca a curarlos completamente.

Existen muchas variables que favorecen o desfavorecen a esta adaptación, como la misma personalidad del paciente y rasgos individuales como la edad, el género, estado civil, y la raza; factores orgánicos; parámetros psicológicos y comportamentales, como el estrés y sus hábitos saludables o nocivos, hasta llegar a factores sociales o ambientales como el apoyo familiar, exigencias ocupacionales, acceso a servicios de salud, nivel socioeconómico, etc.

Cada paciente experimenta de manera distinta las consecuencias de la enfermedad, de ahí la importancia de conocer y respetar la individualidad del paciente, y el significado que se le dé a la enfermedad.

### **Repercusiones psicológicas de la enfermedad**

Es necesario que las enfermedades sean vistas bajo una concepción integral, es decir, cuando el cuerpo enferma, esto repercute sobre la mente y viceversa; pues el cuerpo y la mente forman un todo indisoluble. Por esto es imprescindible *escuchar* a la enfermedad y escuchar al enfermo. Leal (1997) afirma que “Humanizar la medicina ha de ser adecuarla al hombre como persona, como realidad individual, pero a la vez social, comunitaria y cósmica.”

Algunas de las principales reacciones emocionales a la enfermedad renal son: 1) Negación de la enfermedad. 2) Rabia y sentimientos agresivos. 3) Depresión y Ansiedad. 4) Molestias, frustración e impotencia por el cambio en roles familiares y sociales. 5) Incomodidad por la transición independencia/dependencia. 6) Ideación fantástica sobre una vida sin tratamiento. 7) Ideas erróneas sobre las causas de su enfermedad. 8) Confianza en una cura milagrosa. 9) Miedo e inseguridad ante un futuro incierto. 10) Conductas regresivas, infantiles o inapropiadas. 11) Sentir que la vida no vale la pena. 12) Explosiones de ira. 13) Comportamientos histéricos. 14) Decisión impulsiva de morir sin tratamiento

Otras áreas que se ven afectadas con las enfermedades crónicas son:

a) El área laboral, ya que la enfermedad puede ocasionar un descenso en su rendimiento y capacidad de trabajo, sobretodo en las ocupaciones que requieren un esfuerzo físico.

b) El área social, el paciente tiende a aislarse de su entorno habitual, ya sea para evitar compartir espacios que ahora debe restringir o porque teme ser rechazado o discriminado.

c) El área familiar, la necesidad de convivir diariamente con el tratamiento, las modificaciones espaciales e higiénicas que esto impone, los horarios, la imposibilidad de realizar viajes prolongados, así como las modificaciones dietéticas muchas veces determinan

conflictos; a esto se agrega la significación que para el paciente tiene el tener que desempeñar el rol de enfermo en la familia. La potencial pérdida de independencia puede llegar a ser frustrante, ya sea frente al tratamiento y a la propia enfermedad, como en su vida diaria, ya que si bien el paciente puede encontrarse asintomático por períodos prolongados, la amenaza de recaídas y de un agravamiento progresivo, es inevitable.

Otras características de las enfermedades crónicas son que el sujeto estará más atento de lo normal de su cuerpo, (*absorción del cuerpo*), es decir, siente más intensamente cada una de sus funciones vitales y los síntomas que va padeciendo. Puede tornarse más *egocéntrico*. La concepción del yo puede cambiar. Además está la *soledad* y el *temor a la muerte*, quizás dos de las sensaciones más intensas y desagradables que experimenta la persona enferma

### **Visión psicoanalítica y el significado de la enfermedad**

La medicina ha progresado mucho en los distintos tratamientos para las enfermedades, sin embargo ésta tiende a dejar de lado la parte psicológica de las mismas, considerando que sus causas son únicamente orgánicas, sin dar la merecida importancia a su influencia sobre el cuerpo. Sin embargo, desde los primeros pasos del psicoanálisis, se observó como la psiquis tiene la capacidad de manifestarse en el cuerpo a través de síntomas de las diferentes enfermedades. Afortunadamente, muchos estudios empiezan a corroborar estos hechos, y a dar cada vez más importancia al lenguaje de la enfermedad.

### **El lenguaje en el cuerpo**

Las categorías llamadas "soma" y "psiquis", suelen ser consideradas como dos entidades diferentes que no se conjugan, pero los estudios realizados por Freud, cuando estudió los trastornos físicos de la histeria y la interpretación de su significado inconsciente, demuestran cómo estas dos entidades tienen una continuidad y correspondencia. Por lo tanto, así como los trastornos histéricos, los afectos, las enfermedades orgánicas y los órganos mismos, tienen una fuente inconsciente. Cuando se presenta una enfermedad, se dice que el órgano habla, el *lenguaje del órgano* que plantea Freud.

Desde esta visión psicodinámica, cada órgano tiene un significado propio. Cada parte del cuerpo equivale a una fantasía inconsciente, por ejemplo, Freud consideraba que la boca, siendo una zona erógena, correspondía a las fantasías orales. Entonces la enfermedad también tiene una fuente inconsciente, pues el ser humano tiene la capacidad –instrumental y simbólica– para generar herramientas que le permiten expresarse; pero éstas, necesitan de un compromiso somático, el cual no siempre es reversible, y es ahí, cuando se puede generar trastorno o enfermedad.

### **El afecto y la enfermedad**

Al hablar de enfermedades, es necesario tomar en cuenta que tanto ésta como la salud, hacen referencia a estados del ser humano, y no a determinadas partes del organismo. La *salud* se presenta cuando las funciones del cuerpo se relacionan de manera armoniosa. En el momento en el que cualquier función se altera, esta armonía se interrumpe produciendo la *enfermedad*. En el momento en el que se presenta una alteración de la conciencia, el síntoma irrumpe bruscamente, con el objetivo de llamar la atención del sujeto, el cual intenta deshacerse de él a toda costa, sin intentar interpretarlo, y así, el síntoma pierde su función de señal de que algo se alteró en la conciencia.

De ahí, la importancia de recurrir al lenguaje de los síntomas, a este lenguaje psicosomático, que en muchas ocasiones se lo deja de lado; siendo éste muy capaz de llevarnos a una curación, en donde la conciencia se completa, incorporando lo que le falta, puesto que los

seres humanos estamos inmersos en la polaridad, en un mundo de contrarios. Los seres humanos no tenemos conciencia de todo nuestro psiquismo; nos identificamos solo con una parte, llamada Yo, y rechazamos lo demás –nuestra *sombra*.

Tanto hombres como mujeres tenemos en nuestra mente los arquetipos Anima (mujer) y Animus (hombre), que son las estructuras complementarias de la persona. Por tanto, las personas somos andróginas, todos tenemos tanto de hombre como de mujer, independientemente de nuestro sexo y orientación sexual. El ser hombre, se identifica con el ánima, es decir con el polo masculino, mientras que el ser femenino queda reprimido en la sombra, en la mujer ocurre lo contrario. En el desarrollo de estos dos arquetipos, intervienen decisivamente las figuras del padre del sexo opuesto, puesto que ésta determina la relación que se va a tener en el futuro con las personas del otro sexo, determinadas por la proyección de éstas.

La sombra intenta expresarse a través de la proyección, lo que nos permite encontrar fuera de nosotros lo que nos hace falta, que paradójicamente está dentro de nosotros mismos. Esta tiene estratos: aquellos que causan menos angustia están en la superficie, mientras que los más angustiantes están en lo más profundo. El enamoramiento se da cuando se encuentra una persona que presenta las cualidades que están en lo más superficial de la sombra, es por esto que Freud desarrolla su teoría del Narcisismo, en la que los seres humanos se enamoran de sí mismos proyectándose en el otro. Así, los problemas de relación con las parejas, son problemas cuya raíz está en uno mismo.

### **Los riñones y su relación con la comunicación**

En el cuerpo humano existen órganos que son singulares como el corazón, el hígado, el corazón, etc., y órganos pares, como los pulmones, testículos, ovarios y los riñones, estos órganos están relacionados con el contacto y la convivencia. Los riñones, específicamente, representan la comunicación con los semejantes, pero es más fácil descubrir estos problemas con la pareja.

Los riñones, tienen el objetivo de equilibrar el nivel entre ácido y alcalino en el cuerpo. Para las filosofías orientales, lo ácido representa a lo masculino y lo alcalino a lo femenino. Entonces “como el riñón se encarga de garantizar el equilibrio entre ácido y alcalino, así la sociedad, análogamente, trata de que el individuo, mediante la unión con otra persona que vive la sombra de uno se perfeccione y se complete” (Dethlefsen y Dahlke),

En la parte somática, esto se puede observar cuando los riñones dejan de pasar sustancias vitales como la albúmina, los cuales pasan al mundo exterior, demostrando la incapacidad para asimilar las sustancias importantes, y esto, al mismo tiempo, está expresando la incapacidad de la mente en reconocer sus propios problemas y atribuirlos a los otros. En la insuficiencia renal cesan las funciones del riñón, por lo que una máquina debe hacer las veces del mismo. Esto ayuda a comprender que la persona no ha podido resolver los problemas con la pareja, buscando una máquina perfecta para que la reemplace; y ahora tiene que vivir con ella toda su vida, ya que ninguna de sus parejas logró cumplir con sus expectativas.

Los problemas renales manifiestan un desequilibrio en el plano emocional, “una falta de discernimiento o una incapacidad para tomar decisiones ante sus necesidades” (Bourdeau, 1999). Generalmente, se trata de personas emotivas que además se sienten incapaces e impotentes en lo que se proponen y en las relaciones con sus semejantes. La persona siente la injusticia en cualquier problema, es muy influenciable, idealiza demasiado a las personas y siente mucha frustración cuando no se satisfacen sus expectativas; incluso suele victimizarse. Además, se pasa demasiado tiempo comparándose con los otros y criticándolos.

## **6. ESQUEMA TENTATIVO**

## Introducción

### **Capítulo 1:** *Trastornos de la función renal y su tratamiento médico*

- 1.1. Funcionamiento de los riñones
- 1.2. Trastornos del funcionamiento renal: La insuficiencia renal
- 1.3. Tratamientos para la Insuficiencia renal.
  - 1.3.1. Hemodiálisis
  - 1.3.2. Diálisis Peritoneal
  - 1.3.3. Transplante

### **Capítulo 2:** *El paciente y la enfermedad*

- 2.1. El paciente: su adaptación y adherencia al tratamiento
- 2.2. Repercusiones psicológicas de la enfermedad
- 2.3. Mecanismos de defensa
- 2.4. El estrés ante la enfermedad
- 2.5. Fases del proceso de enfermar
- 2.6. El duelo y la enfermedad

### **Capítulo 3:** *Visión Psicoanalítica de la enfermedad*

- 3.1. Psicoanálisis y medicina
- 3.2. Psiquis y soma
- 3.3. Símbolo y sentido
- 3.4. El carácter y la enfermedad somática
- 3.5. Los afectos inconcientes.

### **Capítulo 4:** *El afecto y la enfermedad*

- 4.1. La enfermedad como lenguaje y síntoma
4. 2. El drama que se oculta en la enfermedad
4. 3. La polaridad y la sombra
4. 4. Los riñones y su relación con la comunicación

### **Capítulo 5:** *Estudio de los problemas en las relaciones afectivas como un factor de riesgo de la Insuficiencia Renal Crónica, en los pacientes de la Unidad de Diálisis BAXTER.*

- 5.1. Metodología
- 5.2. Presentación y análisis cuantitativo de los datos
- 5.3. Análisis cualitativo de los datos
- 5.4. Resultados

## *Conclusiones*

### *Bibliografía*

### *Anexos*

## **7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **7.1. HIPÓTESIS**

*Los pacientes que sufren de Insuficiencia Renal Crónica presentaríann problemas en sus relaciones afectivas antes de ser diagnosticados .*

### **7.2. MUESTRA:**

La investigación se realizará en los 84 pacientes de la Unidad de Diálisis BAXTER, en la ciudad de Cuenca, en el período 2006-2007.

### 7.3. VARIABLES E INDICADORES

VARIABLE DEPENDIENTE	Insuficiencia Renal Crónica	
VARIABLE INDEPENDIENTE	Problemas en las relaciones afectivas	
OTRAS VARIABLES	INDICADORES	TIPO DE ESCALA
Sexo	hombre	cualitativa
	mujer	
Edad	20 - 30	ordinal
	30 - 40	
	40 - 50	
	50 - 60	
	60 - 70	
	70 - 80	
grupo socio económico cultural	baja	cualitativa
	media	
	media alta	
	alta	
procedencia	rural	cualitativa
	urbana	
antecedentes patológicos personales	diabetes	cualitativa
	hipertensión	
	otras	
antecedentes familiares	si	cualitativa
	no	
psicobiografía	infancia	cualitativa
	edad escolar	
	adolescencia	
	edad adulta	
	vida adulta	
	vida sexual y conyugal	
	nivel de instrucción	
	vida laboral	
	vida social	
ceguera	si	cualitativa
	no	
conflictos	sin problemas	ordinal
	ligero problema	
	situación conflictiva	

### 7.4. PROCEDIMIENTO

1. Contactar con la Unidad de Diálisis BAXTER.
2. Obtener el permiso tanto de la Administración, como de los pacientes, para realizar la investigación.
3. Establecer una relación terapéutica con los pacientes con IRC.
4. Elaborar las historias clínicas de cada uno de los pacientes.
5. Realizar entrevistas psicológicas,
6. Aplicar test psicológicos (T. A. T y el Test de Rotter).
7. Transformación de la información cualitativa en cuantitativa a través de una ficha estándar que garantice que la información sea verídica para su análisis.
8. Analizar los datos obtenidos por medio de la utilización de algunos métodos estadísticos de acuerdo con la naturaleza de la información recopilada; para determinando la incidencia de los problemas afectivos recurrentes poder considerarlos como factores de riesgo en la IRC. Se recurrirá a la estadística descriptiva, inferencial, y/o multivariada.
9. Interpretación de los datos.

### 7. RECURSOS

#### 7.1. Recursos humanos

##### 7.1.1. Responsables:

Daniela Tripaldi



## 10. BIBLIOGRAFÍA

### 10.1. Libros

- ALARCÓN Prada Ariel. **Aspectos Psicosociales del Paciente Renal**. La Silueta Ediciones, Bogotá - Colombia, 2004.
- ANDOLFI Mauricio y ZWERLING Israel. **Dimensiones de la Terapia Familiar**. Ediciones Paidós, Barcelona – España, s/a.
- ARIAS Diana y VARGAS Claudia. **La creación artística como terapia**. RBA Libros, Barcelona – España, 2004.
- BOURDEAU, Lise. **Obedece a tu cuerpo: ¡Ámate!**. Editorial Sirio S. A. Buenos Aires – Argentina. 1999.
- BUCETA José María, y BUENO Ana María. **Tratamiento Psicológico de hábitos y enfermedades**. Ediciones Pirámide, Madrid – España, 1996.
- CORSI Jorge. **Psicoterapia Integrativa Multidimensional**. Editorial Paidós, Buenos Aires – Argentina, 2005.
- CONLAN Roberta. **Estados de ánimo – cómo nuestro cerebro nos hace ser como somos**. Paidós, Barcelona, 2000.
- CULLARI Salvatore. **Fundamentos de Psicología Clínica**. Pearson Educación, México, 2001.
- DÁVILA Yolanda. **Psicoterapia de Grupo**. Texto base para la Materia de Psicoterapia de Grupo. Universidad del Azuay, Escuela de Psicología, Cuenca – Ecuador, 2005 – 2006.
- DETHLEFSEN Thorwarld, y DAHLKE Rüdiger. **La enfermedad como camino: una interpretación distinta de la Medicina**. Plaza & Ganés Editores, Barcelona – España, 1983.
- FADIMAN James, y FRAGER Robert. **Teorías de la Personalidad**. Oxford University Press, México, 2001.
- FERNÁNDEZ Moya, Jorge. **Después de la pérdida: una propuesta sistémico – estratégica para el abordaje de los duelos**. Universidad del Aconcagua, Catamarca – Argentina, 2004.
- GALLAR Pérez Manuel. **Promoción de la Salud y Apoyo psicológico al paciente**. Editorial Parainfo, Madrid – España, 1998.
- HARRISON. **Medicina Interna / Décima parte: Trastornos del Riñón y las Vías Urinarias**.
- HAY Louise L. **Usted puede sanar su vida**. Ediciones Urano, Barcelona – España, 1989.
- JONGSMA, Arthur. **The personality Disorders – Treatment Planner**. Wiley, USA, 2001.
- KAPLAN y SADOCKS. **Synopsis of Psychiatry – Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry**. Lippincott, Philadelphia – USA, 2003.
- MACE Cris, MOOREY Stirling y ROBERTS Bernard. **Guía práctica de terapias psicológicas – guía crítica para los clínicos**. Editorial Ariel, Barcelona – España, 2005.
- MASSON. **DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**. Masson, Barcelona – España, 2002.
- MESA Cid Pedro J. **Fundamentos de Psicopatología General**. Ediciones Pirámide, Madrid – España, 2004.

- MINUCHIN Salvador, y FISHMAN Charles. **Técnicas de Terapia Familiar**. Ediciones Paidós, Barcelona – España, 1981.
- MORAND de Jouffrey Pauline. **La Depresión**. Acento Editorial, Madrid – España, 1997.
- OCEANO. **Atlas del cuerpo humano**. Grupo Editorial OCEANO, Barcelona – España, 1995.
- ROSENBAUM Max. **Ética y valores en Psicoterapia**. Fondo de Cultura Económica, México, s/a.
- STIERLIN Helm y varios. **Terapia de Familia – La Primera Entrevista**. Gedisa, Barcelona – España, 1981.
- The AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. **Family Medical Guide**. Random House, New York – USA, 1994.
- TORO Ricardo y YEPES Luis. **Fundamentos de Medicina: Psiquiatría**. CIB, Medellín – Colombia, 2004.
- TODESCHINI, Roberto. **Introduzione alla chemiometria**. Edites s.r.l. Napoli – Italia. 1998
- WADELEY Alison, y BLASCO Tomás. **La ética en la investigación y la práctica psicológicas**. Ediciones Ariel, Barcelona – España, 1995.
- WAINSTEIN Martin. **Intervenciones para el cambio**. JCE Ediciones, Buenos Aires – Argentina, 2006.

#### 10.2. Enciclopedias y Diccionarios

- LAPLANCHE Jean, PONTALIS J.B. **Diccionario de Psicoanálisis**. Ediciones Paidós, Barcelona – España, 2004.
- Microsoft Corporation. **Enciclopedia Encarta / Aparato urinario – Riñón – Insuficiencia Renal – Diálisis Renal – Transplante de riñón**. Microsoft Corporation, 2002.
- OCEANO. **Enciclopedia de la Psicología**. Grupo Editorial OCEANO, Barcelona – España, 2002.
- Varios. **Enciclopedia Médica para la Familia**. Editorial América, México, 1985.
- De Agostini Junior. **Esplorando Il corpo umano**. Vol 12. Italia. 1993

#### 10.3. Monografías y tesis

- CORDERO Lucía. **Intervención en Crisis**.
- IRÍAS Borge Vilma. **Caracterización psicológica y tendencia al suicidio en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica**, Tesis para optar al título de especialista en Pediatría. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Medicina, Managua – Nicaragua, 2004.
- SARMIENTO Jara Ma. Verónica. **Mitos familiares que obstaculizan la expresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en la Unidad Renal Baxter – Cuenca**, Tesis previa a la obtención del título de Magíster en Psicoterapia Sistémica Familiar. Universidad del Azuay, Cuenca – Ecuador, 2005.

#### 10.4. Artículos y otros

- BUENO Dennis, y VINOKUR Enrique. **Aspecto Psicológico del paciente renal**. Revista de Nefrología, Diálisis y Transplantes. Instituto de Urología y Nefrología, N° 56 - marzo / junio 2002, Argentina.
- CARDOSO Miguel Ángel. **Metodología de intervención psicoterapéutica en situación en crisis**. Universidad del Azuay, Cuenca – Ecuador, s/a.
- DELGADO J., IZQUIERDO J., y otros. **Disfunción eréctil en el trasplante renal**. Hospital Clínico San Carlos – Cátedra y Servicio de Urología, Madrid, 1999.
- DE LOS RÍOS CASTILLO José Lauro. **Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía**. Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México, 2004.
- Revista de divulgación científica y tecnológica de la Universidad Veracruzana, ‘La ciencia y el hombre’. **Cuidar a un enfermo, ¿pesa?**. Volumen XIX, número 2. Universidad Veracruzana, mayo – agosto 2006.
- Apuntes de clase. **El duelo**. Materia de Psicología Clínica I, dictada por el Dr. Juan Aguilera. Universidad del Azuay, Escuela de Psicología, Cuenca - Ecuador, 2005.
- Apuntes de clase. **Perfil psicológico del enfermo crónico**. Materia de Psicología Clínica I, dictada por el Dr. Juan Aguilera. Universidad del Azuay, Escuela de Psicología, Cuenca - Ecuador, 2005.

#### 10.5. Páginas de Internet

- [http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/afecto\\_necesidad\\_primaria.htm](http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/afecto_necesidad_primaria.htm). BARRULL E., GONZALEZ P., y MARTELES P. **El afecto es una necesidad primaria del ser humano**. 2000.
- [http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/afecto\\_necesidad\\_primaria.htm](http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/afecto_necesidad_primaria.htm). BARRULL E., GONZALEZ P., y MARTELES P. **¿Puede ser el déficit afectivo causa de una enfermedad?**. 1998.
- <http://bvs.insp.mx>. DFID – Subsecretaría de Prevención y Control de enfermedades. **Práctica Médica Efectiva: Insuficiencia Renal Crónica**. Volumen 2, número 6, México, 2006.
- <http://www.funchiozza.com/libros> CHIOZZA Luis. **Enfermedades y Afectos**.
- <http://www.funchiozza.com/libros> CHIOZZA Luis. **Del Afecto a la Afección**.
- <http://www.funchiozza.com> CHIOZZA Luis. **La Transformación del afecto en enfermedad**.
- <http://www.funchiozza.com/libros> CHIOZZA Luis. **¿Por qué enfermamos?**.
- <http://www.imss.gob.mx> ORTEGA Susana y MARTINEZ Ángeles. **Bienestar psicológico como factor de dependencia en Hemodiálisis**. Rev. Enferm. IMSS, México, 2002.
- <http://www.kidneyurology.org/> Kidney and Neurology foundation of America. **Sobrellevar la insuficiencia renal**. Kidney and Neurology foundation of America, 2004.
- <http://www.msd.es/publicaciones>. Merck Sharp & Dohme. **Trastornos del Riñón y de las vías urinarias: Insuficiencia Renal**. Madrid – España, 2005
- <http://www.ucem.es> MARTINEZ Francisco, y SEMPERE Ma. Mercedes. **Cambios en los patrones de respuesta emocionales en pacientes con IRC, durante las fases pre-dialítica y dialítica**. Universidad de Murcia, 2003.
- <http://www2.udec.cl> CASTRO Manuel y RODRIGUEZ Magali. **Calidad de vida en pacientes portadores de IRC en tratamiento con hemodiálisis**.
- <http://www.uninet.edu> CAPORALE Bettina. **Aspectos Psicológicos en pacientes en Diálisis**.
- <http://www.scielo.cl> FULLERTON Claudio, ACUNA, Julia, FLORENZANO, Ramón. **Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general**. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, vol.41, no.2, abril 2003.
- [http://www.uma.es/est\\_fisioapuntes.html](http://www.uma.es/est_fisioapuntes.html). LOPEZ, Francisco Javier. **Apuntes de Bioestadística**. Universidad de Málaga.