



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

SISTEMA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN PSICOANÁLISIS Y EDUCACIÓN

TEMA:

Disentimiento en el tratamiento hemodialítico de pacientes con insuficiencia renal. Una mirada psicoanalítica del sujeto con enfermedad renal crónica en una institución de salud en la ciudad de Guayaquil.

AUTOR:

Mario Luis Burgos Calle

Previa a la obtención del Grado Académico de:

MAGÍSTER EN PSICOANÁLISIS Y EDUCACIÓN

TUTOR:

Psicólogo Robert Amat

Guayaquil, Ecuador

2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN PSICOANÁLISIS Y EDUCACIÓN

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Mario Luis Burgos Calle** como requerimiento parcial para la obtención del **Grado Académico de Magíster en Psicoanálisis y Educación**.

DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Psi. Cl. Robert Amat Rodríguez, Mgs.

REVISORES

Lic. Andrea Ocaña, Mgs.

Psi. Cl. Alvaro Rendón, Mgs.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Psi. Cl. Rosa Elena Sper de Sonnenholzner

Guayaquil, a los 4 días del mes de junio del año 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN PSICOANÁLISIS Y EDUCACIÓN

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Mario Luis Burgos Calle

DECLARO QUE:

El proyecto de investigación “Disentimiento en el tratamiento hemodialítico de pacientes con insuficiencia renal. Una mirada psicoanalítica del sujeto con enfermedad renal crónica en una institución de salud en la ciudad de Guayaquil”, previa a la obtención del Grado Académico de Magíster en “Psicoanálisis y Educación”, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva; respetando derechos intelectuales de terceros, conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente, este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico de la tesis del Grado Académico, en mención.

Guayaquil, a los 4 días del mes de junio del año 2022

EL AUTOR

Mario Luis Burgos Calle



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

SISTEMA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN PSICOANÁLISIS Y EDUCACIÓN

AUTORIZACIÓN

Yo, Mario Luis Burgos Calle

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de su institución, del proyecto de investigación de Maestría titulado **“Disentimiento en el tratamiento hemodialítico de pacientes con insuficiencia renal. Una mirada psicoanalítica del sujeto con enfermedad renal crónica en una institución de salud en la ciudad de Guayaquil”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 4 días del mes de junio del año 2022

EL AUTOR

Mario Luis Burgos Calle

INFORME DE URKUND

URKUND	
Documento	Disentimiento en el tratamiento hemodialítico de pacientes con insuficiencia renal.docx (D138596688)
Presentado	2022-05-30 17:04 (-05:00)
Presentado por	m.psicoanalisis@cu.ucsg.edu.ec
Recibido	m.psicoanalisis.ucsg@analysis.orkund.com
<div style="background-color: #2e7d32; color: white; padding: 2px;">0%</div> de estas 51 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.	

TEMA: Disentimiento en el tratamiento hemodialítico de pacientes con insuficiencia renal. Una mirada psicoanalítica del sujeto con enfermedad renal crónica en una institución de salud en la ciudad de Guayaquil.

MAESTRANTE: Lic. Mario Luis Burgos Calle

MAESTRÍA EN PSICOANÁLISIS Y EDUCACIÓN

ELABORADO POR:



Firmado electrónicamente por:
ROBERT IVANAMAT RODRIGUEZ

Psi. Cl. Robert Amat Rodríguez, Mgs.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi familia por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida. A mi esposa quien estuvo ahí y nunca dejó de creer que lo lograría. A todas las personas que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano, especialmente

aquellas que estuvieron dispuestas a compartir aquello que les aqueja. Sin estas personas no hubiera sido posible el presente trabajo.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi familia, especialmente a mi madre, por haberme dado la oportunidad de formarme en esta prestigiosa universidad y haber sido mi apoyo durante todo este tiempo, haciendo posible obtener el presente título.

A mi esposa quien estuvo a mi lado dándome, ánimos y siendo un pilar fundamental, evitó que me rindiera cada vez que pensé que no podría hacerlo.

De manera especial a mi tutor de tesis, por haberme guiado, especialmente por la paciencia que tuvo, y el tiempo que invirtió, al momento de revisar mi proyecto.

A la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, por haberme brindado tantas oportunidades y enriquecerme en conocimiento, especialmente a sus docentes quienes sembraron en mí preguntas que me mantienen, a día de hoy, en una constante búsqueda.

Contenido

RESÚMEN	10
ABSTRACT.....	11
Introducción.....	2
I. Antecedentes.....	6
II. Planteamiento del problema de investigación	7
III. Justificación	9
IV. Preguntas de investigación	10
V. Objetivo general:	10
VI. Objetivos Específicos:	10
VII. Metodología.....	10
□ Categorías de análisis:	11
VIII. Plan de trabajo.....	12
1.1. El Otro institucional.....	15
1.2. El malestar en la institución.....	17
1.3. El consentimiento informado.....	20
2. El Sujeto (Tachado) institucionalizado.....	23
2.1. El cuerpo conectado a una máquina	25
2.2. El goce / El tratamiento dialítico	28
3. El dis-sentimiento (La urgencia)	31
3.1. La transferencia	33
3.2. Los tiempos de la institución de salud.....	36
3.3. Tiempos de ver comprender y concluir	37
Viñetas clínicasCaso A	39
Caso B.....	43
Caso C.....	49
Caso D.....	53
Análisis de las viñetas clínicas.....	55
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES.....	64
Bibliografía	66

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN.....75

RESÚMEN

El presente proyecto tiene como finalidad analizar, desde el punto de vista psicoanalítico, las posibles causas del disentimiento en el tratamiento hemodialítico de pacientes con insuficiencia renal crónica en una institución de salud de la ciudad de Guayaquil. Teniendo en cuenta al disentimiento (negación) al tratamiento como una respuesta del sujeto (paciente) inmerso en la institución de salud y atravesado por los cambios que supone el diagnóstico de la enfermedad y la implementación de una máquina para soporte vital como lo es la hemodiálisis. Se busca a su vez contrastar la propuesta médica dentro del protocolo frente a la respuesta del paciente, al momento de aceptar dicho tratamiento, utilizando el “consentimiento informado”, como herramienta de acción al momento de validar dicha “aceptación”. A su vez, se implica entonces el discurso de la institución de salud y como esta incide a la decisión del paciente, desde el lugar que este ocupa para la misma. Para esto nos valdremos de la teoría psicoanalítica y la elaboración de viñetas clínicas, con el fin de encontrar puntos de intersección y segregación entre el discurso psicoanalítico, médico y lo que nos pueden decir los pacientes de su experiencia en hemodiálisis. Ubicando un posible modo de accionar desde la clínica psicoanalítica, utilizando la transferencia y los tiempos lógicos propuestos por Lacan, como medio de acción frente a la emergencia propuesta por la insuficiencia renal crónica. Este trabajo es un esfuerzo de encuentro, en el eterno desencuentro de las instituciones de salud y la práctica analítica.

PALABRAS CLAVES: Insuficiencia renal, salud, psicoanálisis, enfermedad crónica y disentimiento.

ABSTRACT

The purpose of this project is to analyze, using psychoanalytic theory, the possible causes of dissent in the hemodialysis treatment of patients with chronic renal failure in a health institution in the city of Guayaquil. Being aware of the dissent (denial) to the treatment as a response of the subject (patient) inside a health institution and undergoing the changes that the diagnosis of the disease implies beneath the implementation of a life support machine such as hemodialysis. Also, this thesis seeks to contrast the medical proposal within the protocol with the patient's response, at the time of accepting said treatment, using "informed consent" as an action tool at the time of validating an "acceptance" over the procedure. We pretend to analyze the discourse of the health institution how is it implied and how it affects the patient's decision, from the place that the patient have in this institution discourse. For this we will use psychoanalytic theory and the elaboration of clinical vignettes, in order to find points of intersection and segregation between psychoanalytic and medical discourse and what patients can tell us about their hemodialysis experience. Locating a possible way of acting from the psychoanalytic clinic, using the transference and the logical times proposed by Lacan, as a means of action against the emergency proposed by chronic renal failure. This work is an effort of engagement, in the eternal disengagement between health institutions and psychoanalytical practice.

KEY WORDS: Kidney failure, health, psychoanalysis, chronic disease and dissent

Introducción

La insuficiencia renal crónica es una de las patologías de mayor relevancia a nivel mundial, debido a que la magnitud de su impacto se ve directamente reflejada en altas tasas de mortalidad, elevados costos de sus tratamientos, la posible apertura a la discapacidad y la afectación biopsicosocial que produce según el Ministerio de Salud Pública de la república del Ecuador (2018). Este a su vez propone dicha enfermedad como la cuarta causa de mortalidad asociada con la edad luego de la diabetes y el cáncer.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) estima que una de cada diez personas de la población general a nivel mundial se ve afectada por esta patología. Estima a su vez que en el Ecuador existirían cerca de diez mil personas con tratamiento hemodialítico y diálisis peritoneal, tratamientos pensados para aliviar los efectos de la disminución de la función renal. Sin embargo, dentro de esa tasa de pacientes que se encuentra en dicho tratamiento se estima para el gobierno ecuatoriano un periodo de supervivencia no mayor a los 5 años.

Las enfermedades crónicas son comúnmente denominadas como catastróficas debido a su alto riesgo de comorbilidad, en relación a otras patologías. La Insuficiencia Renal Crónica en algunos casos se padece debido a otras enfermedades crónicas como las antesmencionadas (diabetes), así como por patologías cardiovasculares que suelen ser en la mayoría de la población ecuatoriana, el mayor factor desencadenante de la disfunción renal. En contraposición a dicha tesis la enfermedad renal puede desarrollar otras patologías a nivel cardiovascular, neurológico, entre otros.

Son los factores orgánicos, la calidad de vida que se adquiere con el tratamiento, el factor económico, entre otras causas, las principales razones que desembocan el fuerte impacto emocional que puede suscitar en el paciente, el hecho de ser diagnosticado con este tipo de enfermedades. Acompañados del desconocimiento general y los mitos que se generan en torno a dicha enfermedad, derivados de todo lo antes expuesto que sin duda alguna movilizan de algún modo la estructura psíquica del paciente que se ve expuesto a este tipo de diagnósticos.

Para la Insuficiencia Renal Crónica, y para varios procedimientos médicos, existe un procedimiento con fundamentación legal marcado para este tipo de procedimientos.

Basado en el conocimiento y la explicación del diagnóstico, conforma un protocolo a abordar dentro de los canales de Salud mundial, a los cuales se acoge el MSP como el máximo exponente en salud del gobierno ecuatoriano. Este procedimiento es denominado como “consentimiento informado”.

Dentro de este protocolo se aspira que el paciente en pleno uso de sus facultades cognitivas y su conocimiento acerca de su padecimiento acepte realizarse una intervención o un procedimiento de salud. Esto se realiza bajo el marco de la legalidad propuesto en la Ley Orgánica de Salud Art. 7 H, toda persona, sin discriminación alguna tiene derecho a: “Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública” (Congreso Nacional Ecuatoriano, 2006)

El MSP en su documento titulado “Modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado en la práctica asistencial” propone unas ciertas condiciones para la aplicación del consentimiento informado de parte del médico tratante. Entre ellas propone 4 ejes principales: El tener la información adecuada, comprender la información, el poder decidir sobre dicha información libremente y ser capaz de tomar la decisión.

En torno a dichas condiciones para la aplicación del consentimiento informado es que surge la interrogante del presente proyecto en cuestión. Debido a que dentro de los parámetros propuestos por dicho modelo de gestión se le da un valor informativo y cognitivo al proceso de decisión del paciente sobre su tratamiento. Es decir, de algún modo, como lo plantea el mismo manual, el ideal de dicho procedimiento es evitar que la decisión y responsabilidad total recaiga en el médico tratante y empoderar a través de la información al paciente.

En el caso de los pacientes con insuficiencia renal crónica se esperaría que una vez realizado el diagnóstico de su enfermedad, que se le hayan indicado los pormenores y las razones por las cuales la padece y se le haya indicado el tratamiento que debe seguir por su enfermedad este acceda a realizarse dicho tratamiento o intervención. El inconveniente que impone un cuestionamiento a este modelo es que dentro del universo

del cual se encuentra inmerso quien escribe esta tesis, no se logran cumplir del todo los ideales propuestos dentro del modelo de gestión del consentimiento informado.

Al llegar un paciente nuevo a las instalaciones del centro educativo se puede observar en algunos casos un desconocimiento global de la enfermedad que el propio paciente padece, o del tratamiento que se está realizando. Sin embargo, más allá del desconocimiento informativo con el que llegarían los pacientes al momento de enfrentarse a una hemodiálisis, se desprende un motivo aún más preocupante.

Se puede visualizar, en pacientes que conocen a profundidad su estado de salud, han sido informados, y han aceptado teniendo en cuenta todo lo que se propone idealmente en el modelo de gestión del consentimiento informado. Aun así, se puede ver una resistencia tanto directa (ausentismo a las sesiones dialíticas o negación del tratamiento) e indirecta (incumplimiento del régimen dietario o realizar actividades físicas que pongan en peligro el acceso vascular necesario para realizar el tratamiento hemodialítico).

En dichos pacientes que transgreden de algún modo su tratamiento hemodialítico se ha podido constatar, a través de las entrevistas clínicas y el pedido de los médicos tratantes una vez ellos han realizado su labor de informar los contras. Los médicos suelen cerciorarse que el paciente haya comprendido la información necesaria para evitar la resistencia, y aun así, ciertos pacientes incumplen las normativas de su tratamiento, por razones que escapan al hecho de saber de lo que se padece o de lo que pueda pasarle si hay una resistencia al tratamiento. Esto genera consecuencias nefastas como el aumento de las posibilidades de mortalidad durante las sesiones hemodialíticas, entre otras cosas un deterioro general del estado de salud del paciente.

Evidenciando que de algún modo que este “Modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado en la práctica asistencial” da una importancia crucial a la información brindada al paciente, como eje primordial y racional, de su decisión frente al tratamiento. Lo cual no puede ser discutido. Sin embargo, desconoce así mismo la incidencia emocional que puede tener dicha información, o dentro del procedimiento no se están considerando estrategias que acojan no solo la parte racional, sino, emocional del paciente.

En consecuencia, se presentan casos donde el paciente debido a la presión

emocional, social/familiar y económica decidió firmar (en el mejor de los casos) el consentimiento informado, pero debido a la amenaza de muerte, especialmente presente en los pacientes con enfermedades crónicas. Efectivamente el paciente tomaría una decisión racional basada en la información proporcionada por el especialista a cargo. Pero en la práctica dentro de las instituciones de salud saltan a la vista estos casos que aun habiendo aceptado racionalmente su tratamiento reniega del mismo ya sea de manera verbal o en su accionar. De aquí que se haya acuñado el término “disentimiento” en contraposición al consentimiento antes firmado, lo cual se abordará más adelante.

Son estos casos que subvierten los mismos canales ideales y preestablecidos propuestos por entidades de salud mundiales como la OMS y regionales como el MSP los cuales proponen un cuestionamiento frente a este manejo protocolar institucional dictaminado por estas entidades. Cuestionando con este disentimiento al tratamiento y cuáles serían sus causas, para lo cual se utilizaría el método psicoanalítico de estudio de casos contrastados con su desarrollo teórico.

El discurso psicoanalítico toma en cuenta la subjetividad en torno a esta dinámica interior que se da en los sujetos. Por lo que dichos pacientes propondrían a la luz de estos conceptos el cuestionamiento de que si este protocolo provisto por las entidades de salud acunado en el discurso médico, “el consentimiento informado” contempla la subjetividad del paciente con Insuficiencia Renal Crónica, especialmente por su énfasis en la racionalidad, y en el caso de ser negativo en vez de abordar la emocionalidad se propone firmar una negativa, teniendo en cuenta el carácter de mortalidad que podría implicar una negativa en los pacientes con esta enfermedad.

A su vez se cuestiona si existe alguna incidencia del discurso institucional médico en la decisión final del paciente. Especialmente en casos de una negativa el manual de gestión propone otras alternativas de tratamiento, sin embargo, el imperativo del médico al que se sujeta en su juramento hipocrático le permitiría entonces en el caso de un diagnóstico de una enfermedad crónica, apuntar hacia el criterio del paciente o hacia el imperativo de salud. En tal caso, se abre esta dicotomía entre ¿Quién determina este estado de bienestar al que idealmente se aspira como salud? El médico o el paciente y cuáles son los efectos que esto conlleva.

I. Antecedentes

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una enfermedad que consiste en la disminución de la función renal la cual puede llegar hasta un nivel inferior del 10%. La función renal (FR) cumple con uno de los procesos vitales para la filtración y limpieza de la sangre, eliminando toxinas, desechos, entre otros a través del mecanismo excretor urinario. Al ser un proceso vital y necesario del organismo, la disminución de dicha FR atribuye a un deterioro significativo de la salud de las personas que la padecen provocando la IRC, la cual influye a su vez al deterioro de otros sistemas como el cardiovascular, endocrino, neurológico, etc.

La disminución de la función renal se atribuye a la pérdida de la capacidad de los riñones de filtrar la sangre del organismo la cual empieza a acumular niveles nocivos de desechos, esto produce un desequilibrio la composición química de la sangre. Enfermedades como la diabetes y la hipertensión, muy comunes en el contexto ecuatoriano, así como el VIH y en cierta medida actual el Covid-19 contribuirían con la disminución de la función renal; por otro lado, la mala alimentación, la ingesta de líquidos con alto contenido de calcio, proteínas y sodio, entre otras sustancias promueven la disminución de la Función Renal.

Uno de los tratamientos que se utilizarían al momento de sufrir una IRC y que actuaría de soporte debido a la disminución de la FR, sería el tratamiento sustitutivo renal, el cual incluye: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal. Para los fines de la siguiente tesis nos centraremos en la hemodiálisis (HD). La hemodiálisis consiste en filtrar la sangre a través de una máquina: la sangre circula desde la arteria de un paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis, para luego, la sangre libre de toxinas retornar al organismo a través de una vena canulada.

Existe un número significativo de estudios (García, 2016; García-Llana, 2014; Paez, 2018; Pedrosa; 2018; Varela, 2011), cuantitativos y cualitativos, de orden médico, psicológico, psiquiátrico sobre las diversas conductas, sintomatologías cognitivas, emocionales, relacionales y su impacto que tienen en la vida de los pacientes con IRC. Por otro lado, existen estudios (Paez, Marcos, Carmen, & De Bortoli, 2008)

psiquiátricos y psicológicos que correlacionan la ansiedad y depresión como síntomas que se derivan del diagnóstico, condiciones y estilo de vida impuesto por la IRC y su tratamiento. En estos estudios en particular, se acentúa el protagonismo a la Enfermedad Renal Crónica, como el factor determinante en el devenir psicológico del paciente inserto en un Tratamiento sustitutivo renal.

Dichos estudios apuntan a su vez a predecir y en cierto modo a “prevenir” dicha sintomatología psicológica derivada de la IRC y que conllevaría a una “no aceptación o adhesión” del tratamiento médico. Muchos autores entre ellos Paez (2008) coinciden que, a presencia de depresión y ansiedad, entre otros síntomas psicológicos en este tipo derivados de la IRC aumentan los riesgos de suicidios, expresados en la no adherencia a la HD, incumplimiento de las restricciones dietéticas e intentos suicidas directos. Para estos estudios la no adherencia al tratamiento médico, constituye un alto índice de comorbilidad en los pacientes que se someten a un tratamiento hemodialítico.

Por otro lado, la perspectiva psicoanalítica o de investigaciones llevadas a cabo por psicólogos con orientación psicoanalítica, apuntaría al malestar subjetivo al que se encuentra “caso a caso” expuesto el sujeto. Es decir, el protagonismo dejaría de recaer en la IRC y empezaría a ser nombrado por cada uno de los sujetos cuyas vidas se encuentran atravesadas por la Enfermedad renal crónica, que en ciertos casos efectivamente situaría en parte su malestar. Sin embargo, no constituiría para ellos “la mayor de sus preocupaciones”, determinando coordenadas que en alguno de los casos apuntarían a otras cuestiones que quedarían opacadas por el rigor estadístico y sin rostro que estelariza la IRC como la estrella del malestar en la vida de estos pacientes.

II. Planteamiento del problema de investigación

La RAE (2005) ubica el disentimiento como la acción y efecto de “disentir”, lo cual implicaría no asumir o ajustarse al sentir o parecer de alguien. Se ha utilizado la palabra “dissentimiento” para los propósitos del siguiente proyecto basado en una de las herramientas utilizadas dentro del ámbito de salud y la investigación tanto en Guayaquil, como el resto del mundo, conocida como “consentimiento informado”.

Para la medicina según Vera (2016), el consentimiento informado constituye: “un procedimiento médico formal, una exigencia ética, y un derecho reconocido por las legislaciones de todos los países, cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del

paciente, es decir, la obligación de respetar a los pacientes como individuos y hacer honor a sus preferencias en cuidados médicos.” Mientras que, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2016) lo define como un “proceso de comunicación y deliberación, que forma parte de la relación de un profesional de salud y un paciente capaz, por el cual una persona autónoma, de forma voluntaria, acepta, niega o revoca una intervención de salud”, un proceso mediante el cual se respeta el principio de autonomía del paciente. Así como se pide la autorización del paciente como una persona que hace uso de sus facultades físicas y mentales para que las o los profesionales de la salud puedan realizar un procedimiento diagnóstico o terapéutico luego de haber comprendido la información proporcionada sobre los mismos.

Este consentimiento como se menciona antes se firma antes de cualquier procedimiento o diagnóstico terapéutico, entre ellos el tratamiento sustitutivo renal hemodialítico, como medio terapéutico soporte de la IRC. Se exige a los pacientes, previo a la aceptación de la HD, firmar este documento conocido como “consentimiento informado”, estimando primero que los pacientes en una situación ideal se hayan regido a los distintos protocolos de abordaje en caso de esta enfermedad: diagnóstico y su comunicación, explicación del tratamiento, aceptación del mismo. Procedimiento del cual se aspira “luego de haberse comprendido la información proporcionada” el paciente “acepte” realizarse un procedimiento hemodialítico, con el fin de sustituir la función renal que se encuentra deteriorada.

La problemática giraría en torno a este “consentimiento” cuyo proceder implica promover la información, tanto del diagnóstico como del procedimiento que deriva como un tratamiento para prolongar la vida de dichos pacientes con IRC. A pesar de esto existen casos, como se indicaba anteriormente, de incumplimiento de las restricciones dietéticas, de inasistencia a las sesiones dialíticas, descuidos sanitarios respecto a los lugares en los que se realiza la conexión de la máquina e intentos suicidas directos registrados en los pacientes con IRC.

Es aquí donde la siguiente investigación, apartándose de la visión estadística y biologicista, toma un camino distinto a la del protagonismo de la enfermedad. Introduciendo el término “disentimiento” como un contraste, a la supuesta “aceptación” que propone el firmar el “consentimiento informado”. Estas manifestaciones de

malestar, en acciones u inacciones, conformarían una “letra chica”, aquello que no está contemplado u estipulado en el contrato conocido como consentimiento informado, tomando la forma de este “disentimiento” o rechazo al tratamiento prescrito como “aquel que lo mantendrá vivo”.

III. Justificación

El autor del presente trabajo, colabora con una institución de salud especializada en la atención de pacientes con IRC, en la cual ha ubicado el siguiente fenómeno en su práctica. Frente a la problemática ha encontrado investigaciones de corte médico-psiquiátrico, psicométrico-psicológico y muy pocas investigaciones psicoanalíticas en las instituciones de salud y significativamente menos centradas en la atención a pacientes con IRC que se realizan un tratamiento sustitutivo renal con modalidad HD.

La siguiente investigación permite mediante el desarrollo de la teoría psicoanalítica y del estudio de casos clínicos una explicación respecto a este fenómeno del “disentimiento” que para propósitos del estudio lo ubicamos como el rechazo al tratamiento médico previamente consentido. La investigación propone el “Disentimiento” una forma de responder al malestar que incide en el correcto tratamiento Hemodialítico (y el índice de mortalidad de los pacientes con reducida FR). Esto determina la importancia del siguiente estudio, dado que en la labor clínica se observa que no necesariamente se encuentra directamente relacionado con la IRC o la HD.

A partir de los casos estudiados se busca ubicar la posición subjetiva que es atravesada por esta enfermedad IRC y por el discurso médico manejado dentro de una institución de salud de Guayaquil, presentando este “disentimiento” producto de un malestar subjetivo que, en primeras instancias, se supone que trasciende en algunos casos a la misma IRC, HD o consentimiento informado. A su vez el abordaje teórico nos proveerá determinar el lugar que ocupa la subjetividad del paciente de HD inmerso en la institución de salud con un discurso predominantemente médico y los posibles efectos que podrían determinar la posición del paciente frente al disentimiento.

IV. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles serían las causas del disentimiento al tratamiento HD en pacientes conIRC?
- El protocolo provisto por el discurso médico que termina en la firma del “consentimiento informado” ¿Contempla la subjetividad del paciente con IRC?
- ¿Cuál sería la incidencia del discurso médico en la subjetividad del paciente HDinmerso en una institución de salud?

V. Objetivo general:

Analizar, desde el punto de vista psicoanalítico, las posibles causas del disentimiento en el tratamiento hemodialítico de pacientes con insuficiencia renal crónica en una institución de salud de la ciudad de Guayaquil.

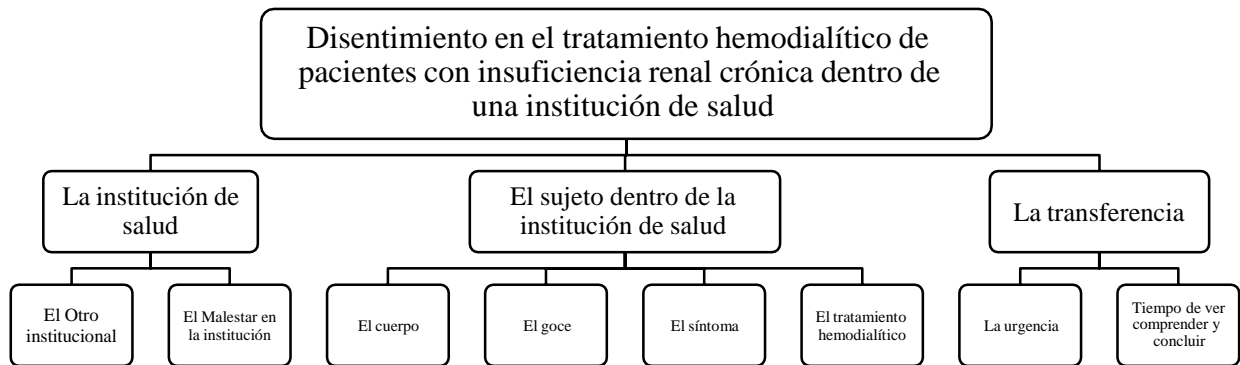
VI. Objetivos Específicos:

- Comparar los procedimientos establecidos en la institución de salud y el discursomédico con la teoría psicoanalítica y las viñetas clínicas.
- Determinar el lugar de la subjetividad en el discurso médico y la institución. Asícomo, su incidencia en el disentimiento del tratamiento hemodialítico.
- Profundizar la expresión de disentimiento de pacientes altratamiento Hemodialítico mediante estudio de casos clínicos seleccionados.

VII. Metodología

- Enfoque:** Para el desarrollo de la siguiente investigación se pretende utilizar el enfoque cualitativo hermenéutico e interpretativo para el análisis de textos. Así como el método psicoanalítico/clínico cuyo abordaje nos permite analizar las entrevistas donde el paciente a partir de la asociación libre se posibilita una interpretación de su malestar. Se procederá al desarrollo e interpretación de una serie de recortes clínicos (a modo de estudio de caso) obtenidos a partir del abordaje de pacientes dentro de una institución de salud dedicada al tratamiento de pacientes que sufren de IRC.
- Universo:** Se trabajará con casos seleccionados de pacientes que sufren de Insuficiencia Renal crónica en un centro de salud de la ciudad de Guayaquil.
- Procedimiento a utilizar:** Se empezará con la selección y análisis de textos que aporten desde una perspectiva teórica el problema en cuestión. Luego se procedería a la selección de casos que evidencien la problemática del disentimiento en los pacientes con IRC. Para propósitos del siguiente trabajo no se trabajará con todo el caso, más bien con un recorte clínico del mismo, que implica una reducción o una pequeña sección de la información obtenida dentro de las entrevistas con los pacientes utilizando asociación libre, presentada como viñeta clínica. A partir, de la interpretación de las viñetas clínicas en contraste conel desarrollo teórico se llegaría a una conclusión respecto al disentimiento presente en los pacientes con IRC.

□ **Categorías de análisis:**



- **Identificación de fuentes:** Las siguientes fuentes estarán comprendidas en textos primarios de psicoanálisis escritos por autores como Sigmund Freud y Jacques Lacan. Autores con fuentes Secundarias como Jacques Allain Miller, Eric Laurent, entre otros. Así como fuentes Terciarias que podrían implicar investigaciones recientes en torno a la teoría psicoanalítica. Por otro lado se abordará la institución desde la postura filosófica/social, psicoanalítica contrastándola con el contexto ecuatoriano. Será a su vez necesario ubicar teóricamente los diques que divergen entre la visión biologicista de la enfermedad y el malestar subjetivo que experimenta el paciente que padece una enfermedad crónica como la IRC, la forma en que se constituye la salud y la enfermedad en los colectivos sociales e institucionales y cómo el sujeto institucional se encuentra atravesado por los mismos.
- **Procedimientos de recolección de datos:** Para la recolección de datos en esta investigación utilizaremos los casos que se presentan dentro de la institución de salud que presta servicios de hemodiálisis como tratamiento sustitutivo de la función renal. A partir de las entrevistas realizadas a los pacientes dentro de la institución de salud se sintetizará la información obtenida a través de la asociación libre obteniendo así un recorte clínico. A partir de este recorte a la información del caso se organizará la información para su mejor comprensión e interpretación, esta herramienta metodológica será contrastada con las fuentes teóricas utilizadas para un análisis más profundo de la problemática.

VIII. Plan de trabajo

		Cronograma																															
		Meses												Semanas																			
Tareas \ Semanas		Junio			Julio			Agosto			Sept.			Oct.			Nov.			Dic.													
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Recolección de bibliografía		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																				
Selección de Textos		■																															
Lectura de Textos		■	■																														
Selección de citas				■	■																												
Organizar citas								■	■																								
Desarrollo de primer capítulo (La institución de salud)										■	■	■	■																				
Selección y organización de citas acorde al tema del 1er capítulo										■	■	■	■																				
Agrupación en subtemas										■	■	■	■																				
Desarrollo de subtemas														■	■	■	■																
Desarrollo de segundo capítulo (El sujeto tachado "institucionalizado")														■	■	■	■																
Selección y organización de citas acorde al tema del 2do capítulo														■	■	■	■																
Agrupación en subtemas														■	■	■	■																
Desarrollo de subtemas																		■	■	■	■												
Desarrollo de tercer capítulo (La transferencia)																						■	■	■	■								
Selección y organización de citas acorde al tema del 3er capítulo																						■	■	■	■								
Agrupación en subtemas																						■	■	■	■								
Desarrollo de subtemas																										■	■	■	■				
Desarrollo de Viñetas clínicas																										■	■	■	■				
Selección de casos dentro de la institución acorde al desarrollo teórico previo																										■	■	■	■				
Elaboración de los recortes clínicos pertinentes a modo de viñeta																										■	■	■	■				
Desarrollo de Conclusiones																														■	■	■	■
Desarrollo de Recomendaciones																																	
Presentación																																	

Marco Teórico

1.

La institución de Salud

“Si durante todo un lapso uno ha vivido dentro de una cultura determinada y por eso se empeñó a menudo en explorar sus orígenes y su ruta de desarrollo, en algún momento lo tentará dirigir la mirada en la otra dirección y preguntarse por el destino lejano que aguarda a esa cultura y las mudanzas que está llamada a transitar.” (Freud, El porvenir de una ilusión, 1992)

El ser humano desde sus primeros días en el mundo se ve inscrito en una institución (la familia), la cual se ha ido cimentando a través de la historia de la humanidad. A partir de la necesidad humana de hacer sociedad se crean estas instituciones (La matrimonial y la familiar). El psicoanálisis, con Sigmund Freud como su creador, propone un texto basado en el “Tótem” bajo la forma «tótam», término acuñado en 1791

por el inglés J. Long intérprete entre las culturas aborígenes norteamericanas y los colonizadores, en su trabajo denominado “*Tótem y Tabú*” (Freud, 2013). Su trabajo en este texto es influenciado por antropólogos y autores contemporáneos a Freud como Frazer y Lang, así como otros no tan contemporáneos como Fergason McLennan. Freud retoma a Frazer (2013) mencionando el vínculo con el tótem como un vínculo más fuerte que el de la familia o la sangre, así como el representante visible de la religión social, en otras palabras, la sociedad, y cómo esta se organiza a partir de los diques o las imágenes que representan a dicho Tótem. Freud describe en el prólogo de su libro antes mencionado, al que podríamos denominar como el único texto antropológico del autor, al “Totemismo” definiéndolo como:

“Una institución religiosa y social enajenada de nuestro sentir actual, en realidad hace mucho tiempo caducada y sustituida por formas más nuevas; y si en la vida de los actuales pueblos de cultura ha dejado apenas ínfimas huellas en su religión, sus usos y costumbres, también debe de haber experimentado grandes mudanzas en los mismos pueblos que en nuestros días la profesan.” (Freud, Totem y tabú, 2013)

Se presenta en dicho texto como pulsiones sociales a aquellas mociones de sentimiento comandadas por el sentimiento hacia el otro y que no lo toman como objeto sexual (Freud,2013), sin embargo, en la neurosis dichas pulsiones sociales tendrán su origen en la desviación y desplazamiento de las pulsiones sexuales más primitivas del hombre. El análisis pulsional de las neurosis, propuesto por el psicoanálisis, propone una intrínseca relación entre las pulsiones sexuales y las pulsiones sociales, cuyas formaciones determinan a la edificación de la cultura. Tanto las pulsiones sociales, como las sexuales del humano, empujan mediante la fuerza pulsional a ser satisfechas.

La neurosis propone una dicotomía entre dichas pulsiones sociales que buscarían satisfacerse en la cultura, y sus pulsiones sexuales, cuya satisfacción yace en componentes egoístas y eróticos, y que implicarían el origen de dichas pulsiones sociales. Sobre esta dicotomía entre pulsiones sexuales y sociales se cimentan dichas instituciones totemistas. En otras palabras, la satisfacción de la pulsión social dejaría como resultado el mecanismo institucional (totémico) sobre el cual se estructuraría la sociedad. La organización particular en instituciones que ha adquirido el ser humano tendría su génesis en la exogamia como una entidad destinada a prevenir el incesto (2013), debido a esto es que las pulsiones sociales serían desviadas hacia el otro. Esta dinámica pulsional constituye la búsqueda de construir una sociedad que permita a su

vez la creación de otras instituciones, por fuera de la institución familiar.

Se propone que la huella cultural actual, que influye a la sociedad actual, es una superposición de años de cambios y devenires que han propuesto nuevas huellas y cómo estas huellas se superponen unas entre otras, dejando así una ligera impresión de la huella “original y sus sucesoras”. Estas superposiciones a través de las épocas constituirían las capas que, a través de la historia de la humanidad, se cimentarían en los pilares que irán determinando los diques culturales sobre los que se sostienen distintas prácticas ritualistas, religiosas y sociales de las cuales se sostiene la actualidad. Es sobre el origen de estas huellas sobre las cuales el psicoanálisis ubica que se erigen las grandes instituciones culturales: la religión, la eticidad, el derecho, la filosofía.

“El conocimiento de las neurosis que los individuos contraen ha prestado buenos servicios para entender las grandes instituciones sociales, pues las neurosis mismas se revelan como unos intentos de solucionar por vía individual los problemas de la compensación de los deseos, problemas que deben ser resueltos socialmente por las instituciones.” (Freud, Totem y tabú, 2013)

A partir del acercamiento a los individuos neuróticos encontramos entonces en las instituciones como lo plantea Freud, que el ser humano a través de la historia supone la posibilidad compensación de dichos deseos y pulsiones del individuo en esta organización social llamada institución. La neurosis y el síntoma para Freud en otras palabras constituiría una solución individual para aquello para lo cual la institución no puede compensar en lo social, las pulsiones sexuales. Vemos en el síntoma y en la Neurosis, que los deseos individuales de los sujetos sobrepasan de algún modo la estructura institucional y a los ideales imbuidos en estas instituciones que nacen en el “Tótem”.

Luego del abordaje realizado por Freud en 1913 sobre las instituciones existe un salto temporal y vemos, como se evidencia el fracaso de la institución como respuesta al deseo del neurótico y cómo este elabora un síntoma a partir de esto. Freud (1992) plantea como la institución separa al “enfermo” de su contorno, aceptado como «normal», debido al padecimiento de su neurosis individual. Este estatuto de “normal” respondería entonces a estos ideales imbuidos en las instituciones totémicas. Aquello que nos hace comunidad, semejantes, iguales, parte de... etc. Lo normal en todo caso estaría íntimamente relacionado con el “Tótem” y los ideales que se desprendan del mismo,

aquello que nos ata a la cultura y a las instituciones que la conforman.

La neurosis misma evidencia a partir de los síntomas que de este arreglo social-institucional queda algo que no puede ser del todo satisfecho. De aquí que el malestar en la cultura, se derive en un malestar a su vez de los sujetos inmersos en las instituciones. Idealmente se espera que la institución pueda resolver socialmente el problema o el deseo del sujeto, sin embargo, el arreglo individual que hace el neurótico a partir del síntoma propone esa disyuntiva, ese contraste, entre lo ideal/normal y lo sintomático/patológico. Esto se evidencia en todo tipo de instituciones actuales: Educativa, Judicial, Salud, etc.

1.1. El Otro institucional

Freud (1992) en *el malestar en la cultura* propone un mecanismo llamado “superyó” el cual se vale de la cultura para imponer estos ideales sobre los cuales se ha constituido la sociedad. Una amonestación que se deriva de los mismos preceptos culturales y sociales sobre los que históricamente se ha constituido la sociedad. Una forma de ética que no apunta a un bien o un mal, sino al imperativo de cumplirlo. Un Amo que solo amonesta y al cual mientras más difícil la obediencia al precepto, más meritorio es obedecerlo.

Este amo que plantea Freud, el “superyó”, tendría una serie de manifestaciones en el desarrollo cultural, incluso podríamos decir que a su vez guarda relación con aquel padre de la horda del cual se refiere en *Tótem y tabú*, siendo el tótem a su vez una representación del poder de dicho padre de la horda, el amo correspondería al devenir del resto de dicho poder. Esto lo podremos ver representado en los mitos y en la estructura de poder que se fue jerarquizando en las distintas culturas debido a que las condiciones para la génesis del mito coinciden con la génesis del pensamiento (García, 1976), en todo caso podríamos considerar “*Tótem y tabú*” como un mito que subyace la lógica de la estructuración de las instituciones, sus imágenes, sus ideales y su poder.

Jacques Lacan, un ávido lector de Freud y su obra, articula matemáticamente una fórmula para entender las relaciones discursivas que se encuentran vigentes en la cultura. Entre ellas la primera que articula y con la que nos quedaremos por el momento es con la fórmula que sitúa la relación del amo. En tanto nos brindará luces respecto a

la funcionalidad del Amo en las instituciones de salud.

$$\frac{S_1}{\$} \longrightarrow \frac{S_2}{a}$$

(Lacan, Seminario 17. El reverso del psicoanálisis.,

2008) Para el siguiente matema Lacan ubica 4 lugares:

AGENTE	OTRO
VERDAD	PRODUCTO

Vemos en el campo del Agente se ubica el S1, que se refiere al significante amo, este se relaciona con un saber o S2. Produciendo un objeto a u objeto de deseo, que implicaría el residuo o resto del cual deviene la operación significativa. Mientras que en el lugar de la Verdad se encuentra el \$. Nos valdremos de esto para ejemplificar la modalidad discursiva intrínseca en las instituciones.

En las instituciones de salud podríamos leerlo de la siguiente forma. El S1 personificado en aquellos agentes de poder que encarnan al amo institucional (personal de salud). Son quienes representarán los ideales, entre ellos el ideal de salud (Organización Mundial de la Salud, 1948) como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Freud (1992) en *el malestar en la cultura*, ya aborda el mandato incumplible super-yoico al cual se inscribe el ideal de la salud. Este ideal de la salud se vuelve un mandato que reprocha y que no busca nada más que ser cumplido, como dice en el texto antes mencionado, con la severidad de los mandamientos y prohibiciones cuidándose muy poco de la dicha, pues no tiene suficientemente en cuenta las resistencias a su obediencia, la intensidad de las pulsiones del ello y las dificultades del mundo circundante objetivo. La salud en todo caso se vuelve un imperativo más, una normalidad que debe ser cumplida. ¿Qué pasa entonces con estos sujetos que se encuentran enfermos?

1.2. El malestar en la institución

El problema sería que la exigencia frente a este imperativo de la salud dentro de la actividad terapéutica sería posible en las instituciones de salud con un discurso cuyo ideal apunta a la patología como todo aquello que escapa de la “normalidad”, los síntomas en todo caso como una solución individual del sujeto frente a estos avatares, implicarían una forma de patología. En tal caso la Neurosis como en su momento la plantea Freud, con sus modalidades sintomáticas, frente a este discurso que busca el estado completo de bienestar, o en otras palabras eliminar cualquier tipo de malestar o síntoma que escape de alguna manera u otra a dicha normalidad.

Por un lado, el psicoanálisis apuntaría a una tarea terapéutica que implica sortear al superyó y rebajar sus exigencias. (Freud, 1992) Sin embargo, para el profesional inmerso en una institución de salud, no apegarse a las exigencias de ese superyó, sería irse en contra de la institución totémica de la salud, cuyos “mandamientos” se describen en el juramento hipocrático. Acunarnos bajo el discurso médico, sin cuestionarlo, implicaría pasar por alto los hechos de la constitución anímica de los seres humanos, exigir como al personal de salud a los pacientes que se cuiden y no preguntarles o preguntarnos si podrán obedecerlo. (1992)

Se le exige entonces al sujeto de la salud (paciente) que responda a una exigencia que muy probablemente exceda a sus posibilidades psicológicamente hablando, debido a que el discurso de la salud supone un gobierno irrestricto del yo del paciente sobre su ello. (Freud, 1992) Para el discurso de la salud, que desconoce que este sujeto tachado, dividido por el lenguaje, al dirigirse a un amo, en este caso el amo de la institución de salud le supondrá un saber. Sin embargo, bajo ese saber la verdad que se desprende es lo que Lacan determina como objeto “a” u objeto de deseo. Un resto que escapa a toda esta estructura.

$$\frac{\$}{a} \longrightarrow \frac{S_1}{S_2}$$

(Lacan, Seminario 17. El reverso del psicoanálisis., 2008)

Retornando a Freud en torno a la neurosis menciona justamente que las instituciones idealmente se crean para dar una respuesta en lo social. En el caso de las instituciones desalud, serían la respuesta en lo social a lo que es considerado como patológico, cuando algo del cuerpo no va. A pesar de esto vemos en los pacientes que aun así hay una discordancia entre el imperativo de curar a algunos pacientes, sus cuerpos, sus enfermedades, etc., y las distintas respuestas sintomáticas que estos presentan.

En el lugar de verdad del discurso histérico, el discurso del paciente, encontramos el objeto a, dicho objeto de deseo que supone justamente un resto que escapa de la mirada biologicista a la cual se expone el cuerpo humano y a la que corresponde el ideal del discurso de la salud. A partir de esto el paciente también sintomatizaría como una respuesta individual a modo de solución que le permita justamente preservar algo de esedeseo que se encuentra velado. Aquello que lo diferencia, y que escapa a los cánones dictatoriales del amo institucional de la salud.

“Si se exige más, se produce en el individuo rebelión o neurosis, o se lo hace desdichado. El mandamiento «Ama a tu prójimo como a ti mismo» es la más fuerte defensa en contra de la agresión humana, y un destacado ejemplo del proceder psicológico del superyó de la cultura. El mandato es incumplible; una inflación tan grandiosa del amor no puede tener otro efecto que rebajar su valor, no el de eliminar el apremio. La cultura descuida todo eso; sólo amonesta: mientras más difícil la obediencia al precepto, más meritorio es obedecerlo.” (Freud, El malestar en la cultura, 1992)

La rebelión o neurosis, síntomas, o disentimiento (el cual será abordado más adelante) serían las respuestas a este mandamiento incumplible. Un “estado de bienestar completo”, absoluto, sin ninguna patología o enfermedad, es algo imposible, de aquí se derivan una serie de términos médicos. Sin embargo, el que encarna el culmen del imperativo de la salud es la prevención, o evitar enfermarse. De aquí que como defensa a esta agresión muchos pacientes tengan una posición muy activa en su pasividad con el tratamiento médico como respuesta a este mandato incumplible.

Dichos pacientes saben muchas veces cuando algo les hace daño, cuando algo puede llegar a perturbar su estado de salud o dañar el tratamiento. No obstante, muchas de las veces los pacientes proceden en dirección a aquello que apunta a lo contrario a las indicaciones de salud. A lo que los profesionales de salud responden: “No ponen de

su parte, están deprimidos, no hacen caso”, entre otros. Entender que no existe un dominio completo del yo sobre el campo del ello, es justamente ubicar esa respuesta del paciente como una rebelión ante el imperativo de la salud, en algunos casos.

Para la medicina el síntoma es un problema físico o mental que presenta una persona, el cual puede indicar una enfermedad o afección. (Instituto Nacional del cancer, s.f.) La desaparición del síntoma, supondría en todo caso la eliminación de la enfermedad y viceversa. Por lo que mayoritariamente se busca en algunos casos apaciguar u eliminar el síntoma dependiendo de la molestia que este implique. En todo caso la visión médica implicaría un signo que nos permitiría una suerte de diagnóstico presuntivo.

Para Freud (1991) el psicoanálisis arranca justamente cuando ubica que la manifestación y el contenido individual del síntoma comprueba que el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo. Este se refiere en una primera instancia al psicoanálisis ubicándolo al síntoma desde un concepto parecido al de la medicina. Es decir, el síntoma nos indica algo del enfermo o del paciente. Lo que cambiaría es el tratamiento del síntoma.

Al ubicar al síntoma como una fuente de sentido en el paciente, siendo el psicoanálisis en sus inicios, una cura por el sentido o la palabra, el psicoanálisis no buscaría en sus inicios eliminar el síntoma. El devenir del acto analítico fundado por Freud constituiría encontrar los orígenes del síntoma y trabajar con aquello. La forma mediante la cual Freud propuso como condición para poder develar el sentido de los síntomas desde el método psicoanalítico fue a través de la asociación libre.

Freud en *Inhibición, síntoma y angustia* (2010) introduce dos procedimientos del yo que serán de vital importancia para el abordaje de los síntomas en el devenir sintomático del paciente dentro de las instituciones de salud. Primero ubicaríamos la ganancia secundaria del síntoma, ya que, a pesar de ser una solución individual del sujeto, implica una solución de compromiso por la vía de la represión. La búsqueda de eliminar el síntoma, aparte que imposible, implicaría eliminar una función recursiva del sujeto en particular.

Por otro lado, en contra recíproca al procedimiento antes mencionado se encuentra

la perturbación del síntoma. Al exigir su satisfacción una y otra vez, a partir de la repetición esto generaría un displacer. Más adelante de esto se basaría Lacan para estructurar el concepto de “Goce”. Debido al hartazgo que apunta más allá de la repetición del límite que determinaría la represión.

“Los dos procedimientos que el yo aplica contra el síntoma se encuentran efectivamente en contradicción recíproca. El otro procedimiento tiene un carácter menos amistoso, prosigue la línea de la represión. Pero parece que no sería lícito reprochar inconsecuencia al yo. El otro procedimiento está dispuesto a la paz y querría incorporarse el síntoma, acogerlo dentro del conjunto que él constituye. La perturbación parte del síntoma, que sigue escenificando su papel de correcto sustituto y retoño de la moción reprimida, cuya exigencia de satisfacción renueva una y otra vez, constriñendo al yo a dar en cada caso la señal de displacer y a ponerse a la defensiva.” (Freud, Inhibición, síntoma y angustia, 2010)

1.3. El consentimiento informado

En el presente trabajo se definirá al consentimiento informado como un documento que recoge una explicación oral y/o por escrito impartida por un funcionario de salud en forma gradual, a un paciente y/o familia, atento, mentalmente competente, sobre la naturaleza de su enfermedad. Este profesional de la salud debe contemplar en su explicación el balance entre los efectos de la enfermedad, los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos (curativos) recomendados para solicitarle su aprobación, para ser sometidos a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente, debe ser comprensible y no sesgada, (errónea o falsa). El profesional en salud no debe sacar partida de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente. (Carvajal, 2002)

Para este autor la historia del consentimiento informado inicia con la tradición hipocrática, brindándole al médico y su diagnóstico un tinte paternalista a la relación médico-paciente. Se puede visualizar que el modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado en la práctica asistencial propuesto por el MSP se presenta como un ideal o una forma de romper con este paradigma propuesto en el modelo hipocrático tradicional.

Hace alusión a su vez al derecho romano en tanto existiría el principio “Volenti no fit injuria” o no se comete injusticia con quien actuó voluntariamente. Apartado del derecho romano que apunta a la autonomía. En el caso de aquellos que firmarían el

consentimiento informado, serían quienes voluntariamente luego de haber firmado el documento aceptando de manera legal que se someten a los procedimientos terapéuticos propuestos por el profesional de salud. Ellos haciendo uso de su “condición mental estable”, autonomía y voluntad se someten a dicho procedimiento, excluyendo de culpa en caso de mala praxis.

Finalmente, el autor propone a los hegelianos en tanto retoman el criterio de la disponibilidad del bien jurídico lesionado, considerando que la voluntad subjetiva del individuo, no se contrapone a la voluntad objetiva de la colectividad (Carvajal, 2002). Podemos ver que de algún modo los síntomas son particularmente una subversión precisamente a esta voluntad objetiva de la colectividad, en la forma en la que no responden racionalmente a la función normalizante de la misma.

Hegel (1999) señala en su libro principios de la filosofía del derecho, el carácter hostil y corruptor del orden social que puede tener la particularidad subjetiva del individuo. Propone de algún modo la necesidad de una mediación entre lo subjetivo y lo social. En todo caso propone al Estado y a la sociedad civil como arbitrio/mediador, entendiendo el discurso médico como el ente regulador de la sociedad civil en los temas de Salud y cuyo representante sería el profesional de Salud, con el MSP a nivel de Ecuador.

Lo importante de poder situar un desarrollo histórico del devenir del consentimiento informado, es que podemos determinar entonces dos grandes discursos que serán los protagonistas en la creación de este documento. Por un lado, propone un carácter jurídico en tanto existe un marco legal al cual se somete toda práctica de salud, en este caso ecuatoriana, llamado Ley Orgánica de salud, en la cual se inscribe la necesidad de un consentimiento, como se propone con anterioridad en la introducción de este trabajo. Y por otro lado el discurso médico que maneja una ética que a su vez estaría atravesada también por la subjetividad de aquel que la ejerce.

Una paradoja que giraría en torno a este documento, partiendo de los planteamientos hegelianos sería que, si la subjetividad arbitrada por lo social responde de manera racional, el consentimiento informado se esperaría que fuera un documento que lograría resolver aquello que necesita el paciente al momento de ser diagnosticado con una enfermedad catastrófica como lo es la IRC. Sin embargo, lo que se ve en la

realidad de las sesiones con pacientes que se encuentran haciendo hemodiálisis es distinto, y es lo que se desarrollará más adelante en los casos.

Se podría concluir que el consentimiento informado se encuentra fundamentado por tres ejes. Dos de ellos se han cimentado a través de la historia y la acción tomada a partir de los protocolos propuestos en procedimientos de las instituciones de salud a nivel global como lo sería el modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado propuesto por el MSP. Sin embargo, desconoce de algún modo el devenir subjetivo de aquel paciente con IRC que está firmando el acta de consentimiento.

Basándonos en el hecho que este documento recoge el carácter solamente racional que opera al momento de la toma de decisiones del paciente. Entendiendo a su vez el imperativo de prontitud impuesto por la misma enfermedad, pero, cuyos efectos se desprenden a partir de la extensa cantidad de síntomas psíquicos que se desprenden a lo largo de la supervivencia del paciente con IRC.

Centrándose en el momento del diagnóstico y aceptación del tratamiento por parte del paciente en cuestión se pide una decisión racional basada en la información recibida por parte del Staff médico. El inconveniente es que existen otros factores como el analfabetismo, el desconocimiento de la jerga médica, entre otros que van a dificultar cumplir con el ideal de una decisión racional y consciente sobre su porvenir de salud.

Existiría una causa aún más grave, a tomar en consideración al momento de dar este tipo de diagnósticos, y es justamente la que debería preocuparnos más allá de la comprensión de aquello que se expresa al momento de informar al paciente de los procedimientos a seguir. Es que “la emocionalidad” del paciente o familiar que se encuentra recibiendo esta noticia, no puede ser contenida en el momento. Es un diagnóstico de una enfermedad catastrófica y la respuesta emocional será en mayor o menor intensidad, un factor que escapa a la racionalidad.

El impacto emocional que conlleva un diagnóstico de esta índole en la mayoría de los casos lleva a la expresión de sus sentimientos en ese instante. Pero en muchos casos incluso no llega a tramitarse o exteriorizarse hasta mucho después de haber sido firmado el consentimiento informado. Por lo que estos síntomas psicológicos podrían ser en algunos casos una expresión de rechazo, valga la redundancia, a la aceptación del tratamiento reflejada en el consentimiento informado.

Una forma de subvertir a la institución, a su tratamiento, con consecuencias nefastas, especialmente en los pacientes con IRC que necesitan realizarse su tratamiento hemodialítico tres veces por semana, como mínimo. O realizando trasgresiones dietarias que dificultan la filtración de las toxinas en sangre presentes en los pacientes. Existen consecuencias que bordean peligrosamente la línea del “pasaje al acto” como la forma más extrema de subversión presente en los pacientes que aceptan este tipo de condiciones propuestas en el consentimiento informado.

2. El Sujeto (Tachado) institucionalizado

Así como el hombre primordial se conserva virtualmente en cada individuo, de igual modo la hordaprimordial se restablece a partir de una multitud cualquiera de seres humanos; en la medida en que estos se encuentran de manera habitual gobernados por la formación de masa, reconocemos la persistencia de la horda primordial en ella. Tenemos que inferir que la psicología de la masa es la psicología más antigua del ser humano (Freud, 1920-1922)

En este mismo texto, Freud describe como lo social llega a residir en el interior del individuo; no hay frontera entre el sujeto y la sociedad. Todo sujeto inscrito en la cultura, en el orden simbólico que se establece cuando el lenguaje y la ley toman presa al sujeto, colocan al lenguaje como lo que es común al sujeto y a lo social. Es a partir de esto que el sujeto hace lazo social. Se podría pensar que la respuesta de la institución como quien encarna dicho orden simbólico o cultura, sería imposible que no pueda responder en su totalidad al padecimiento del paciente con IRC, sin embargo, aquel lazo social al responder a dicho sujeto no estaría exento del malestar que propone la cultura, ¿No sería lo mismo que ocurre con el disonancia? Una respuesta a aquello que escapa del lazo social, del discurso de la institución, aquello que produce malestar.

Eric Laurent en su texto *Dos aspectos de la torsión entre síntoma e institución* (2009), dirá que la institución es algo que se mantiene en pie, mientras que la clínica analítica es un discurso que se produce a partir de un sujeto acostado. Laurent hace una referencia a Lacan quien ya deja sentadas las bases de una tensión entre psicoanálisis e institución, pues hace alusión a la institución como aquello que se sostiene en la fortaleza de lo establecido y sus efectos instituyentes en el sujeto, a su discurso que da forma a la cultura. El psicoanálisis posará su mirada en el sujeto que se resiste a lo institucional, en el paciente con IRC que se resiste al tratamiento hemodialítico, eso que

a pesar de la fuerza de la institución de salud que se mantiene en pie en torno a sus estudios e ideal de bienestar, deviene en su subjetividad, aquello que lo lleva a negarse a su tratamiento.

La institución y el psicoanálisis mantienen discursos que difícilmente se encuentran, debido a que ambos discursos apuntan a lugares distintos. Ambos giran en torno al objeto de deseo, sin embargo, es qué se hace con el deseo lo que implica la diferencia. Mientras el discurso del psicoanálisis busca que el sujeto hable de su deseo, el discurso Amo institucional lo que busca es dominar, o que se cumplan ciertos estándares dentro de la generalidad. A fin de cuentas, cuando la demanda de la institución es que se hable con el paciente, hay que ver a qué responde dicha demanda. Podemos plantear que, hablar, no necesariamente implica indagar en el deseo, o escucharlo ni mucho menos tratar de darle un sentido posible, o un lugar. El discurso de amo utilizará el objeto de deseo, su finalidad será dominar.

Es lo que vemos en el discurso de la institución de salud, que cuando se enfrenta a estas “anomalías” que justamente escapan a su ideal de bienestar. Se encuentran con que su ideal de bienestar no se ajusta en muchos casos al deseo del paciente. El tratamiento hemodialítico muchas veces se ajusta a dicho ideal de bienestar, es una respuesta que busca de algún modo “aliviar” la enfermedad del paciente desde dicho bienestar, pero la visión de enfermedad que tiene el ideal de salud dista del malestar o sufrimiento del paciente. Dentro de la institución de salud lo que se buscaría es dominar al sujeto a través del control de la enfermedad, estrellándose con el imposible de dominar.

Una de las formas adoptadas por el discurso amo para poder dominar o controlar a los sujetos gira en torno a generalizar u homogenizar a los sujetos. Reducir a un grupo a una masa, más allá de cada uno de los sujetos presentes en la institución es una de las tácticas que efectivamente dejan de lado la subjetividad de los pacientes. Se encuentran con lo que dice Freud respecto a las profesiones imposibles, en tanto una de las imposibilidades es la de gobernar.

La enfermedad en tanto la respuesta sea un para todos, excluirá del sufrimiento particular de cada sujeto inmerso en la institución de salud. Es lo que vemos con los

pacientes con Insuficiencia renal crónica, efectivamente padecen de la enfermedad, pero la respuesta homogénea o general, para preservar el bienestar es la hemodiálisis, que no siempre van a congeniar con la respuesta para todos los casos de enfermos renales. La hemodiálisis “para todos” es la respuesta de la institución de salud ante el padecimiento de la disminución de la función renal, buscar suplir la misma a partir de la conexión con una máquina.

Esta respuesta general, hemodiálisis para todos, es una forma de homogeneizar fundada en la necesidad narcisista de las instituciones de realizar el ideal de la salud. Por lo que la carencia del deseo o de un malestar que contradiga su ideal de bienestar, generaría un conflicto con la supuesta armonía que se busca cumplir desde la posición de poder asumida por el amo institución de salud. Es por eso que entonces que cualquier discurso que se contraponga a hemodializarse como respuesta a la enfermedad renal ahondaría la herida narcisista del amo institucional de no poder dominar todo.

Se deja de lado por el discurso del amo, consciente o inconscientemente, aquello del sujeto que irrumpa en la posibilidad de que no se cumpla este “para todos”, por lo que tenga que ver con el deseo efectivamente se volvería de algún modo un recordatorio de dicha herida narcisista. Incluso cuando se busca que el sujeto dentro de la institución hable, no se busca dar lugar al deseo como tal, o al menos no para poder tener un espacio al sujeto, sino que se busca saber de este objeto de deseo para dominarlo, para poder saber qué hacer con él y obturar la herida narcisista que el malestar del sujeto produce en el discurso de la institución.

2.1. El cuerpo conectado a una máquina

A partir del estudio de la histeria Freud (1986) dilucidó a través del estudio de la histeria que el cuerpo no se comporta bajo los designios de la anatomía, y en lo inconsciente (1992) elabora cómo encuentra vías de satisfacción que no responden a lo instintivo. Es decir, al hablar del cuerpo humano, en este caso de un paciente de hemodiálisis, no solo hablamos del cuerpo que se subyuga a los designios del “instinto de supervivencia”. El cuerpo de un paciente que se dializa o que ha sido diagnosticado con una enfermedad crónica como la insuficiencia renal es un cuerpo que dista de la visión médica que muchas veces se impregna en dicho cuerpo. Es un cuerpo que responde a otro estatuto más allá de la biología del mismo, un cuerpo que se construye

según Freud a partir de las vivencias infantiles.

De a aquí que Lacan entonces cuestione cómo se da la construcción de dicho cuerpo. Delcual, en el texto “*el estadio del espejo como formador de la función del yo (je)*” (2009), Lacan proponga una conformación del cuerpo a partir de la imagen especular del mismo en el registro imaginario. Un cuerpo que de algún modo logra hacerse una imagen del reflejo del Otro, en tanto es aquel que devuelve la imagen de completitud del mismo. Este cuerpo imaginario, que habita al cuerpo biológico se estructura en torno a la unidad del mismo, configurándose en relación a este Otro que le devuelve la mirada. Retomando a Freud, a partir del lazo social que se estructura un cuerpo que responde más allá de la biología del mismo.

Miller (2005), alude dos grandes tesis que se relacionan con el seminario 23 de Lacan. Se refiere a la segunda tesis, en tanto el parlêtre aísla como primaria la relación con su cuerpo propio. Lacan en esta segunda tesis implica a lo imaginario y su relación con el cuerpo, estableciendo una distinción entre esa relación primaria y la relación con el cuerpo otro encontrándose atravesada por la relación sexual. Para Miller, Lacan insiste en la importancia de "la instancia de la vida, la vida como transitoria, la vida del cuerpo del parlêtre, la vida del cuerpo que se consume". Librarse de la idea de eternidad para articularse a "la vida mortal".

A partir de esto Miller propone cómo la relación con este cuerpo imaginario se superponea la relación del cuerpo biológico en la medida en la que este responderá desde un lugar del cual se apropia del mismo Yo (moi). Es importante recalcar en los pacientes hemodialíticos la instancia de la vida como transitoria, en tanto existe un real al que responde la vida del cuerpo que se consume, el real de la muerte. Los pacientes hemodialíticos se encuentran enfrentados a partir del diagnóstico de insuficiencia renal crónica, se encuentran también librados de la idea de la vida eterna.

El padecimiento de la IRC efectivamente libra de dicha idea de eternidad sería un ideal especulativo que sostiene de algún modo presentando una distancia entre el Yo y cuerpo que se consume o mortal, evitando que se enfrente al real de la muerte. Al encontrarse con la contingencia de esta enfermedad, se tumba el ideal de la vida eterna dando paso a la articulación a la vida mortal, con su respectivo padecimiento. Se produce entonces una resignificación del “cuerpo sano”, para poder reestructurar un “cuerpo

enfermo” o el cuerpo conectado a una máquina.

El cuerpo conectado a la máquina es un cuerpo que debe ser resignificado especularmente por el paciente luego del diagnóstico de la enfermedad. El lazo social se encuentra de algún modo inmiscuido en la resignificación de dicho cuerpo la relación con el Otro. Sin embargo, en la segunda tesis de Lacan se introduce entonces el lugar que ocupa la relación sexual frente a esta relación con el cuerpo y la articulación de este Otro a partir del lazo social. Efectivamente este “nuevo cuerpo”, se distingue de algún modo del “cuerpo sano”, y del “cuerpo de la biología”, ideales imaginarios tanto del paciente como del discurso médico.

De aquí nos serviría retomar lo que dice Miller (2016) respecto a lo real del vínculo social, en tanto este real alude a la inexistencia de la relación sexual y cómo lo real del inconsciente es el cuerpo hablante. El real del cuerpo que no responde al ideal del cuerpo sano o del cuerpo de la biología es sin duda una aseveración de la no proporción sexual, en tanto este nuevo cuerpo, a pesar de valerse del lazo social con el médico y su institución, trasgrede su ideal del cuerpo sano. Un cuerpo que escapa al discurso de la salud y el bienestar, un cuerpo enfermo y que trasgrede aún más el ideal de salud, en tanto es un cuerpo que desde la carne nunca podrá ser curado (con una enfermedad crónica) y desde lo real un cuerpo que padece un malestar más allá de aquel ideal de bienestar.

En lo que respecta al inconsciente lo real del mismo es el cuerpo hablante y lo veremos más adelante con estos pacientes que se hemodializan. Un cuerpo que habla, que no puede dormir, que genera una angustia durante sus sesiones de hemodiálisis llevándolos a que los desconecten o no les realicen los procedimientos quirúrgicos necesarios. Un cuerpo que no puede comer o viceversa que come más allá de lo estipulado en su dieta y que reniega de algún modo su tratamiento. Son cuerpos que hablan de su negación al tratamiento aun cuando se ha consentido que se lleve a cabo dicho tratamiento o intervención. ¿Sería entonces el disentiimiento un producto del cuerpo hablando de la inexistencia de dicha relación sexual entre el cuerpo que esperan del paciente hemodialítico y con el que se encuentran?

2.2. El goce / El tratamiento dialítico

El tratamiento hemodialítico consiste, como ya se menciona en este trabajo anteriormente, en uno de los métodos que existe para poder tratar la IRC. Para llamarlo por su nombre completo sería tratamiento sustitutivo renal, en tanto sustituye la función del riñón al momento de la conexión a la máquina. Con el pasar de los años ha ido evolucionando, existiendo cada vez técnicas, máquinas y filtros que han ido mejorando para “garantizar”, de algún modo, el bienestar del paciente una vez suscritos a este tratamiento. Pero, ¿esto tiene algo que ver con el goce?

El concepto de goce surge articulado con el concepto de pulsión y su satisfacción, siendo el dato radical de la experiencia analítica. (Imbriano, 2008) Freud en *pulsiones y sus destinos* (1992) y en *más allá del principio del placer* (1992) define a la pulsión como unatensión corporal que tiende hacia distintos objetos para buscar su satisfacción y al momento de obtener dichos objetos se descarga, de manera momentánea, ya que la pulsión nunca se satisface completamente. El goce de derivaría del resultado de la descarga de dicha pulsión.

Al no ser posible satisfacerse por completo, la pulsión, busca repetir la satisfacción, ya sea a partir del objeto u otros objetos que de alguna forma la satisfagan. El término que acuna Freud en torno a esta búsqueda de la satisfacción es el de repetición en tanto se busca de algún modo satisfacer, aquello de la pulsión que nunca va a ser satisfecho, por lo que la pulsión seguirá impulsando al sujeto a repetir en torno a los llamados objetos pulsionales, u objetos que capturan la pulsión con la finalidad de buscar la descarga pulsional.

De aquí que Lacan considere el concepto de goce a su vez como directamente asociado a la satisfacción pulsional. Agregando que es posible una economía política del goce como la distribución, determinada para cada sujeto, de la forma en que el sistema significativo opera sobre el cuerpo. (Imbriano, 2008) Entonces el goce sería un resto de la operación significativa sobre el cuerpo, en tanto en una instancia infantil, este significativo provisto por Otro, captura algo de este cuerpo. A partir de dicha operación se configuran los objetos pulsionales sobre los cuales se va a llevar a cabo la satisfacción de la pulsión. ¿Qué ocurriría entonces con los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica?

Vemos que hay un sistema significante que se configura a partir de esta operación en la que un primer significante toma algo de este cuerpo. Pero la resignificación de un “cuerpo sano”, a un “cuerpo enfermo”, ¿no cambiaría las condiciones entonces para operar sobre el mismo en tanto este cuerpo quedaría atrapado por el significante Otro de “enfermo”? Si bien es cierto, no podríamos generalizar en torno a todos los pacientes, que padecen esta enfermedad, ni decir tajantemente que el asumir este “cuerpo conectado a una máquina” reestructura en su totalidad la economía pulsional de los sujetos que se someten a este tratamiento.

Lo que sí podemos afirmar es que algo de esta economía pulsional, sufre un cambio en algunos de ellos al momento del diagnóstico de la enfermedad, o al someterse a dicho tratamiento, en todo caso. Es decir, la reestructuración que lo lleva al paciente de hemodiálisis a asumirse como una persona que debe conectarse a una máquina para seguir viviendo, producirá de algún modo o en alguna medida una reorganización de la economía libidinal del mismo. Posiblemente esto afectaría a las vías de satisfacción pulsional y a estos objetos pulsionales, que operaban de alguna manera en el cuerpo sano, pero quizás en la resignificación del mismo se pierda esta satisfacción posible, de aquí la famosa depresión o ansiedad presente en los pacientes que han recibido un diagnóstico crónico.

Retomando a Lacan este tematiza “la letra gozada o la lengua”. Este concepto incluye dos elementos: 1. letra, como soporte material, está hecha de significante, y, 2. goce, como lo que cuenta en tanto monto de excitación, afecto. Es la conjunción entre el significante y el goce. La repetición es repetición del S1, de ese rasgo unario que representa al sujeto y que es también conmemoración de marca de goce. (Imbriano, 2008) Este rasgo unario se hará presente en la reestructuración de la economía pulsional del sujeto. Siendo aquella marca que impregna en los años de infancia al sujeto y su cuerpo, vía la repetición del S1, este se haría presente al momento de la reestructuración de este cuerpo conectado a la máquina, del cual también se va a gozar, debido a la impronta de este rasgo unario vía repetición como marca de goce.

Lacan desarrolla también la relación del goce al discurso. Todo discurso implica un saber y un poder, en una relación estrecha entonces, la posibilidad de gozar de ese saber. Situando también el súper-yo como imperativo del goce: ¡Gocen! sería el mandamiento

super-yoico. (Cervetto, S.f.) A partir de esto podemos retomar el discurso institucional de la salud, que opera en estos pacientes con IRC como un mandato super-yoico, “debes dializarte o te mueres”, ubicando el imperativo y efectivamente el goce del mandato en el ¡debes! No hay otra opción, con ese “cuerpo enfermo”, más que obedecer al mandato y seguir el tratamiento dialítico, a menos que quieras morir, invocando al real de la muerte en nombre del “bienestar y la salud”.

Se goza efectivamente en torno al juego de la vida, en tanto se juega en ese vaivén de “medializo porque esto me va a mantener con vida”, pero no me garantiza la vida, cosa que efectivamente es el enfrentamiento al real de la muerte. A fin de cuentas, “el cuerpo conectado a la máquina” impuesto por el discurso médico, ejercería la misma función que el “el cuerpo saludable” de algún modo, haciendo una separación entre el sujeto y el real de la muerte. Proveyendo entonces objetos pulsionales que busquen ser satisfechos de algún modo, manteniendo la ilusión propuesta por el discurso médico, el del posible retorno a la vida del paciente previo a la enfermedad, o al menos simular que se puede retornar a una “vida normal”.

Este imperativo, de buscar “retornar a la vida normal”, sin duda es uno de los mandatos super-yoicos más presentes en los pacientes que se hemodializan. Como toda institución, su función en la sociedad es la de organizar el goce, en tanto su discurso en torno a la Ley, busca incidir en el Goce directamente. Lo que busca a la final el amo institucional es gobernar sobre el cuerpo. Se toma la ley ordenando gozar, el imperativo de goce tan mentado, alude tanto al superyó como voz, como al sentido implicado en el goce. (Muñoz, 2018) Entonces el paciente que se hemodializa se inscribe ante esta Ley o al menos simbólicamente hablando, como lo mencionamos en el consentimiento informado, sin embargo, es su cuerpo el que no se inscribe.

Es la voz del superyó imperando en el discurso de la institución de salud, encontrándose con un cuerpo que habla, que reniega dicho tratamiento. Retomando lo de la imposibilidad de la relación sexual, el tratamiento hemodialítico se inscribe, en un discurso que permite hacer relación, a través de un Otro, de un lazo social como diría Freud, acogiéndose entonces al imperativo social del bienestar. Pero, la imposibilidad de la relación sexual, responde a la imposibilidad del paciente hemodialítico de acoger en su totalidad el tratamiento de hemodiálisis, ya que dicho paciente también que goza sin la dimensión radicalmente intersubjetiva del lenguaje, sin Otredad.

El goce es inconcebible como satisfacción de una necesidad aportada por un objeto que la colmaría. (Muñoz, 2018) El tratamiento hemodialítico es una respuesta frente al padecimiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica, sin embargo, no es la única, ni es completa. Definitivamente esto se da porque a este cuerpo “sano”, “enfermo”, “conectado a una máquina” lo habita una pulsión que no puede ser colmada. No hay objeto, solución o respuesta que colme el goce, por lo que no hablamos de la satisfacción de una necesidad, que sería orgánica y netamente podría ser satisfecha. Si no, que hablamos de algo más esquivo, y cuya respuesta trasciende al tratamiento en sí, así como el problema para dichos pacientes.

Veremos en algunos casos, como el tratamiento hemodialítico, o incluso la misma enfermedad, no son las vicisitudes o problemas de importancia que aquejan a estos pacientes. Si la demanda de la institución gira en torno al tratamiento hemodialítico y a la enfermedad (IRC). Pero para ciertos pacientes esta no podría ser la mayor de sus preocupaciones. Es más, el dissentimiento ya podría tomarse como un cuerpo que goza, que habla y que se revela contra el tratamiento hemodialítico. Que se revela contra la dictadura de la salud y bienestar, y sus ideales imposibles, cuyo único fin es sostener el imperativo super-yoico: ¡Goza!.

3. El dis-sentimiento (La urgencia)

En la actualidad se sufre una urgencia generalizada según lo propone Guillermo Belaga (2005), y para referirse a esto remonta el accionar de los psiquiatras militares que trataban los soldados, durante y luego de la guerra. Estos antecedentes y referencias le permiten ubicar un “trauma generalizado” presente en la época actual y como este se hace presente a través de las “urgencias subjetivas”. Frente a estas urgencias se ubica la urgencia psiquiátrica donde el terapeuta se encuentra frente a un verdadero agujero de discurso, se puede referir a aquello que escapa de algún modo a la forma de accionar de la psiquiatría y su visión de la enfermedad.

Frente a esta visión clásica de la psiquiatría esta propone vías de acción, como lo sería la medicación utilizando psicofármacos, la estratificación y diagnóstico estadístico

desde el DSM. Podemos notar de algún modo que esta forma de hacer clínica no es segura, a pesar que efectivamente se apoya en la visión científicista/biologicista, cuyo discurso responde en su totalidad a la certeza que existe un saber sobre la “conducta humana”. Sin embargo, son estos casos en los que se presentan dichos fallos de discurso que intentan abordar la problemática de los pacientes los que evidencian que esta forma de hacer clínica no es totalitaria, y que tiene fallos.

Nuevamente retomamos el lugar del amo dentro de la institución, en donde el amo (S1) se vale del saber (S2), pero en dicho producto a pesar que se busca utilizar el saber para responder, este objeto “a” que propone Lacan es referente a un residuo o resto, es aquel lugar que le es imposible abordar en su totalidad el malestar del paciente o \$. El médico (S1) busca responder desde su saber, utilizando psicofármacos y el DSM (S2), sobre el malestar del paciente, en este caso sobre su enfermedad. A pesar de todos los estudios médicos realizados alrededor de dicha enfermedad existe una respuesta del paciente, un resto.

El discurso médico se vale del saber para construirse un “quehacer” frente a la enfermedad, pero esta respuesta desde el saber médico no hace sino develar el lugar de la verdad del discurso de dicho amo (S1/\$). El saber médico responde de algún modo, pero el paciente al no poder ser respondido en su totalidad, ubica este “disentimiento” que produce una urgencia. De algún modo el “disentimiento” es una respuesta que rompe con el ideal, de saber sobre la enfermedad, o al menos de un saber totalitario, siempre existirá un “a”, o un resto que se escapa. Develando de algún modo la verdad del discurso del amo, una verdad que replica una imposibilidad, el agujero de discurso que menciona Belaga, aquello que es imposible de abordar.

El “disentimiento” también denota el lugar de sujeto tachado que enmascara el discurso del amo presente en la institución médica. El médico se vale del saber para intentar responder de algún modo al padecimiento del paciente renal, pero el disentimiento frente a la respuesta médica denota que la respuesta sobre el paciente renal no es abordable en su totalidad desde el saber general. Existe algo inasible en el padecimiento del paciente renal, su historia, su vida, su familia, su subjetividad, “a”, de la cual el discurso médico podrá decir algo, en lo que respecta al diagnóstico y tratamiento, como lo vendría a ser la hemodiálisis.

En la urgencia psiquiátrica es donde el clínico se encuentra verdaderamente inmerso en el verdadero agujero del discurso, sin tener ya una clínica o contexto seguros, siendo esta situación lugar donde se recurre al discurso jurídico o algorítmico. (Sotelo, 2005) Sin duda, la hemodiálisis es una respuesta al malestar del paciente, pero el disentiimiento responde al no saber del médico de aquello que no podrá ser abordado por su discurso, poniendo en jaque al quehacer del médico frente al malestar del paciente con insuficiencia renal crónica. Se conoce que el paciente renal necesita de la hemodiálisis, al menos paramantenerse vivo, o para responder al ideal de bienestar o salud, pero al presentarse el disentiimiento de parte del paciente la respuesta gira en torno al DSM o a la medicación, se habla de pacientes deprimidos o ansiosos, que debido a dicha condición necesitan ser medicados para permitir el tratamiento, o en su defecto buscar que se firme la negativa para no comprometer legalmente su praxis.

Entonces el disentiimiento hace evidente el lugar de sujeto tachado poniendo en evidenciala dinámica que existe entre el paciente y el doctor, la relación entre ambos. Lo que vuelva plantear la pregunta que se hace Sotelo alrededor de su obra ¿de quién es la urgencia en una situación de crisis? Frente a esto propone ubicar el lugar de la urgencia, frente al cual el disentiimiento propone un quiebre de la homeostasis con que la vida transcurría, como lo diría Freud (2007). El disentiimiento propone una situación de urgencia frente a la cuales necesario para el analista o aquel que ejerza dicha función, ubicar de quién es la urgencia, (paciente, familiar, médico, institución, etc.) y responder ante ella desde un lugar y tiempo distintos a la institución y su discurso, que serán elaborados más adelante.

3.1. La transferencia

¿Cuándo debemos empezar a hacer comunicaciones al analizado? ¿Cuándo es oportuno revelar el significado secreto de sus ocurrencias, iniciarlo en las premisas y procedimientos técnicos del análisis? La respuesta sólo puede ser esta: No antes de que se haya establecido en el paciente una transferencia operativa, un rapport en regla. La primera meta del tratamiento sigue siendo allegarlo a este y a la persona del médico. Para ello no hace falta más que darle tiempo. (Freud, 2013)

Freud ubica la transferencia como un dispositivo necesario para el análisis, lo ubica como primordial y una meta a alcanzar al momento de dar lugar a un análisis, para empezar a hacer señalamientos o interpretaciones es necesario primero establecer una

relación transferencial que permita direccionar el accionar del analista. Lacan (2008) la ubica como la vía principal de tratamiento en el análisis en tanto es el fundamento que permite el encuadre, la interpretación, el sentido y el fin de análisis. La transferencia sería el hilo conductor por el que transitan los avances y retrocesos presentes en la cura, el motor de la misma. Siendo una operación de 2 según Lacan en tanto implica al Otro aquí de que Otro se habla al momento de la intervención con el paciente que se dializa.

Este se ve enfrentado a una cantidad de Otros presentes en la decisión de consentir el tratamiento hemodialítico. Familiares, amigos, personal médico, la institución de salud, frente a ellos la demanda de la intervención conocida como hemodiálisis supondría la vía de acción correcta al momento de abordar este tipo de enfermedades crónicas, sujetos al imperativo de preservación del bienestar. En el caso del analista, o aquel que ejerza la función del mismo dentro de la institución de salud debería apuntar al deseo y a una posición subjetiva más allá de caer en la demanda de la urgencia, del paciente, de los familiares o de los médicos/institución de salud.

$$\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}$$

(Lacan, Seminario 17. El reverso del psicoanálisis., 2008)

Como se propone en el discurso del analista se asume una posición de objeto “a”, al momento de relacionarse con un sujeto. La relación analítica es una relación que implica a 2, en tanto se le supone un lugar de saber al analista presente al momento de abordar la problemática, pero no es precisamente una relación de objeto, como lo sería con los Otros presentes en la decisión del sujeto de asumir un tratamiento hemodialítico. Podemos decir que la relación analítica en el caso de los pacientes de hemodiálisis está mediada por Otro y otros, antes mencionados, pero la respuesta del mismo no estará sujeta a la relación objetal en tanto dejarse llevar por la demanda de los mismos sino ante la búsqueda de capturar o dar lugar al sujeto del inconsciente a partir del discurso del sujeto, en este caso el paciente. Darle cabida justamente a lo que queda de lado en

el discurso de la institución.

Asumir el lugar de objeto “a”, el lugar de vacío, promueve un espacio para la subjetividad muchas veces obnubilada o perdida en las vías del discurso institucional. La labor del analista frente a los pacientes con IRC no apuntaría a generar más o menos dolor, o a convencerlos de que se realicen el tratamiento, como se pretende en muchas instancias de salud o familiares, por ser “lo mejor para el paciente”. Se dirige es al encuentro del sujeto con su verdad inconsciente, y al encuentro del sujeto con el mismo. La transferencia sería el vehículo que permite este encuentro del sujeto con su deseo, alejándose de la demanda y más allá de la palabra, y acude a remediar algo de lo irremediable en el sujeto, de aquello que no había sido un problema.

En el caso de los pacientes hemodialíticos podría ser la enfermedad, sin embargo, podemos ver cómo puede llegar a ser la menor de sus preocupaciones en algunos casos, aunque la demanda médica o familiar indique lo contrario. Entonces la transferencia instituida desde la posición analítica propondría dar cabida a lo que se deja de lado, no a la hemodiálisis y su aceptación, sino a lo que apunta al deseo del paciente, que más adelante veremos rectificaciones subjetivas que efectivamente apuntarán a una aceptación del tratamiento de la IRC (o rectificación subjetiva), pero no en todos los casos, no siendo esta su finalidad. Es la labor entonces de aquel que lo aborda permitirse guiar por la transferencia favoreciendo así que el sujeto se cuestione sobre su malestar o sufrimiento.

Miller (1998) propone las entrevistas preliminares aplazando el momento de iniciar el proceso de análisis hasta poder autorizar la demanda del mismo. A la vez agrega que lo esencial en la experiencia para abrir el espacio analítico es el sujeto, pero el sujeto no pertenece al registro de los datos. A nivel de la objetividad, en este caso el discurso médico, el sujeto no existe, y es responsabilidad del analista (o aquel que asuma dicha posición en la institución de salud) producir, crear, hacer un espacio o nivel propio al sujeto. Pero, ¿es posible llevar instaurar este lugar dentro de la institución de salud? Teniendo en cuenta los cortos tiempos que se manejan.

3.2. Los tiempos de la institución de salud

La dimensión del tiempo es central en la urgencia (Sotelo, Clínica de la Urgencia, 2007)

En la actualidad todo se mueve a paso acelerado, la comida rápida, la educación, los trabajos, incluso las vías de satisfacción. El internet es una poderosísima herramienta para promover un fácil acceso a todo en fracciones de segundo. Es así como las instituciones no se escapan de la “dictadura de la inmediatez”. Todo debe ser resuelto eficiente y eficazmente, con la menor cantidad de recursos posibles en tiempos imposibles. En la salud un factor clave impulsará los límites de este sentido de urgencia, sin duda, hablamos de la vida.

Para el centro de salud, hospital, clínica, siempre está en juego la vida del paciente en el devenir de su accionar siendo que ellos responden a la salud como un estado de bienestar completo (no solo la ausencia de malestar) y que atraviesa los distintos avatares que constituyen al ser humano (bio/psico/social). Este anhelo de bienestar como antes se menciona en esta tesis, responde a un mandato super-yoico que va a dirigir la forma en la que se experimenta la carencia en cualquiera de estos factores biopsicosociales del paciente. Si uno de ellos se viera afectado, entonces lo que está en riesgo es la vida de este paciente, no hay lugar para la falta, no es solo que no haya malestar, cosa que por si es difícil, sino que se busca cumplir con todos los espacios para lograr este bienestar completo, cosa que es imposible.

Esa imposibilidad de la institución de responder al malestar del paciente, es sin lugar a dudas aderezada con la sensación de prontitud con la que debe ser suplida la falta. Si el concepto de salud responde a un “bienestar completo”, la enfermedad sería la falta de dicho estado de bienestar. Esto impulsaría sin duda a plantearse al personal de salud, siempre respecto a su desempeño. Los problemas, como las enfermedades deben resolverse al ritmo de ahora, imperativo incluso propuesto por los organismos encargados de la regulación de estos servicios, de manera rápida y eficaz.

Esta búsqueda frenética de resolver de la manera, más pronta, mejor, y con la menor cantidad de recursos posibles, no hace sino ahondar la profunda herida narcisista de la institución, y es que no se sabe que hacer a la final con el malestar del paciente.

Queda muchas veces por fuera de las demandas institucionales el malestar del mismo, y en ocasiones son totalmente opuestos. Esta vertiginosidad de los tiempos en los que se mueven los centros de salud como dice Sotelo, pone a los profesionales de salud frente a sus propias urgencias (2007).

En la institución de salud no solo se bombardean al profesional y al paciente con el imperativo de inmediatez, del cual efectivamente se genera una urgencia de resolver con prontitud. Sino que se impera que todo quede en su lugar, de la manera más pronta posible, cumpliendo con los estándares de salud en los que todo se encuentre bien, cuando en el caso de los pacientes que sufren de una enfermedad crónica, el estigma de la enfermedad les impone que nunca estarán bien.

Se habla mucho que el paciente pueda ser funcional y que la atención debe ser integral, tratando todos los aspectos de la vida del paciente (biopsicosocial). En una institución en la que se mira a la enfermedad como un estado a eliminar de la forma más rápida posible un paciente crónico, que nunca va a “curarse”, representa sin duda el recordatorio de la imposibilidad de dicho ideal. El paciente con IRC, o cualquier otra enfermedad crónica es atendido por las instituciones de salud, pero perturba el ideal de salud propuesto por las mismas, poniendo constantemente en jaque a los tiempos de prontitud propuestos por dichas instituciones.

3.3. Tiempos de ver comprender y concluir

Lacan introduce los tiempos lógicos a partir de un sofisma planteado en uno de sus escritos, donde propone un tiempo de ver, comprender y concluir. Aquí plantea un juego en el cual se encuentran 3 personas a la que se les ha propuesto resolver un problema lógico, del cual se formula una aseveración sobre la forma en la que dichos 3 sujetos deciden su postura ante el juego. Se introduce a partir de la respuesta de estos sujetos una lógica de la cual tomaremos lo siguiente que propone Lacan frente a estos tiempos, y es que concluye que: “es bajo la urgencia del movimiento lógico que el sujeto que el sujeto precipita su juicio” (Lacan, 2009), más allá del valor de verdad que supone el sofisma propuesto por Lacan nos interesa cómo se modula entonces la respuesta, conclusiva para llegar a la aseveración terminando así la tensión temporal en él.

Podemos ver cómo el yo [Je], propuesto por Lacan, ante un momento crítico, como

lo podría presentar la urgencia, tiende a reducir dialécticamente el momento de concluir el tiempo para comprender, a durar tan poco como el instante de la mirada (2009). La lógica que propone este sofisma acarrea mayormente en la influencia que tiene la relación con los otros sujetos en tanto, se valida el tiempo de la respuesta más allá del valor de verdad de la misma. No se propone responder de forma lógica la misma sino el yo responde en la medida en que los otros no respondan primero, es aquí en donde se asevera la respuesta precipitando el momento de concluir, la sensación de urgencia en este caso proviene de los otros.

“El otro que nos constituye es cada uno de nosotros en la posición relativa de otro para los demás.” (Ribeiro, 2012), esto es lo que propone Lacan al mencionar en su texto que, aunque en esa carrera contra la verdad, en el sofisma se encuentran solos, no se toca la verdad si no es por los otros. La relación del otro y el inconsciente es fundamental para entender la decisión de los mismos ante dicha paradoja lógica y es que a la final no se responde sin cuestionar el lugar del otro. Lo que nos remite a lo que dice Lacan sobre el deseo en su función inconsciente de ser deseo de Otro (1999), en tanto aquel ímpetu de ser deseado por el Otro va a configurar un papel fundamental en la respuesta del sujeto al momento de decidir.

Aquí es donde los pacientes al momento de ser diagnosticados con una enfermedad crónica como lo es la IRC van a responder en muchas ocasiones sin cuestionarse mucho sobre su decisión, en los distintos procedimientos que implica someterse al tratamiento hemodialítico. No responden desde su yo [Je], o al menos no desde un momento de comprender la situación por la que están atravesando. Tanto el apremio del tiempo por la emergencia que supone un fallo renal, como la intervención de la institución buscando preservar la vida del paciente, como el mismo lugar que ocupa la familia (o la ausencia de ella) en estos procesos, generarían este sentido de urgencia y la tensión temporal que arremetería al paciente a optar por la solución que muchos toman “hágame lo que tenga que hacer”.

Sin embargo, vemos que luego de pasar la emergencia y la urgencia, deshaciéndonos de la tensión temporal se produce otro tipo de urgencia en torno al posible síntoma que constituiría el disentiimiento del tratamiento. Los pacientes que se dializan, deben aceptar el procedimiento, por lo que son pacientes que han sido

informados de los procedimientos previos a su abordaje, pero durante intervenciones o en el mismo tratamiento presentan diversas formas de negación al mismo. Ya sea indirectamente con signos de angustia durante la hemodiálisis pidiendo que los desconecten antes de tiempo, negándose a realizar su dieta o directamente negándose a realizarse un procedimiento o a asistir a sus sesiones. Entonces si ellos ya lo aceptaron los médicos se preguntan ¿Por qué ahora?, ¿Por qué no cuando se les pidió que firmen el consentimiento?

Lo que nos puede determinar es que esta sensación de urgencia, sin duda propone un estado de aceptación del paciente al momento de proponerle el tratamiento. Pero este disentimiento puede ser el resultado del cuerpo del paciente respondiendo a ese malestar provocado una vez que la respuesta ya no se encuentra bajo esta tensión temporal. Una vez sorteada la tensión provista por la expectativa de la respuesta del paciente, podríamos entender que se pasa a un segundo momento luego de la decisión en la que el paciente puede o no aprehender su decisión, el disentimiento sería la respuesta a no haberaprehendido su conclusión apresurada.

Un posible resultado para sortear dicho disentimiento en los pacientes, sería introducir estos tiempos lógicos utilizando como medio de acción la transferencia, permitiendo así al paciente no solo un instante de decidir frente a la urgencia. Dar paso al sujeto/paciente, dentro de la institución para que tenga el tiempo de comprender la situación de emergencia que propone una enfermedad crónica, como la insuficiencia renal y su falta de tratamiento. Nos valdríamos de la transferencia para poder hacer un alto a la vertiginosa demanda de la institución de salud, dando cabida para instaurar los tiempos lógicos en un discurso que demanda una respuesta inmediata, permitiéndole cuestionarse sobre su sufrimiento desde el deseo haciendo cortocircuito a la demanda institucional de la inmediatez o un instante de conclusión apresurada. No como paciente hemodialítico, o con insuficiencia renal crónica, sino desde su deseo.

Viñetas

clínicasCaso

A

En el consultorio de psicología, dentro de una unidad de hemodiálisis de la ciudad de Guayaquil, se remite una llamada al profesional presente dentro de la unidad. Remite el departamento médico encontrarse “en apuros”, debido a que una de las pacientes cuya cirugía de confección de Fístula Arteriovenosa (FAV) previamente aceptada por la paciente, se había complicado debido a un incremento de la presión arterial de la misma, acompañada según lo que describe el equipo de cirugía por: “Signos de ansiedad”, “negación al tratamiento” y “la exigencia del acompañamiento de un familiar”.

Se encuentra dentro de sala de cirugía, una paciente de 30 años de edad, a la que llamaremos A. Sentada en el quirófano, con una batona de cirugía, llorando y clamando por su esposo para que la retire del lugar debido a hincones que sentía en el pecho y una sensación que describe como falta de aliento, cada vez que la doctora se acercaba a realizar su labor, “A” se negaba rotundamente a la confección de la FAV, mientras el equipo quirúrgico había agotado todas las vías de razonamiento con la paciente. Al llegar el psicólogo a la sala cirugía, antes de entrar al quirófano se entrevista con la cirujana vascular que describe este cuadro y que debido a la negativa y en instancias legales propone una salida “legalmente aceptable”, en la que la paciente acepta por escrito la negación de la intervención, en caso de que “no llegue a aceptarla”.

Se propone una intervención dentro del quirófano, en la que el psicólogo ingresaría al lugar donde se encuentra la paciente, la abordaría y luego de eso si se agotaran todos los recursos posibles recurrir a la firma del acta de negativa de la paciente, a lo que la Doctora accede. Al ingresar junto con la cirujana vascular y el resto del equipo quirúrgico saludando a la paciente “A”, le pregunta que pasó, debido a que previo a la intervención ambos habían tenido una sesión en el consultorio abordando los pormenores de la operación a la que iba a someterse. “A” dice que no sabe y rompe en llanto, a lo que el psicólogo pide a los presentes unos cuantos minutos a solas para poder crear una distancia entre los imperativos propuestos por el equipo médico y su lugar como sujeto a ser intervenido.

Luego de retirarse y una pausa que la paciente utilizó para llorar, acompañada por el silencio del psicólogo esta logra apalabrar algo del miedo que la invadía con respecto a la cirugía. Menciona que ella se siente que tiene “un trauma”, que un doctor la había manipulado de una manera muy fuerte y le había hecho doler al momento de colocarle

el catéter, para poder realizarle las hemodiálisis. Menciona que ese es el motivo por el que ella siente que se encuentra traumada con las intervenciones quirúrgicas. Remitiendo que este era un acontecimiento que había intentado sobrellevar, “sin éxito” según mencionaba, por eso no lo había mencionado previamente en las sesiones psicológicas.

El psicólogo le devuelve lo que ella dice cuestionando la razón que ella sitúa como traumática, y si le parece que no era algo que valía la pena mencionar dentro de las sesiones. Luego de varios minutos de silencio, la paciente relata que antes del diagnóstico de IRC, ella había sido víctima de una cirugía obstétrica, estaba embarazada y había perdido al “fruto de su vientre” y que su esposo debido a su labor de “militar”, no pudo estar durante el parto, por lo que tuvo que enfrentar esa situación “Sola”. Luego de eso debido a más complicaciones, fue enviada a donde un cirujano que la “trató mal”, indica haberse sentido como “un pedazo de carne” al cual manipulaban a su antojo y la llevaban de aquí para allá a hacerse pruebas, de las cuales poco entendía.

“Dolían, todos los pinchazos, algunos exámenes, mi cuerpo, pero más dolía en el pecho haber perdido a mi hija, más aún cuando no comprendes por qué pasó y no tienes a nadie que te acompañe en tu dolor”. Al regresar su esposo y luego de todos los controles, se determina que la paciente sufre debido a una afección que hizo que perdiese a su hija, de IRC y que desde ahí ha experimentado esa falta de aire e hinchones en el pecho, tanto en sala de hemodiálisis como en la casa.

Frente a esto, el psicólogo le toma la mano y le dice que no la soltará hasta que termine la intervención si ella desea intervenir. Frente al imperativo de los médicos el psicólogo propone un espacio dentro del quirófano para ella, y allí donde se le insistía que “debía operarse porque caso contrario se moría” se le propone una opción en la que ella pueda elegir. Luego de esto se permite ingresar al equipo de cirugía que se dedican a llevar al cabo el procedimiento. A momentos se le indica a la paciente “A” que cuando sienta miedo o algo lo converse o apreté la mano, durante la intervención el psicólogo no soltó la mano de “A” por más que esta la apretase.

Terminando la intervención quirúrgica “A” bromea diciendo “tenía miedo que me suelte a momentos y por eso le apretaba, pero a su vez me daba miedo que de tanto apretar me soltara”, a lo que se le indica que hay formas de sostener, no solo de la mano

y una de ellas es con palabras. A partir de esta intervención cada vez que es posible, “A” acude a consulta. Freud, en *Inhibición, síntoma y angustia* (2010), propone a la angustia como el afecto por excelencia. Lacan (2006) le dará una vuelta más al definirla como el “único afecto que no engaña” en la medida en que es “señal de lo real”. Afirma años más tarde que la angustia y el cuerpo se encuentran ligados en tanto “La angustia es algo que se sitúa en nuestro cuerpo; es el sentimiento que surge de esa sospecha que nos embarga de que nos reducimos a nuestro cuerpo “Es un miedo al miedo” (Lacan, “La tercera”, en *Intervenciones y Textos II*, 1988)

El psicólogo nota que esta angustia que sostiene la paciente durante la intervención quirúrgica responde a un afecto que no solo sitúa el evento traumático del que la paciente quiere hablar, sino del que justamente no se atreve a decir. Aquel afecto de pérdida que embarga su cuerpo hasta tal punto que se le roba el aire y le duele el pecho, que lo comprime y frente al cual no puede dar frente, interponiéndose ante la intervención quirúrgica que es necesaria para su cuerpo, pero secundaria para su malestar. Siendo que el verdadero dolor que experimenta no es el de su organismo, sino el dolor de haber perdido a su hija, el no saber y el enfrentarse a esto sola. Le presta su cuerpo, “la mano y sus oídos”, la mano para sostenerla durante la intervención, mientras que los oídos la sostienen luego de esta al invitarla a trabajar sobre aquello de lo que no se quiere hablar.

La propuesta del departamento médico responde a la emergencia que presenta el cuerpo de “A”, efectivamente ella es una paciente que necesita dializarse para seguir viviendo debido a la disminución de su función renal. Pero también responde al imperativo institucional/amo el cual responde a una legislatura y a una ética de trabajo, en donde afectos como “la angustia”, que solo el posible que habite en nuestro cuerpo, van más allá de las circunscripciones legales, burocráticas y sociales, sobre las que se cimenta esta labor institucional.

El médico debe responder a estas leyes, incluso para una praxis que está atravesada tanto por un devenir legal correspondiente a la jurisdicción de cada país y su legislación, así como a un código de ética profesional, al que se atienen al momento de recibirse como médicos. En tal caso, el cuerpo de “A”, su angustia y cómo son abordadas se encuentran atravesados por estos porvenires a los que se atienen los médicos. Es así que

frente al imperativo médico en el caso de “A” hay 2 soluciones.

La primera desde la vía de emergencia, tratando de razonar con “A” diciéndole que si no se confecciona la FAV se puede morir, la cual responde al imperativo propuesto por el juramento hipocrático. Frente a la negativa firme entonces la solución legalmente aceptable, que corresponde a firmar un documento con validez administrativa/legal, en donde la paciente disuelve de toda responsabilidad al departamento médico debido a su consciente y deliberada decisión de negarse al tratamiento.

Podemos ver en este caso, en el que el afecto de “A”, escapa a las 2 modalidades por las cuales se encuentra atravesado el devenir médico institucional. El padecimiento de “A”, escapa del discurso institucional, no logra acogerlo de algún modo. “A” se encuentra angustiada por un procedimiento quirúrgico que no responde solamente a las acciones que se encuentran presentes al momento de dicho procedimiento, sino que responden a un evento anterior. Efectivamente durante las “sesiones de seguimiento” subsecuentes a este evento se profundizan más elementos que sin lugar a dudas habrían pasado desapercibidos, si el abordaje se hubiera reducido a la firma de la negativa.

Caso B

La paciente “B”, de 64 años de edad, ha iniciado el tratamiento hemodialítico hace un par de meses, en los cuales ha sido una “paciente que no molesta”, según los médicos. Una paciente sin mayor complicación, viene todos los días que le corresponden sus sesiones, acata las indicaciones médicas, no presenta valores altos en sus exámenes mensuales. Para el personal de salud es indicador de adaptabilidad al tratamiento, la paciente va “mejorando” según los resultados de los exámenes, por lo cual no existe mayor preocupación en torno a “B” como paciente.

“Es una paciente que llega, se dializa y se va”, dicen. Sin embargo, se nota que no habla con nadie, o en su defecto habla muy poco, menos de lo esperado según los estándares de salud de la institución a la que asiste. “Pero bueno, al menos es una paciente tranquila, que no da mucho problema”, “siempre está calladita”, “se deja hacer

el procedimiento y cumple con las indicaciones que se le dan”, son las frases que se escuchan al momento de hablar de ella. Llama la atención que suele ser acompañada por una vecina, más no un familiar.

Siguiendo el procedimiento rutinario, se la “valora psicológicamente” antes de la intervención, ella habla poco, menciona estar bien. “Me estoy mejorando y eso es lo importante” dice ella, menciona vivir sola y tener mascotas que le hacen compañía, y al pasar los primeros meses no menciona más allá de esas relaciones y su convivir alrededor de ellas. “Tengo 2 perritos, un lorito, varios gatitos”, mencionaba la paciente y al preguntarle de otras cosas solía molestarse (particularmente sobre los familiares que se hacía cargo de ella, cuestión necesaria para la valoración psicológica en tratamientos sustitutivos como lo es la hemodiálisis).

Para un tratamiento como el tratamiento hemodialítico es un requisito que la paciente presente un “soporte emocional familiar” según plantea el MSP, algo que les permita a los pacientes sostenerse dentro del tratamiento. Lo ideal según la institución a la que “B” asiste es que ella pueda tener un familiar que la acompañe durante el proceso hemodialítico, que la deje, la espere y la recoja, garantizando la seguridad de la paciente, en caso de cualquier emergencia o eventualidad. En el caso de “B”, era la vecina que respondía por ella. “No me gusta que me haga preguntas, siento que me está revolviendo ahí todo” decía cuando se le preguntaba algo por fuera de lo que ella accedía a hablar, que generalmente giraba en torno a sus mascotas, evitando a toda costa hablar de su situación familiar.

De un día para otro, “B” comenzó con llantos inconsolables, dentro de los cuales solo lloraba, o a percibirse mucha excitación psicomotriz y “ansiedad”, pidiendo que la desconectarán de la máquina. Al preguntarle el personal médico respecto a si le pasaba algo ella no respondía. “Se la pasa llorando durante toda la sesión y ha empezado a faltar y a querer desconectarse, esto es un problema para las sesiones hemodialíticas, si ella empieza a faltar o a dializarse menos de las horas indicadas va a empezar a subdializarse (retener líquidos y toxinas en su cuerpo). Aparte “B” llora demasiado y no se controla, molesta y preocupa a los demás pacientes, han mencionado que quizás tiene muchos problemas en casa. La vecina que la acompañaba mostraba preocupación a su vez, decía que el llanto no solo pasaba en sala sino en casa también.

Al realizarse el abordaje por parte del psicólogo, “B” no dice mucho, sigue en la postura que no quiere que se le pregunte, así que los abordajes que se realizan en sala giran en torno al acompañamiento de “B”, sin muchas palabras de parte del psicólogo, sin muchas preguntas, solo escuchando. Empieza a hablar de uno de sus perritos, que está enfermo y que no sabe qué hacer, que no tiene dinero para tratarle, y que no quiere que muera. Menciona que no tiene a nadie, que no quiere estar sola, pero solo tiene a la vecina que se ocupe de ella, pero a ella hay que pagarle así sea para los taxis que gastan o la comida y que no quiere molestarla. En línea con eso, se la invita a que acuda al consultorio de psicología de la institución, al cual se encontraba reacia de atender, a lo que luego de mucho tiempo dializándose accede por primera vez.

Una vez en las sesiones dentro del consultorio, es posible para “B” abordar algo de su llanto, menciona que si está que puede ser molesto que llore tanto pero que no puede parar, que no quiere que su perrito esté mal, que no se quiere quedar sola y que no tiene “ni un peso”, para pagar por la salud de su perrito y que ni si quiera tiene para comer a momentos. Al momento en que ella empieza a elaborar respecto a su situación económica, entre llantos, menciona que vive sola en una casa que renta, a una persona que no quiere pagarle. Es una casa que construyó con su esposo y que antes vivía ahí con el sin embargo actualmente vive sola, cosa que repetía mucho mientras lloraba, tanto el hecho de encontrarse sola, como el de no tener dinero.

El personal médico, insiste en que “B” tiene que calmarse un poco durante las sesiones y debe permitir que se realicen las sesiones con normalidad, ya que luego de que “B” empezó a llorar desconsoladamente, empezó a resistirse al tratamiento. “Ya no nos permite dializarle las horas que le corresponde, y de paso no viene a diálisis” son las palabras utilizadas por el departamento médico para mencionar la preocupación por la negativa que presentaba “B”. “Antes no daba tanto problema y ahora se niega al tratamiento”, “cada vez se pone peor”, se encuentra sola y no tiene dinero para venir a las sesiones, pero hay que encontrar la forma, son las cosas que mencionaba el departamento médico al revisar los resultados de los exámenes de “B”.

En coordinación con el departamento de trabajo social y el Staff médico, es posible contactar a una hermana de “B”, la cual es contactada para poder seguir el

acompañamiento de la paciente. La hermana denota preocupación por la situación de la paciente, pero menciona que la situación de ella tanto económica como habitacional no le ayudan, que ella también se encuentra sola y que en repetidas ocasiones ha intentado pedirle a “B” que se mude con ella, pero ella no ha querido.

Conversando con “B” al respecto a dicha proposición dice “esa no es mi casa, ahí no voy a poder tener a mis mascotas que me hacen compañía aparte que si ahora no me pagan las personas que me arriendan, lejos menos lo van a hacer”. ”B” se negaba al tratamiento, mencionaba que ya no quería venir, con la misma constancia con la que lloraba en las sesiones, mencionaba que cada sesión era un martirio para ella. “No sirve para nada, solo vengo por mis perritos, yo no tengo a nadie. No tengo ni para comer, ni nadie que se preocupe por mí, tampoco tengo para venir, yo creo que mejor me muero y así no voy a molestar a nadie.”

Con ayuda de la hermana y el departamento de trabajo social, se logró llevar a cabo una intervención con respecto a la casa de “B” y sus inquilinos, los cuales tenían planes de habitar su casa sin pagar la renta. La solución que se le dio no fue suficiente para las expectativas del departamento médico, mencionaban que a pesar de todo “B” seguía llorando y a pesar de que, junto con la hermana, se pudo gestionar que la asistencia de “B” no sea interrumpida, aún continúan los llantos y las peticiones de ser desconectada, así como la insistencia de decir para que este tratamiento, si no tiene a nadie y ya no quiere vivir.

La hermana de “B”, le ha invitado a su casa para que vivan juntas algunas veces desde que se la contactó, pero “B” se niega diciendo que esa no es su casa, que no quiere molestarla ya que ella tiene sus cosas que hacer y que si se va no podrá llevarse a sus animalitos. Se ha logrado coordinar con la hermana de “B” para que a momentos ella pueda ir y quedarse con ella algunos días, mientras que la vecina se encarga de sus mascotas. Para la hermana y la vecina era una situación preocupante, ya que solían cuestionarse si las demás personas al escucharla que está sola y sus constantes llantos que pensarían que está abandonada y solían insistirle que no diga eso, que no está sola que las tenía a ellas.

Estoy sola, no tengo a nadie, son las cosas que repetía “B”. Haciendo eco a esto,

se inicia una de las sesiones con esta palabra: “Sola”. A lo que reacciona con sorpresa, pero sin decir nada. ¿Desde cuándo? Se añade, bajo el silencio de “B”. Rompe en llanto nuevamente. Menciona entre lágrimas que su hermana está con ella ahora, pero que sus demás hermanos ni les importa, que tiene hijos (cosa que hasta ese momento no se había puesto en entredicho, más allá que por la hermana) pero que ellos no se ocupan de ella, y que a la final la hermana que la cuida ahora, si bien es cierto tiene su casa y se hace cargo de “B”, ella no se siente bien que lo haga.

“B” logra elaborar que ella no se sentía así que eso empezó desde que se dializa, parecería que desde que se empezó a dializar cada día está más sola. Luego de un largo silencio, “B”, menciona desde que murió su esposo. Fue la primera vez dentro de todo ese tiempo en la que “B” hablaba de él, mencionó el tiempo que habían vivido juntos. Resulta que su esposo había fallecido 2 meses antes del diagnóstico de IRC y se resuelva que debía someterse a la terapia hemodialítica.

“B” describe su relación con su esposo y que había sido su “compañero de vida” que luego de una enfermedad su esposo había fallecido y que al darle el diagnóstico ella no podía pensar en su situación, se encontraba devastada por la pérdida de su esposo. Que luego de su fallecimiento ya nada era igual, y que no le quedaba nada, aceptó el tratamiento “Porque si”, pero que le hubiera gustado no hacerlo. Ella siguió con el tratamiento, aunque la verdad ni si quiera había podido pensarlo mucho.

Agrega que no se puede perder tanto, se considera “una perdedora”, palabra con la que se identifica en la actualidad y va de la mano con “sola”. Resulta que “B” no solo pierde a su esposo. “B” pierde a su madre semanas antes que a su esposo. Se elabora en torno a esto una tercera pérdida, efectivamente la pérdida de su salud. Yo siempre pierdo y ahora me quedaré sola, ya no tengo a nadie y tampoco quiero que se ocupen de mí. Agrega que eso pasa con las personas, pero que por eso le gustan los animalitos ellos a veces se portan mal y le hacen cosas, pero están ahí, no se van y como se encarga ella de ellos no siente que los molesta. Al finalizar esta sesión se le dice “así como su hermana y su vecina, los profesionales de esta institución se encuentran acompañándola también.”

Desde el lugar de identificación en el cual las pérdidas de la paciente le han dado

el lugar de pérdida, se busca acogerla no solo desde la escucha, sino desde la acción. Buscando involucrar así a la institución desde sus distintos departamentos, médico, trabajo social, psicología, así como de las personas que se encuentran con ella en el día a día, actualmente, su hermana por ejemplo o la vecina que, a pesar de no tener obligación económica o filial, se encargó de ella durante mucho tiempo.

La sesión que viene luego, “B” logra elaborar algo que nunca había dicho a nadie. Cuando ella era joven, vivía en el campo con su padre y la madre de su hermana, (teniendo en consideración que “B” y su hermana no comparten la misma mamá). Ella fue víctima de un secuestro, a “B” la habían raptado y habían abusado sexualmente de ella, luego de una semana de estar desaparecida, no recuerda como volvió a casa. Pero resulta que fruto de dicho acto de violencia, queda embarazada y da a luz a su primer hijo a la edad de 14 años, del cual se hizo cargo, junto con su madre hasta que conoció a su esposo.

“B” menciona que se encontraba sola cuando ocurrió ese incidente, pero que luego de lo que pasó, siempre estuvieron su madre y luego su esposo ahí con ella, que ella no los buscó, pero aun así estuvieron. A lo que se añade, ahora tampoco. Luego de esta sesión “B” reconoce el grupo de personas que se encuentra con ella acompañándola durante estos tratamientos. Ya no reniega de los mismos, 1 año después de llantos inconsolables durante las sesiones hemodialíticas y negarse a sostener al tratamiento con “normalidad”, o al menos dentro de las sugerencias del departamento médico. Planteando en diversas ocasiones que ya no quiere seguir con el tratamiento.

En la actualidad “B” no solo ya no llora, se ríe en la sala, tiene amigos tanto pacientes como ella, como enfermeros, médicos, etc. Habla de ellos en entrevistas psicológicas y en conversaciones de pasillo. A momentos ella misma bromea, y cuando hay algo que necesita, ya no se preocupa en molestar, sino que ella misma lo busca, pide ayuda. Vive con su hermana y se quedó con un par de animalitos, el resto tuvo que regalar, pero se encuentra bien con eso, incluso tras el fallecimiento del animalito que se le encontraba enfermo.

Desidentificarse de la posición de “perdedora” era lo que necesitaba “B” para poder realizar una rectificación subjetiva, que a su vez le permitió de algún modo volver más

sostenible su padecimiento para ella y para la institución que la acoge. Lombardi (2011) citando a Lacan designa como rectificación subjetiva a un viraje que hace el sujeto cambiando la perspectiva sobre algo real y concreto de su síntoma: su participación en el mismo, y agrega que esta no debe de ser forzada.

La postura de la institución frente a estos casos de disentimiento al tratamiento como un síntoma que se configura a partir de las enfermedades crónicas como la IRC, es justamente, convencer al paciente a que lo acepte debido a su postura de preservar la vida del mismo. Pero desde la perspectiva de Lacan propuesta en la rectificación es algo que no debería ser forzado, lo cual supondría una implicación del paciente ubicando su lugar en el mismo.

En tal caso, aunque la rectificación subjetiva podría traducirse como la finalidad a la que aspira la institución de salud con respecto al disentimiento del tratamiento hemodialítico, podemos ver que no debería ser la finalidad del abordaje con orientación psicoanalítica. Es aquí en las instituciones donde impera de algún modo la necesidad que dicha rectificación subjetiva haga más digerible el malestar del paciente, o al menos, más fácil su abordaje. Entonces desde la perspectiva de la urgencia para las instituciones de salud un síntoma como el de “B” que supone una negativa al tratamiento que oferta dicha institución supondría una situación compleja. ¿Es el síntoma de “B” una urgencia solo para ella, o lo es para la institución de salud, con el personal que la atiende y para sus familiares?

Caso C

“C” es una paciente de 20 años de edad, algo poco común dentro de las instalaciones de la institución de salud en la cual se atiende. El rango de edad de los pacientes que se encuentran dentro de dicha institución se encuentra en una población mayor a los 30 años de edad. La paciente se presenta a las sesiones de hemodiálisis junto con su tía la cual se encarga de la tutoría de “C” debido al fallecimiento de su madre, por causas a ser elaboradas más adelante. La entrevista inicial gira en torno a las preocupaciones de su tía, una chica con 8 años más que “C”, la cual se encuentra en conjunto con su madre, la abuela de “C”, bajo la custodia de la paciente. Ellas se

encargan del cuidado de “C” en lo que respecta a su salud, vestimenta, habitación y comida. Ahora que inició el tratamiento hemodialítico su tía se encarga de acompañar a “C”, al hospital y a las sesiones de hemodiálisis.

La tía de “C” menciona en su entrevista que fue descuidada y en varias ocasiones se escapaba de la casa sin consentimiento de ella o de su abuela, se quedaba en casa de unos amigos varios días para luego retornar a casa. Durante esos días no tomaba su medicación, ni tomaba las precauciones pertinentes, necesarias para el cuidado de su “condición”. Por lo que 2 años antes de la entrevista inicial con “C”, debido a dichos descuidos le diagnosticaron IRC, el lupus había consumido los tejidos renales afectando seriamente la función renal. Comenta, a su vez, que experimenta dificultades para lidiar con “C” que tiene para lidiar con la misma. “Es muy rebelde”, menciona que no suele hacer caso en la casa con frecuencia. Pero de momento durante el inicio de las terapias hemodialíticas “C” ha estado siguiendo las indicaciones médicas lo cual la tranquiliza, pero teme que con el tiempo empiece a descuidarse con su tratamiento “cosa que ya ha pasado antes” según sus palabras”.

En la entrevista con “C” salen a la luz algunas coordinadas que van a contextualizar su paso por la terapia dialítica. “C” padece de lupus una enfermedad autoinmune que le fue detectada a la edad de 7 años. Esta enfermedad ataca los tejidos sanos por error afectando varios órganos del cuerpo humano, entre ellos el riñón. La paciente ha padecido dicha enfermedad durante 13 años de su vida y al momento del diagnóstico dicha enfermedad llegó a afectar significativamente su función renal.

En torno a esto, “C” reconoce el poco interés que le dio al tratamiento del lupus con un “¿Para qué?, he visto doctores toda mi vida y ninguno me puede ayudar”. Luego de esto relata cómo su madre padeció de la misma enfermedad lo que la llevó a sufrir una IRC, y curiosamente terminó en la misma institución en la que ahora se encuentra dializando “C”. Su madre falleció luego de un fallo cardíaco durante una de sus sesiones de hemodiálisis, aproximadamente 10 años antes de dicha entrevista inicial. “C” mantenía el mismo desentimiento al cuidado de la IRC como con el Lupus, no de dializaba como debía, no realizaba la dieta prescrita y presentaba síntomas de ansiedad que hacían que se la desconectara antes del tiempo programado para la diálisis.

Comenta sobre cómo era su madre mientras vivía, menciona lo mucho que sufrió durante las sesiones de hemodiálisis y como ella no quiere pasar por lo mismo. Menciona como se fue demacrando durante el tiempo que se dializó, se niega a pasar por lo mismo. “No quiero terminar como ella”, es lo que replicaba durante la sesión. Aparte responde que se ha encontrado toda su vida rodeada por médicos y ya se está cansando, “desde que me diagnosticaron el lupus lo único que hago es ver médicos o pasar en el hospital, lo mismo que mi mamá.

A momentos solía escaparse de su casa, lo que hacía a su tía y abuela preocuparse mucho, durante dichas salidas, además de descuidarse empezó a tomar licor con sus amigos, cosa que está contraindicada para su condición. Aparte, la tía de “C”, comentaba que tenía un novio que había hecho el curso militar y luego de esto se encontraba de regreso. Debido a esto, “C” en reiteradas ocasiones, en lugar de asistir a su terapia hemodialítica se escapaba a verse con su novio.

La situación de la paciente mantenía al departamento médico a la expectativa, por lo que en reiteradas ocasiones la paciente había expresado no querer seguir con el tratamiento. Debido a esto se sugirió un acompañamiento psicológico y una supervisión e implicación más estricta de parte de los familiares, ignorando la compleja situación de esta familia y la “rebeldía” que tildaban tanto el departamento médico como sus familiares a “C”, los cuales llevaban un tiempo luchando para que se apegue a su tratamiento de lupus y hemodialítico. Pedían que se la haga razonar a “C”, pensando sobre todo que el problema se centraba al rechazo del tratamiento hemodialítico, que entienda que tiene que tratarse o que se debía a la ignorancia de la paciente. En su defecto que la paciente no cambie de parecer, que se firme el consentimiento informado. Pero “C” ya llevaba años tratándose el Lupus y un par en hemodiálisis, por lo que ella reconocía los cuidados necesarios para su condición, “yo no soy nueva en esto”, solía decir cuando se la solía cuestionar respecto a su inasistencia, o a sus descuidos y a sus escapadas de parte del departamento médico.

El psicólogo responde a la demanda del médico, pero atendiendo a “C” de una manera distinta a la que se espera. No se busca convencerla o que cambie de parecer, más bien se le permite que hable con libertad de su situación, luego de hablar un tiempo “C” menciona que ha faltado a las sesiones de hemodiálisis y que se encuentra claro

para ella que está poniendo en peligro su situación. “No quiero vivir como mi mamá, que no pudo disfrutar su vida por sus enfermedades”.

Se hace presente la clara identificación con su madre, que seguramente se evidencia para ella al momento de sufrir de lupus, luego IRC y terminar en el mismo centro de salud que la atendió en su tratamiento hemodialítico. Esto trasciende más allá del concepto de “Salud” y el imperativo que impone el mismo en busca de bienestar. Para “C” el bienestar escapa a lo que se le impone, y responde a algo de sí. Al cuestionársela al respecto denota que el motivo que causa urgencia, que produce la demanda de la institución de salud, encarnada por el médico, no responde a este bienestar impuesto.

La pregunta sobre la que giran en torno las sesiones psicológicas de “C” es alejada de su enfermedad, las exigencias burocráticas o institucionales o su cuidado, a ella eso poco le importa. Para este tiempo “C” debido a los distintos impases con su familia, se había ido a vivir con la familia del novio, siendo él quien acompañaba ahora a “C” a sus sesiones hemodialíticas. Llevando a los médicos a cuestionarse (como la tía) si “C” se escapaba antes para ver a este chico, que durante ese periodo la ausencia de “C” a sus sesiones había cambiado drásticamente. El curso de las sesiones psicológicas también cambia con este evento, hablando ahora del amor, de las relaciones, de sus amigos, de su familia y de una cotidianidad que se desliga a esta identificación con su madre y que quizás hace cuestionarse sobre la pregunta que suele girar en torno a las enfermedades crónicas. ¿Es la enfermedad la razón del malestar de estos pacientes?

En este caso en particular, una pregunta más urgente surge y gira en torno a la maternidad. Se pregunta “C”, si podrá tener hijos debido a su enfermedad y, de ser así, si su novio actual se haría cargo. A lo que termina resolviendo que le gustaría experimentar eso, “saber que fue posible en el caso de mi mamá conmigo me da esperanzas, pero me preocupa que si lo tengo salga enfermo”. Así fue la última sesión psicológica de “C”, después se dispuso a realizarse su sesión hemodialítica en la que debido a una hipertensión luego de diálisis en camino a casa, no le dio tiempo de llegar al hospital. En los resultados mensuales que nunca recibió se encuentran indicadores de embarazo.

Caso D

La paciente “D” lleva alrededor de 10 años asistiendo al tratamiento hemodialítico sin mayores inconvenientes, asiste a sus sesiones regularmente, mantiene una dieta saludable apta para pacientes con IRC. “D” sufre de HIV razón por la que se fue deteriorando su función renal causando la IRC, a su vez presenta un historial de consumo. Se encuentra a cargo de su familia ya que ella es la proveedora única.

Durante la pandemia del Covid-19, la paciente perdió su trabajo. Dentro de la institución se presta servicios tanto al Ministerio de Salud Pública (MSP) como al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Instituciones públicas de salud, que en la segunda de ellas es necesaria una aportación y es necesario un seguro de parte de los empleadores. Una vez perdido su trabajo, “D” ya no constaba como afiliada al IESS, por lo que la institución realiza el cambio de institución que financia su tratamiento al MSP.

Mientras se encontraba la contingencia sanitaria la paciente empezó a faltar cada vez más seguido. Empezó unas veces al mes, cosa que no extrañó al personal médico ya que muchos de los pacientes suelen ausentarse, pero generalmente se pide un aviso para reprogramar la cita. Luego con el tiempo las faltas iban en aumento, llegando a sumar semanas enteras de ausencia de la paciente, incluso llegando a pensar los médicos que se trataba de una recaída en su adicción. Por lo que el departamento médico exigió que se firme el consentimiento informado.

El cual constaba en la aceptación de la responsabilidad de “D” en su tratamiento debido a que su inasistencia afectaría el desempeño del mismo. El departamento de psicología pide abordar a “D” antes de firmar el documento, sin embargo, era tan inexacta su asistencia que llegaba a dializarse a momentos, solo una vez por semana, y era difícil saber o coordinar que día estaría dializándose. Debido a este percance se procedió a hacerla firmar apenas asistió a diálisis luego de haberse ausentado por 2 semanas, presentándose cargada de líquido y toxinas en su cuerpo.

Una vez en sala se logra abordarla dentro de la sala, debido a que era posible que luego de la diálisis ella se vaya directamente a su domicilio sin pasar por el consultorio.

“D” se encontraba demacrada, cabizbaja, hinchada se le pregunta sobre el consentimiento y dijo que lo firmó porque no le queda más. Empieza a contar la historia de cómo perdió su trabajo y su único medio de ingreso económico.

Por otro lado, menciona inconvenientes intrafamiliares: “uno de mis hermanos es drogadicto y debo estar pendiente en la casa para que no se entre a robar lo poco que nos queda”. Mientras hablaba corrían lágrimas por sus mejillas. Exponiendo cómo la situación económica y los conflictos familiares le hacen imposible seguir su tratamiento como se debe, por lo que intenta cuidarse en la casa, para que no le afecte mucho el no ir seguido a diálisis.

“A veces no tengo ni si quiera para comerme un pan, tengo a mi madre enferma, y vivo al otro lado de la ciudad. ¿Ustedes creen que yo tengo para venirme en transporte público del norte al sur? Debo atravesar toda la ciudad para llegar aquí y ni se hable de taxi. Fueron las palabras de “D”, mientras lloraba y se resignaba a que debía faltar a sus consultas. Así mismo mencionaba que no le quedaba más que firmar, pero que ella no podía hacer nada al respecto, más que buscar cómo ganarse la vida.

Sigue “D” diciendo, “Quisiera nomás que todo esto termine, quisiera ya morirme, ya no me quedan fuerzas”, no quisiera preocuparme ya por nada ni por nadie, solo desaparecer y ya no dializarme. “Si no me mata la enfermedad renal, me voy a morir de hambre” y explica que a momentos también falta porque tiene que hacer trabajos que le permitan ganar dinero para el día a día. “Sin trabajo, solo espero que todo acabe y poder descansar”.

El mes consecutivo la paciente deja de asistir a sus sesiones hemodialíticas, pasan los días y no es posible contactar a la paciente. Pasados los 2 meses, se logra contactar con un familiar de la paciente “D”, el cual indica que ella no se encuentra en el país. Debido a la situación económica comenta que “D”, se arriesgó a emigrar acogida por un familiar en busca de una mejor oportunidad. Sin embargo, las condiciones en las que se marcha dejan la incógnita al equipo multidisciplinario que abordaba a la paciente. ¿En qué condiciones emigró “D”? ¿Habría logrado conseguir trabajo?, ¿Habría conseguido una forma de dializarse allá?, teniendo en cuenta que el tratamiento hemodialítico particular es muy costoso. Se llegó a dudar incluso del desenlace de la

paciente y su situación de migración.

Como se menciona anteriormente, Lacan señala la instancia de la vida como transitoria, con un cuerpo que se consume. Es posible que el diagnóstico de la enfermedad junto a la situación económica que presenta “D”, la remita a dicha alusión de un cuerpo que se consume. Es consumida por su situación económica, familiar y por su enfermedad, el disentimiento como síntoma se presentaría entonces como dicho cuerpo que habla, de la mortalidad del mismo, poniéndose en juego dicha mortalidad por sus inasistencias.

Análisis de las viñetas clínicas

En esta sección se pretende aterrizar, a la luz del desarrollo teórico antes realizado, la información recabada a partir de las viñetas clínicas. Haciendo un recorrido por las vivencias de casos clínicos seleccionados para ejemplificar los conceptos abordados. Empezando por el caso “A”, una paciente que presenta signos de angustia durante una cirugía de confección de fistula. Es posible dentro del relato ubicar el lugar de la urgencia del lado del paciente en tanto padece de la crisis de angustia que no le permite hacerse la intervención quirúrgica (y que es visible en otros pacientes mientras están conectados a las máquinas de hemodiálisis). Estos hinchones y molestias en el pecho, sumado a la falta de aire, son los síntomas que acompañan y vislumbran algo de dicha sensación de angustia.

Cabe recalcar que la urgencia no solo proviene de la paciente, el Otro institucional, encarnado por el personal médico de algún modo se hace presente frente a la situación de Urgencia de “A”. El discurso médico se sostiene de algún modo del ideal de salud al cual responde, en tanto el imperativo para el personal implica que dicha situación de emergencia debía ser atendida, la paciente “A” necesitaba dicha intervención para poder hemodializarse. La vida de “A” queda comprometida en dicha intervención o al menos el futuro de la misma, en tanto poder confeccionar la fístula permitiría el tratamiento.

Sin embargo, la respuesta del cuerpo de “A” deja perplejo al departamento médico. Contraponiéndose al procedimiento, los síntomas que presenta “A” evitan el proceder del mismo. Cuestionan de algún modo este ideal de salud en tanto el cuerpo de “A”

habla a través de estos síntomas. Habla de esta pérdida grande que se reactualiza al momento de la intervención. Si bien es cierto la emergencia para el departamento médico apunta al cuerpo biológico de “A” y su necesidad de dializarse para mantenerla viva. Lo que le causa la Urgencia a la paciente apunta en un sentido diferente al de la emergencia que propone la intervención quirúrgica debido a la necesidad de la paciente a realizarse su tratamiento hemodialítico.

La intervención que se propone en torno a dicha urgencia apunta a hacer una separación entre la demanda departamento médico buscando que “A” acepte la intervención para preservar su salud y su propio malestar, que dista efectivamente de dicha demanda. Al proponer un espacio se desliga a la paciente del tiempo de la institución que incita una respuesta rápida, buscando apresurar el momento de concluir. Dicha separación reubica a la paciente en los tiempos lógicos, tiempos que le permiten a ella sortear algo de su malestar, se guía por el deseo más no por la demanda de la institución.

La demanda de la institución apuntaría específicamente en los casos de estos pacientes a una rectificación subjetiva. Como en el caso de “B”, en donde según el discurso médico se encontraba “deprimida”, razón por la cual ella no quería asistir a sus sesiones hemodialíticas. Lo que se pretendía en este caso era convencer a la paciente a que acepte realizarse el tratamiento. Pero, no se trata de apuntar a la rectificación como solución del inconveniente, para poder así seguir con el tratamiento hemodialítico. Se procede a partir de la transferencia y dando lugar al deseo de la paciente en donde es posible para ella dicha rectificación, no porque sea lo que se persigue con la intervención, pero es su resultado.

Podemos encontrar a partir del caso de “B”, cómo este “cuerpo sano” cae algunas semanas luego del diagnóstico de la enfermedad. “B” se enfrenta a la “pérdida”, pérdida de su madre, su esposo y su “cuerpo sano”, significantes que llegaban a sostener efectivamente al padecimiento de “B”. Dichas relaciones objetales de algún modo circunscribían un circuito pulsional que le permitían satisfacer algo de la pulsión y el goce. Pero al enfrentarse a la pérdida de los mismos, no solo se hace duelo de dichos objetos, sino se hace duelo del “cuerpo sano”. Asumir entonces el “cuerpo conectado a una máquina”, presenta una resignificación que se va a reorganizar en torno al real de

la muerte.

La paciente “B” ha aceptado el tratamiento, ha firmado su consentimiento informado. Sin embargo, habita un cuerpo que habla, como con “A”, un cuerpo que disiente el tratamiento hemodialítico. Un cuerpo que reniega al tratamiento hemodialítico. Asemejándose a la respuesta que propone Freud en el malestar en la cultura, y es que existe algo que no embona del todo en la cultura, si bien es cierto el sujeto presta significantes para sujetarse a la misma, en palabras de Freud se vale del “lazo social” para poder estructurar, o construirse un cuerpo como lo diría Lacan, un Yo (Je) imaginario que represente la unidad del cuerpo más allá de este existe algo que escapa a este discurso.

El sujeto inmerso en la institución de salud va a constituir un cuerpo nuevo, un “cuerpo conectado a la máquina” a partir de los significantes provistos por el mismo discurso institucional, con las coordenadas propuestas que dirigirán este “nuevo cuerpo”. A su vez, este cuerpo no es un constructo solo de lenguaje, simbólico como diría Lacan. Que sí, efectivamente se construye bajo la dialéctica institucional, prestando significantes del mismo, posee algo del propio cuerpo que no se inscribe dentro de dicha dialéctica. Se resignifican y se reactualizan los significantes para reimaginarizar un nuevo cuerpo, que ahora incluye el tratamiento hemodialítico, pero, esto sobre un cuerpo que por su historia mantiene modos de gozar íntimos a su propia historia, con modos de gozar que van a dictar coordenadas que muchas veces apuntarán muy lejos del imperativo de salud, las expectativas del cuerpo médico, como la angustia que presenta “B” al momento de dializarse, pidiendo que la desconecten.

A su vez, tenemos un caso como el de “C”, que propone dos interrogantes que pasan desapercibidas por el discurso médico y su demanda por el tratamiento hemodialítico. Una de ellas, la identificación con su madre, que padeció las mismas enfermedades que ella: “Lupus y enfermedad renal”. Estas serán coordenadas claves al momento de explicar la forma de proceder de “C”, teniendo en cuenta que el disentiimiento que ella presenta gira en torno a la pregunta ¿Para qué? A fin de cuentas “C” había ya vivido, a través de su madre todos los padecimientos de un paciente con Lupus y con IRC. Encontraba entonces en el disentiimiento un modo de hacer distancia a dicha identificación que acarrea el real de la muerte de la misma, a la final decía

“C”, después de todos los cuidados y los procedimientos que se hizo terminó falleciendo a la edad de 34 años.

Los escapes de “C” tanto a su inasistencia a las sesiones de hemodiálisis, como de su casa, sin duda, generaban un malestar en la institución dado a que una vez que regresaba, lo hacía con indicadores de toxinas en el cuerpo y líquidos retenidos muy altos. Esto dificultaba entonces poder hacer una hemodiálisis sin complicaciones, ya que debido a la cantidad de líquido y toxinas alojadas en su cuerpo requería de un proceso de filtrado más fuerte, con más horas, estresando aún más el cuerpo de “C” para poder llevar a cabo el proceso y que “C” no quede subdializada. Pero el deseo de “C”, apunta a un lugar distinto durante las sesiones psicológicas, gira en torno al amor redireccionando la pregunta luego al hecho de ser madre.

El problema de quedar subdializada también se hacía presente en “D”, quien, por distintos factores, económicos y familiares, debe ausentarse de las sesiones de hemodiálisis. Así como el factor económico no le permite entonces llevar una dieta controlada para poder mantener las toxinas del cuerpo a raya. El Otro institucional basa su discurso en que, “la paciente es descuidada”, no quiere dializarse ni hacer lo posible por estar bien. Su curso de acción radica entonces en firmar una negativa al tratamiento en el cual se hace responsable a “B” de su tratamiento, dado a que se le han dado todas las indicaciones de cómo debe llevarlo a cabo y esta no responde dentro de su responsabilidad.

Efectivamente el médico a cargo responde a la urgencia propia desde los canales institucionales provistos por este Otro, quien dentro de la legalidad amenaza con sancionar al profesional de la salud debido al supuesto incumplimiento de su labor. Este Otro institucional no considera en su discurso que “D” reniega al tratamiento por algo que no se encuentra inscrito dentro de su discurso, su propio modo de gozar. El disentiimiento gira en torno a la configuración familiar que se hace presente al momento de que “D” responde con su inasistencia, así como el factor económico.

Es un malestar, que va más allá de la demanda del médico de que “D” comprenda que necesita dializarse para seguir viviendo. El cuerpo de la paciente “D”, no es el cuerpo de la biología, es un cuerpo que goza y que es consumido por las situaciones que

la rodean. Llevándola a ser consumida al punto de perderse, dicho disentiimiento que llega al punto de perderse podría ser leído como un pasaje al acto en el que “D” cumplió con el hecho de no querer saber de nada ni de nadie. Irse del País, sin avisar a la institución en la cual se dializaba. Se desconoce a la final que pasó con “D”, pero queda claro que el tratamiento hemodialítico no produjo una respuesta en la cual “D” pudo sostener su malestar.

Vemos en los casos presentes, cómo el discurso médico propone una salida dentro de los discursos institucionales que maneja. A la final los distintos procedimientos requieren de una aceptación consciente del paciente de su condición y que se abstengan a un tratamiento, para poder llevar una vida que haga cara al real de la muerte. Real, que de algún modo, a pesar del discurso de salud provisto en dichas instituciones, se cuele en las salas de hemodiálisis y en el discurso de los pacientes. Haciéndose presente como una marca en el cuerpo de aquellos que han sido diagnosticados con una enfermedad crónica, haciéndoles un recordatorio que sus días están contados, que su cuerpo se consume y no es eterno.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una de las enfermedades catastróficas más comunes del país, en donde la persona ha perdido la funcionalidad, parcial o total de uno o ambos riñones, los cuales se encargan de filtrar la sangre del cuerpo, eliminando las toxinas a través de la orina. Debido a esta enfermedad es necesario suplir la función renal con un procedimiento coloquialmente llamado diálisis, que abarca tanto, hemodiálisis y diálisis peritoneal, ambos con sus diversas características implican el proceso de conectar un canal vascular (vena y arteria) a una máquina que se encargará de filtrar la sangre, receptando la sangre bombeada por el corazón por fuera del cuerpo del paciente, filtrándola y bombeándola de regreso.

Debido a la necesidad de un acceso vascular se hacen intervenciones quirúrgicas que permiten “conectar” el cuerpo a la máquina. Debido a que la IRC atrofia una de las funciones vitales del organismo humano, es de vital importancia para estos sujetos el cuidado y la confección de dichos accesos vasculares, sea un catéter o una FAV. Uno de los discursos más repetidos por los médicos de la institución es que el acceso vascular es “la vida del paciente” volviéndose un imperativo de “Si tu acceso vascular no está apto, puedes morir”, como una forma de responder ante el padecimiento del paciente con IRC.

Al final, la respuesta del discurso médico, si bien es cierto disipa algo de la urgencia del personal de salud, deja de lado la urgencia del paciente que se encuentra recibiendo este tratamiento. Desgraciadamente, no existe la posibilidad por las razones antes mencionadas que un paciente acepte en su totalidad el tratamiento, y es que de manera consciente el mismo puede aseverar que quiere hemodializarse para seguir con vida, pero habita un cuerpo que a momentos grita su disconformidad ante esta aceptación. El disentimiento es la respuesta real del paciente que se esconde debajo del protocolo de consentimiento al tratamiento.

Disentir, desnuda la cara del amo en el discurso que se encuentra en el lugar de la verdad, “lo reprimido”, y no hay verdad más grande que el Amo también es un sujeto tachado, que no sabe qué hacer con estos cuerpos consumidos por la enfermedad, al

menos no del todo. Vemos en los casos cómo los protocolos establecidos para poder operar frente a estos individuos caen al momento en que se encuentran con un caso como el de los antes mencionados, que sí, efectivamente, se inscriben dentro de lo simbólico al ideal de la salud, pero cuyos cuerpos disienten el tratamiento, en todas sus caras: “dentro de la sala de hemodiálisis pidiendo que los desconecten, no llevando una dieta, o incluso sin asistir regularmente, llegando al punto de no volver nunca más”.

Lo hacen en algunos casos a sabiendas de las consecuencias que acarrearán estas decisiones, ya que muchos de ellos no lo hacen solo una vez. Pero el discurso de salud, se sostiene del ideal de que el paciente responde conscientemente aceptando el tratamiento dentro de la institución de salud. Lo que se ignora es que existen muchos factores por detrás, coordinadas que llevan a firmar al paciente un consentimiento del cual, probablemente no consientan del todo. El disenso es la expresión en el cuerpo de la disconformidad que experimenta el cuerpo frente a dicho consentimiento.

Este cuerpo que goza, no está contemplado dentro de los estatutos institucionales del discurso de la salud general ni mental, teniendo en cuenta que es un discurso que se apoya en lo “observable”, “medible” y “cuantificable”. Por ende, el malestar que presenta el paciente no se encontrará inscrito dentro de los organismos procedurales de dichas instituciones. Su accionar girará en torno a atender la “emergencia”, lo que recae en el cuerpo orgánico, que efectivamente tiene que ser atendido. Sin embargo, en lo que respecta a la urgencia del paciente, que habita un cuerpo muchas veces es dejado de lado.

Vemos como en estos pacientes el abordaje de la urgencia, apunta más bien a eliminar el disenso, pero esto es una respuesta que nos dice efectivamente algo de la decisión del paciente frente su decisión. Es un cuerpo hablando de su padecimiento y de su malestar, que va más allá de la enfermedad que lo consume. Acallar el disenso es dejar nuevamente de lado a este cuerpo que, en algunos casos, más que hablar, grita. Apuntar a la aceptación del tratamiento trata más sobre la urgencia de la institución sobre qué hacer con este paciente que al malestar del paciente en sí.

Efectivamente, a partir de la relación transferencial, es posible que se construyan en el discurso del paciente recursos que le permitan aceptar el tratamiento, lo que Miller

llama una rectificación subjetiva. Cabe recalcar, que esta no es, ni debería ser la finalidad del tratamiento psicológico de estos pacientes con hemodiálisis, y en el caso en que dicha rectificación se accediese a través de la relación transferencial, debería tomarse como un resultado de la misma, más lo a lo que se aspira llegar.

La labor del psicólogo o del analista, inmerso en estas instituciones de salud con esta población de pacientes con enfermedades crónicas como la insuficiencia renal, debe sostenerse en la transferencia para cuestionar el malestar que aqueja al paciente. Como vimos en los distintos casos, muchas veces la enfermedad desconcierta más al médico que al paciente como tal. Cuestionar este malestar que acarrea la resignificación y reestructuración del cuerpo, las vivencias cotidianas, o el mismo padecimiento que se enfrenta al verse expuesto al real de la muerte. Acoger esto del goce que justamente está siendo dejado de lado por la institución, todo aquello de lo que no se quiere saber. Es aquí donde se marca una diferencia entre la labor del médico y del análisis frente a una institución de salud.

Los pacientes dentro de las instituciones se manejan en un tiempo que inscribe el imperativo de la inmediatez actual, más aún cuando se encuentra en juego la vida del paciente. ¿Cómo hacer cuando los tiempos de acción dentro de la institución apresuran al paciente a saltar directamente al tiempo de concluir? En el caso de las urgencias presentes en los pacientes con IRC, es necesario valerse de la transferencia tanto con la institución, como la que sea posible entablar en el tiempo de la misma urgencia.

Las sesiones psicológicas y las intervenciones de urgencias proponen una separación entre la sensación de urgencia provista por la temporalidad y el imperativo de responder en el que la única manera aceptable que se propone, sería llevar a cabo el tratamiento o la intervención propuesta. Se precisa valerse de la transferencia para insertar estos tiempos lógicos, de ver, comprender y concluir. Es necesario realizar este distanciamiento entre el tiempo de la institución y el tiempo del sujeto, sin ignorar el triaje, teniendo en cuenta que también la urgencia viene del lado de la institución.

Se trata entonces de ubicar los puntos de urgencia y a cuál responde cada uno de los actores involucrados presentes dentro del mismo disentiendo, y abordar desde las distintas coordenadas provistas por los mismos. No se responde a la demanda

institucional de acallar el disenso, dándole cabida al sujeto para poder maniobrar ante los intrincados procesos institucionales, haciéndole un espacio. A su vez se le da un espacio a la institución de salud, en la medida de lo posible mediando la urgencia presente desde el departamento médico.

Llegando al tiempo de concluir, refiriéndome a este proyecto, el disenso es una respuesta del sujeto inmerso en las instituciones de salud. Puedo agregar que no es algo exclusivo de los pacientes con Insuficiencia renal crónica que se hemodializan, sino que se hace presente en un sin número de enfermedades, tanto crónicas como no. Entonces el disenso comprendería la respuesta del sujeto que se encuentra inmerso en una institución de salud. Frente a la cual, y bajo distintas coordenadas (el goce), estructura una respuesta negativa ante el imperativo de salud impuesto.

Estas respuestas suelen operar por fuera del discurso que se inscribe en el ideal de la salud, poniendo en urgencia al personal que opera desde este lugar. Por lo que procedimientos previamente instaurados, como el consentimiento informado que buscan llevar al paciente a comprender la necesidad de llevar el tratamiento, explicando tanto los “PROS” y los “CONTRAS”, no evitan la presencia de la negativa o el disenso del mismo. Debido a que dentro de ellos se contempla un cuerpo racional, más no un cuerpo gozante. En algunas ocasiones este mismo discurso médico, desde el imperativo de la temporalidad propuesto por la emergencia, circunscribe el surgimiento de la urgencia.

Es posible un abordaje desde el psicoanálisis al padecimiento del paciente con insuficiencia renal crónica dentro de las clínicas de hemodiálisis, siempre y cuando las intervenciones no respondan a la demanda de la institución, desde lo posible. Utilizando como coordinada la transferencia, tanto con el paciente, como con la institución. Haciendo un espacio para los tiempos lógicos, el inconsciente, el cuerpo hablante que goza, es decir dando un lugar a lo que no se inscribe dentro del discurso institucional. Acogiendo todo aquello que va en algunos casos más allá de la misma Insuficiencia renal crónica. Teniendo claro que el paciente no es la enfermedad de la que padece.

RECOMENDACIONES

Según el desarrollo realizado durante presente trabajo se ha analizado a través de las viñetas clínicas seleccionadas y el desarrollo teórico, posibles causas del disentimiento que giran en torno a la disonancia entre el discurso institucional y la subjetividad del paciente. Siendo el protocolo de firma de “consentimiento informado”, un instrumento que permite la socialización con el paciente de la información de su procedimiento llegando incluso a la aceptación racional del mismo, el presente texto no busca la desacreditación del mismo. Su propósito es cuestionar a la luz de las teorías psicoanalíticas el lugar que se le da la subjetividad del paciente dentro del discurso de la institución de salud, y de dicho protocolo, cuya función es legítimamente legal.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica se encuentran atravesados por el discurso de la institución de salud, al cual deben hacer frente con una respuesta, condicionada a los tiempos de la institución, al mismo imperativo temporal de la emergencia y a la demanda tanto del personal médico y familiar. Esto supone que el paciente, enfrentándose a dicho imperativo de una respuesta, que efectivamente responda a dichas demandas. Como podemos ver, mucho de los pacientes con IRC aceptan el proceso de hemodiálisis, muchas veces terminan renegando/disintiendo el tratamiento, debido al mismo imperativo. Una vez aliviada la urgencia, el paciente se encuentra con la carencia de elementos subjetivos para sostener la decisión que se impuso y apresuró, por lo que, al apartarse la demanda vuelve a una negación del tratamiento, que como se vio en los casos trasciende a lo racional y a una respuesta de esta índole.

Se sugiere entonces dentro de la propuesta y de los tiempos de intervención que se contemplan en el consentimiento informado, una pausa, que permita al paciente reformular y hacer frente a los distintos avatares presentes en dicha decisión. La pausa puede ser provista por un analista o alguien que responda dentro del discurso analítico y haga efectivamente la función de separación, introduciendo estos tiempos lógicos. Debe ser contemplado en dicho espacio los tiempos de la institución y de la emergencia, para esto es importante que dicha persona que ejerza la función esté informada de los tiempos del triaje dentro de las instituciones de Salud.

Lo importante no es perturbar dichas instituciones en sus tiempos, sino subvertirlos encontrando un espacio para aquello para lo que no se encuentra un espacio dentro del discurso de salud. Por lo que sería importante que dentro del proceso del consentimiento informado se contemple una persona que se haga cargo de proponer dicho espacio, según el caso lo amerite. Permitiendo distinguir al paciente su decisión de una tomada por la tensión temporal y del imperativo de la emergencia, y una más acorde a su deseo. La decisión debe seguir la vía del deseo, no como una respuesta al imperativo, de lo contrario es posible que el paciente sucumba al disentimiento como respuesta a esta inconformidad.

Bibliografía

- Alcântara, F. A. (Diciembre de 2020). *Dilemas éticos em cuidados paliativos: revisão deliteratura*. Obtenido de scielo.br:
<https://www.scielo.br/j/bioet/a/Nb4RkLxvwRvCTPzVzWvhDdN/?lang=pt>
- Alvis-Peña, D., & Calderón-Franco, C. (Junio de 2020). *Descripción de factores de riesgo paramortalidad en adultos con enfermedad renal crónica en estadio 3 - 5*. Obtenido de scielo.org.pe:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000200163&lang=es
- Belaga, G., Laurent , E., Torres, M., Tarrab, M., de Francisco, M., Delgado , O., . . . Baudini , S. (2005). *La urgencia generalizada : ciencia, politica y clínica del trauma*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Briones, P. L. (Noviembre de 2008). *Comentario a la reseña de La frágil frontera de las palabras. Ensayo sobre los (débiles) márgenes entre filosofía y literatura, hecha por Carlos Mendiola Mejía*. Obtenido de scielo.org.mx:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-24502008000200007&lang=es
- Carrasco, O. V. (14 de Julio de 2016). *El Consentimiento Informado Del Paciente En La Actividad Asistencial Médica. Rev. Méd. La Paz vol.22 no.1 La Paz 2016*. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100010#:~:text=En%20medicina%2C%20el%20Consentimiento%20informado,individuos%20y%20hacer%20honor%20a
- Carvajal, N. (Julio de 2002). *El consetimiento informado*. Obtenido de Scielo.sa.cr:
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592002000200009
- Cervetto, A. (S.f.). *Ensayo sobre el goce. Todavía, otra vez y aún el goce (Encore la*

jouissance).

Obtenido de Revista Electrónica de la Facultad de Psicología - UBA:
http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=871:ensayo-sobre-el-goce-todavia-otra-vez-y-aun-el-goce-encore-la-jouissance&catid=11:alumnos&Itemid=1

Congreso Nacional Ecuatoriano. (22 de Diciembre de 2006). *LEY ORGANICA DE SALUD*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORGÁNICA-DE-SALUD4.pdf>

Costa de Souza, F. A., Borreli, A., Fernandes, M. A., Geraldo da Costa, S. F., Garrido Andrade, C., & Ferreira de Andrade, F. (Octubre de 2020). *Scientific production in oncological palliative care with emphasis in communication*. Obtenido de scielo.br:
<https://www.scielo.br/j/ramb/a/vkcLWFW9MLJvryXdbnDhD8q/?lang=en#>

Dobrovsky, G. (2008). *Ángel. Clínica psicoanalítica y trasplante de órganos*. Obtenido de dspace.uces.edu.ar:
http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2837/Angel_Dobrovsky.pdf?sequence=1

Española, R. A. (2005). *Diccionario panhispánico de dudas*. Obtenido de <https://www.rae.es/dpd/disentir>

Espinoza-Suárez, N. R., Zapata del Mar, C. M., & Mejía Pérez, L. A. (Abril de 2017). *Conspiración de silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia*. Obtenido de scielo.org.pe:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972017000200006&lang=es

Freud, S. (1986). *La etiología de la histeria. Obras Completas. Sigmund Freud. Tomo III*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1896)

Freud, S. (2013). *Sobre la iniciación del tratamiento. Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis. Tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1913)

- Freud, S. (1991). Totem y tabú. En *Sigmund Freud. Obras Completas. Tomo XIII*. Buenos Aires : Amorrortu. (Trabajo original publicado 1913)
- Freud, S. (1992). *Lo inconsciente. Obras completas. Sigmund Freud. Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1915)
- Freud, S. (1992). *Pulsiones y sus destinos. Obras completas. Sigmund Freud. Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1915)
- Freud, S. (1992). *Más allá del principio del placer. Obras Completas. Sigmund Freud. Tomo XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1920)
- Freud, S. (1991). *Doctrina general de la Neurosis. Obras completas. Sigmund Freud. Obras Completas XVI*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1916-1917)
- Freud, S. (1920-1922). *Sigmund Freud. Obras Completas XVII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2010). Inhibición, síntoma y angustia. En *Sigmund Freud. Obras Completas. Sigmund Freud. Tomo XX*. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1926)
- Freud, S. (1992). El porvenir de una ilusión. En *Sigmund Freud. Obras completas. Tomo XXI* (págs. 3-55). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1927)
- Freud, S. (1992). El malestar en la cultura. En *Sigmund Freud. Obras Completas. Tomo XXI*. (págs. 57-140). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1930)
- García Paz, D. B. (Febrero de 2017). "Análisis De Las Manifestaciones Del Proceso De Duelo Por Pérdida De Autonomía E Independencia En Pacientes En Tratamiento De Diálisis Por Insuficiencia Renal Crónica". Obtenido de repositorio.puce.edu.ec:
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13105/DISERTACI%c3%92N%20DANIELA%20GARCIA%20PAZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García, P. G. (1976). La estructura mitológica, en Lévi-Strauss. *Teorema: Revista internacional de filosofía, ISSN 0210-1602, Vol. 6, N°. 119-146.*

- García-Llana, H., Remor, E., del Peso, G., & Selgas, R. (Junio de 2014). *El papel de la depresión, la ansiedad, el estrés y la adhesión al tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en diálisis: revisión sistemática de la literatura*. Obtenido de scielo.isciii.es:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-69952014000500013&script=sci_arttext&tlng=pt
- González de Dios, J., Tasso Cereceda, M., & Ogando Díaz, B. (Dic de 2012). *La mirada del cine alcáncer (II): cuando la Oncología pediátrica es la protagonista*. Obtenido de scielo.isciii.es:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000500013&lang=es
- Hegel, G. W. (1999). *Principios de la filosofía del derecho*. Barcelona, España: Edhasa. Herrera, F. M. (21 de Noviembre de 2018). *El lugar del psicoanálisis en instituciones de salud: abordajes e intervenciones posibles*. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/>:
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/11992/1/T-UCSG-POS-PSCO-54.pdf>
- Imbriano, A. H. (02 de Octubre de 2008). *El goce es la satisfacción de la pulsión*. Obtenido de Elsigma: <https://www.elsigma.com/colaboraciones/el-goce-es-la-satisfaccion-de-la-pulsion/11796>
- Instituto Nacional del cancer. (s.f.). *¿Que es un síntoma?* Obtenido de Diccionario del cáncer. NCI:
<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/sintoma?redirect=true>
- Lacan, J. (1988). *“La tercera”, en Intervenciones y Textos II*. Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- Lacan, J. (2009). *El estadio del espejo como formador de la función del yo (je)*. *Escritos I*. Mexico: Siglo XXI.

- Lacan, J. (2009). «*El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma*», en *Escritos I*. Mexico: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1999). Seminario V: «*El deseo del Otro*», en *Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008). *Seminario VIII: La transferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2006). *Seminario X: La angustia, clase del 13/3/63*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008). *Seminario XVII: El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (2009). *Dos aspectos de la torsión entre síntoma e institución*. Obtenido de 4º Encuentro Americano. XVI Encuentro Internacional del Campo Freudiano.: http://ea.eol.org.ar/04/es/template.asp?lecturas_online/textos/laurent_dos_aspectos.html
- Leitón-Espinoza, Z. E., Cienfuegos-Pastor, M. d., Deza-Espino, M. d., Fajardo-Ramos, E., Villanueva-Benites, M. E., & López-González, A. (Diciembre de 2018). *Impacto emocional en el camino de aprender a vivir con "la diabetes"*. Obtenido de scielo.org.co: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522018000300696&lang=es
- Lombardi, G. (2011). *Rectificación y destitución del sujeto. En: Aun. Publicación del Foro Analítico del Río de la Plata*. Buenos Aires, Argentina: JVE ediciones.
- Loncán, P., Gisbert, A., Fernández, C., Valentín, R., Teixidó, A., Vidaurreta, R., & Saralegui, I. (2007). *Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI*. Obtenido de scielo.isciii.es: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600009&lang=es
- Martorell, A. (S.F.). *¿Qué hace un psicólogo allí? Una experiencia de trabajo en Centros*

- de Diálisis*. Obtenido de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/3365/Que_hace_Martorell.pdf?sequence=1
- Miller, J. A. (1998). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Eolia-Paidós, Nueva Biblioteca Psicoanalítica.
- Miller, J. A. (2016). *El inconsciente y el cuerpo hablante*. Obtenido de Presentación del tema del X Congreso de la AMP en Río de Janeiro: <https://www.wapol.org/es/articulos/Template.asp?intTipoPagina=4&intPublicacion=1&intEdicion=9&intIdiomaPublicacion=1&intArticulo=2742&intIdiomaArticulo=1>
- Miller, J.-A. (2005). *Los cursos psicoanalíticos: Piezas sueltas*. Paidós.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (22 de Febrero de 2016). *Documento de socialización del Modelo de gestión de aplicación del consentimiento informado en la práctica asistencial*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/11/MSP_Consentimiento-Informado_-AM-5316.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica*. Obtenido de Guía de Práctica Clínica: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/10/guia_preencion_diagnostico_tratamiento_enfermedad_renal_cronica_2018.pdf
- Muñoz, P. D. (16 de Octubre de 2018). *El Goce: Un problema del ser*. Obtenido de Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Argentina. Anuario de Investigaciones, vol. XXV, 2018: <https://www.redalyc.org/journal/3691/369162253027/html/>
- Organización Mundial de la Salud. (22 de Julio de 1948). *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>

- Orrala Molina , M. D. (02 de Marzo de 2020). *Por los intersticios del biopoder: una discusión entorno a la discontinuidad epistémica entre el hombre de la salud mental y el sujeto del psicoanálisis lacaniano*. Obtenido de repositorio.ucsg.edu.ec: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/14149/1/T-UCSG-POS-PSCO-66.pdf>
- Paez, A., Marcos, J., Carmen, A., & De Bortoli, M. A. (20 de Noviembre de 2008). *Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis*. Obtenido de Redalyc.Org: <https://www.redalyc.org/pdf/647/64712168010.pdf>
- Palacios-Espinosa, X., Sánchez-Pedraza, R., & Rodríguez, C. (13 de Marzo de 2021). *Propiedades psicométricas de la Escala de Desmoralización (DS-II versión español-Colombia) para pacientes oncológicos que reciben cuidado paliativo*. Obtenido de scielo.org.co: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242020000300084&lang=es
- Pedroza Cosío, G. A., Sánchez Escobar, L. E., Munguía Lozano, S., Beltrán Lagunes, L., Ferrer Álvarez, J. G., Medina Arreguín, R., & López Hernández, D. (12 de Abril de 2018). *Evaluación de la Escala EFD-66 como herramienta para predecir la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles*. Obtenido de scielosp.org: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/e82/>
- Pizarro Obaid, F., & De La Fabián Albagli, R. (Enero de 2020). *Un análisis crítico de los debates acerca del duelo y el trastorno depresivo en la era del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Obtenido de scielosp.org: <https://scielosp.org/article/scol/2019.v15/e2319/>
- Ponz Clemente, E., Martínez Ocaña, J., Marquina Parra, D., Blasco Cabañas, C., Grau Pueyo, C., Mañé Buixó, N., & García García, M. (2010). Análisis de la influencia de los factores psicológicos en la elección de diálisis peritoneal. *Revista Nefrología*, 195-201.

- Ribeiro, J. L. (2012). El otro que nos constituye es cada uno de nosotros en la posición el asertode certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma» de Lacan, y sus consecuencias hermenéuticas. *Δαι΄μων. Revista Internacional de Filosofía*, n° 55, 105-120.
- Rivera-Ledesma, A., Montero-Lopez Lena, M., & Sandoval-Ávila, R. (2012). *Desajuste psicológico, calidad de vida y afrontamiento en pacientes diabéticos con insuficienciarenal crónica en diálisis peritoneal. Revista Salud Mental*. Obtenido de medigraphic.com: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2012/sam124h.pdf>
- Roberta Griebeler Cordeiro, F., Oliveira, S., Zeppini Giudice, J., Pellegrini Fernandes, V., & TimmOliveira, A. (01 de Diciembre de 2020). *Definiciones para “cuidados paliativos”, “final de vida” y “enfermedad terminal” en oncología: scoping review*. Obtenido de scielo.edu.uy: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000200205&lang=es
- Rosa, S. (01 de Diciembre de 2019). *La ecopoésía de Nicanor Parra como espacio de disentimiento*. Obtenido de scielo.edu.uy: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-16292019000200199&lang=es
- Ruiz de Alegría-Fernández de Retana, B., Basabe-Barañano, N., & Saracho-Rotaecche, R. (Febrero de 2013). *El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico*. Obtenido de scielo.isciii.es: https://scielo.php?pid=S0211-69952013000400008&script=sci_arttext&tlng=en
- Silvariño, R., Baccino, C., Larre Borges, P., Laura Guerisoli, A., Miranda, V., Búcalo, P., . . . Noboa, O. (01 de Marzo de 2020). *Hemodiafiltración en línea como terapia de reemplazo renal crónica. Primera experiencia nacional en el Hospital Universitario*. Obtenido de scielo.edu.uy: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902020000100095&lang=es

Sotelo, I. (2005). *Tiempos de urgencia: Estrategias del sujeto, estrategias del analista*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Sotelo, I. (2007). *Clinica de la Urgencia*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Tripaldi Proaño, D. M., & Vintimilla Córdova, M. G. (2007). *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*. Obtenido de dspace.uazuay.edu.ec/: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1155/1/06267.pdf>

Varela, L., Vázquez, M., Bolaños, L., & Alonso, R. (2011). Predictores psicológicos de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal.

Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología, 97-106.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Mario Luis Burgos Calle** con C.C: #0922963681 autor(a) del trabajo de titulación: **“Disentimiento en el tratamiento hemodialítico de pacientes con insuficiencia renal. Una mirada psicoanalítica del sujeto con enfermedad renal crónica en una institución de salud en la ciudad de Guayaquil.”** previa la obtención del grado de **MASTER EN PSICOANÁLISIS Y EDUCACION** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 4 de Junio de 2022

MARIO LUIS BURGOS CALLE
C.C: # 0922963681

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Disentimiento en el tratamiento hemodialítico de pacientes con insuficiencia renal. Una mirada psicoanalítica del sujeto con enfermedad renal crónica en una institución de salud en la ciudad de Guayaquil		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Burgos Calle, Mario Luis		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Ocaña Ocaña, Andrea Rendón Chasi, Álvaro Amat Rodríguez, Robert		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Psicoanálisis y Educación		
GRADO OBTENIDO:	Master en Psicoanálisis y Educación		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	4 de junio de 2022	No. DE PÁGINAS:	80
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicoanálisis y Educación		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Insuficiencia Renal, Salud, Psicoanálisis, Enfermedad Crónica Y Disentimiento		
<p>El presente proyecto tiene como finalidad analizar, desde el punto de vista psicoanalítico, las posibles causas del disentimiento en el tratamiento hemodialítico de pacientes con insuficiencia renal crónica en una institución de salud de la ciudad de Guayaquil. Teniendo en cuenta al disentimiento (negación) al tratamiento como una respuesta del sujeto (paciente) inmerso en la institución de salud y atravesado por los cambios que supone el diagnóstico de la enfermedad y la implementación de una máquina para soporte vital como lo es la hemodiálisis. Se busca a su vez contrastar la propuesta médica dentro del protocolo frente a la respuesta del paciente, al momento de aceptar dicho tratamiento, utilizando el “consentimiento informado”, como herramienta de acción al momento de validar dicha “aceptación”. A su vez, se implica entonces el discurso de la institución de salud y como esta incide a la decisión del paciente, desde el lugar que este ocupa para la misma. Para esto nos valdremos de la teoría psicoanalítica y la elaboración de viñetas clínicas, con el fin de encontrar puntos de intersección y segregación entre el discurso psicoanalítico, médico y lo que nos pueden decir los pacientes de su experiencia en hemodiálisis. Ubicando un posible modo de accionar desde la clínica psicoanalítica, utilizando la transferencia y los tiempos lógicos propuestos por Lacan, como medio de acción frente a la emergencia propuesta por la insuficiencia renal crónica. Este trabajo es un esfuerzo de encuentro, en el eterno desencuentro de las instituciones de salud y la práctica analítica.</p>			
ADJUNTO PDF:	SI	NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Celular: 0982247030	Email: mlbc_2805@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
	Teléfono: 3804600		
	E-mail: info@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	http://repositorio.ucsg.edu.ec		