

¿Qué hace un psicólogo allí? Una experiencia de trabajo en Centros de Diálisis

Adriana Martorell

Resumen

El artículo explora una pregunta: ¿qué aporte puede hacer el psicólogo al padecimiento de las personas enfermas renales crónicas en tratamiento de hemodiálisis dentro del Centro de Diálisis, el ámbito mismo donde se desarrolla ese tratamiento médico? La autora relata cómo fue adentrándose en esa peculiar clínica, a partir de su experiencia de trabajo en distintos centros de diálisis primero, y luego como parte de un grupo de investigación y desarrollo de programas de calidad de vida. Relata cómo fue variando su visión de lo que significa realizar una intervención psicoterapéutica en un ámbito esencialmente médico, como lo es el centro de diálisis.

Palabras Claves

Diálisis; Calidad de vida; Intervenciones psicoterapéuticas; Desmentida funcional

Abstract

This article explores one question: which is the psychologist best contribution for chronic renal sick people undergoing hemodialysis inside the Dialysis Center, the same area the medical treatment is being developed. The author details how she entered this particular clinic, having first worked in distinct Buenos Aires dialysis centers, and then as part of an investigation and development group at “Programs for the Quality of Life”. She recounts how her vision was changed in regards to what it takes to fulfill a psychotherapeutic intervention in an essential medical environment, such as the Dialysis Center.

Key Words:

Dialysis; Quality of life; psychotherapeutic interventions; functional denied

Resumo

O artigo explora a questão: ¿qual é o contributo que podem dar para o psicólogo que sofrem de pessoas doentes renais crônicos em hemodiálise no Dialysis Center, a mesma área onde o tratamento médico se desenvolver? O autor relata como ele estava profundamente em que peculiar clínico, baseado em sua experiência de trabalho em diferentes centros de Buenos Aires em primeiro lugar, e, em seguida, como parte de um grupo de pesquisa e desenvolvimento de programas de qualidade de vida. Relata como ele estava mudando sua visão do que significa para fazer uma intervenção psicoterápica em um campo essencialmente médica, tais como o centro de diálise.

Palavras-chave

Diálise; Qualidade de vida; intervenções psicoterapêuticas; funcional negou

Introducción

Intentaré referir una experiencia de trabajo, explorando la pregunta: ¿Qué puede aportar el psicólogo al padecimiento de las personas enfermas renales en tratamiento de hemodiálisis en el contexto del Centro de Diálisis, lugar mismo donde transcurre este tratamiento médico?

Cuando ingresé por primera vez a un Centro de Diálisis, en 1997, tenía poca noción respecto a la enfermedad renal y las vicisitudes de su tratamiento. Durante 6 años trabajé en distintos centros del conurbano bonaerense, pertenecientes a la misma empresa (multinacional que brinda servicios de diálisis en todo el mundo, que en la actualidad atiende aproximadamente 9.000 pacientes en Argentina). Al mismo tiempo fui adentrándome en la compleja realidad de esta clínica, atravesada por múltiples factores, de diversa índole. Si bien tenía la experiencia de haber realizado la Residencia en Psicología en un Hospital Público, esto era totalmente diferente. Luego, en 2004, fui

convocada por el nivel central de la empresa a formar parte de un grupo de investigación y desarrollo de Programas de Calidad de Vida para los pacientes.

¿Qué es la hemodiálisis?

Es el tratamiento médico que recibe la mayoría de las personas que tienen dañada de forma definitiva su función renal (Insuficiencia Renal Crónica Terminal - IRCT)¹. El riñón cumple una función vital, el tratamiento hemodiálisis consiste en la conexión periódica a una máquina de diálisis (riñón artificial). El trasplante es la otra alternativa que tiene estos pacientes, aunque accesible en menor medida².

El tratamiento implica la concurrencia del paciente a un Centro Médico -3 veces por semana, 4hs. cada vez- donde enfermeros especializados los conectan a máquinas de diálisis a través de fístulas arteriovenosas (construidas quirúrgicamente). Además necesitan tomar medicación, seguir una dieta y restringir su ingesta de líquidos. La etiología de la falla renal es diversa, buena parte proviene del deterioro de enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, enfermedades autoinmunes y otras hereditarias). El ámbito en el que se desarrolla el tratamiento es un centro médico de alta complejidad, similar a las unidades de cuidados intensivos, por la naturaleza compleja del tratamiento, las máquinas, las normas de bio-seguridad, los enfermeros especializados que se requieren.

Caracterización de los pacientes

Se trata de personas enfermas renales crónicas, cuya enfermedad evoluciona hacia la falla renal definitiva (5to estadio de la enfermedad renal). Esta enfermedad no presenta síntomas notorios, es de las llamadas “silenciosas”. Si no median controles médicos, no hay cómo advertir su progresión, los síntomas comienzan a percibirse cuando es demasiado tarde. En consecuencia la situación socio-cultural del paciente

¹ La hemodiálisis es una de las alternativas de la diálisis. La otra es la diálisis peritoneal. En el mundo sólo acceden a esta modalidad el 15% de los pacientes afectados de ICRT. En Argentina el tratamiento de diálisis está incluido en el PMO.

² La tasa de trasplante (DPMH) varía según los países. En nuestro país la situación mejoró algo a partir de la nueva Ley de Trasplante (2005), pero la proporción de los pacientes que se trasplanta sigue siendo baja, por razones de diversa índole.

incide desfavorablemente en esta evolución mórbida, pobreza y diálisis están correlacionadas.

Es muy frecuente entonces que el paciente al ingresar a diálisis se anoticie al mismo tiempo que padece una enfermedad crónica que no ha percibido, que dicha enfermedad se encuentra en la fase terminal, y que de ahora en más para sobrevivir deberá realizar un tratamiento que también será crónico. A partir de entonces sus vidas deben ajustarse a pautas de tratamiento diseñadas por otros: cantidad de líquidos que pueden ingerir, peso y sobrepeso que pueden manejar, días de concurrencia al centro de diálisis, horarios de entrada y salida, horarios del remis que los acerca al centro. Nuevas rutinas diarias, ritmos trazados por otros, números que no los representan. Cada uno reacciona y responde a esta novedad como puede, con los recursos personales y contextuales de que dispone.

¿A qué convocan al psicólogo?

En general el pedido de intervención lo hace alguno de los integrantes del equipo (médicos, enfermeros, nutricionista y/o asistente social) siempre preocupados por la *compliance* o adherencia al tratamiento. Los pacientes “desobedecen”, no cumplen con las distintas pautas del tratamiento, algunos “las olvidan”, otros las desafían, y entonces se ponen en riesgo. Juegan con cosas que no tienen repuesto. Es frecuente la queja: “no escuchan”, “no entienden las consignas”, “no se enganchan con estar mejor”, “pareciera que la uremia afecta su capacidad de comprensión”. Solicitan entonces nuestra intervención, que aportemos a lo que a ellos les preocupa: la *compliance* del paciente en diálisis.

En este punto, teniendo en cuenta que muchos de los pacientes provienen de enfermedades psicosomáticas severas, propongo pensar los sentimientos que Maldavsky (1992e) describe en el analista que trabaja con pacientes afectados por neurosis tóxicas. El autor discrimina entre aquellos que informan sobre procesos acontecidos en el paciente: empatía y contagio afectivo; y aquellos derivados de los conflictos que le suscita al profesional la realidad anímica del paciente: esto es la contratransferencia descrita por Freud en 1910.

En el caso de la práctica que nos ocupa, debemos pensar en las distintas ansiedades y conflictos que moviliza el contacto directo (tres veces por semana), a veces durante muchos años, con enfermos crónicos cuya vida se encuentra prolongada de manera artificial gracias a este tipo de tratamiento.

Tal como refiere Maldavsky (op. cit.), en el principio de la relación terapéutica suele instalarse el *furor curandi*, producto de que el profesional confía demasiado en la disposición del paciente para colaborar con el tratamiento. El paciente, por su parte “obedece”, se sobreadapta y alienta así esa creencia. Cuando la evolución clínica del paciente no coincide con las aspiraciones de mejoría desmesurada que se generaron en el médico, sobreviene la sorpresa y el desconcierto. En el caso de estos pacientes, esto sucede cuando no cumplen las indicaciones médicas, se ponen en riesgo y la evolución clínica empeora. Entonces surge el mal humor, los sentimientos de enojo. Que el profesional de la salud opere desde el enojo es riesgoso para la vida del paciente, pero existe un riesgo de desenlace todavía peor, la indiferencia. Es el momento en que capitula la creatividad, la vitalidad del vínculo. El último de los desenlaces posibles que evidencia la acción descomplejizante de la pulsión de muerte.

Los pacientes con sus múltiples quejas, dolores y padecimientos, denuncian el terror ante la muerte. Los profesionales que allí trabajan necesitan desmentirla para poder operar, la homeostasis institucional busca silenciarla. A ese lugar nos convocan, ¿qué podemos hacer? El trabajo debe aspirar a alojar y dar lugar a lo anímico para que se manifieste. Pero además, ayudar a los profesionales, equiparlos. Esta práctica moviliza en ellos sentimientos y conflictos y no cuentan con las herramientas para tramitarlos. El desafío es lograr intervenciones psicoterapéuticas en ese contexto tan peculiar, el ámbito mismo donde se realiza este tratamiento médico.

¿Cómo encontramos a los pacientes?

Desde lo fenoménico muchas veces parecen dormidos, aturdidos, atontados. Otras veces presentan desarrollos paranoides, querellantes, y/o cínicos desafiantes. En general presentan las características que Maldavsky (1995c) describe para las neurosis tóxicas y traumáticas. Me refiero al modo particular en que perciben el mundo, la forma particular en que se expresan. Su subjetividad se encuentra amurallada detrás de una

coraza de furia y pánico. Furia por la enfermedad y el tratamiento, pánico ante la muerte. Desde allí organizan su mundo sensorial con una lógica diversa a la diacrítica diferencial, a consecuencia del impacto traumático que implica el abrupto ingreso a la enfermedad y su tratamiento. Su discurso es inconsistente, sobreadaptado, otras veces catártico, su decir no los representa.

En la primera etapa del trabajo, formé parte de equipos multidisciplinarios en los diferentes centros y realicé intervenciones en el plano individual, el más conocido por mí. Fui buscando maneras de acercamiento no formal a los pacientes que me permitían establecer algún tipo de vínculo con cada uno de ellos. Entendí que eso era parte del trabajo, posibilitaba que luego, cuando mi intervención era requerida por algún colega del equipo, ese paciente en particular estuviera dispuesto a la intervención. Lo primero fue constituirme en otro afín pero diferente, capaz de alojar su padecimiento, más allá y a pesar de ese contexto médico que en general es vivenciado por los pacientes como desértico y hostil. (Maldavsky, 1995c).

Las intervenciones acotadas eran dirigidas a que las personas en tratamiento de hemodiálisis logaran en algún momento tomar conciencia de que necesitaban ayuda para rediseñar sus vidas a partir de su nueva realidad, la enfermedad crónica. Entendí que mi función podía ser ayudarlos a rescatarse del impacto más o menos traumático de la realidad en la que estaban inmersos y, en el mejor de los casos, orientarlos para que pudieran hacer un pedido de tratamiento, derivarlos a los recursos en su comunidad u obra social.

Una viñeta clínica de aquel entonces

En una de las reuniones habituales del equipo, los profesionales del Centro se quejaban indignados y sin disimular su enojo, de la conducta del paciente que llamaremos Mario: dice uno de los médicos: ...*"No se engancha para nada con estar mejor, se olvida, no aspira a otra cosa"...* ¡*es hipertenso y no toma la medicación!*! Otra comenta: *"Me mira y me dice: "me vas a matar otra vez me olvidé..." ¡parece un chico, no parece que tuviera 25 años...!"* Dice la asistente social: *"tampoco hace los trámites para la cobertura de PAMI, y tres veces perdió el papel con el turno para los exámenes pre-trasplante."* Dice la nutricionista: *"las indicaciones de la dieta tampoco las respeta, come cualquier cosa,*

los resultados de laboratorio son un desastre... no me escucha!" Otra médica sugiere: "¿No habrá que tomarle un psicodiagnóstico, no tendrá algún grado de deficiencia mental?"

Mario tiene 25 años, y está en tratamiento de hemodiálisis desde hace dos años. La etiología de su insuficiencia renal es una enfermedad autoinmune que afecta a los glomérulos del riñón (Glomerulonefritis). La historia clínica refiere un año de evolución de dicha enfermedad, sin registro de los síntomas por parte del paciente.

Entre los antecedentes se menciona que su padre y su hermano mayor son alcohólicos, que la madre murió hace 7 años de cáncer de mama, y que además es hipertenso. Resultan significativas las circunstancias en que se refiere que el paciente inició el tratamiento de hemodiálisis. Llegó a la guardia de un hospital municipal con disnea grado IV por tener el circuito pulmonar sobrecargado con líquido y la urea muy alta³. En términos no médicos esto significa que estuvo al borde de la muerte.

Su aspecto denota descuido personal. Su extracción socioeconómica es baja. Es el sexto de siete hermanos, convive con dos hermanas mujeres, el marido de una de ellas (la otra está separada) y cinco sobrinos (hijos de ambas), el más grande tiene 9 años. Tiene un hijo de 6 años que nació de la relación con su novia, con la que se fue a vivir, luego de este nacimiento casi un año después del fallecimiento de su madre. Mario se separó de su mujer hace 2 años, unos meses antes de terminar "casi muerto" en la guardia del hospital.

En los primeros acercamientos que realizo, Mario se resistía a hablar, se hacía el dormido cuando me veía, decía: *"los psicólogos arruinan a la gente"* y contaba el caso de un amigo adicto que está peor desde que va al psicólogo, que él no precisa consejos, que él sabe lo que tiene que hacer, que no es un chico, que ya entendió, que se va a cuidar. En la contratransferencia percibía su furia impotente que buscaba esterilizar mi posibilidad de ayudarlo.

Al mismo tiempo que como psicóloga intentaba infructuosamente "hacerlo hablar", la nutricionista le mandaba sin éxito, mensajes a la hermana (encargada de cocinar) para ponerla al tanto de las restricciones alimentarias. Mario decía que la hermana no podía venir al Centro: *"está muy ocupada, tiene dos hijos chicos que cuidar"*. El equipo se daba

³Uremia: conjunto de síntomas provocados por la acumulación en la sangre de principios tóxicos que normalmente deberían ser eliminados por el riñón

cuenta de la importancia de convocar a un familiar, estaba en juego la vida del paciente, pero intentaba hacerlo a través de Mario porque no tenían teléfono en la casa. Pensamos entonces que la asistente social debía acercarse al domicilio. Cuando Mario se entera de esta decisión, finalmente le hace llegar a su hermana nuestro pedido.

Esta hermana acude inmediatamente al Centro. Mantiene reuniones con los distintos integrantes del equipo. Se muestra preocupada por su hermano, ofrece su colaboración, y agradece la convocatoria diciendo que hace rato que le pregunta a Mario por las cosas que puede o no comer, pero él dice poco.

Luego de esta reunión con la hermana el equipo profesional toma mayor conciencia de la situación socio-afectiva del paciente, se disipa el enojo y comienzan a tratarlo con más de ternura. Por su parte Mario comienza a hablar, lo hace de un modo acelerado, que contrasta con su anterior tono abúlico. Resulta significativo cómo le cuesta ubicar temporalmente casi todos los hechos que relata, una y otra vez los confunde. Por primera vez manifiesta preocupación por no poder retener las fechas de los diversos trámites y estudios clínicos que debe realizar (trámites para la cobertura social, estudios clínicos, etc.) como tampoco las indicaciones precisas de lo que tiene o no tiene que ingerir (dieta, líquidos, medicamentos).

En "Más allá del principio del placer" Freud (1920g) considera que la capacidad de un sistema para ligar la energía fluyente y transformarla en energía quiescente, depende de lo elevada o baja que sea la investidura quiescente propia de ese sistema. Cuanto más baja sea su investidura ligada, menor será su fuerza ligadora del estímulo adviniente, y las consecuencias de la perforación de su barrera antiestímulo serán más violentas. Señala además la importancia del apronte angustiado, como última trinchera de la barrera de protección anti-estímulos, planteando que el factor decisivo para el desenlace traumático es que los sistemas se encuentren o no sobreinvertidos, preparados por el apronte angustioso.

En este caso se trata de un paciente afectado por una enfermedad autoinmune, psicósomática por excelencia, lo que nos permite inferir que la capacidad de ligadura de su sistema psíquico es escasa, y que por lo tanto estaban dadas las condiciones para que la enfermedad y el ingreso abrupto al tratamiento como estímulos arrasaran la barrera de protección antiestímulo. Los déficits de su estructuración anímica no le permitieron siquiera tomar noticia de los síntomas de su enfermedad que tal como lo refiere su historia

clínica, llevaban un año de evolución. En consecuencia, no pudo tampoco constituirse un apronte angustiado que permitiera sobreinvertir la conciencia con atención psíquica.

Maldavsky (1995c) señala que un factor importante a tener en cuenta en los pacientes que han sido arrasados por un estímulo vivenciado traumáticamente es su particular modo de percibir u organizar el mundo sensible. La conciencia es la que permite organizar los estímulos que en el mundo exterior son cantidades de modo diacrítico y diferencial, discriminando los distintos tipos de incitaciones, es decir, cualificándolos. Cuando ésta ha sido arrasada por el impacto violento de lo traumático el mundo se organiza en frecuencias o períodos, predomina la captación de números: atención refleja propia del curso perceptivo sin atención. Sin embargo, esto ya implica un modo de formalización de lo sensible. Sucede a veces que el impacto de lo traumático es tal que ni siquiera eso es posible. Es entonces que los estímulos son vivenciados como golpes, pura cantidad que produce dolor, aturdimiento, en lugar de registros sensoriales.

A mi entender lo que producía tanto enojo en el equipo y era decodificado como desidia, desinterés, o incluso como deficiencia mental, se originaba en el arrasamiento traumático de la conciencia del paciente que ni siquiera lograba organizar frecuencias en los estímulos que recibía, no podía retener las fechas de sus estudios. El anonadamiento anímico era tal, que Mario percibía los estímulos (las indicaciones del equipo) como golpes, pura cantidad, que sólo producían un dolor anímico aún mayor.

Que los estímulos sean vividos como golpes no se relaciona tanto con las características del estímulo objetivo. Más bien tiene que ver con el estado del sistema como señala Freud (1920g) y Maldavsky (1995c) agrega, con la furia con que lo anímico se refugia en la retracción libidinal; es desde esa furia que se percibe. El estímulo asume características de intrusión mecánica porque el paciente se encuentra en retracción furiosa y en consecuencia el mundo permanece desinvertido. El golpe es en realidad un efecto de ese modo de relacionarse con la exterioridad. Ahora bien, "... esta furia se hace evidente cuando algún estímulo mundano convoca a lo anímico, pretende despertar el interés por la exterioridad" (Maldavsky, 1995c - pág. 26).

Esto era lo que ocurría cada vez que Mario recibía algunas de las indicaciones de los distintos integrantes del equipo, que además le resultaba imposible recordar ya que

"... tal incitación mecánica deja sólo una huella en el quimismo pulsional y neuronal, que queda alterado, pero no se acompaña de una correspondiente huella mnémica, precisamente porque no hubo conciencia añadida a la situación traumática..." (Maldavsky, 1995c - pág.26).

Este fue uno de los factores que intervinieron para que todo el equipo se sintiera burlado en su *furor curandi*. Pero además Mario lograba inocularnos sus sentimientos de furia impotente, nos contagiaba. El enojo de cada uno de los integrantes no hacía más que paralizarnos sin poder organizar una respuesta eficaz. Cuando intentaba hablar de esto con los médicos la hostilidad se dirigía a mi persona, y mis intentos también terminaban siendo estériles. Desde su furia impotente estos pacientes odian lo vital y tratan de aniquilarlo. Mario lograba neutralizar lo vital en juego en nuestro equipo y así se quedaba solo frente a su padecer. Esto se entronca con otra de las características centrales en estos pacientes: la secreta convicción de que no existe interlocutor empático que pueda escuchar y contener su dolor. Al esterilizar nuestra ayuda, Mario lograba recrear ese contexto desértico y hostil que sólo busca su desaparición.

Cuando conseguía paralizar al equipo y enojarlo, de algún modo se encontraba en la realidad con ese déspota que pretende aniquilar lo vital y abolir la subjetividad: "*Me vas a matar, otra vez me olvidé de...*" le decía a su médica. Mientras no lográbamos organizar una respuesta efectiva para Mario, encarnábamos para él al asesino anónimo del que los pacientes en estado de neurosis traumáticas se sienten víctimas.

En este mismo sentido puede pensarse también la interferencia que Mario ejercía en la posibilidad de comunicación del Centro con su familia. Sostenía que su hermana estaba "*demasiado ocupada*" para atender a lo que le pasaba, y no le hacía llegar nuestros mensajes. Una vez más se ponía en juego la gran dificultad que tienen estos pacientes para confiar en la ayuda que el otro pueda brindarles. Al suponer al otro en estado de retracción narcisista, se cuidan todo el tiempo de "molestarlos", con sus requerimientos más esenciales, y de este modo esterilizan la ayuda efectiva que los otros pueden y quieren brindarles, como en este caso su hermana y los profesionales del Centro. En este caso se puede visualizar cómo el paciente logra configurar esa realidad por proyección de sus propios estados afectivos tanto en el equipo tratante como en su contexto familiar.

Entiendo que haber logrado convocar a la hermana de Mario, y que ésta respondiera mostrando preocupación por el paciente, permitió que en el ámbito de lo familiar Mario visualizara un miembro que se interesa por su estado de salud: "*Mi hermana es la que me cuida*" dice, en una de las entrevistas posteriores a aquella visita de su hermana al Centro. Por su parte, el equipo empieza a contar con un familiar que apoya el tratamiento, ya no está solo frente a la responsabilidad del cuidado de la vida del paciente, preso de la impotencia que lo paralizaba. En consecuencia surge en el equipo una mayor comprensión y empatía con la problemática del paciente. Esto tuvo como consecuencia que el paciente comenzara a hablar, a preocuparse él mismo por sus "olvidos" y aceptara de mejor grado la intervención "psi".

De este modo entendí en ese momento que se había logrado la primera meta que debía plantearme en ese contexto: ayudar al paciente a que advenga a un posicionamiento subjetivo aunque sea rudimentario, que le permitiera formularse alguna pregunta acerca de lo que hasta entonces era puro padecimiento orgánico.

Hasta aquí mi trabajo de los primeros tiempos, como miembro del equipo de profesionales en distintos centros de diálisis, en el ámbito del conurbano bonaerense.

A partir de 2001, la crisis socioeconómica que asoló al país, también se sintió en los centros de diálisis. Sintéticamente diré que para reducir costos se fusionaron centros, se ampliaron instalaciones que albergaron cada vez mayor cantidad de pacientes y profesionales. La dinámica de funcionamiento cotidiano se modificó. Nuevos desafíos y problemas, nuevas preguntas surgieron.

Programas de Calidad de Vida

Experiencia de Huerta (2002) Por esos años ascendía el porcentaje de pacientes desnutridos que se dializaban en los centros. Con intención de paliar esta realidad, e inspirada en el Programa Pro-Huerta del INTA, la empresa decidió repartir semillas entre los pacientes. El entusiasmo que despertó el Programa superó ampliamente las expectativas del inicio. Fue entonces que fui convocada desde el nivel central de la empresa para estudiar los efectos de la introducción de este recurso en los pacientes que

la empresa atendía en todo el país. Más que beneficio concreto a nivel nutricional, los pacientes referían que hacer huerta “era como una terapia.”

“Debo agradecer la idea de la huerta, me dio una oportunidad de sentir que podía, dejé casi toda la medicación para dormir, y la verdad cuando hacemos las cuentas, esto también ayuda al presupuesto... me cambió el humor, mi esposo y mi hijo dicen que estoy mejor con ellos, el otro día a una amiga que cumplía años le regalé una canasta que la arreglé con flores que hago yo, cosa que había dejado de hacer desde que me enfermé, y además le puse verduras y fue muy bueno...” (paciente de 47 años que hizo huerta con una amiga en su barrio).

Enfermos crónicos que volvieron a tener en sus manos un proyecto, una actividad productiva que los ligaba con la vida. Volvían a ser personas vitales a pesar de su enfermedad, tuvieron en sus manos algo para dar y compartir.

En ese momento tan particular del país, muchos recuperaron su rol de proveedor en la familia, el que habían perdido por efecto de la enfermedad y el tratamiento. Haciendo la actividad de huerta recuperaron saberes de sus antepasados, lazos con la propia biografía interrumpida por efecto del trauma. *“...estoy muy contento que mis hijos me ayuden... así ellos también siguen las costumbres de los abuelos y han aprendido algo de mí...bah! quiero decir algo de mí, ahora que estoy enfermo”* (paciente de 70 años, provincia de Córdoba).

En el estudio que hicimos de los testimonios de los pacientes encontramos que la actividad que proponía el Programa era también una oportunidad para la trascendencia. Los pacientes hacían referencia a la posibilidad de dejar una marca, un legado, “una señal humana de estadía” dirá Bodni, (2010). A partir de su trabajo psicoanalítico con adultos mayores, el autor plantea la importancia del legado, como medio para perdurar en la memoria de los sucesores. Se refiere a la teoría del plasma germinal, a la que Freud (1914c) alude en “Introducción del narcisismo” donde plantea que el ser humano lleva una existencia doble, en tanto es fin para sí mismo y al mismo tiempo eslabón dentro de una cadena, eslabón generacional de la especie. El autor destaca la insistencia del hecho humano de transmitir algo, intentarlo activamente. “El contenido de la transmisión generacional será un legado, que en su esencia sirve al transporte de la historia

y a la ilusión de supervivencia.” (Bodni, 2010, pág. 171). Se refiere al hecho humano de la trasmisión como un empuje pulsional universal a la diacronía, empuje a dejar marcas en el tiempo que en caso de verse impedido por alguna circunstancia, puede producir procesos de estancamiento de orden tóxico, con manifestaciones psicósomáticas (Bodni, 1999).

El Programa hoy sigue vigente, desde 2006 realizamos convenio con el INTA que incluyó a los pacientes en diálisis en el Programa Pro-Huerta y cada temporada los interesados reciben gratuitamente kits de semillas que el INTA acerca a los centros. En la actualidad algo más de la mitad de los pacientes que atiende la empresa en todo el país está involucrado en esta actividad.

Actividad Física (2004) Estudiando los efectos del Programa Huerta, advertimos la importancia que tenía para estos pacientes -obligados por el tratamiento a un sedentarismo de 12 hs semanales- sentirse activos, moverse, comprobar que su cuerpo todavía puede ser útil. A esa altura sabíamos también que era absolutamente en vano que los médicos la recomendasen, era recibida como una indicación más, de las tantas a las que ya están obligados a ajustarse. Llevamos entonces profesores de educación física (especializados en rehabilitación) al Centro de Diálisis, implementamos el Programa de Actividad Física Intra-diálisis (PAFI), ejercicios de actividad física (elongación, estiramientos, bicicleta) mientras desarrollan la sesión de diálisis, clases grupales mientras realizan el tratamiento. Comprobamos que los pacientes que se involucraban en el Programa, llevaron esa práctica a sus hogares, se animaron a caminar más, sacar la bicicleta fija de la baulera donde había sido arrumbada cuando empezaron el tratamiento de diálisis, hacerse cargo de buscar a los nietos a la escuela, ocuparse de hacer trámites propios y/o de sus familiares. Nuevamente el Programa aportó para que volvieran a sentirse activos, útiles, retomaron actividades o encontraron que podían ocuparse de tareas nuevas en el seno de sus familias, su comunidad.

Esta experiencia nos confirmó la importancia de llevar el recurso al momento mismo en que transcurre el tratamiento, habilitarlos en el mismo espacio en el que reciben su tratamiento médico tiene un valor particular. Al igual que el Programa de Huerta, resultó estímulo para fomentar la salida del aislamiento, su inclusión familiar y social.

Ese mismo año realizamos experiencias de *Narración Oral y Arte-terapia*, también dentro la Sala de Diálisis, durante el trascurso mismo del tratamiento.

Escuela para Adultos (2008) Una de las arte-terapeutas (ex-docente de escuela), fue sensible a una realidad por entonces “naturalizada” en los centros: eran muchos los pacientes que no habían terminado la escuela primaria. El semi-analfabetismo o analfabetismo funcional estaba sobre-representado en la población en diálisis. Se trató de una experiencia innovadora, llevamos la Escuela Pública dentro del Centro de Diálisis. La primera maestra que incluimos tenía experiencia de trabajo en cárceles e instituciones de rehabilitación para adictos (modalidad escuela fuera de sede). En los centros de diálisis nunca antes se había reparado lo suficiente en esta realidad, muchos de los pacientes no habían terminado la escuela primaria. A los maestros de adultos, habituados a trabajar fuera de sede, tampoco se les había ocurrido que en los centros de diálisis había tanta matrícula disponible. Se trata de una experiencia intersectorial que potencia esfuerzos de los profesionales de ambos sectores Salud y Educación.

La experiencia de la escuela mostró de modo contundente que los efectos de estos Programas no sólo llegan a los pacientes, se extienden a sus familias pero también, a todos los integrantes del Centro de Diálisis.

En las entrevistas los pacientes refieren que ahora comprenden y pueden expresarse mejor, que se animan a preguntar lo que no entienden, y se comunican más en general. Ya no piensan sólo en la enfermedad, pueden “poner la cabeza en otra cosa”, ahora tienen un proyecto, concluir algo que les había quedado pendiente en la vida. Entonces dializarse tiene sentido, la enfermedad pasa a segundo plano. Se transforma la experiencia del tratamiento que reciben. “...dejé de faltar (faltaba con frecuencia a sus sesiones de diálisis)... *quiero estudiar y aprender... las cuentas las hago bien... pero ahora quiero aprender a leer y a escribir... me sorprendió que viniera una maestra acá, y cuando la vi se me ocurrió que yo quería escribir, pensar en otra cosa, estar atenta al estudio, no más pensar y pensar en la enfermedad...*” (paciente de 36 años, analfabeta).

Por su parte, las familias de los pacientes se acercan con interés genuino y alegría al familiar que desea aprender cosas nuevas a pesar de su situación de salud. El que sólo se queja de sus dolencias, ahuyenta, por el contrario el que tiene proyectos, convoca.

Como con la actividad de huerta, el Programa aportó para transformar el lugar del paciente en su familia y su comunidad: *“¿mis nietos? Ah! ellos están chochos... me ayudan con la tarea, me preguntan ¿qué te dieron para hacer hoy abuelo?”* (paciente de 68 años, cinco nietos, escolaridad hasta 3er grado).

En lo que respecta a los profesionales del Centro, la experiencia hizo posible que desnaturalizaran el analfabetismo funcional de los pacientes, nunca antes habían tomado conciencia plena de esta característica de la población que atienden. *“...creo que no habíamos jerarquizado suficientemente esto como problema y además tampoco ellos te lo cuentan, ¡no te lo dicen jamás!... hasta pensábamos que tenían problemas neurológicos”* confiesa uno de los médicos.

Por fin comprenden que ésta es una de las causas por las cuales no comprendían sus indicaciones. Pero además, y fundamentalmente este Programa aporta la satisfacción de ver, a lo largo del tiempo, algo más que el deterioro de la salud de sus pacientes enfermos crónicos: esos pacientes son capaces de capitalizar la sobrevida, aprendiendo cosas nuevas. Ellos mismos se sienten más útiles, entonces tiene mayor sentido su práctica.

Uno de los Jefes de enfermería se refiere a la experiencia en su Centro *“...la escuela vino a renovar, a aportar lo saludable... aquellos aspectos a los que nosotros no podíamos llegar, los que no se vinculan con la enfermedad... me ha dado la posibilidad de repensar la cuestión del tratamiento, porque uno lo pensaba con recursos muy acotados, siempre con un equipo de médicos, enfermeros, gente especialista en la materia... Diría que la experiencia de la escuela modifica “el estar” en la sala, a los pacientes, pero también a nosotros, los profesionales...”*

En este punto creo interesante hacer una referencia histórica. Este tratamiento médico, como en general sucedió en toda la medicina moderna, evolucionó sensiblemente con el desarrollo tecnológico. Hasta avanzados los años 80, el tratamiento de diálisis era de algún modo más “artesanal” dependía más de los profesionales médicos. Ellos salvaban la vida de sus pacientes que agradecidos lograban vivir algunos años más. Por entonces “éramos sus héroes” recuerda uno de ellos. Con el avance de la tecnología, los profesionales médicos son cada vez menos protagonistas, las máquinas de diálisis, hoy

sofisticadas computadoras, realizan todo el trabajo. Los tratamientos son menos penosos y la sobrevida es cada vez más extensa. Pero entonces se suman cada vez más enfermedades comórbidas, y hoy el 25 % de la población de pacientes en diálisis es portador de algún tipo de discapacidad motora y/o visual. De modo muy sintético, según los médicos mismos lo expresan, el agradecimiento trocó en enojo ¿cuál es el sentido de la sobrevida que la tecnología permite?, se preguntan los pacientes... y los médicos también.

Desarrollar iniciativas centradas en mejorar la calidad de esa sobrevida se volvió imperativo, tanto para los pacientes como para los profesionales abocados a su cuidado y atención. Además de pacientes con falla renal, los enfermos renales crónicos en tratamiento de hemodiálisis, son personas cuya situación de salud es bien compleja.

Tiene un valor particular darle espacio a sus necesidades e inquietudes en el contexto mismo del Centro de Diálisis. En primer lugar vimos que implicaba transformar el tiempo que destinan al tratamiento, tiempo que de otro modo perciben y nombran como “tiempo muerto”, tiempo que inevitablemente los lleva a pensar en la enfermedad y la muerte. Capitalizarlo, invertirlo en algún interés genuino de la persona, un interés en el que se encuentren representados, suele mejorar la experiencia de esas horas destinadas al tratamiento que no pueden eludir. La literatura médica de esta especialidad es profusa en la producción de trabajos que vinculan el tratamiento de hemodiálisis con ansiedad y depresión.

Estas iniciativas son propuestas que al decir de los pacientes les permiten “*poner la cabeza en otra cosa*”. Quisiera destacar este punto, ¿qué es lo que sucede cuando aprecian tanto esta posibilidad? Se trata de la puesta en juego de un mecanismo de defensa no patológico: la desmentida funcional. Tanto Cantis (2012), como (Kazez, 2014), se refieren a este tipo de desmentida como mecanismo de defensa normal, necesario para lidiar con la enfermedad crónica y /o terminal. De acuerdo con Kazez la desmentida funcional se desarrolla en un contexto adverso y al servicio de la autoconservación. Ésta posibilita la aceptación de una realidad irreductible, está al servicio de mantener organizado al yo, y de hacer psíquicamente soportable esa realidad penosa.

Lo que se observa claramente en estos pacientes es que esta defensa facilita el surgimiento de la pulsión de sanar, (Freud, 1933a), disposición a la curación, que otros autores han teorizado como resiliencia (Cyrułnik, 1999); (Melillo, Suárez Ojeda, comp., 2001). Considerada como una capacidad humana potencial universal, los autores coinciden en señalar que para ponerse en juego se requiere del sostén que brindan los vínculos de reconocimiento. Este vínculo puede establecerse con un terapeuta, pero también con un grupo, o una actividad en la que el sujeto se encuentra representado, que sea fuente de reconocimiento para el sujeto. (Zukerfeld, y Zonis Zukerfeld, 2003).

Observamos un efecto de reanimación en los pacientes que se involucran en los distintos programas, recuperan vínculos con la propia biografía interrumpida, el empuje vital perdido por efecto de la parálisis anímica en la que los sume el trauma. La subjetividad antes amurallada, ahora encuentra argumentos y logra neutralizar la tendencia a dejarse morir. Se detiene la hemorragia libidinal antes imparable. Los pacientes dejan el “refugio” del aislamiento para volver a circular en el plano intersubjetivo, volver a sus roles familiares y sociales, con todo lo que éstos tienen para aportarles.

En 2010 sumamos una experiencia de *Alfabetización Digital* y desde 2013 trabajamos en una experiencia piloto con *Terapia Ocupacional*.

Por último, quisiera referirme a los efectos terapéuticos de estas intervenciones en los profesionales del Centro. Para ello vuelvo a los sentimientos que Maldavsky (1992e) describe en los profesionales que trabajamos con pacientes afectados por neurosis tóxicas.

De acuerdo con el autor existen dos tipos de afectos que informan sobre procesos acontecidos en estos pacientes: el contagio afectivo y la empatía. En la empatía se produce una identificación fragmentaria con el yo del paciente, captando pequeñas muestras de sus procesos afectivos que posibilitan actuar con eficacia en el vínculo terapéutico. En cambio en el contagio afectivo lo que el paciente transfiere es una cierta intensidad pulsional, más que un contenido. Esto pone en marcha una regresión del yo del profesional que se superpone con yo del paciente, arruinando la capacidad

creativa/operativa de ese profesional. El contagio evidencia la capitulación de la vitalidad necesaria para operar con estos pacientes psíquicamente desfallecientes.

Estos programas rescatan a los profesionales del contagio afectivo, colaborando de este modo al acercamiento de los mundos paciente/profesional, que hasta ahora tenían dificultades para “encontrarse” en el día a día del tratamiento. “... *estos Programas también nos ayudan a los médicos... nos hace bien ver que ellos pueden hacer otras cosas, cosas que les gustan y les hacen bien...ver en el tiempo algo distinto a su deterioro*”, dice el coordinador médico de uno de los centros.

Esto a su vez tiene efecto sin duda sobre los pacientes, los rescata del pánico corporal, terrores hipocondríacos que con frecuencia los aquejan al percibirse fuera de la cabeza de los médicos.

Conclusiones

El psicólogo dentro del Centro de Diálisis puede intervenir en el plano individual buscando que el paciente se recupere del impacto anímico, más o menos traumático del ingreso a la enfermedad y tratamiento. Puede trabajar en ese plano para que el paciente comprenda que su vida sigue, que es posible explorar y desarrollar nuevos aspectos e intereses para seguir adelante. Pero la realidad es que se trata de un contexto adverso para que lo subjetivo tenga lugar. Un centro de diálisis es como se dijo, un ámbito médico especializado, cuya dinámica de funcionamiento expone a los pacientes durante 12 horas semanales, a un contexto en el que se atiende la enfermedad. Salvo que en su aparato anímico la persona cuente con los recursos necesarios para implementar la necesaria desmentida funcional (y esto sucede en contados casos), el camino facilitado, casi fomentado⁴ es hacia la retracción, el aislamiento, la ansiedad y la depresión.

Estos Programas les permiten, en su decir “poner la cabeza en otra cosa”. Les acercan diferentes medios para que sea posible tomar un camino diferente al de la retracción y el aislamiento. Facilitan la puesta en juego de un mecanismo de defensa saludable, el de la desmentida funcional que a su vez da lugar al surgimiento de la pulsión de sanar, al

⁴ Todos los centros diálisis cuentan con monitores de televisión, uno cada 3 ó 4 pacientes. Cada paciente cuenta además con sus respectivos auriculares.

decir de Freud, la resiliencia del propio sujeto. De este modo las personas recuperan la posibilidad de dejar un legado, necesidad humana universal de trascendencia, antes impedida, ocluida por la retracción.

Asimismo observamos efectos tanto en las familias de los pacientes, como en los profesionales de la salud que los atienden, recuperándolos del agobio que esta clínica provoca, rescatándolos del contagio afectivo que de otro modo tiene lugar. En definitiva estos Programas, no son más que el aporte de Eros, que en su empuje a la ligadura limita la acción descomplejizante de la Pulsión de Muerte (Freud, 1920g).

Bibliografía

Bodni, O. (1999) “Angustia de Castración Generacional y Sentimiento de Intrascendencia”, recuperado de

<http://www.psicoanalisis.com.ar/bodni/angustiacastracion.htm>

Bodni, O, (2010) “La existencia doble y la clínica del legado”. En *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis* (Vol. 9 PP. 165-181) Perú: Ed. Federación Psicoanalítica de América Latina.

Cantis, J. (2012). “Trauma, Cuerpo y Duelo en los Adolescentes con Discapacidad Adquirida”. Recuperado de

<http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/1526>

Cyrulnik, B. (1999) *La Maravilla del Dolor. El sentido de la resiliencia*. Barcelona: Ed. Granica, 2001.

Freud, S. (1910d) “Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica”. En J. L., Etcheverry (traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol.11, pp. 129-142). Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1914c) en “Introducción del Narcisismo” En J.L, (Vol.14, pp. 65-98) Etcheverry (traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1920g) "Más allá del Principio de Placer" En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol.18, pp. 1 - 127). Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1933a) "Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis" En J.L. Etcheverry (traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud 32 Conferencia. Angustia y Vida Pulsional* (Vol. 22, pp. 75 -103). Buenos Aires: Ed. Amorrortu

Kazez, R. (2015) "Estudio del cambio psíquico en el contexto de una psicoterapia psicoanalítica", en *Desvalimiento Psicosocial*, 2. Recuperado de <http://www.uces.edu.ar/journalsopenaccess/index.php/desvapsico/index>

Maldavsky, D. (1992e) *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu

Maldavsky, D. (1995c) *Pesadillas en Vigilia*, Buenos Aires: Ed. Amorrortu

Maldavsky, D., Magranet, B., Cantis, J. G., Durán, R. D., García Grigera, H., Rabino, R. & Scilletta, D. (2013). "La pugna entre sanar y dejarse morir: corrientes psíquicas contrapuestas en un paciente severamente enfermo" Recuperado de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/2039>

Melillo, A. *et al.* (2001) *Resiliencia. Descubriendo las Propias Fortalezas*. Buenos Aires. Ed. Paidós, 2003

Zukerfeld, R. y Zonis Zukerfeld, R. (2003) "Procesos Terciarios". Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000253&a=Procesos-terciarios>