

Ángel. Clínica psicoanalítica y trasplante de órganos

Gabriel Dobrovsky

Resumen

Este artículo es el relato clínico de una breve intervención psicoterapéutica con una paciente trasplantada. El trasplante se realiza con un riñón cadavérico. Se ha intentado reproducir la cronología del discurso de la paciente tal como se fue presentando en las entrevistas. El material presentado son fragmentos de las entrevistas, reconstruidos con notas que fui tomando mientras la asistía. El caso puede dividirse en tres segmentos temáticos: la vivencia del prolongado período de diálisis, el afrontamiento de los conflictos relativos a la muerte del donante y por último el proceso de inclusión subjetiva del órgano. Respecto del primer punto puede observarse la salida del cuadro tóxico-traumático cuando la paciente encuentra a dios. El segundo, está organizado por la impronta situacional de la angustia, referida al texto de la escena cultural donación/trasplante. Respecto de lo tercero podemos seguir el proceso que va desde la conformación de un huésped, como registro de la ajenidad del donante en el órgano, hasta su transformación en un objeto transicional. Mezcla de lo propio y lo ajeno, lo idéntico y lo diferente, lo familiar y lo siniestro, el rasgo distintivo de esta creación psíquica es su perdurabilidad en el tiempo.

Palabras clave: psicoterapia, clínica psicoanalítica, trasplante renal, inclusión subjetiva del órgano, donante cadavérico, subjetividad situacional, fenómeno huésped, objeto transicional.

Ángel. Psychoanalytic treatment and organ transplantation

Abstract

This article is a clinical report of brief psychotherapeutic intervention about a patient transplanted with a cadaveric kidney. Attempted to reproduce the chronology of the patient's speech as was presented in the interviews. The material presented is part of our interviews, which was reconstructed with the notes that were taken while I assisted her. The

case can be divided into three thematic segments: the experience of the long period of dialysis, to face up to the conflicts concerning the donor's death, and finally the subjective inclusion process of the transplanted organ. On the first point we can see the patient leaving the intoxication-traumatic psychopathology by finding God. The second point, is organized around the situational aspect of distressing, based on the text of the cultural scene donation/transplantation. Regarding the third point we can follow the conformation of a guest, as a record of the strangeness of the organ donor and its transformation into a transitional object. Mixed of own and alien, the identical and the different, the familiar and the sinister, the distinctive feature of this psychic creation is its durability over time.

Key words: psychotherapy, psychoanalytic clinic, renal transplantation, organ subjective inclusion, cadaveric donor, situational subjectivity, guest phenomenon, transitional object

Angel. Clínica psicanalítica e transplante de órgãos

Resumo

Este artigo trata do relato de uma breve intervenção psicoterapêutica com uma paciente transplantada. O transplante é realizado com um rim de um cadáver. Procurou-se reproduzir a cronologia do discurso da paciente tal como foi se apresentando nas entrevistas. O material apresentado é constituído de fragmentos das entrevistas, reconstruídos com anotações que o autor foi registrando enquanto a assistia. O caso pode ser dividido em tres eixos temáticos: a vivência do prolongado período de diálise, o confronto dos conflitos relativos à morte do doador e, por ultimo, o processo de inclusão subjetiva do órgão. Em relação ao primeiro ponto, pode-se observar a saída do quadro tóxico-traumático quando a paciente encontra Deus. O segundo, está organizado pelo registro situacional da angústia, referida no texto da cena cultural doação/transplante. A respeito do terceiro, podemos seguir o processo que vai desde a configuração de um hóspede, como o registro de algo alheio do doador no órgão, até sua transformação em um objeto transicional. Mescla do próprio e do alheio, o idêntico e o diferente, o familiar e o desconhecido, o traço que distingue esta criação é sua durabilidade no tempo.

Palabras-chave: Psicoterapia, clínica psicanalítica, trasplante renal, inclusión subjetiva do órgão, doador cadavérico, subjetividade situacional, fenômeno hóspede, objeto transicional

Presentación

Adela¹ se trasplantó hace quince días con un riñón cadavérico. Tiene treinta y cinco años. El resultado médico de la operación fue exitoso y la función renal va acomodándose a los parámetros biológicos esperables. Luego de ser evaluada la demanda de la paciente ante el alta de la internación, el médico le receta ansiolíticos². Unos días después, es derivada por un ataque de pánico que empieza con diarrea inmotivada. La angustia le dificulta el reposo, la mantiene tensa, temerosa de sus movimientos, irritable, inapetente y retraída. No quiere bañarse, está desordenada con la ingesta de la medicación, su estado de ansiedad es permanente, no puede estar quieta, camina todo el tiempo. Al equipo le preocupa la convivencia con los otros pacientes (que no cunda el pánico), la conducta de adherencia³ y las consecuencias de la angustia para el trasplante⁴. La paciente responde dócilmente a la indicación de asistencia psicológica. El médico, luego de revisarla me la presenta, le dice que la voy a ayudar. Ingresa al consultorio con actitud amable, es de estatura pequeña y tiene una deformación en su columna que según explica luego, atribuye a la enfermedad. Pese a la angustia, su aspecto no es descuidado. Nos presentamos, se baja el barbijo y comienza su relato sin dificultad ni circunloquios.

¹ Algunos detalles del caso han sido incluidos sintéticamente en una publicación anterior (Dobrovsky, 2010)

² En ese momento está albergada en el Hogar de Tránsito para pacientes trasplantados de distintos hospitales públicos de la ciudad, dependiente del organismo provincial de procuración y trasplante de órganos (CUCAIBA).

³ Por adherencia se entiende el cumplimiento de las pautas del tratamiento. En el caso de los trasplantados renales es muy estricto y tiene la particularidad de que, a diferencia de la diálisis, el eje de los cuidados está más del lado del paciente, sobre todo en la percepción y la comunicación a sus médicos de cualquier signo que pudiera alertar de alguna disfunción.

⁴ Este caso no presenta correlación entre sintomatología psíquica y trastorno inmunológico. Desde la intervención quirúrgica hasta el día en que retorna al hogar (aproximadamente un mes), la curva de los valores de laboratorio que indican rechazo orgánico, tuvo un curso normal. Sin embargo no es un dato que se pueda descartar al momento de la derivación. He registrado dos casos en los que el nivel subjetivo y el biológico se presentan de manera coincidente. Uno, es un rechazo hiperagudo en el que la vivencia del órgano era siniestra en estado puro (tener algo muerto adentro) (Dobrovsky, 2010). En el otro caso, el rechazo se da luego de un segundo retrasplante con órgano cadavérico posteriores a un primero, fracasado y cuya donante había sido su hija. En ese caso lo que sobresalía era la culpa (desmentida, desafectivizada, escindida) por haber aceptado el ofrecimiento de la hija, sumada al convencimiento, luego de los dos fracasos reiterados, de que ella “no creía en la muerte cerebral”. (Dobrovsky, 2005a). De todos modos, aún no habiendo correlación psico-somática, no son desdeñables los efectos de la angustia en la evolución médica postrasplante y por supuesto, en el bienestar psíquico como dato en sí mismo.

Antecedentes del trasplante

Ensimismada, inicia con una modesta puesta en escena que trasmite perplejidad: “fue todo muy rápido, todavía no lo puedo creer, estar conversando con vos...el trasplante... estar en este mundo, que estoy viva”... creía que nunca iba a llegar... Toda mi vida golpeada...he estado en terapia intensiva... la enfermedad, diálisis... “estar viva!” (Acentúa), para mí debería estar muerta hace rato... Si te pegan en una mejilla ponés la otra...”. Interrumpo para preguntarle si lo que cuenta es como una golpiza permanente. Se sorprende. Parece que mi presencia dejó de ser parte del decorado. Cuando asiente con un gesto y me mira, siento que dejo de ser el oyente de un testimonio dado desde el púlpito y que adquiero consistencia real. A partir de allí se inicia un diálogo que en el transcurso de la psicoterapia será interrumpido por la reaparición de soliloquios catárticos que replicarán un discurso con reminiscencias místicas (cambio en la mirada, en la expresión del rostro, en el tono de voz). Más adelante relatará la importancia que tuvo para ella su inserción en la iglesia evangélica, dato que aporta a la comprensión de la gestualidad de su grupo de pertenencia. Adela me dice que estuvo “ocho años, cinco días y cuatro horas” en diálisis⁵. La pregunta de si los contó le suscita una risa tenue que pareciera confirmar que voy entendiendo. A continuación detalla el estado emocional que surca el decurso de su enfermedad. Le caen unas lágrimas cuando explica que “era adicta a la droga. Cocaína, marihuana, pastillas, no me importaba nada”. El consumo empezó antes de dializarse ya con la noticia del fallo renal. La droga y su efecto químico contrainvisten el dolor y facilitaban la fuga⁶: “yo estaba metida en una cosa negra, que no me podía despertar. Yo decía que era hermoso drogarse, estar en otro mundo. No sabía que me estaba jodiendo la vida... si dios me puso en la vida y esto es la realidad... si la realidad es dolor, hambre, llanto, sufrimiento, ver que la gente se mata, miseria... yo veía esto en la televisión... Eso era el infierno, ver los chiquitos con

⁵ La diálisis es un tratamiento que reemplaza la función renal con una máquina-filtro. Sin el tratamiento el paciente con insuficiencia renal crónica muere. Hay coincidencia en la literatura (Sung Kil Min et.al., 1984; Neira y Villareal, 2001; Magaz Lago A., 2003; Rapisarda et.al., 2006; Sayin et.al., 2007, Sanavi S. y Afshar R., 2012; etc.); sobre su valor restrictivo para la vida cotidiana y la actividad laboral. Genera permanentes molestias corporales, efectos adversos en la imagen corporal, en la dinámica familiar, en el deseo sexual, en el interés por los proyectos vitales. La dependencia es absoluta. Por su carácter traumático, con el tiempo puede contraponer el esfuerzo para seguir vivo con el sentido de estarlo (Martorelli, 1992).

⁶ La fuga es la defensa básica del yo real inicial (Freud, 1915, 1920, 1925; Maldavsky, 2008), instancia que relacionamos con las patologías tóxicas y traumáticas. La paciente refiere algo de la función de la droga ante el dolor psíquico: “estaba como dormida, lo hacía sola... escuchar música y que nadie me moleste, fantaseaba mucho...”. También cumple una función en el afrontamiento de la diálisis: “yo iba al centro de diálisis redrogada, la marihuana me dormía. Después me decían “ya terminaste””.

hambre... esta es la realidad". El relato delimita dos estados. Uno es la vivencia de la realidad proyectada en la televisión. El otro es el que logra con la droga, un estado "hermoso", signo de la eficacia de la defensa. La paciente diferencia realidad (pesadilla televisada que hace conciente su sentir) y huída de la realidad (estar en otro mundo). Sendos estados tienen características de desrealización, efecto del impacto de lo traumático sobre la membrana protectora del yo. Sobre ese panorama, la paciente introduce dos significaciones que permiten adentrarnos en la comprensión de su problemática: el infierno y dios. El infierno alude a un estado depresivo que hace juego con la negrura, el sufrimiento, la muerte y el dolor. Pese a que dios la puso ahí, es a la vez la voz al final del túnel: "levántate y anda! dijo Jesús, ya dormí bastante (dice que se dijo a si misma), creer en dios me sacó de la droga"... "se lo prometí a dios... se lo prometí que lo voy a cuidar". Esta última frase, disonante sintáctica y semánticamente, parece remitir en la figura de Lázaro, a la idea de un futuro trasplante.

Reconstruyendo los datos históricos vemos que la paciente se enferma y todo parece indicar que el sufrimiento, se torna un "infierno" por su mala conducta y su incapacidad para autoconducirse. Esa es la causa eficiente del castigo. Hizo "todo mal". Cuando habla de ese período, se confunden fechas y personajes, lo cual nos da indicios de varios eventos traumáticos. Ubiquemos cronológicamente cada uno. La noticia de la enfermedad renal crónica se da mientras ella está casada y con una hija⁷. Suponemos que el inicio de la adicción es posterior al enfermar, previo a la diálisis y en el marco de una crisis de la pareja. Los acontecimientos del primer día permiten encajar las piezas. Ese día era el cumpleaños de la hija. Cumplía seis. Se sacaron juntas una foto en casa. Después, va sola al centro de diálisis. El marido "vino con otra. Al otro día le pregunté que le pasó y me dijo que se impresionó. No volvió más. Me dejó. Ahí quedé entregada, empecé a consumir más droga y a no cuidarme" ("más" nos indica que el consumo es previo). Alguien la introduce en el hábito, otro hombre. El relato se hace confuso. Alude a la culpa en el marco de una fantasía inconsciente de seducción en la que ella hace activo lo que sufre pasivamente. La hipótesis que se nos presenta es la infidelidad por despecho ante el alejamiento del marido, luego de que enferma y antes de confirmar la de él (percepción sin conciencia). La

⁷ Cinco años después, en una entrevista de seguimiento la paciente agrega un dato, su hija es "divina" y actualmente es modelo. "No podía tener hijos, ya había perdido dos embarazos", "fue un "regalo de dios". Ese sino la indujo, confiesa, a sostener la estabilidad matrimonial con el padre de su hija.

revancha, intento de restañar el narcisismo herido, fracasa por el sufrimiento que inflinge a su hija, cuyo sentir representa el retorno de lo desmentido. De sus culpas nos habla así: “él no me obligó, pero yo quería estar a la par... perdí mi marido, mi casa, mi felicidad... tengo una hija que no pudo ser feliz por separarme. Le saqué su padre, le robé la felicidad por culpa del otro... yo siempre lo culpé a él por la droga siempre lo culpé a él⁸... hice todo mal... Hasta mi hija me dijo “vos sabés lo que yo sufrí por no tener a mi papá?”... nunca dijo nada, es respetuosa, se porta bien. Yo le hablé todo, yo le dije todo, que se tiene que cuidar de todo... es muy inocente. Me preguntó “puedo tener novio?”, yo le digo que no sé, que es muy chiquita. Hace poco me dijo que está sufriendo mucho... que el papá no la llama, que se siente mal... Yo la quiero llevar a una psicóloga. No quiero que haga como su mamá. Yo no soy la persona adecuada para aconsejarla, pienso que la voy a llevar por el mal camino”. El relato del infierno tiene otro componente que se anudará al procesamiento de los conflictos relativos a la recepción del órgano y que también está asociado a las circunstancias de la droga. Poco tiempo después de iniciar la diálisis pierde un embarazo de seis meses de gestación. El duelo queda detenido y el dolor se sobreimprime como una nueva herida al clima emocional descripto.

Hasta aquí la paciente despliega su vivencia de los tiempos previos al trasplante. Parece atribuir los acontecimientos dolorosos a un castigo por ir por el mal camino. Perdida la ternura, soporte del rol materno, el descuido de su hija retorna como castigo. Hacer todo mal, la droga y las pérdidas configuran el infierno mientras es/está perdida⁹. Después del abandono del marido que se presenta con otra mujer queda “entregada”. En ese punto se confirma el fracaso para el narcisismo de lo que supusimos una venganza de mujer herida. La desestimación del afecto en el marco del desenfreno organiza una vivencia onírica acompañada por el consumo de drogas. Hay alternancia entre estar dormida y aplacar el dolor y estar despierta en una realidad horrible. El clima es tóxico, de estancamiento libidinal. Está organizado en base a sustos, estados de terror, dolores orgánicos, heridas psicológicas, duelos improcesables. Lo traumático se vincula a la enfermedad no prevista, el retraimiento del marido, la droga y el otro, la internación en terapia intensiva, la diálisis,

⁸ Al releer la reconstrucción de la entrevista no queda claro si cuando dice “a él” se refiere al marido o al otro, lo cual nos conduce a pensar al otro y a él como dobles especulares.

⁹ En el uso común del lenguaje, la palabra tiene dos significados, uno remite a un juicio acusatorio (prostituta), el otro denota la falta de orientación en la vida (valores, afectos, rol materno, etc.). La elegimos porque traduce claramente el estado que nos relata de los tiempos de la diálisis y la droga.

la confirmación de la infidelidad, la pérdida del matrimonio, el desenfreno pasional, la interrupción del embarazo, la tristeza reprochante de su hija. También a juicios adversos del superyó que castiga. Por todo. El mundo se desmorona mientras el yo va siendo sombreado (Freud, 1917). Hay devastación, injusticia, tristeza, asesinatos, muerte, miseria, hambre, sed de venganza, fracaso, impotencia, desolación¹⁰. La droga brinda un consuelo pasajero y como si fuera poco, suma remordimientos.

La paciente nos relatará finalmente su salida del cuadro tóxico a través de dios y su inserción en la iglesia. Dios le permite dejar la droga, retomar la buena senda, hacerse cargo de sus malas acciones y reorientarse como mujer y madre¹¹. Ahora, “habla todo” con la hija, la cuida y como desconfía de su capacidad para orientarla, busca en la futura consulta psicológica un sustituto reparatorio a su función fallida. Como mujer está actualmente en pareja con un compañero de congregación en una relación de amor sin sexo. Por último, había una promesa en aquella frase enigmática de cuando ingresa a la iglesia y que será relevante en el despliegue de la relación intrapsíquica con su donante cadavérico. Esa promesa (“se lo prometí a dios...ya se lo prometí que se lo voy a cuidar”), que asociamos con otra frase, “creía que nunca iba a llegar”, son las únicas referencias que tenemos del deseo de trasplantarse¹².

¹⁰ En el análisis de las secuencias narrativas del ADL, David Maldavsky (2004) tipifica como uno de los dos desenlaces para el estado final de las escenas prototípicas del lenguaje oral secundario, la expulsión del paraíso. En nuestro caso este significado (“perdí mi felicidad”, “todo”) tiene la presentación de un infierno tóxico o el de un despertar a una realidad de pesadilla (Maldavsky, 1995). La alternancia está dada por el éxito o el fracaso de las defensas (desestimación del afecto y desmentida de la realidad y de los juicios adversos del superyó). El otro desenlace para el estado final del derrotero deseante oral secundario es el retorno al paraíso, que en Adela estará mediatizado por el encuentro con dios. Es un retorno (al paraíso) metaforizado por el lenguaje oral primario que, además de constituir un camino de salida del trauma, aporta al estado actual una bondad beatífica y reparatoria. Por último, la iglesia le brinda un préstamo identificatorio estable y estabilizador. Lo institucional aporta ley y con ella, un consenso (conductual, axiológico), una amalgama vincular para que los individuos conformen un grupo inscripto institucionalmente. De este modo ordena la relación íntima con dios como ideal del yo (Freud, 1921) cuyo sesgo podremos observar con el donante y el órgano trasplantado.

¹¹ La salida del cuadro tóxico a través de la creencia en la divinidad es un mecanismo frecuente en estos casos y por demás eficaz para el afrontamiento de la diálisis (trauma) y el trasplante (incertidumbre, peligro de volver a diálisis, conflictos relativos al donante).

¹² La evaluación del deseo de trasplantarse es de suma relevancia en el antes y el después de un trasplante. Por lo menos en aquellas situaciones en las que la urgencia vida/muerte no está presente. Los pacientes en lista de espera, en este caso por su inserción prolongada en diálisis, son propensos a la sobreadaptación. Este es un mecanismo típico en los cuadros tóxico-traumáticos (Maldavsky, 1992). La inclinación al reemplazo de la subjetividad individual por la subjetividad institucional y a “dejarse llevar” por su lógica de cadena de montaje simbólica (Barembliit, 1988) facilita la exclusión de la singularidad. Entonces, nos encontramos con un ser/sentir/pensar/actuar determinado más por lo que se corresponde al ejercicio del rol de paciente que desde los propios procesos psíquicos. Así, el deseo de trasplantarse puede ser un sobreentendido equívoco. Hemos notado, como Lavallée (1996), consecuencias iatrogénicas por no considerar este punto (Dobrovsky, 2005a, 2010). Las personas tienen que poder decidir. En el caso relatado por el autor, si quería modificar su condición de ciego congénito. El deseo de trasplantarse, por lo expuesto, es fácilmente confundible con una explicitación vacua (repetición a-crítica y desubjetivada del discurso médico trasplantológico).

La consumación

La llamada fue una “sorpresa, el sábado a la tarde suena el teléfono, ‘la doctora’ me dice la nena. Yo le dije si, si. Yo lo único que preparé son bombachas, no sé que pensaba, que me iba a trasplantar con bombachas... Yo la hice cargo a mi hija...estaba preparada y no preparada. Quedé primera, entré a quirófano. Yo vi el riñón. A mí no me impresionó nada”. En el relato de la consumación da cuenta de una fantasía de escena primaria cuyo componente sexual queda reprimido. Podemos leer la defensa en el acto automático de armar un avío de bombachas recordado con perplejidad. El ajuar, preparado sin pensar, diferencia la cualidad de esta escena con lo que vimos en los antecedentes del trasplante, cuando la estética del amor (marido/familia/hogar/hija) perdía su componente tierno en detrimento de la sexualización. La significación inconsciente en aquel momento alude a una vivencia de prostitución. El marido hace de proxeneta (la entrega) y el otro hombre, doble especular de aquel, la introduce en la droga y desata el desenfreno pulsional¹³. Ahora, ante la llamada, la paciente pareciera prepararse para una noche de bodas. La explicación de este cambio cualitativo en el que sobresale el interrogante sobre la femineidad, se explica por el acontecimiento que separa un momento del otro. Como hemos señalado, la paciente abandona la droga y a su introductor cuando encuentra a dios. Y nosotros lo encontramos en la mediación casual (pero indicativa de un pensar inconsciente sobre la llegada del trasplante) que hace en el relato (imprimiendo causalidad) entre la hija y la noticia que le da la doctora. Dios es el camino, su hija una señal. El lenguaje oral primario es el que guía la salida del clima traumático y tóxico en el que se hallaba inmersa. Dios salva y sana. La saca de la oscuridad. La orienta. Atempera la descarga pulsional que circula ahora por el dispositivo institucional de la iglesia que pauta, organiza y da sentido grupal a la creencia íntima de conexión personal con Él. El trasplante, estará en sintonía con lo que fue la llegada al mundo de su hija. Usará las mismas palabras: “un regalo que me dio dios”.

¹³ En la escena perversa de sumisión a un psicópata de quien hace depender su voluntad (estar “entregada”), se ubica como prostituta (es una “perdida”). El componente traumático, efecto de la desestimación del sentir la deja desorientada (está “perdida”). En el primer significado podemos leer la impronta del lenguaje anal primario, en el segundo la coloración de la libido intrasomática (Maldavsky, 2000). En esta combinación, la pulsión de muerte degrada el componente estético del amor (y el amor mismo) y la conduce al desenfreno.

Las consecuencias de la consumación del trasplante se pueden observar por un lado, en su sentir actual. Por el otro en el vínculo intrapsíquico con el donante y la familia de éste. Sobre lo primero dirá: “Yo ando viajando, como cuando a un chiquito le están enseñando a caminar. Que me agarren porque me caigo. Recién estoy empezando a ver el camino. No quiero desviarme... Tengo miedo a equivocarme, volver a caer”. Resaltamos “caer”. Lo segundo será el territorio significativo sobre el que se desplegará el trabajo psicoterapéutico inicial. Recordemos que la paciente es derivada por un ataque de pánico. Nosotros agregaremos al terror, el componente de la desesperación, producto de los efectos de la culpa en la subjetivación del órgano. En este momento el sesgo es hostil y está proyectado en la familia del donante. A continuación, Adela nos dirá lo que piensa y lo que “no” piensa (Freud, 1925): “yo no pienso que tengo el órgano de un chico, de un varón, no pienso que es de un finadito, yo no pienso que me habla. Viste que te cuentan que le hablan. Que raro... recién yo pensaba, por que tuvo que morir un chico joven para que tenga vida yo?”...”me hubiera gustado mucho conocerlos. Si tuviera otro hijo ponerle el nombre de él... Pienso que por ahí están enojados, tengo algo del hijo”. Como la paciente después de decir esto se queda en silencio, le pregunto si está pensando en algo. En su respuesta volvemos a encontrar el componente de la sexualización que interfiere y asusta y del que ella se protege, luego del giro que dio su vida desde que encontró a dios: “tengo miedo de contagiarme y volver a diálisis. No quiero que me bese mi marido, pobre... hace un año y no me tocó...con esto menos!... se me va a ir”... Como vemos, el silencio habla de un conflicto, el daño que la sexualidad podría provocar al órgano versus retener al marido. Sobre lo expresado antes del silencio podemos desglosar los pensamientos que irrumpieron después del trasplante y que organizan la presentación sintomática inicial. Estos pensamientos, que la paciente vive como propios y que la angustian, son la expresión caleidoscópica del encuentro entre el inconsciente, la ciencia y el nudo cultural inherente a la concreción del trasplante. La tecnología médica desafía los cimientos de la subjetividad aportando un guión vincular innovador. El texto de la escena novedosa define dos nuevos tipos subjetivos (Lewkowicz, 1999) para nuestra cultura: el receptor y el donante. La paciente, es hablada por el texto sociohistórico. La psicoterapia facilitará la elaboración posible de los componentes estructurales de la escena donación/trasplante haciendo pie en ese encuentro turbulento (Dobrovsky, 2005a). Y si. El “finadito tuvo que morir” para que

ella “tenga vida”. Eso es lo que ocurrió, es la realidad, el texto de la escena de trasplante. “Conocerlos” (cosa que ya nos aclara que no hará: “le hubiera gustado”) es un primer interrogante subjetivo que tolera el núcleo alter del donante e indica el tipo de instalación del complejo del semejante (Freud, 1895) en la paciente. Queda pendiente aún por resolver la tensión entre lo parecido y lo inaprensible del otro. En este momento se impone el componente de la ajenidad que tiene la coloración de lo hostil ubicado en la familia donante y en la pregunta por la muerte de este. Más adelante aparecerá como primer movimiento elaborativo, la dilucidación del componente afín que se apuntalará en las semejanzas que irá encontrando (lo propio/lo idéntico/lo familiar). La familia perdió un hijo, ella también perdió uno. Era varón, como el que ella perdió. El hijo de ellos tenía un nombre, si ella tuviera otro hijo le gustaría ponerle el nombre del hijo que ellos perdieron. Este último deseo está línea con la reparación y el pago de la deuda contraída (y quizás pueda aplacarlos). Las coincidencias, expresiones de un acto identificatorio con los padres del donante, soslayan que al desear un trasplante se está esperando la muerte de otro ser humano¹⁴ (Frierson y Lipman, 1987; Dobrovsky, 1999). Pareciera que tanto los pensamientos que se hacen concientes, como el efecto del deseo de trasplantarse (cuyo núcleo ominoso está reprimido) giran en torno a la culpa y la expiación. Estas categorías podrían hacer inteligibles las características desesperantes de la angustia que padece la paciente en sintonía con el juicio que, imagina, de ella hace la familia¹⁵.

Todavía en la primera entrevista, le propongo a la paciente pensar el enojo de la familia. Sobre el donante, tiene la información que la ley autoriza: veinte años, varón. Cuenta además con otra, obtenida informalmente: murió en un accidente de moto. La adjetivación, indicio de la conformación de un espacio transicional en el que es posible imaginar al donante, la aporta ella, “era joven y muy bueno”¹⁶. La familia, pensaba al principio, “estaba enojada. Se le fue a ella y me lo pasó a mí. Porque la familia tuvo que perder para vivir yo?...”. Le pregunto si cree que habrán decidido y contesta que pensándolo ahora, cree que

¹⁴ Esta “espera” no se decide a voluntad, es parte del guión de la escena sociocultural que ordena a la vez que reproduce la realidad y que delimita el recorrido del órgano desde el cuerpo del donante hasta el del receptor. La magnitud afectiva y moral del conflicto en los casos de los trasplantados renales que están en diálisis a la espera de un órgano cadavérico, produce generalmente el retorno disruptivo de las implicancias de esa espera después de consumado el trasplante.

¹⁵ Para Maldavsky (1988, 2004) la desesperación es la presentación de la angustia en las depresiones. En este caso, la familia imaginada y su juicio adverso indican y dan cierto grado de conciencia al castigo del superyó por la transgresión (que se hace consiente en el *aprecoup*) del imperativo categórico “no matarás”.

¹⁶ La utilidad de trabajar con la imaginación como recurso psicoterapéutico ha sido resaltado por A. Aisenson Kogan (1986). En nuestro caso, el espacio imaginario transicional es un escenario fértil para la elaboración del vínculo que el receptor establece en su mente con el donante anónimo y su familia.

si¹⁷. Agrega que piensa que “si perdiera un hijo yo donaría... mi hija también me dice eso”. Sigue pensando, ahora, conmigo, algo que evidentemente ya había pensado, pero que nos indica que el donante, en la espera, era un dato desubjetivado. En tono de descubrimiento, agrega después de una pregunta que piensa (piensa/imagina) que ella no se enojaría con los receptores, “no, porque tendrían algo mío, una partecita mía, si vos tenés algo mío yo viviría algo para vos! Si yo hubiera dado que esperaría?, Que lo cuiden, después que dios les de mucha vida... Con esta última reflexión ponemos un punto a nuestro primer encuentro.

El enviado de dios

Tres días después empieza manifestando que quiere escribirles a los familiares del donante, aunque “no llegue a las manos. Estoy agradecida, que sepan que lo estoy cuidando... estaba entregada hasta que hablé con vos. Quizás necesitaba contar el pasado mío, ese peso me lo saqué. Quiero vivir... Como que estaba viviendo esa cosa oscura. Empezar a caminar como un chiquito. Empecé yo a mi manera, con mi letra, yo me entiendo...” La catarsis permitió finalmente separar pasado de presente (“estaba entregada hasta que hablé con vos”...). La escritura es un recurso que acompaña la elaboración de los conflictos desplegados: “esta gente... que estuviera enojada conmigo... cómo voy a dar algo y después enojarme? Si ellos lo hicieron, por qué estarían enojados? Si no, no lo harían, cuando yo pensé si yo lo haría, ahí me di cuenta, no tendrían motivos”. La última frase denota la eficacia del ejercicio de reflexión realizado en la primera entrevista, cuando pudo ponerse en el lugar de ellos, “me dieron vida. Yo hablo por mí. Gracias a dios le dieron vida a la otra chica (su compañera de habitación). A mí me dieron vida, quizás hoy me hubiera estado dializando... tengo vida, una hija, quiero ir para adelante”. Ellos se enojarían, afirma, “en caso de que no lo cuidara”.

¹⁷En ese momento, me pregunto cuanta incidencia tuvo no haber podido pensarlo antes. En mi experiencia es frecuente que la pregunta haya estado ausente (Dobrovsky, 1999). En la espera suele primar el deseo de órgano, no sus consecuencias vinculares. De todos modos, siempre pregunto, de distintas maneras. Y siempre la respuesta es similar. En la respuesta de la paciente, como ocurre en general, se hace evidente como necesidad psíquica, que se trate de un don para tener derecho a la apropiación del órgano. En otras oportunidades (Dobrovsky, 2005a, 2005b 2010) he resaltado este dato clínico cotidiano: la suposición de una decisión libre por parte del donante y su familia es una garantía (necesaria aunque no suficiente) para el éxito de la incorporación subjetiva del órgano en los receptores. Es por eso que normas como la ley del donante presunto, sancionada en nuestro país, no sólo avasallan el derecho íntimo sobre el cuerpo del ser querido fallecido, sino que además, la duda sobre la libertad de la decisión puede ser la diferencia entre poder y no poder convivir con el órgano implantado. Es la diferencia entre un regalo y la apropiación ilegítima en una situación de alta vulnerabilidad psíquica.

Los pensamientos preexistentes y los nuevos se van ordenando. Los primeros, desafectivizados (que “llegue el órgano”) van adquiriendo consistencia ahora que está trasplantada y que va pudiendo pensar en la decisión de la familia. Cuando se pone en el lugar de ellos su decir se tiñe de sentimientos. Hay un proceso identificatorio y con ello algo no pensado (sentido) antes. La figura del hijo, representación que soporta el sentir, cobra relevancia. Conecta la historia personal con la familia del donante y permite ir hilvanando el derrotero del órgano desde el cuerpo del donante muerto al suyo. El punto de llegada, luego del atemperamiento del pánico y la desesperación será la estabilización del huésped (Dobrovsky, 2010) como objeto transicional (Winnicott, 1971)¹⁸.

La presencia del órgano en su vientre, ahora que la fantasía se hizo realidad, se anudará a un nombre. Y el nombre le restará el cariz siniestro que tenía cuando la familia estaba enojada. Conectará lo desmentido (realidad de la muerte del donante) con el duelo por la pérdida de su embarazo mientras estaba en diálisis. Deseo y realidad se mezclan y gracias a dios, puede aflorar el afecto facilitando la salida del círculo depresivo. Interrogada nuevamente sobre si ella se enojaría en caso de haber donado el órgano de un hijo, contesta: “si un pedacito de ese ser querido está en el que recibe y no lo cuidan... Para mí esa parte de Ángel está acá (se toca) yo todas la mañanas lo saludo porque es un ángel. Con 20 años estaba empezando la vida. Su riñón era mío, lo tenía dios destinado para mí. Por algo estamos en este mundo, por algo estás vos ayudando, nos entendés, nos escuchás, por algo dios te puso en el camino, es Gabriel, no Marta o María. La gente, cada cual tiene su misión...” Y cuál es la tuya? -le pregunto-, “Bueno, cuidarme, cuidar a todos los que me rodean y vivir. No cometer los errores que cometí. No pienso lo mismo que antes”. Ángel es una creación. Simplemente surgió. Actor multifacético, representará distintos papeles en las escenas del narcisismo herido de la paciente. Es un doble (Freud, 1919). A partir de acá será el espacio virtual sobre el que se desplegará la intervención psicoterapéutica. En el párrafo anterior, Ángel es en primer término el donante. En la parte está el todo. El “finadito”, vuelve como ángel. Cada cual tiene una misión. La de él era devolverle la salud,

¹⁸ Hemos definido al fenómeno huésped, como un modo de figurabilidad del donante anónimo y su vínculo con el receptor (Dobrovsky, 2010). Su rasgo principal es la presencia del donante en el órgano. El fenómeno incluye interacción (diálogos, suposición de voluntad, sentimientos, acciones). Extremando el razonamiento, toda presencia es un huésped, pero no todo huésped es un objeto transicional. Como parte del proceso de incorporación subjetiva, el primero puede ir adquiriendo los rasgos de lo segundo, inclinando la balanza hacia el narcisismo. Entiendo la diferencia entre uno y otro concepto como una cuestión de grados (que imprimen cualidad) entre lo ajeno/diferente/siniestro y lo propio/semejante/familiar (no-yo/yo).

la mía ayudarla, la suya cuidarse, cuidarlo y cuidar a los que la rodean. Piensa (con lógica oral primaria) que todo estaba predestinado.

El nombre es un hallazgo polisémico. Esta metáfora incluirá al donante en la trama representacional-histórica de la paciente. La incorporación sin embargo será parcial, dejará un resto inelaborable, signo de la tolerancia al conflicto por la muerte (útil) de un semejante (alguien que no es ella, que no fue ella ni de ella ni salió de ella, que no será ella, que no es como ella quisiera ser). Se le ocurrió “en el primer momento, “este es Ángel”, un ángel que me cuida. Era un vago, le gustaban las motos... en algo coincidíamos, a mí también me gustan las motos, pero me caí una vez y me dio miedo. Locura tenía con las motos grandes!, me caí, nunca más. Y a él le gustaban las motos... tuvo un accidente. Era un tipo muy sano, me pasó la salud a mí... soy diabética, me hago control de glucemia, de presión, ahora puedo comer... Ángel le pasó la salud. La ganancia orgánica es exitosa. También comparten el gusto por las motos, pero él no las dejó. La muerte accidental desimplica de responsabilidad. Fue el azar, no su deseo. Muerto, el donante es ahora su ángel guardián.

Ella le habla. Ángel mientras tanto, va adquiriendo las características de un objeto transicional. Empieza a ser lo que fue suyo, lo que salió de ella y no pudo vivir. Ángel no la va a volver a dejar. “Le digo “buen día”, toco, palpo, digo “gracias a Ángel estoy acá”, por él me levanto todas las mañanas. Es como si fuera un bebé que tengo en la panza, este bebé se va a quedar de por vida (sonríe con dulzura), no va a nacer. Gracias a él no hago diálisis... estuve 8 años, 5 días y 4 horas y media”... “No lo jodo mucho, le doy gracias a él, a dios ante todo, que me dio la vida”. Ángel, además de ser el doble del donante, es el doble de un objeto narcisista perdido (Freud, 1914). Su ángel. El objeto anhelado no pudo ser encontrado en la vida real. El juicio de existencia (Freud, 1911) sentenció su ausencia inconcebible y definitiva. El conflicto entre el anhelo entrañable y la realidad brutal se resuelve a través del órgano que contiene al alma inmortal que sobrevive a la muerte. Es un bebé, un ángel que se va a quedar siempre en su vientre. El duelo no va a sangrar más. Su bebé no va a volver a morir¹⁹. Gracias a Ángel, el donante que estaba empezando la vida, no habrá más diálisis ni penas (insoportables) ni olvidos (forzados). Le agradece la ayuda a él, pero más a dios, que le dio (devolvió) la vida y cuyos designios son inescrutables. Él lo

¹⁹ En la tradición cristiana, un niño muerto es considerado un ángel.

envió. Puede que Ángel tenga algo también de un Cristo que resucita (bendito el fruto de tu vientre, María) para redimirla de sus pecados.

Ángel le responde en acto. Me explica: “la respuesta es que me cambió, empezó a funcionar bien todas las cosas mías. Yo me he querido matar...” El diálogo con Ángel no la impresiona, tiene un carácter lúdico, puede diferenciar claramente delirio de creatividad imaginativa inconciente como dique al terror. “A mí para nada me impresiona, eso de que no es mío, no me da a pensar que un órgano te puede hablar, viste que te cuentan todos que les habla...yo tengo un tío esquizofrénico y a él le hablan los brazos. Ángel está en ella, no es suyo. Tampoco es el órgano, los órganos no hablan.

Adela, antes que conmigo compartió sus pensamientos con su compañera de internación²⁰ y parece que no es la única que tiene que lidiar con las angustias por la muerte del donante, “yo le digo “el tuyo es jodón, perezoso. Este no se quiere bañar”²¹... (se ríe suave), mi hermana de riñón también pensaba que por qué se tenía que ir otra persona para que ella viva...” Su compañera estaba preocupada y la hizo depositaria de su angustia (inevitable si es que a uno le tocó el rol de receptor en la escena de trasplante), “todo ese miedo me lo pasó a mí y ¿sabés lo que me pasó? me lo pasó a mí y ahora compartimos”. Dicho esto, explicita el trasfondo del miedo (que le pasó su hermana de riñón y que socializó el mismo miedo que ella tenía en secreto) que la paralizaba con la familia, “yo estaba aterrada, que no me van a querer porque él se murió y yo vivo”. Ángel es ahora un hermano que las hermana. Comparten el mismo ADN y son partes del mismo complejo. Según Freud, la curiosidad tiene ahí su origen (Freud, 1905). Y es la curiosidad lo que llevó a Adela a pensar, además de en dios padre, en los padres del donante. El hijo, ahora hermano, murió víctima de sus deseos ominosos reprimidos en el azar del accidente de moto mencionado más arriba. Ante el juicio de una familia que no la quiere y la culpa, debemos decir en defensa de nuestra paciente, que el hijo de ellos (Ángel, el donante, el que todavía no era su hermano) no dijo como ella que “nunca más” a la locura de las motos grandes...

La entrevista termina con el mismo tema que empieza, la idea de escribirle a la familia que le donó (porque lo decidieron, lo sintieron. Decisión, sentimiento y don que ella va a cuidar). Sabe que no va a mandar la carta, que “no se puede, pero cuando esté en casa voy

²⁰ Mismo donante, mismo día, mismo centro de trasplante.

²¹ Recordemos que uno de los síntomas explicitados a la hora de la derivación era que la paciente no quería bañarse. Ahora nos damos cuenta que con la paciente en pánico, el resguardo de los olores y los restos de fluidos del cuerpo tienen relación con el doble creado como defensa ante los conflictos irresolubles que ponían al yo en peligro de disolución.

a escribir”. Como cuando cursaba el embarazo de la hija. Escribió “todo, hasta el día que me embaracé sabía... escribí un cuaderno entero, cuando empezó a moverse, la ecografía, cuando se movía, cuando me dijo mamá...mi hija me da aliento, si usted viera...” Ángel, sobre el final de la entrevista, ahora que Adela hace todo bien, es nuevamente el enviado de dios, el hijo perdido que no volverá a dejarla. Es también el sentimiento de llevar vida en su vientre²².

Tercera entrevista

Seis días después comenta que le dijo al médico que le hizo bien hablar conmigo. Está “tranquila. Demasiado. Relajada, no me duele el cuerpo. Siempre con la idea de escribirles... Presentarme, agradecerles, que lo estoy cuidando a Ángel. Las chicas de la iglesia me mandaron un anillo con un angelito” (se lo saca y me lo muestra). -Sin saber que...(le pregunto)- “sin saber...” (el tono es de secreto, la sonrisa y el gesto de esos que sólo comparten los iniciados...). Es mi turno de volver a preguntar: -y Ángel?- “Yo le hablo y el riñón cada vez está mejor. A veces me olvido, me acuerdo que tengo un ángel acá (se toca), pero a veces me olvido de saludarlo. Igual todo va bien, orino normal....lo saludo a la mañana y a la noche “buen día Ángel, buenas noches Ángel”... no lo cuento acá porque van a decir “está loca”. No piensa eso, “pero otro lo puede decir”²³. Ya no está angustiada y entonces los conflictos pierden su carácter perentorio. Ángel parece ser sólo el nombre del riñón. La subjetivación del órgano pierde fuerza a la par que de la convivencia con el donante se pasa a la apropiación narcisista a través de la fantasía del bebé. El punto clave es el pasaje desde la fijación al dolor al cumplimiento del deseo, “no va a nacer nunca, siempre va estar ahí...” Es una sensación “linda”, el doctor le dijo que lo puede tocar y ella lo hizo. “Se palpa!”

²² Para Freud (1919) *heimlich* y *unheimlich* son fundamentalmente sentimientos.

²³ Tan loca como la situación, que altera y “enloquece” el imaginario social (Castoriadis, 1993) en este sector sensible del pensamiento instituido (noción de muerte, utilidad de los cadáveres humanos, su propiedad, circulación social de órganos, expectativas sobre la medicina, etc.). Pero, si la situación es “loca”, anómala, novedosa, quizás el proceso de subjetivación de quien la habita, sea el resultado del trabajo pasible de ser hecho en base a la arquitectura simbólica disponible (discurso médico+escena antropológica+lenguaje común+leyes de regulación del psiquismo) y desde el lugar y rol que le toca desempeñar (Dobrovsky, 2005a). Lo que se intenta señalar es la idea con-texto para definir normalidad y patología (Dobrovsky, 2007).

Entre el órgano y el enviado de dios se asoma a continuación, Ángel el novio. La próxima frase, nos indica el resto indigerible del donante a la vez que se consolida el movimiento de apropiación del órgano²⁴, proceso que fuimos siguiendo con la familiarización del huésped en sus diversas presentaciones. En el relato con el que continúa conviven el código del amor y la reciprocidad: “pero es mío, no quiero decir que es un cadavérico, de un muerto...es un ángel que me mandó dios. Es mío. El me hace sentir que es mío, “soy tuyo” me hace sentir ahora, ya no tengo miedo que no me quiere”. “Mío” y “soy tuyo” rememoran la fantasía de la noche de bodas, cuando preparaba el bolso para venir a trasplantarse. Ángel el novio, un marido para toda la vida.

La elaboración de la angustia en relación a la familia también aporta a la tranquilidad en la medida en que decidieron que el hijo de ellos viva en ella. Insiste: “si no lo hubieran sentido no lo hubieran donado, no es obligación. Pero si sintieron la necesidad de donar, pienso que deben pensar que en algún lado está, se fue pero en algún lado está y está bien. Yo pienso que les debe transmitir a sus padres que está bien. Vos escuchás que el trasplante cadavérico no es para toda la vida, pero yo siento que sí, me voy con él. Uno tiene que tener fe, si no... Dios quiere lo mejor para nosotros porque somos sus hijos”. Pero a la fe hay que ayudarla. La paciente me cuenta que le han informado que los estudios salieron bien, “ellos están haciendo un esfuerzo enorme, pero yo ayudo, si no Ángel no puede seguir adelante, él está haciendo lo suyo. Tenía terror, ahora no (cuenta su miedo a contagiarse, el uso obsesivo del barbijo, el miedo porque la saludé con un beso la vez que la conocí), no me va a pasar nada, estoy protegida”. Las explicaciones médicas sobre los resultados de laboratorio, sumado al bienestar subjetivo le hacen pensar en el regreso a su hogar, en el interior. Lejos de acá. Despliega un poco sus creencias sobre lo bueno de llamar al bien y lo malo de llamar al mal. Habla de casualidades sorprendentes y anécdotas increíbles sobre eso y también de cuestiones trascendentes que lo explican todo, como dios y la predestinación, y de otras más mundanas (y paranoides) como la discriminación que puede sufrir en el barrio por el uso del barbijo. La preocupa su aspecto van a decir “esta que tiene?, el chusma que nunca te hablaba ahora me va a preguntar”. No sé si hago bien o mal, pero decido que mejor es poner un punto sobre este punto y llamar al bien. Le pregunto si

²⁴ Aludimos con indigerible y apropiación a la intervención de las corrientes libidinales oral secundaria y anal primaria en el proceso de incorporación subjetiva del órgano como algo ajeno y con un núcleo de alteridad irreductible y por tanto, problemático.

tiene planes para después del alta. Contesta que va a escribir, esta vez tiene la seguridad de que si lo van a leer, quiere que estén tranquilos de que el hijo de ellos está bien, “como llegó Ángel va a llegar la carta a ellos”. Todo llega.

Cuando parece que la entrevista está terminando, la conversación da un giro inesperado asociado al tema del hijo, pero desde otra perspectiva: “Antes me desesperaba por tener un hijo y después dije “si quiere que venga”. Me dicen que me cuide de embarazarme... pensé en adoptar “. El marido está de acuerdo. Me aclara que hace un año que están juntos y que no han tenido relaciones. Les “encanta” estar juntos “aunque no tengamos intimidad... ya va a llegar, todo a su tiempo y si no llega no importa. Llegó una etapa para mí que ya está. Que no necesito tener relaciones. Si no, seremos dos viejitos enamorados de lo que nos pasa...”. Adoptar se relaciona con no traerle problemas a Ángel, el riñón. Lo del sexo con en el embarazo. Lo piensa por lo mismo: “Si lo tocan, que pasa? El doctor me dijo que en un mes se podía, pero no me atrevo, él tampoco, dice “si esperamos tanto un año más...” yo no siento apuro y él tampoco.” Pero adoptar (“él me adoptó a mí y me eligió, a su manera...esto estaba así...”) también se relaciona (aventuro) con que parece que se siente como Doña Flor²⁵ “...que él era para mí o yo para él”. Sigue, “se sabía la hora, lo que iba a pasar..”. Y como para reafirmar la creencia en el destino una vez más, agrega, “Dios sabía incluso que me iba a atender con vos y vos acordate que esto va a ser así, dios dijo “vos vas a tener esta paciente” porque mirá que tuviste que entenderme!...”

Vuelve a lo de la adopción, otro aporte a la significación del huésped. Es una idea nueva que soluciona varios problemas, “porque lo puedo perjudicar y ¿porqué no adoptar? Cuida lo que tenés, lo que dios te dio, si hay muchas criaturitas que necesitan como vos necesitaste de Ángel...No importa el aspecto, si es rubio de ojos celestes o negro, dios tiene un hijo para mi, es más, es un varón. Estoy segura. Ya veo que me sale una chancleta machaza... (se ríe) pero sé que hay un varoncito que espera unos papás”. La paciente dice que el marido dijo sobre las relaciones sexuales: “que no te pase nada a vos o a Angelito”. Me cuenta que se enojó cuando escuchó el diminutivo, “ le dije no!, Ángel. El novio de mi hermana es Angelito, el mío es Ángel, es UN ángel, no El Ángel. El Ángel es una persona, el mío es Ángel, no cualquiera. El es terrestre, el mío es un ángel”. La alusión permite

²⁵ El personaje de Jorge Amado (1966)

diferenciar claramente personas de objetos psíquicos. También distinguir seres terrenales de seres angelicales.

Adoptar tiene que ver con devolver²⁶. El niño adoptado será un doble del donante y del bebé, “es más se va a llamar Ángel. Ángel me cuida a mi y yo a Ángel...”.

Ahora sí parece que la entrevista llega a su fin. Sin embargo la tranquilidad se vuelve a alterar sin causa aparente. Por alguna razón la curiosidad retorna y con ella nuevamente el juicio de la familia. La expresión es catártica, activa la angustia (ahora) señal y toma la decisión de no avanzar con el deseo de saber. “A mí me encantaría saber el nombre! Yo sigo encarnizada con la familia y con saber algo de él, lo que sé es que tenía 20 años y que era sano y eso me ayuda, sano. Tampoco los voy a venir a joder...” Y luego de decidir sigue: “él me eligió...no sé si tanto él como dios. Antes yo le decía a dios “¿qué te hice? Me equivoqué pero vos me tenés de acá para allá”, la enfermedad, la diálisis, se me deformó la espalda, la diabetes, estaba cada vez más chiquita, más flaquita...y de un día para otro me cambió para bien, con el trasplante! Estoy mejor de la piel, se me caía el pelo....si tengo que tomar 20 pastillas no importa! Estoy tomando lo mínimo de clonazepam, antes quería dormir, ahora *tenés* que levantarte sí o sí, dios me organizó así. Hago las cosas bien, somos dos! Él cuida de mí y yo de él. Dios pone el 50% y el otro 50% yo, cuidándome”. El párrafo ubica ahora al donante de manera ambivalente como sujeto y como ayudante. Finalmente, en el párrafo se decide por esta última opción y deja como sujeto a dios. De su presencia normativa depende la resignificación de su historia subjetiva y la paz en los diversos frentes de angustia para el yo. Finalmente, la consulta se apaga. Con gloria y sin pena. Lo que sigue es una charla banal sobre el próximo regreso a casa, los viajes a control, los pasajes que consiguió y las precauciones que hay que tomar ante cada situación.

Cinco años después...

En un control de rutina, tenemos la oportunidad de evaluar los efectos de la intervención realizada. Le pregunto y contesta que ahora anda bien, pero que hubo una época en que se descuidó. Como si no mediasen cinco años, la conversación retoma el clima de antaño y me

²⁶ La escena donación/trasplante está referida a la circulación de dones en la cultura, pero a diferencia de otras estudiadas (Mauss, 1925; Levy-Strauss, 1950), las prescripciones normativas definen la falta de reciprocidad entre los sujetos del intercambio. Al igual que la posición de deudor, a la que se le corresponde la obligación en el sistema de actitudes elementales (Levy Strauss, 1958), la reciprocidad debe ser efectivizada psicológicamente.

cuenta que hubo un período en que de forma pasajera reincidió en el consumo de sustancias. “Fumé y tomé. Sentí tanta culpa...yo le había dicho que lo iba a cuidar y nos íbamos a ir juntos...”, fueron “las malas juntas, estar con esa gente”. Hasta ese momento, de Ángel solo quedaba el nombre. Igual que ahora. Sin embargo, la percepción de peligro por retomar la mala senda volvió a darle consistencia. Recuerda que tuvo pensamientos parecidos a los que me había comentado años atrás: “tengo un dios para mi sola”, “mi Ángel”, “yo sentía que él me decía: “me estás dejando, no me cuidás””. Estos pensamientos la decidieron a abandonar las malas juntas y volver a cuidarse. La iglesia siguió siendo el marco institucional que la contiene y dios sigue aportando los significados últimos que garantizan una orientación en la vida.

Creemos que fue la sexualidad lo que motivó las conductas que culminaron en la reaparición salvadora de Ángel, porque a renglón seguido y sin mediar preguntas, cuenta un episodio de pánico en una zapatería ante la visión de su imagen en el espejo mientras se probaba unas botas con tacos llamativamente altos. “Me dio miedo de caerme”. Este evento, es posterior a la reincidencia y no es muy lejano a la muerte de un familiar suyo en terapia intensiva al que hubo que dializar durante la internación. Al verse en el espejo se mareó y dice que sintió, “miedo de volver a diálisis”. Ahora cuando nos lo cuenta, relaciona desde la temporalidad un elemento con otro (“hacia poco que...”). Lo que no quedó asociado en la conciencia es la relación entre la visión en el espejo (el despertar del deseo sexual) y el desenfreno que acompañó la etapa del infierno. El consumo pasajero con las malas juntas está separado en el tiempo (aunque no en el inconsciente) de la muerte de su familiar y el breve “ataque de pánico”. Caída, drogas, sexo y diálisis forman parte del mismo complejo representacional.

Amplíemos. En estos años, la inquietud por la sexualidad en la pareja ha sido importante y motivó una serie de decisiones y actos que cuenta desordenadamente. Sigue con el mismo marido de entonces. Luego de un tiempo, inician una sexualidad sin penetración. Sin embargo, me confiesa (con poco cuidado por el pudor) que a ella no le alcanzaba. Llama la atención el tono, la expresión facial y las palabras, levemente disonantes con el resto de lo hasta aquí expresado. Resulta que él “no puede” con ella aunque sí con otras. Ella se ocupó de comprobarlo trayéndole una compañera ocasional. Me confiesa (bajando la voz) que retomó el sexo con otro hombre. Hay un pacto de silencio sobre lo que se hace fuera del

matrimonio. “Nos llevamos bien así, gracias a dios. Todo gracias a dios”. Como él cocina, limpia y plancha, ella cree que quizás él sea “gay”. Para refrendar la sospecha, habla de ambigüedad sexual en la hija del marido. Pese a lo explicitado, es su mejor amigo, “lo amo, dormimos juntos, nos damos piquitos”. Por lo demás, “no nos mentimos”. La sexualidad y la ternura están dissociadas. El pacto, pareciera facilitar la convivencia de las dos corrientes sin el peligro de “caer”.

En la misma línea argumental, en estos años hay otros episodios en los que Ángel se hace presente. Nosotros creemos saber su ubicación asociativa aunque no cómo ubicarlos temporalmente. Ella no sabe “si no la vino a visitar” varias veces. Cuenta un episodio llamativo: “yo estaba durmiendo y me desperté. Tenía los ojos abiertos. Sentí que alguien se sentó en mi cama. Mi novio se había ido a trabajar. Sentí que me tapó y dormí en paz”. Las otras ocasiones fueron parecidas, se repite el estar sola en la cama y la presencia en la habitación. El pensamiento místico, el sincretismo, el contagio afectivo y las identificaciones parecieran ser eficaces en la familia que lidera Adela cuando de Ángel se trata. El ordenamiento de los recuerdos hace resaltar lo sobrenatural y la credibilidad de lo increíble. El episodio soslaya el aspecto amenazante del que venimos hablando (el sexo). El marido al otro día se acostó a dormir la siesta y después le contó que le pasó lo mismo, “alguien se sentó en la cama”. Finalmente no faltó la ocasión en que la hija, que vive con su abuela, se fue a dormir y sintió que “alguien se le acostaba atrás”. En esa ocasión, la hija comienza a rezar y escucha la voz de la mamá que decía “dejáte de romper las p.....”. La paciente está segura de que “ese no era Ángel, porque él es bueno”.

Epílogo

En esta exposición se ha priorizado una visión clínica. Es desde esa perspectiva que fuimos relatando los avatares de la intervención psicoterapéutica, su secuencia y los cambios en el discurso de la paciente tal como se nos fue presentando. En la evaluación del caso hemos priorizado el concepto de foco (Fiorini, 1987) más que la brevedad, signada por la inquietud del resultado médico, retornar al hogar y dejar atrás el trasplante.

El caso fue elegido por su carácter ejemplar, hace mención a la mayoría de los significados prototípicos en la percepción y vivencia del donante anónimo y el órgano cadavérico a los

que la paciente resignifica con la impronta de su historia subjetiva²⁷. Para May (1986), autor con el que acordamos, el mayor desafío psicológico de todo receptor es afrontar la muerte real del donante real²⁸. La pregunta “por qué tuvo que morir para que yo viva?” es universal y señala el cariz de los sentimientos que se generan al tomar contacto con la realidad textual de la escena donación/trasplante. El afrontamiento de este conflicto, con el que lidian los receptores, implica un esfuerzo psicológico pionero, por el carácter instituyente que aún hoy tiene la escena.

Desde un punto de vista lógico, la resolución de la problemática acusatoria proyectada en la familia del donante es previa y en este caso, permite luego la inclusión del órgano en el entramado de significaciones subjetivas históricas. Desde esta perspectiva, creemos que nuestra intervención fue de ayuda para la paciente y tuvo buenos resultados. Es cierto también, que hemos corrido con ventaja. Lógica y cronología no necesariamente se respetan y al momento de asistirle, la paciente ya había resignificado el enfermar y sus avatares angustiosos a través del encuentro con dios. Esta operación de traducción (predestinación, sufrimiento necesario, castigo como llamada, etc.) facilitó la salida del clima tóxico y opuso una resistencia exitosa al desfallecimiento vital. Podemos correlacionar infierno y tendencia a la descarga y dios con principio de constancia (Freud, 1920), con autoconservación. Dios es además, un recurso que permite afrontar los desafíos estructurales al guión de la escena de trasplante. Desde una apreciación clínica es observable que a partir de resolver este punto, el repertorio de los lenguajes de pulsión se amplía y se combina con defensas más benignas²⁹.

Al momento de la consulta, la paciente no logra destrabar los conflictos que están proyectados acusatoriamente en la familia del donante. Está en pánico, aterrorizada según

²⁷ Diversos autores (Bunzel et. al., 1992; Duek R, 2009; Frierson y Lippmann, 1987; Levy N, 1994; Junco, 2001; Perez San Gregorio et.al., 2006; Muslin H., 1972; Rodin y Abbey, 1992; Witzke O et.al., 1997) encuentran fantasías recurrentes. Muchas de ellas mencionadas o aludidas por Adela y que van desde el registro en el órgano de lo ajeno-hostil a lo amigable (presencia del donante persona o fantasma) a lo familiar-afectivizado culturalmente en vínculos de parentesco (bebé, amigo, camarada, cónyuge, padre/madre/hermano). Por último, es común pensar el órgano como “regalo de la vida” (Buldukoglu et.al., 2005) o de dios (Dobrovsky 2010b). La idea de que el donante va a vivir en el receptor y sus diversas variantes es mencionada por autores que han investigado del lado de la donación (Almasia y Fontana, 1993; Maldavsky 1998; Dobrovsky, 2005) lo cual nos indica que el texto de la escena es reversible. Lo expuesto, el repertorio limitado y frecuente de estas fantasías, pone de manifiesto la relevancia de pensar el aspecto situacional de la subjetividad en trasplante.

²⁸ En el caso del autor y de Bunzel et. al (1992) que continúa la investigación en la misma línea, los receptores son de corazón. Sin embargo, en la ponderación de este conflicto no encontramos diferencias en el caso de los receptores renales

²⁹ En el recientemente publicado trabajo de D. Maldavsky, B Magraner et. al., (2013) se resalta el punto de la pobreza o la diversidad en la combinatoria pulsional así como el carácter y estado de las defensas en correlación con el deseo de sanar o la tendencia a dejarse morir. Nuestro caso, aunque de él sólo hacemos inferencias clínicas, nos parece que refrenda las conclusiones de los autores.

su propio decir. Logramos lo que no puede sola y entonces nos encontramos con Ángel. Aparece en la segunda entrevista, pero en la mente de la paciente esta “desde primer momento”. Sospechamos que surgió en el relato del mismo modo como lo hizo espontáneamente al despertar de la anestesia³⁰. El nombre es un nudo polisémico cuyo rasgo de base está dado por el sostén del pensamiento místico-religioso, que como dijimos, la organiza. La nominación le resta valor siniestro a la presencia del órgano como representante del donante y facilita diversas líneas de fuga significantes referidas al deseo de ser trasplantada y a las consecuencias de la consumación. El huésped de Adela es al principio (lógicamente hablando) hostil, resalta lo no propio, la diferencia. En un segundo momento, el doble del donante (el finadito) va adquiriendo la forma de un objeto transicional. Los nuevos ropajes con que es investido, inclinarán la balanza hacia lo propio, lo idéntico, lo familiar. Si bien no pierde su marca de origen, su transformación lo torna un escenario dúctil para la elaboración del trasplante. Ángel es un agente de Eros al servicio de la subjetivación. En la medida en que lo envía dios, es el mejor aliado de su deseo de sanar (Freud, 1933). En este recorrido, encontramos significaciones propias de la singularidad de la paciente apuntaladas en otras que remiten al nudo cultural³¹.

Un dato llamativo es el carácter imperecedero de Ángel. Hay autores que han señalado un curso evolutivo de las fantasías sobre el donante (Muslin, 1972, Rodin y Abbey, 1992). Para ellos van perdiendo presencia con la estabilización biológica del órgano trasplantado. En la tercera entrevista, ya con la elaboración de la culpa para con la familia donante y la evaluación positiva de los resultados de laboratorio, hemos podido observar parcialmente este hecho. En la misma línea que los autores mencionados hemos observado (Dobrovsky 2005a, 2008, 2010a) que el temor al rechazo inmunológico, suele acompañar en algunos pacientes, este tipo de ideación. Sin embargo, disentimos en la linealidad evolutiva. Nos parece que depende de la persistencia del temor al fracaso del trasplante y a especificidades de la personalidad del receptor. En otros casos estudiados (Dobrovsky, 2007, 2010a, 2010b)

³⁰ Cabe aclarar que cuando lo nombra y pese a su sonrisa y su suave tono de voz tuvo en mí un impacto emocional lindante con lo siniestro.

³¹ Especialmente nos interesa nuevamente destacar el aspecto situacional, en este caso referido a las actitudes elementales y su correspondencia con el sentir asociado a ellas (Levy Strauss, 1958). Dos autores encuentran similitudes en este nivel. Buldukoglu, (2005) resalta en su investigación, la idea del regalo (“de la vida”, del donante) que nosotros remitimos a la circulación social del órgano como don. El don obliga a devolver (Mauss, 1925) y ya dijimos que no es posible personalmente. En términos de los vínculos elementales propuestos por Levy Strauss, los hallazgos del autor mencionado y también los de Orr (2007), representan los modos básicos de relación para un acto social de devolver impedido por el anonimato. Los autores destacan lo habitual de los sentimientos referidos a cuidar lo que se recibió, sentir gratitud, tener un contrato, sentir responsabilidad, elementos que también encontramos en el caso.

hemos visto la perdurabilidad del huésped por años, fenómeno también documentado por Goetzman (2004)³². Ángel, según nos enteramos cinco años después, siguió existiendo en el límite tópico del preconciente. Vuelve a hacerse presente ante el peligro de caer de las alturas vertiginosas de los tacos que arruinan la belleza de la imagen femenina en el espejo. Es un recordatorio de la amenaza que constituye pasar el límite hacia lo grotesco, lo perverso, lo sin límite. En ese orden. Pero se ha establecido el mecanismo de dique ante la angustia, que ahora es señal y entonces sólo momentánea. El episodio se asocia por cercanía temporal (causalidad) al familiar dializado en terapia intensiva y luego fallecido y por simultaneidad y analogía a la diálisis, las malas juntas y el infierno. Recordemos que se trataba de un infierno tóxico³³ que operaba como freno fallido ante la claudicación del deseo vital.

En la pelea por la vida, porque de eso se trata un trasplante, la paciente ya no está sola y desvalida. Silencioso, en algún lugar en las profundidades del cuerpo y de la subjetividad está cuidándola Ángel, su ángel guardián.

Bibliografía

- Aisenson Kogan, A. (1986) *Propuestas en psicoterapia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Almasia A., y Fontana R. (1993) “Acerca de la donación de órganos en niños”. *VII Congreso Metropolitano de Psicología*. Buenos Aires.
- Amado, J. (1966) *Doña flor y sus dos maridos*. Buenos Aires, Alianza Editorial.
- Baremblit, G. (1988) *Saber, poder, quehacer y deseo*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Buldukoglu, K. et.al. (2005) “Recipients perceptions of their transplanted kidneys”. *Transplantation* 80: 471-476.

³² Este autor hace un breve reporte de caso de la relación de un trasplantado pulmonar y su donante. El caso tiene similitudes con el que exponemos aquí. Respecto a la perdurabilidad, la presencia es estable en Mr.B, en cambio en Adela el queda al acecho y se hace presente ante situaciones de peligro (reincidencia en las drogas, zapatería, sueños). En los dos casos se observa el pasaje o la pendularidad entre huésped y objeto transicional. Nos parece que nuestra paciente tiene una resolución más lograda de la incorporación. En el caso de Mr.B es más claro el concepto de convivencia. Quizás se deba a las singularidades de uno y otro paciente. Goetzman, con cierta precisión ha podido ubicar en la relación de camaradería y cuidados mutuos del paciente con su donante fantasmal, la réplica del registro inconciente que tenía del vínculo entre sus padres y su posición ante ellos. En su caso, el material es parte de una entrevista programada en el marco de una investigación. En el nuestro, tenemos un déficit en este punto. El corte es transversal y en la psicoterapia, las asociaciones de la paciente no nos llevaron tan lejos. De todos modos, entrevemos la reminiscencia última del asistente originario (Freud, 1895).

³³ En la organización psíquica de ese período sobresalen la desestimación del sentir y la desmentida de la realidad y de los juicios del superyó, en una combinación pulsional reducida prácticamente a la libido intrasomática, el lenguaje oral secundario y el anal primario (proyectado y vuelto contra sí).

Bunzel, B.; Wollenek, G.; Grundbock, A. (1992) "Living with a donor heart: feelings and attitudes of patients toward the donor and de donor organ". *Journal of Heart Lung Transplantation*, vol 11: 1151-5

Castoriadis, C. (1993) *La institución imaginaria de la sociedad*. Vol. 2. Buenos Aires, Tusquets.

Dobrovsky, G. (1999) "Exploración psicológica de pacientes en lista de espera para trasplante renal. Diagnóstico situacional y expectativas", <http://www.cuaciba.gov.org.ar/htm.profesional>

Dobrovsky, G. (2005^a) *Donación de órganos y subjetividad*. La Plata, Editorial de la Campana.

Dobrovsky, G. (2005^b) "Asistir ante la pregunta por la donación de órganos". <http://www.colegiodepsicologos.org.ar>

Dobrovsky, G. (2007) "El proceso subjetivo incorporación/rechazo del órgano en trasplante renal", III Jornadas de Investigación en Psicología y V de Actualización del Algoritmo David Liberman, Instituto de Altos Estudios en Psicología y Ciencias Sociales. 10/11/2007, Buenos Aires, UCES. <http://www.uces.edu.ar>

Dobrovsky, G. (2008) "Lo familiar y lo ajeno. Narcisismo y alteridad en trasplante renal". VII Jornada y Taller El desvalimiento en la Clínica. Buenos Aires, UCES.

Dobrovsky, G. (2010^a) "El fenómeno huésped. Vinculo y subjetividad en trasplante de órganos". <http://www.itinerario.psico.edu.uy>, año 5, n°13

Dobrovsky, G. (2010^b) "Escenas, lenguajes y defensas en la relación intrapsíquica de dos trasplantados renales con sus donantes cadavéricos". VI Jornadas de Investigación en Psicología y VIII de Actualización del Algoritmo David Liberman". Buenos Aires, UCES. <http://www.uces.edu.ar>

Duek, R. (2009) "La vida emocional en trasplante de órganos", en Ferrari H. (2009), *Aportes del psicoanálisis a la medicina*. Buenos Aires, Corpus.

Fiorini, H. (1987) *Teoría y técnica en psicoterapias*. Buenos Aires, Nueva Visión.

Freud, S. (1895) "Proyecto de psicología para neurólogos". En *Los orígenes del psicoanálisis* (1950), O.C., T. I, AE.

Freud, S. (1905) *Tres ensayos de teoría sexual*, en O.C., T. VII, AE.

- Freud, S. (1911) “Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico”, en O.C., T. XII, AE.
- Freud, S. (1914a) *Introducción del narcisismo*, O.C., T. XIV, AE.
- Freud, S. (1915) *Pulsiones y destinos de pulsión*, O.C., T. XIV, AE.
- Freud, S. (1917) “Duelo y melancolía”, O.C., T. XIV, AE.
- Freud, S. (1919) “Lo ominoso”, O.C., T. XVII, AE.
- Freud, S. (1920) *Más allá del principio de placer*, O.C., T. XVIII, AE.
- Freud, S. (1921) *Psicología de las masas y análisis del yo*, O.C., T. XVIII, AE.
- Freud, S. (1925) “La negación”, O.C., T. XIX, AE.
- Freud, S. (1926) *Inhibición, síntoma y angustia*, O.C., T. XX, AE.
- Freud, S. (1932) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, T. XXII, O.C., AE.
- Frierson, R. y Lippman, S. (1987) “Heart trasplant candidates rejected on psychiatric indications”, *Psychosomatics* vol 28: 347-355.
- Goeztman, L. (2004) “Is it me or isn't it? Trasplanted organs and their donors as transitional objects”. *The American Journal of Psychoanalysis* Vol. 64. USA.
- Junco, A.; Rosas, C. y Ferrari M. (2001) “Síntomas psicopatológicos en la donación y el trasplante de órganos”. *Diario Página 12*, Buenos Aires.
- Lavallée, G. (1996) “La muerte en los ojos. Un ciego congénito recupera la vista: el caso S.B.I”, *Revue Française de Psychosomatique* N°10. Psicoanálisis APdeBA vol XXII, N°1-2000
- Levy, N. (1994) “Psychological aspects of renal transplantation”. *Psychosomatics*, vol. 35:427-433.
- Levy Strauss, C. (1950) “Introducción a la obra de Marcel Mauss”, en M. Mauss, (1950) *Sociología y Antropología*, Buenos Aires: Tecnos, 1979.
- Levy Strauss, C. (1958) “El análisis estructural en lingüística y antropología”. En *Antropología estructural*, Buenos Aires: EUDEBA, 1984.
- Lewkowicz, I. (1999) “Subjetividad adictiva. Un tipo social instituido”, en Dobon, J. y Hurtado, G., *Las drogas en el siglo, que viene?*, F.A.C. La Plata.
- Magaz Lago, A. (2003) “Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos”. *Tesis de doctorado*, Universidad Deusto, Bilbao.
- www.mastesis.com

- Maldavsky, D. (1988) *Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Maldavsky, D. (1992) *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Maldavsky, D. (1994) *Pesadillas en vigilia*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Maldavsky, D. (1998) “Trasplante de órgano: problemas anímicos y vinculares”. En *Casos atípicos*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Maldavsky, D. (1999) *Lenguaje, pulsiones, defensas*, Buenos Aires: Nueva Visión.
- Maldavsky, D. (2004) *La investigación psicoanalítica del lenguaje*, Buenos Aires: Lugar.
- Maldavsky, D. (2008) “Yo realidad inicial: conceptos e investigaciones sistemáticas”, *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos* vol.11. Buenos Aires, UCES.
- Maldavsky, D. y Magraner, B. *et. al.* (2013) “La pugna entre sanar y dejarse morir: corrientes psíquicas contrapuestas en un paciente severamente enfermo”. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, año VI, 2013.
<http://www.apra.org.ar/revistadeapra/ultimo.htm>
- Martorelli, A. (1992) “Una experiencia de intervención psicológica en hemodiálisis y trasplante renal”. Universidad de Buenos Aires.
- Mauss, M. (1925) *Ensayo sobre el don*. Buenos Aires: Katz Editores, 2009
- May, F. (1986) “Graft donor denial in hert transplant recipiens”, *American Journal of Psychiatry* 143: 1159-1161. USA
- Muslin, H. (1972) “The emotional response to kidney trasplant: the process of internalization”. *Canadian Psychiatry Association* vol 17: 3-8
- Neira, M. y Villareal, V. (2001) “Abordaje psicoterapéutico en diálisis: grupo de reflexión para pacientes y familiares”. Buenos Aires, *Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante*, N°55:29-31.
- Orr, A. *et al.* (2007) “Living whith a kidney trasplant”. *Journal of Health Psychology*. SAGE Publication, UK.
- Pérez San Gregorio *et. al.* (2005) “Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos”. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 5:99-114.
- Rodin, G. y Abbey, S. (1992) “Psychiatric aspects of organ transplantation”. *Kidney Trasplantation*. Oxford University Press. UK

- Sanavi, S y Afshar, R. (2012) “Depresión en pacientes sometidos a hemodiálisis de mantenimiento convencional: efectos de la enfermedad sobre la adecuación de la diálisis”. *Revista Diálisis y Trasplante*, vol. 33. Elsevier
- Sung Kil Min et. al. (1984) “Psychiatric aspects of hemodialysis and kidney transplantation”. *Yonsei Medical Journal* vol. 25: 122-132. Seoul
- Winnicott, D. (1971) *Realidad y Juego*. Barcelona, Gedisa
- Witzke, O. et.al. (1997) “Kidney transplantation improves quality of life”. *Transplantation Proceedings* Vol. 29: 1569-70. Elsevier