

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO

CARRERA: PSICOLOGIA

Tesis previa a la obtención del Título de: PSICÓLOGA

TEMA:

**“ANALISIS DEL VINCULO ENTRE EL DONANTE Y EL RECEPTOR,
POSTERIOR A UN TRASPLANTE POR CAUSA DE UNA INSUFICIENCIA
RENAL EN PACIENTES DE 25 A 45 AÑOS DE EDAD. ESTUDIO DE CASO
EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN DE LA CIUDAD DE QUITO
EN EL AREA DE NEFROLOGÍA AÑO 2010”**

AUTORA:

Nuvia Maribel Renteria Valencia

DIRECTOR:

Psc. Becquer Adonis Reyes Solis

Quito, Diciembre del 2011

DEDICATORIA

A mis hijas e hijo, las personas que motivaron en su madre estudiar esta carrera universitaria, apoyándome, comprendiéndome y facilitándome la realización de este objetivo, brindándome el sentido para cada día enfrentar las dificultades que en el transcurrir de mi aprendizaje se presentaron. Mi esposo quien a su manera fortaleció cada vez más mi deseo de concluir esta meta, a mis padres, a quienes les expreso mi más profundo deseo de ser siempre su motivo de orgullo y que valoro todo lo que han hecho por mí.

Por último quiero dedicar este esfuerzo a todas y cada una de las mujeres que piensan que su vida empieza y termina en ser madres y esposas, y cierran las puertas al crecimiento personal profesional e intelectual, dejando sentada esta clara demostración que si queremos podemos conseguir todo lo que nos proponemos.

AGRADECIMIENTO

Un Agradecimiento especial desde lo más profundo de mi corazón a Dios por darme la oportunidad de vivir y compartir mis días con las personas que más amo y permitirme lograr un objetivo trascendental en mi paso por la tierra.

A mis hijas e hijo, por haber sacrificado importantes y gratos momentos de mi cercanía física más no afectiva, en bien de mi desarrollo profesional.

A mi espeso motor fundamental en la realización de este sueño importante de mi vida que hoy se hace realidad.

A mis hermanos/a, gracias por quererme y apoyarme en los momentos más difíciles.

A mis padres, que con su forma de ser humilde y sencilla han motivado en mí el deseo de superación constante y trascendencia: sirviendo, amando y siendo feliz con los demás.

A mis amigos y amigas en especial a Mery Córdova por quererme, apoyarme y aceptarme como soy.

A todos y cada uno de mis maestros, que supieron inspirar en mi el deseo de aprender, conocer cada vez más, y no desmayar en la búsqueda de la verdad.

Por último no por ello menos importantes, los Médicos del Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito y los pacientes, que colaboraron desinteresadamente en la realización de esta investigación.

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD

Los conceptos desarrollados, análisis realizados del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad de la autora.

Quito, diciembre de 2011

Nuvia Maribel Renteria Valencia

C.I. 0801478538

ABSTRACT

En la presente investigación se realizará un análisis del vínculo entre el donante y el receptor, posterior a un trasplante por causa de una insuficiencia renal en pacientes de 25 a 45 años de edad, en el Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito en el área de nefrología del año 2010, estableciendo los niveles de dependencias emocionales posteriores al trasplante renal, entre el donante y el receptor. Estudio que se efectuará a partir de la teoría del Vínculo expuesta por J. Bowlby.

Los objetivos son: determinar los tipos de vínculos afectivos que se establecen luego del trasplante renal, establecer los niveles de dependencias emocionales posteriores al trasplante renal, entre donante y receptor, al mismo tiempo se estudiará los tipos de duelo que la pérdida del órgano del donante y el receptor produce en ellos.

El primer Capítulo está dirigido para dar a conocer los principales problemas que los pacientes enfermos renales enfrentan luego de su diagnóstico, hasta lograr acceder a la cirugía renal, las conductas que estos presentan posterior al trasplante renal.

El segundo Capítulo es una presentación del Marco Teórico, trata temas como: El vínculo, los tipos de vínculo que un bebé desarrolla a partir de los referentes establecidos de sus cuidadores primarios, por otra parte se tratan nociones como la culpa, el duelo, y la pérdida (donante /receptor).

El tercer Capítulo es el análisis e interpretación de los resultados, de los 4 casos expuestos, se intenta dar un abordaje teórico, crítico y operativo de la problemática expuesta. Para lo cual se orienta en el análisis de los casos, los cuales serán enfocados desde los planos individuales, en pareja (donante/ receptor), clínico y psicológico.

El cuarto Capítulo corresponde a la elaboración de conclusiones y recomendaciones que sirvan en el futuro para un mejor abordaje de los pacientes del (H.C.A.M.).

Contenido

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
1.1 Antecedentes.....	5
1.2 Problema	10
1.3 Justificación.....	14
1.4 Objetivos.....	18
1.5 Hipótesis.....	19
CAPÍTULO II	20
MARCO TEÓRICO.....	20
2.1 El Vínculo:	20
2.1.1 Teoría del Vínculo.....	27
2.1.2 Tipos de Vínculos:.....	32
2.2 Frente a la Insuficiencia Renal.....	37
2.2.1 Insuficiencia renal.....	39
2.2.2 Tratamientos Sustitutivos.....	422
2.2.3 Trasplantes renales antecedentes.....	44
2.2.4 Donante/ Receptor.....	47
2.3 El duelo y los vínculos.....	5050
2.3.1 La culpa en el receptor.....	53
2.3.2 La pérdida: Donante y receptor.....	57
2.3.3 El duelo: Donante y receptor.....	59
CAPÍTULO III	66
RESULTADOS	66
3.1 Ilustración de los factores, orientación y elementos teóricos considerados en la investigación.....	66
3.2 Configuración del Vínculo de los pacientes.....	67
3.3 Correlación de los pacientes, de acuerdo a sus experiencias de la primera infancia que le generaron su forma de vinculación.....	82

3.4 Análisis e interpretación de resultados:	855
CAPÍTULO VI	
.....	1266
4.1 CONCLUSIONES.....	12626
4.2 RECOMENDACIONES.....	12828
BIBLIOGRAFIA WEB.	
.....	1311
ANEXOS	
.....	1322
Caso 1 Receptor.....	1322
Caso 1 Donante.....	1422
Caso 2 Receptor.....	1511
Caso 2 Donante.....	1622
Caso 3 Receptor.....	17070
Caso 3 Donante.....	1822
Caso 4 Receptor.....	1911
Caso 4 Donante.....	2022

INTRODUCCIÓN

Esta investigación pretende estudiar la configuración del vínculo entre el donante y el receptor, posterior a un trasplante por causa de una insuficiencia renal en pacientes de 25 a 45 años de edad, en el Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito en el área de nefrología del año 2010, estableciendo los niveles de dependencias emocionales posteriores al trasplante renal, entre el donante y el receptor. Estudio que se efectuará a partir de la teoría del Vínculo expuesta por J. Bowlby

Se propone como objetivos determinar los tipos de vínculos afectivos que se establecen luego del trasplante renal, establecer los niveles de dependencias emocionales posteriores al trasplante renal, entre donante y receptor y analizar los afectos que se producen por el duelo y la pérdida del órgano del donante y el receptor.

El primer Capítulo está dirigido para dar a conocer los principales problemas que los pacientes enfermos renales enfrentan luego de su diagnóstico, hasta lograr acceder a la cirugía renal, las conductas que estos presentan posterior al trasplante renal, al mismo tiempo muestra una adecuada justificación concerniente al tema de investigación, el cual permitirá visualizar lo apremiante y relevante de esta exploración para un mejor manejo de los pacientes trasplantados.

El segundo Capítulo es una presentación del Marco Teórico necesario para la realización de esta investigación, trata temas como: El vínculo, los tipos de vínculo que un bebé desarrolla a partir de los referentes establecidos de sus cuidadores primarios, teoría desarrollada por J. Bowlby, conceptos importantes, necesarios para la comprensión de la tesis, términos como: Insuficiencia renal, tratamientos sustitutivos y trasplante renal, (donante/receptor) también se desarrollan en la

presentación del trabajo, expresiones necesarias de conocer, explicar para lograr desarrollar la presente exposición, al mismo tiempo intentar conseguir la recuperación de la salud del paciente, por otra parte se tratan nociones como la de la culpa, el duelo, y la pérdida donante receptor indispensables para el entendimiento de la tesis.

El tercer Capítulo se refiere al análisis e interpretación de los resultados, de los 4 casos expuestos, se intenta dar un abordaje teórico, crítico y operativo de la problemática expuesta. Para lo cual se orienta en el análisis de los casos particulares los cuales serán enfocados desde los planos individuales, en pareja (donante/receptor), clínico y psicológico, lo que servirá como un apoyo referencial para llegar al establecimiento de la búsqueda planteada.

El cuarto Capítulo corresponde a la elaboración de conclusiones y recomendaciones que sirvan en el futuro para un mejor abordaje de los pacientes del Hospital Carlos Andrade Marín.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes

Según datos observados sobre trasplantes renales se puede establecer que:

“En Ecuador existen, al menos, 3.500 personas que reciben terapias con diálisis tres veces por semana, de esta colección, 1.200 pacientes requieren un trasplante urgente de riñón para recuperar, en parte, su deteriorada salud y “estabilidad emocional”.¹

Esta referencia pone en clara evidencia la gravedad de la situación que se está experimentando en nuestro país, en relación a la problemática de un trasplante renal. La cantidad de pacientes que requieren urgentemente es tan alarmante que más bien es prioritario emprender un proyecto de prevención, lo cual podría ser motivo de una nueva investigación. Dentro de esta constelación son pocos los pacientes “afortunados” que logran acceder a un trasplante renal, esto debido a muchos factores que en el transcurso de este trabajo se irán develando.

En el área de Nefrología del Hospital Carlos Andrade Marín (H.C.A.M.) durante los meses de pasantía requeridos para esta investigación, se logra observar que en esta institución se practican dos tipos de tratamientos que pueden erradicar la enfermedad: la diálisis, tratamiento invasivo, doloroso en un principio pero muy necesario hasta llegar a la (habituación) y el trasplante de riñón, cirugía que permite al paciente el dejar de usar la máquina dializadora, retomar casi de manera total su ritmo de vida.

¹ DIARIO el Tiempo, Trasplantes Renales, 20 Junio del 2010, <http://www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/9761-hospital-santa-ina-s-con-transplantes-renales/>

El gasto económico es muy fuerte, en especial para las personas de estratos económicos bajos que no tienen recursos disponibles para su diaria demanda, peor aún para solventar la enfermedad.

El procedimiento de la diálisis consiste en la purificación de la sangre a través de una máquina, que elimina las toxinas. Este proceso controla la presión, extrae el exceso de líquidos, regula el apetito y disminuye los riesgos de anemia. Se debe realizar tres veces a la semana por cuatro horas en la mayoría de los casos, pero según se logra observar en diferentes pacientes, estas sesiones pueden reducirse a 2 por semana dependiendo del metabolismo individual. El alto costo del tratamiento impide que muchas personas accedan al tratamiento con resultados catastróficos, incluyendo el deceso del paciente.

Esto conlleva al análisis de la problemática, que constantemente enfrenta un paciente diagnosticado con una insuficiencia renal en el (H.C.A.M.) del área de Nefrología, dicho paciente como veremos posteriormente no solo se enfrenta a la conflictiva de su patología diagnosticada, sino que viene acarreado por mucho tiempo un sin-número de duelos, dependiendo de la enfermedad de base que se le haya presentado, sea esta una diabetes tipo I o II, enfermedad que lamentablemente por intervención tardía o por mal manejo, les sobrelleva a cuesta en el peor de los casos la disminución o pérdida de la visión, la amputación de uno o varias de sus extremidades, la disminución o pérdida total de la audición, al mismo tiempo que una Hipertensión Arterial, enfermedad que les limita en sus hábitos alimenticios al igual que la diabetes, debiendo cambiar todas sus conductas habituales tales como: realizar ejercicio diario, modificar sus costumbres alimentarias, por unas más saludables y necesarias para recuperar o sostener su salud. Cambios nada fáciles de realizar para estas personas que llevan por lo general años con desordenes alimenticios y dificultad para ejercitarse.

Otro aspecto a considerar en este trabajo es la alteración que el sujeto sufre en su entorno familiar y laboral, puesto que por estas realidades antes descritas el paciente ve limitadas sus funciones y actividades en gran medida, generándose en este individuo, miedo a enfrentar su nueva condición, produciéndose en algunos pacientes dependencia hacia los otros, por la sobreprotección de sus familiares que, en muchas ocasiones entorpecen limitan la adaptación aceptación del sujeto a su nueva condición, depresiones de este, por no contar con los recursos emocionales necesarios para sobreponerse, por último el imaginario de una muerte eminente por antecedentes que ellos poseen, o prejuicios que estos se construyen.

Por todo lo relatado la forma más segura y buscada por la mayoría de los pacientes para recuperar su salud, es un trasplante renal, trasplante que trae consigo la vinculación de un receptor con un donante, ya que tanto el receptor individuo necesitado de un órgano renal y el donante sujeto sensible a la necesidad de otro (familiar o amigo) al borde de la muerte, se conocen y se van vinculando cada vez más, teniendo una cercanía por la exposición a los exámenes de compatibilidad, los encuentros necesarios para chequeos médicos, historia de vida en común frente al trasplante. Hechos que de manera cociente o inconsciente van generando en los involucrados una manera diferente de verse frente a la situación que enfrentan.

Por lo expuesto se hace apremiante que en la actualidad se necesiten donantes vivos y cadavéricos que permitan en cierta medida disminuir la demanda existente en la población que padece la enfermedad renal, implícitamente el potencial donante es el cadavérico, por obvias razones, ya no requiere de ciertos órganos que pueden salvar eventualmente muchas vidas, ya que de él se puede adquirir ocho órganos que servirían para ocho trasplantes de diferente tipo, es decir, se podría llegar a salvar 8 vidas en el mejor de los casos, todo esto suena macabro e inhumano de acuerdo a la posición en que el sujeto se encuentre, claro está que este criterio puede variar, pero en fin son las realidades sociales a las que tantas conveniencias de monopolios

económicos han perfilado dejando de lado en muchas ocasiones lo importante, al ser humano.

La donación del riñón básicamente en el caso de un insuficiente renal, posterior al trasplante renal, va dirigida a suplir el órgano deficiente, y cuando la cirugía es exitosa, permite al receptor acceder a una buena calidad de vida, este puede retomar sus actividades cotidianas en gran medida, puesto que no requerirá de horas y días de ausencia de sus actividades cotidianas por estar conectado a la máquina dializadora, razón por la cual la mayoría de pacientes buscan tener un donante vivo o cadavérico que les permita restituir su órgano enfermo, lo cual al mismo tiempo lo condiciona a este de la confianza y el deseo de seguir viviendo, deseo que en muchas ocasiones se ve frustrado por las largas listas de espera del órgano, por la incompatibilidad de los donantes voluntarios que se sensibilizaron frente a la necesidad del enfermo o porque su tiempo no fue suficiente y le sobrevino la tan temida muerte.

Es la donación del órgano renal, que hace que aquel sujeto (donante), sea ahora muy especial ante el receptor, a quien indiscutiblemente no volverá a ver de la misma forma que lo hacía antes de ese acto de donación, puesto que aquel individuo (donante) que le posibilitará seguir viviendo de una manera digna y saludable al que antes era un sujeto enfermo, es un sujeto que está cediendo parte de su yo, solo con la finalidad de que el (receptor) pueda estar mejor y logre vivir unos años más, alcanzando cambiar en gran forma la vida de los involucrados, mostrando de una manera a veces inexplicable la relación de ambos, originándose tantas incógnitas alrededor de las vinculaciones de estos sujetos dignas de análisis y estudio.

Salvador (nombre ficticio que se dará a un paciente insuficiente renal del (H.C.A.M.),

Mientras estuve internado en el Hospital Carlos Andrade Marín, escuchaba de los médicos de la institución, que el trasplante de riñón (donación del órgano de una persona voluntaria o de un cadáver) era el único tratamiento que la ciencia médica ha podido encontrar hasta el momento para erradicar

*definitivamente el mal, y tenía mucha esperanza en esta posibilidad de vida.*²

Otro inconveniente que se puede visualizar en lo referente a esta problemática es: Que en el país no existe adecuada promoción de este tratamiento. Las personas ignoran que hay una ley que ampara la donación cadavérica. El aparato estatal pierde dinero con la diálisis; en tanto que, un trasplante brinda mejor calidad de vida, razón por la cual se hace urgente implementar una cultura de donación de órganos bien reglamentada, humanizada, y sobretodo que apunte a la mejoría del ser humano, más no, al enriquecimiento de los bolsillos de unos cuantos médicos inescrupulosos que hacen mal uso de su investidura y trafican con el dolor de los pacientes necesitados.

Es importe indicar que los costos de este trasplante, en el caso de los pacientes del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (I.E.S.S.), son cubiertos en su totalidad por el seguro social a sus afiliados, siempre y cuando estos o sus patronos estén al día en los pagos a esta institución, existen pequeños gastos como: traslados, hospedajes y algunas medicinas que no se pueden obtener en el Hospital, gastos que deben ser absorbidos por el paciente o sus familiares.

En el (H.C.A.M.), se han preocupado en gran medida por la solución médica de la problemática del insuficiente renal, pero todo esto no elimina ciertos conflictos, dificultades de relaciones vinculares que surgen entre el donante / receptor que antes de la cirugía no se evidenciaban, esto muy probablemente, debido a que se ha dejado de lado un proceso de acompañamiento terapéutico psicológico que vaya dirigido al donante/receptor en los diferentes tiempos del trasplante renal, falencia que ha desencadenando probablemente una serie de alteraciones e inconveniencias en la convivencia, relaciones vinculares de estos, aspectos dignos de un riguroso trabajo de investigación.

² Entrevista, paciente receptor caso 2, 20-06-2010

1.2 Problema

En las últimas décadas se ha evidenciado en gran magnitud en la población ecuatoriana la enfermedad que para muchos es catalogada como el mal del siglo, me refiero a la insuficiencia renal, patología que afecta tanto a niños, adolescentes y adultos, pero sobre todo a personas de la tercera edad.

La enfermedad en mención tiene un brote que puede ser repentino o paulatino, en ambas circunstancias, las consecuencias son devastadoras para aquel que la padece. Cabe recalcar que en su gran mayoría, los pacientes que desarrollan esta enfermedad han atravesado previamente otras enfermedades como la diabetes e hipertensión arterial; enfermedades que en muchos casos los enfrenta a una serie de pérdidas y duelos, como por ejemplo: amputaciones, pérdida de la visión, alteración de sus hábitos cotidianos, cambio en su alimentación, dificultades en su vida sexual activa, a lo cual se suma la pérdida de autonomía, cuando deben hacer uso de un programa sustitutivo que reemplazará su función renal.

Las patologías antes mencionadas, entre otras, desencadenan inevitablemente la Insuficiencia Renal Crónica, sobre todo cuando no ha existido un control adecuado de la hipertensión o un manejo efectivo de la diabetes, empeorando las funciones del riñón, provocando la necesidad imperante de un tratamiento renal sustitutivo como: la diálisis peritoneal (procedimiento mecánico para depurar la sangre de pacientes aquejados de nefropatía, es realizada en la casa por el paciente con ayuda de un familiar) admitiendo la parcial autonomía, que el paciente sea responsable en gran medida de su enfermedad, la hemodiálisis (procedimiento mecánico para eliminar desechos de la sangre, se realiza únicamente en un centro de salud, especializado en ello). Esto genera que el paciente delegue la responsabilidad de su dolencia a un profesional capacitado creando mayor dependencia, esto en los casos más favorables; a la vez que el trasplante renal también es meritorio con la consabida dificultad de conseguir al donante voluntario compatible, mientras que en los casos menos

favorables se utiliza el tratamiento clínico, que es el apaleamiento de la enfermedad en espera de su final.

Es importante dar a conocer que también existen otros tipos de tratamientos, sin embargo, de momento los mencionados son los más utilizados en este hospital. Por otro lado, estos casos se evidencian comúnmente en el Hospital Carlos Andrade Marín, lugar al que acuden personas de diferentes regiones del país, en busca de la salud y tranquilidad corporal.

El paciente diagnosticado de insuficiencia renal, al ser ingresado, se enfrenta a una serie de cambios intempestivos en su vida, como alejarse de su lugar habitual por semanas y en ocasiones hasta meses, enfrentando la angustia de lo desconocido ante el diagnóstico de la insuficiencia renal, que no es más que, el enfrentamiento al gran temor de la muerte, debido a que el sujeto enfermo percibe en algunos casos que él, al igual que tantos pacientes que han ingresado al servicio de nefrología no recupera su salud falleciendo inevitablemente, por tener referencia de casos familiares conocidos que no consiguieron recuperarse de la enfermedad crónica, ciertos pacientes representan la construcción cognitiva de un futuro incierto y fatalista.

Por tal razón, el desconocimiento y la satanización de esta enfermedad crean en la subjetividad del paciente una extraña sensación de temor y angustia, muchas veces irracional frente a su nueva situación. Es todo este cúmulo de antecedentes descritos, los que de alguna manera exagerada sumergen en ciertos casos, al sujeto enfermo en una depresión que en ocasiones conlleva el deseo de muerte, como liberación ante el dolor y el miedo.

En el mejor de los casos, se desarrolla un gran deseo de vivir sobre las adversidades, demandando a algún miembro de su familia la donación de un riñón necesario para su supervivencia. Esto podría ocasionar presión emocional al familiar, puesto que no se toma en cuenta los miedos de este frente a la posibilidad de someterse a una serie

de exámenes invasivos que finalmente lo pueden llevar al quirófano en caso de que sea compatible, para realizar tal donación. Por lo general, estos hechos suelen traer graves conflictos intrafamiliares que decantan en resentimientos o creencias erróneas acerca del afecto y la ternura que antes estaba intacta.

Por otra parte la situación económica es otra problemática que se suma a esta conflictiva, ya que al hablar del seguro social, comúnmente se hace referencia a una población que mayoritariamente es obrera y depende de un sueldo muy bajo, que en ocasiones únicamente alcanza para sustentar necesidades básicas de alimentación, vivienda y estudio, que debe ser reajustado frente a la realidad imperante de la recuperación de la salud de los sujetos, tomando en cuenta que la terapia mensual de hemodiálisis en un consultorio privado tiene el costo de 1.300 dólares, que en ciudades del país que no cuentan con este servicio los costos son aún más altos.

En consecuencia ante lo expuesto, se alteran las actividades tanto laborales como familiares, afectando en gran medida las relaciones interpersonales puesto que un sujeto que ingresa a la diálisis es considerado por los otros (los supuestamente sanos) como un individuo al que la muerte lo sorprenderá en cualquier momento, creencia que es transmitida al enfermo, ya sea por sentimiento de pena o compasión, ahondando y dificultando la superación de procesos depresivos.

Dichas situaciones inicialmente se presentaron de forma muy traumática, sin embargo, el aporte del aparataje médico, terapias psicológicas permitieron evidenciar algunas mejorías en la salud del paciente, tales mejoras al salir del hospital, al enfrentarse nuevamente con su cotidianidad, disminuyen notablemente, arremeten con más fuerza las ideas de futuro incierto, muerte, las que en muchas ocasiones deben ser enfrentadas o evadidas por la psique del paciente sus mecanismos de defensa que buscan proteger al sujeto de su angustia frente a la lástima, y la pena que los demás le profesan.

La falta de información sobre esta enfermedad, que no es nueva, genera que cuando esta es diagnosticada se transforme en un objeto ansiógeno, generador de un alto nivel de miedo ya que con el transcurrir de los días, la poca información que los médicos proporcionan, provocan en los pacientes aún más angustia, depresión, que dificulta aún más el proceso de internación médica, recuperación de la enfermedad del individuo.

La búsqueda del donante siempre inicia dentro de la familia por los vínculos afectivos, la urgente necesidad del ser querido enfermo, generando en los familiares más cercanos muchas veces el deseo espontáneo de ser el donante a la vez el salvador del paciente pero en otras ocasiones puede producir miedo rechazo y angustia a la idea de perder su órgano o quizás hasta la vida por tal acto, situación que provoca conflictos externos e internos en los involucrados, llegándose a cuestionar los vínculos, los afectos.

En fin, a los que logran anteponer su vínculo afectivo por el paciente ante su instinto de sobrevivencia, se les somete a una serie de pruebas, lo cual genera el gran temor ansiógeno de si es compatible o no y la dicotomía de que si es positivo existen muchos riesgos, si no lo es, el no haber servido para la causa, a la larga también les genera culpa, puesto que ya se deslindan del sacrificio lo cual genera alivio de manera consciente o inconsciente.

En muchas ocasiones, luego del trasplante se ha logrado observar una extraña y nueva forma de vinculación del donante hacia el receptor, quizás por el hecho de saber que el enfermo que ahora está recuperado lleva en su cuerpo algo que a él le falta, provocando una sensación de pérdida irrecuperable, pero si reemplazable, en ocasiones, con una posible dependencia afectiva o económica que les genera la sensación de estar recuperando algo de lo perdido.

Luego de la donación de un órgano, se producen nuevas formas de relación que implicarán dependencia y/o culpa que, al transcurrir de los días, semanas o meses posteriores al trasplante renal, muy posiblemente habrá alterado el vínculo que los involucrados mantenían en principio. Aflorarán diferentes tipos de afectos que generarán nuevas, y en muchos casos, conflictivas formas de vinculación, ante lo expuesto, se sostiene la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se configura el vínculo entre el donante y el receptor, posterior a un trasplante por causa de una insuficiencia renal?

1.3 Justificación

En nuestro país existe una gran población, como se mencionó en los antecedentes de esta indagación, que padece de insuficiencia renal, y la posibilidad de mejorar su calidad de vida se brinda al lograr ascender a un trasplante renal; posibilidad que es difícil de alcanzar para la mayoría de pacientes, debido a que la donación de órganos no es una práctica social habitual en nuestro medio.

Además, nuestra cultura (tanto a nivel médico como a nivel humano) no está preparada con las herramientas necesarias para enfrentar este tipo de problemáticas, razón por la que la búsqueda de un posible donante en la mayoría de los casos queda en manos del paciente, su familia, situación que de una u otra manera va vinculando al posible donante con el receptor, los miembros de la familia; búsqueda que en muchas ocasiones resulta infructuosa, pero en el mejor de los casos, cuando es exitosa, no siempre se toma en cuenta los conflictos posteriores.

El presente estudio se justifica, fundamentalmente, por la necesidad de investigar este tema que no ha sido abordado desde la perspectiva del vínculo, considerando esta dimensión como central en las posibilidades de articular nuevas formas de

comprensión teórico-práctica de este espacio de conflictividad psíquica. Constituye una primera aproximación a este fenómeno desde los aportes de la teoría psicoanalítica, porque Freud con su aporte teórico, en “duelo y melancolía”, contribuye a la consideración de los procesos de duelos que un sujeto que ha pasado por una pérdida considerable, experimenta a partir de la pérdida del objeto de amor.

Por su parte Bowlby con la teoría del apego aporta desde esta visión a la construcción del tipo de apego que un sujeto puede desarrollar, de acuerdo a los cuidados y accesibilidad que, este haya tenido de su cuidador primario o sustituto produciéndose las diferentes formas de apegos que el autor desarrolla en su teoría que posteriormente se puntualizarán.

Dando por sentado que durante el proceso de identificación y selección del donante, el receptor conoce y empieza a vincularse estrechamente con este sujeto que en un futuro será el posible salvador de su vida, pueden generarse formas diferentes de vinculación con su donante, nuevas formas de relación, puesto que el donante tiene en su cuerpo algo que le puede devolver la salud/vida, circunstancia de considerable significación simbólica emocional para el sujeto que está al borde de la muerte por la insuficiencia renal, desde su percepción o la supuesta realidad médica.

El donante puede ser una persona a la que se le ha pagado por el órgano renal, observándose que en algunos casos la vinculación es escasa o casi nula, debido posiblemente a que se ha producido un pago simbólico del órgano por la necesidad mutua de obtener algo a cambio.

Cuando este pago no se negocia, se da de manera voluntaria ello trae consigo la supuesta demostración de amor al otro y un desprendimiento por ver bien al enfermo, acto que posiblemente configura posteriormente dificultades, confusión en la relación. En los casos en que el donante es la madre, no se visualiza mayor conflicto (en la mayoría de los casos observados), partiendo posiblemente de la consideración

de que la madre es la persona que le dio la vida, y de cierta manera se la devuelve no provocando gran cambio en los involucrados, puesto que los vínculos ya están dados entre estos desde su infancia

En cuanto a la relevancia de la presente tesis, se considera que es importante el desarrollo de la presente investigación, como excelencia práctica del estudio de los vínculos donante receptor, podrá servir como insumo investigativo para facilitar, posteriormente, posibles herramientas a nivel emocional, relacional para comprender las causas de estas, tanto de donante/receptor que se ven involucrados en esta problemática, tan compleja en nuestro medio, al igual que a los médicos, familiares.

En suma, se podría articular un proyecto de intervención Psicosocial, dirigido al entendimiento, comprensión de nuevas relaciones vinculares entre donante/receptor, que en ocasiones alteran, dificultan su cotidianidad; desde esta perspectiva el presente trabajo, podría explicar los posibles cambios vinculares posteriores a la cirugía de trasplante renal entre los involucrados.

Por otro lado, la investigación es de interés para la dimensión de aprendizaje institucional del Hospital Carlos Andrade Marín (del área de Nefrología) puesto que va a permitir contar con elementos teóricos a nivel psicológico, los mismos que, posibilitarán un mejor desarrollo en su práctica usual, tanto a médicos como a enfermeras y pacientes, es decir, todo el sistema hospitalario; en relación a los diferentes procesos afectivos que surgen una vez que las personas han sido identificadas como posibles donantes/receptores, se procede con la cirugía del trasplante renal. A partir de estos postulados se podrá conocer, entender el sentir, los afectos, relaciones simbólicas que emergen o se activan tanto en el donante/receptor, dando lugar a posibles formas de relaciones vinculares nuevas entre los mismos.

Es además relevante la investigación, ya que en las prácticas de noveno y décimo semestre de psicología clínica realizadas en el área de nefrología del Hospital Carlos

Andrade Marín, de cierta forma se constató que los procesos vinculares que se dan entre el donante y el receptor, sufren alteraciones, pues se logró percibir constantes malestares psíquicos que se manifestaban a través de síntomas, como por ejemplo: somatización, sentimiento de culpa, dependencia, depresión, duelos no resueltos, entre otros.

Por lo expuesto, se hace necesario realizar esta investigación, que va a permitir la comprensión en cuanto a lo que genera este malestar psíquico, de tal manera que, se continúen realizando estos procedimientos de trasplante, que van a mejorar la calidad de vida del paciente sin que vaya en detrimento de su salud mental y sus relaciones vinculares con los posibles donantes.

La presente investigación asume el carácter de urgente dado que en nuestro país y de manera particular en el Hospital Carlos Andrade Marín no se han realizado investigaciones que vayan dirigidas al tema del acompañamiento (antes, durante y después de un trasplante renal) sobre todo desde la perspectiva psicológica, debido a que en nuestro entorno no se maneja el anonimato en la donación como un seguro psíquico de los involucrados en un trasplante de donante vivo.

Cabe señalar que la donación del riñón, no es tan solo un acto de ceder un órgano, sino que tras ello se construyen una serie de escenarios y afectos que juntan tanto al donante como al receptor en un proceso vincular diferente, que posterior al trasplante genera formaciones psíquicas que van a transformar sus esquemas mentales, promoviendo nuevas ideas de relación con ese otro que ahora está ligado afectivamente por su acto generador de pérdida irrecuperable, promotora del duelo en el donante, y regalo impagable (“riñón”) que genera culpa en el receptor.

Es importante el hecho de solucionar definitivamente la enfermedad, pero no deja de ser valioso investigar las nuevas formas de relación entre estos sujetos que se ven involucrados por un acto de “amor” que de una u otra forma, los unirá de una manera

diferente y en ocasiones de manera inexplicable al razonamiento lógico, pero que para el análisis psicológico (desde lo cualitativo) surgen interrogantes por las conductas manifiestas posteriores al acto, muy decidoras de que los procesos vinculares se encuentran alterados por un acontecimiento entre esos dos individuos, que antes se manifestaban de manera diferente, lo cual es conveniente investigar y trabajar.

1.4 Objetivos

General:

Estudiar la configuración del vínculo entre el donante y el receptor, posterior a un trasplante por causa de una insuficiencia renal en pacientes de 25 a 45 años de edad, en el Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito, en el área de nefrología año 2010, estableciendo los niveles de dependencias emocionales posteriores al trasplante renal, entre el donante y el receptor.

Específicos:

- Determinar los tipos de vínculos afectivos que se establecen luego del trasplante renal.
- Establecer los niveles de dependencias emocionales posteriores al trasplante renal, entre donante y receptor.
- Analizar los afectos que se producen por el duelo y la pérdida del órgano del donante y el receptor.

1.5 Hipótesis

Se produce un apego seguro del donante hacia el receptor ya que el donante responde de forma sensible a la necesidad del receptor desde el desprendimiento de su órgano renal, generándose confianza del receptor hacia el donante, con la presunción que esta figura de apego, estará disponible y responderá, le ayudará en la adversidad, mientras que en el donante se produce una dependencia hacia el receptor, debido a que este lleva en su cuerpo parte de su yo que ha perdido y no podrá recuperar sino es a través de demandas que en ocasiones se dirigen, hacia lo material como restitución de aquello que le falta, su riñón.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 El Vínculo:

Desde la perspectiva de Bowlby el vínculo no es más que el apego que surge entre el niño y su madre o su cuidador primario, estos vínculos o apegos pueden ser de varios tipos lo cual dependerá en gran medida de los cuidados y asistencia, o la falta de estos que el infante reciba de su madre o cuidador sustituto.

Para Bowlby la conducta de apego es primordialmente una conducta instintiva trascendental para la supervivencia del individuo como alimentarse o reproducirse, este entiende como conducta de apego a cualquier forma de comportamiento que hace que una persona conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. En este sentido para este autor el Apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo.

La Teoría del Vínculo, es una teoría iniciada en los años cincuenta. Su principal exponente, J. Bowlby, esboza que la separación producida entre un infante pequeño y su figura de apego es muy perturbadora, proporciona las condiciones necesarias para que el niño experimente con facilidad un intenso miedo. Como resultado, cuando el niño visualiza posteriores perspectivas de separación, estas generan en él cierto grado de ansiedad.

Bowlby expresa que la conducta de apego está acompañada de sentimientos y que:

Ninguna pauta de conducta está acompañada de sentimientos más fuertes que la conducta de apego. Las figuras hacia las que se dirige esa conducta despierta amor en el niño, y éste saluda su llegada lleno de alborozo. Mientras el niño está en presencia de una figura de apego importante-o cerca de ella-se siente seguro. La amenaza de perderla le causa angustia, y su pérdida real un gran dolor. Además, ambas circunstancias pueden provocar su rabia.³

Para Bowlby ninguna conducta está acompañada de sentimiento más fuerte que el apego, que dichas figuras hacia las que se dirige esa conducta despiertan amor en el niño, por lo que la amenaza de perderlas le causa angustia, la pérdida real un gran dolor, acotando que ambas circunstancias pueden estimular enojo en el pequeño. Además este autor especulaba que la relación entre lo que provoca temor y lo que realmente puede dañar al sujeto es indirecta.

Bowlby a partir de estudios realizados a primates, llegó a la conclusión que compartimos con los animales ciertos temores, tales como el desconocimiento del otro ser o de un objeto, el temor a objetos que cambian su tamaño o se aproximan rápidamente, el pavor a los ruidos intensos, el miedo a la oscuridad y el aislamiento. Ninguno de estos temores son peligrosos en sí mismos pero desde la visión evolutiva se consigue dar la siguiente explicación: se pueden considerar como signos de peligro, por ejemplo, la presencia de objetos destructores que se perciben como seres extraños y que se aproximan comúnmente durante la noche o la cercanía de una catástrofe natural. Todo esto es considerado tanto por animales y humanos como una conducta en común de miedo, miedos que motivan una vinculación al cuidadora primario o la madre.

Todo paciente que ha sido diagnosticado con insuficiencia renal sufre un profundo miedo motivado por la creencia de que pronto le sorprenderá la muerte, produciendo

³BOWLBY, J. El apego y la Pérdida 1 El Apego, Edit. Paidós, Buenos Aires, 1998, p 286

gran ansiedad frente a su nueva condición que hace referencia a una catástrofe natural en el caso de los animales, y en el caso del paciente a la insuficiencia renal, puesto que como se ha observado tanto los seres humanos como los animales comparten las conductas de miedo, este miedo a la muerte es el que permitirá una vinculación entre receptor/donante, por ser este último quien se muestra sensible a la necesidad del paciente, dándole el riñón que este necesita, para que logre recuperar su salud, por tanto, es muy posible que este donante llegue a convertirse en una figura de seguridad para el receptor.

La tesis fundamental que plantea la teoría del vínculo estriba en que el estado de seguridad, ansiedad o zozobra de un sujeto (niño o adulto) es establecido en gran medida por la accesibilidad, facilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto, es decir, su madre o cuidador.

Por otra parte, se debe dejar muy en claro que cuando Bowlby se refiere a la presencia de la figura de apego, está haciendo alusión no a la presencia real inmediata de la madre o cuidador primario, sino a la accesibilidad inmediata que pueda tener el bebé a esta. Es decir que no solo se debe estar cerca del niño en una relación aparentemente de acompañamiento para que este tenga una referencia de que alguien le está cuidando o custodiando, sino que esta figura debe responder ágil y oportunamente a las necesidades del infante cuando las demanda, permitiéndole la accesibilidad inmediata a la que hace referencia Bowlby, para que el bebé logre consolidar un apego seguro o saludable.

Según se vislumbra cuando un niño confía que siempre que requiera satisfacer una necesidad de afecto o biológica, este gozará del sustento de la figura de su madre o cuidador, dicho niño tendrá menos posibilidades de experimentar miedos constantes, intensos, o la cronicidad de estos, que otro sujeto que no albergan tal grado de confianza en las figuras referentes.

La figura de apego elegida por el infante no sólo debe estar accesible a este, sino que además debe responder de manera apropiada a las demandas del sujeto solicitante, al cual debe proporcionarle protección, apoyo y consuelo, para generar un apego saludable en base a los referentes de confianza que permitan reducir sus miedos como ya se ha expuesto. La teoría de Bowlby defiende tres principios, adyacentemente con las consecuencias a las que casi ineludiblemente dan lugar cuando el bebé se cría en una familia corriente. Dichos principios se enumeran a continuación:

- a) Una tendencia innata a orientarse, mirar y escuchar ciertos tipos de estímulos en lugar de otros, lo cual hace que el bebé, desde muy pronto, preste especial atención a los seres humanos que le cuidan;*
- b) El aprendizaje por contacto, que hace que el bebé aprenda los atributos perceptuales de la persona que le cuida-sea esta quien sea -y aprenda a discriminarla de otras personas y cosas;*
- c) Una tendencia innata a acercarse a todo aquello que resulte familiar, lo cual lleva al bebé a aproximarse, tan pronto como se le permita su equipo motriz, a la figura o figuras familiares que ha aprendido a discriminar⁴.*

Por lo expuesto, se da por sentado la tendencia innata del niño de orientarse a ciertos estímulos en lugar de otros, circunstancia que hace que este preste pronto especial atención a los seres humanos que lo asisten, al tiempo que el aprendizaje por contacto, permiten que el niño aprenda las propiedades perceptuales del individuo que lo vigila, aprendiendo a discriminarlo de otras cosas o personas. Por último, está la tendencia innata a acercarse a todo aquello que le resulte familiar, figuras familiares que discrimina y a las que se acercará cuando su equipo motriz se lo permite. Estos son los tres principios que Bowlby plantea cuando un niño se cría en un hogar corriente.

Por otro lado la relevancia de la teoría del apego estriba en que, a pesar de su declarada filiación etológica de adaptación, maneja muchos conceptos propiamente psicológicos de referencia a la relación social-afectiva entre el niño y su madre o

⁴BOWLBY, J. Op. Cit. p.411.

cuidador. Se destaca además por investigar la perspectiva evolutiva que se evidencia en el apego con un gran repertorio argumental, observaciones de casos.

Como ya se ha expuesto, Bowlby parte del planteamiento evolutivo darwiniano para llegar a sus conclusiones teóricas, acogiendo como base a la teoría adaptativa, que expone que las conductas de los individuos están dirigidas a la supervivencia adaptativa. Sin embargo, pese a mostrar una indudable orientación etológica, al considerar el apego entre madre e hijo como una conducta instintiva con un despejado valor adaptativo (según pudo observar en sus investigaciones).

A partir de estos planteamientos que logra admitir que dicha concepción de la conducta instintiva va más allá de una sobrevivencia o adaptación únicamente, planteándose todo un estudio dirigido al análisis social histórico de las conductas de proximidad de niños a sus figuras de apego, aportando de manera significativa con un valor psicológico-social a su investigación, lo que marca una distinción apreciable referente al aporte de este autor al desarrollo y establecimiento de los Tipos de Apegos que los individuos experimentan.

Por otra parte Bowlby esboza que, la conducta instintiva en mención no es una conducta de reproducción siempre fija que responderá de la misma forma a un determinado estímulo, más bien esta conducta sufre un reajuste de acuerdo a los objetivos fijados por el niño, modificándose a las condiciones que el medioambiente manifieste, generando en este una interacción que permite la motivación hacia una respuesta de la conducta instintiva a partir de los objetivos, la corrección de estos y el ambiente.

Es de gran interés para esta indagación señalar que la teoría del Apego investiga la ontogenia de las respuestas a la separación que el infante presenta, al no acceder a la madre y al mismo tiempo Bowlby incluye en su indagación referencias de Piaget al hablar de la interacción del apego con el desarrollo cognitivo del niño en la segunda

mitad del primer año de vida, cuando este logra la permanencia del objeto en su cognición, aporte que permite integrar factores significativos para establecer en cierta medida el tiempo en que el niño desde su cognición empieza a percibir la falta del cuidador.

Por lo expresado en el párrafo anterior quedaría establecido que en las 28-30 semanas de vida se da el punto de viraje en las conductas expuestas por el niño, es decir, aparecen las respuestas a la separación como evidentes, puesto que, el bebé ha empezado a percibir el objeto como algo que existe independientemente de sí mismo, (aún cuando no lo perciba directamente en determinadas ocasiones), siendo esta la razón por la que puede iniciar su búsqueda posteriormente

Existen experimentos válidos para esta búsqueda, realizados en los años 70 que exponen que la permanencia de las personas se produce primero que la permanencia de los objetos inanimados, esto puede deberse posiblemente a los cuidados proporcionados, por la madre al niño y la carga afectiva del niño dirigida a la persona que posteriormente puede ser seleccionada como figura de apego por la confianza que este le genere.

La tendencia a reaccionar con angustia seguida del miedo a la presencia de extraños, la oscuridad, los ruidos fuertes, etc. son interpretados por Bowlby como el desarrollo de tendencias genéticamente determinadas, es decir, que redundan en una predisposición a enfrentar los peligros reales de la especie y que existen en el hombre durante toda su vida.

En el artículo sobre ansiedad y separación que se cita a continuación, se puede vislumbrar que aunque la postura de Bowlby podría ser demasiado sesgada hacia lo biológico, al complementarse describiendo muchas situaciones psicológicas y culturales evidenciadas en los niños permite eliminar dicho sesgo.

Aunque inicialmente esta postura podría evaluarse como demasiado sesgada hacia la carga biológica, en realidad, Bowlby complementa su postulado describiendo una serie de circunstancias psicológicas y culturales evidenciadas en los niños que sometió a observación, y que arrojaron estas reacciones, los peligros imaginarios, la racionalización, los indicios culturales aprendidos de otros individuos sobre el peligro, la atribución de significado a las conductas de los niños por parte de los padres, la proyección y el contexto familiar.⁵

La cita antes expuesta se dirige a deliberar que las personas que sufren una insuficiencia renal, tendrían la tendencia a reaccionar con temor como ciertamente se puede observar en la mayoría de los pacientes del Hospital Carlos Andrade Marín del área de Nefrología de la ciudad de Quito, lo cual según Bowlby sería una tendencia genética determinada para enfrentar el peligro que es experimentada o evidenciada en este caso, por la presencia de la enfermedad o una posible pérdida de la vida, ideas que en muchas ocasiones resultan ser ideas irracionales, puesto que con una intervención adecuada se logra estabilizar el estado de salud consiguiendo que se alargue su período de vida.

Posteriormente tras una búsqueda llena de angustia, miedos, consigue un candidato para la donación, el mismo que puede ser una persona muy cercana a la familia, como hermano, tío o uno de sus padres, esta búsqueda, como veremos posteriormente, hace que el proceso de selección conlleve a una estrecha, especial vinculación. Esta vinculación desde el enfoque de Bowlby puede darse de una de estas tres formas: Como un “Apego Seguro”, siempre que el receptor perciba que quien servirá de donante está siendo sensible a su necesidad, asequible a este, propiciando un estímulo positivo de protección, apoyo.

Por otra parte podría generarse un apego “Ansioso evasivo” si quien debe donar el órgano al paciente, por ejemplo: su padre pero este por miedos propios o causas

⁵BOWLBY, 1985, citado en , Alom, A. Teoría del Apego 2004, 20 de Enero del 2011, en http://www.angelfire.com/psy/ansiedaddeseparacion/new_page_6.htm

inexplicables se rehúsa a desprenderse de su órgano provocando muy probablemente en su hijo un sentimiento de angustia miedo y rabia por su negación. Mientras que si por ejemplo: su madre le ofrece donar su órgano renal pero luego inexplicablemente cambia de parecer, negándole la posibilidad de recuperación y por ende de seguridad, propicia probablemente un vínculo ansioso ambivalente donde el sujeto al no comprender por qué su madre no es accesible a su necesidad se llena de angustia, miedo manifestando posteriormente cariño, rechazo hacia esta al mismo tiempo.

Es claro que bajo la circunstancia de un peligro eminente, como bien expresa Bowlby, el paciente puede experimentar varias conductas de adaptación que dependiendo en gran medida de la manifestación de los estímulos del entorno, provocarán cambios sustanciales en los afectos y vinculaciones futuras (después de la cirugía renal), como bien expresa la paciente en una de las entrevistas efectuadas en el Hospital Carlos Andrade Marín el paciente expresa:

Luego del trasplante se siente más unida a su hermana donadora del riñón, dicho sea de paso, esta paciente ingresa a la consulta por un dolor en su órgano trasplantado hace 8 años (dolor que se diagnostica luego de los exámenes médicos, como un malestar de origen no orgánico, producto de un conflicto con su donante), una desvinculación que por el momento le afecta emocionalmente⁶.

Colocando en el tapete de esta investigación la gran interrogante expuesta en esta búsqueda, susceptible de dilucidar en el transcurso de esta exploración.

2.1.1 Teoría del Vínculo

La teoría del apego mantiene además su fundamentación en que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño es determinado en gran parte por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto (la persona con quien el bebé establece el vínculo). Bowlby en el texto El apego y la Pérdida

⁶Entrevista, paciente receptor caso 4, 23-08-2010

menciona que: “Por conducta del apego se entiende cualquier forma de comportamiento que hace que una persona conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido”⁷.

Este concepto es muy válido a la investigación, puesto que permite conocer que, para que la conducta de apego surja debe existir cualquier forma de comportamiento de una persona, en este caso un sujeto enfermo con insuficiencia renal y necesitado de un trasplante urgente (receptor), con respecto a otra muy próxima y que está dispuesta a ceder su órgano renal (donante), es también validable expresar que el apego que deriva del latín "vinculum", de "vincere" que simboliza atar se puede entender como una atadura una unión, o sea que el vínculo desde esta derivación se puede concebir como una atadura ligadura duradera entre dos o más personas .

Según Simpson:

Bowlby sostiene que el sistema de apego está compuesto de tendencias conductuales y emocionales diseñadas para mantener a los niños en cercanía física de sus cuidadores durante la historia de la evolución. El permanecer en cercanía de los cuidadores ayudaría para protegerlos de algún peligro o depredación. Los niños que poseen estas tendencias de apego, tendrían mayor probabilidad de sobrevivir, de llegar a la edad reproductiva y traspasar estas tendencias a futuras generaciones⁸.

En la referencia expuesta podemos advertir que para Bowlby, el sistema de apego está dotado por tendencias conductuales y emocionales diseñadas para mantener a los niños en cercanía física de quienes los cuidan, es este permanecer en cercanía de sus cuidadores primarios lo que les permite solventar cualquier adversidad que surja en su entorno, asentando que los niños que desarrollan este sistema de apego logran llegar a una edad productiva alcanzando transmitir dichas tendencias a nuevas generaciones, permitiendo un mejoramiento en sus sistema de apego con los otros.

⁷BOWLBY, J, El apego y la Pérdida 3 La Pérdida, Edit. Paídos, Buenos Aires, 1993. p 60

⁸SIMPSON, J. 1990, citado/enGayó, 29 de mayo del 2010, <http://www.robertexto.com/archivo8/apego.htm>

Entre las numerosas investigaciones realizadas por Bowlby para el desarrollo de su teoría se encuentra una que llevó a cabo dentro de una Institución hospitalaria donde se encontraban varios niños internados y sometidos a otros cuidadores, en este punto, pudo observar que cuando el niño se encuentra separado de la figura materna o una figura subsidiaria y su ambiente familiar puede experimentar angustia o miedo por la separación de esta, es decir, que al ser el bebé expuesto al cuidado de extraños y en un ambiente desconocido, este puede llegar a manifestar inquietud durante la separación, como si buscara esa figura ausente, en tanto que también aporta con otros datos que hacen referencia a la observación de su conducta en el hogar luego de los meses que siguieron a su vuelta a su entorno conocido según el relato de sus padres, estos datos permitieron construir la teoría del Apego.

En dicho ambiente el niño de entre quince y treinta meses, que hasta ese momento había gozado de una relativa seguridad en la relación que mantenía con su madre el cual, nunca se había separado de ella anteriormente, mostraba por lo general una conducta predecible; según la actitud que predomine hacia la madre, estas fases serían de acuerdo a la descripción la de *protesta*, *desesperanza*, y *desapego*. Además, es muy conveniente realizar una diferenciación, sobreentiéndase que cada una se mezcla con la siguiente de tal manera que, el crío puede permanecer días o semanas en una fase de transición entre dos etapas, alternando entre ellas.

Se describe como de *protesta* a la etapa inicial, la misma que se puede manifestar en el niño rápidamente o con cierto retraso, llegando a durar pocas horas, una semana o más. Durante este lapso de tiempo el niño evidencia zozobra, ante la pérdida de la madre, buscando recuperarla mostrando sus limitados recursos, como llorar con frecuencia, sacude su cuna, y da especial atención a cualquier señal que puede dar signo de la presencia de la madre, sus conductas de manera general dan muestra de que aguarda con ansiedad la vuelta de esta. Entre tanto suele rechazar toda figura sustituta que le ofrezca ayuda, aunque hay niños que por el contrario se aferran con desesperación a un cuidador.

Por otra parte en la etapa de *desesperanza*, posterior a la de protesta, aquí aun sigue presente la preocupación del niño por el abandono de la madre ausente, por su conducta muestra la desesperanza de que esta vuelva, observándose en este una disminución en sus conductas, sus movimientos físicos y su llanto se torna monótono o intermitente. Al mismo tiempo Se muestra retraído y pasivo, no exige demanda a los que le rodean al parecer pasa por un intenso estado de duelo. Esta segunda etapa se caracteriza, por una gran pasividad del sujeto, llegándose en muchos casos a la conclusión erróneamente que el bebé ha disminuido su sufrimiento.

En la fase de *desapego* que sigue a la de protesta y desesperanza, el niño muestra más atención al ambiente que le rodea. Por ello los adultos reciben esta fase con alegría, pensando erróneamente que ha superado la pérdida sufrida, ya no rechaza la presencia de los cuidadores, accediendo a los cuidados, los juguetes, los alimentos que le brindan, incluso alcanzando a sonreír, parecer sociable, consiguiendo que muchos piensen que este cambio es positivo.

En tanto que para la madre es evidente que algo está aconteciendo con el infante, que ya no muestra las conductas de fuerte apego que antes se evidenciaban normal a su edad. Al parecer el niño no reconoce a la madre, por tanto no da la bienvenida a esta, y en lugar de correr a sus brazos el niño se muestra apático, distante, parece haber perdido todo interés en ella.

La realización de dicho estudio en conjunción con otras investigaciones que Bowlby efectuó, puso de manifiesto que el tipo de “Apego” que el infante llega a establecer dependerá en gran medida de la sensibilidad y capacidad de respuesta de los cuidadores referente a la atención que este haya puesto en las demandas manifestadas por los niños, o sea, la accesibilidad real que el infante haya tenido de su cuidador.

Otro aporte importante para la teoría de Bowlby está en relación a la *Situación del Extraño* la cual es una situación realizada en un laboratorio con unos veinte minutos de duración con ocho episodios. Donde tanto la madre como el niño son introducidos en una sala de juego en la que se añade la presencia de una desconocida; Mientras la desconocida juega con el niño, la madre sale de la habitación dejando al niño con la persona extraña, la madre regresa y vuelve a salir, esta vez con la desconocida, dejando al niño completamente solo, finalmente regresan la madre y la extraña.

Tal y como se esperaba se evidenció que los niños exploraban y jugaban más en presencia de su madre, que la conducta de juego tranquilo disminuía cuando entraba la desconocida, pero sobre todo, cuando la madre se ausentaba. A partir, de estos datos, quedaba despejado que el niño utilizaba a la madre como una base segura para la exploración, que la presencia de cualquier amenaza activaba las conductas de apego en los niños estudiados, hacía desaparecer las conductas exploratorias en los mismos.

Como resultado de este experimento Bowlby postuló lo que se conoce como los diferentes tipos de apego que luego estudio y desarrollo, en la teoría que se expone como recurso teórico en este trabajo investigativo. Expresando que el apego se desarrolla como un modelo mental interno que integra creencias acerca de sí mismo, los otros, el mundo social en general del sujeto y juicios que afectan la formación, mantención de las relaciones íntimas durante toda la vida del individuo.

Además Bowlby en base a todo lo expuesto concluye con una aportación fundamental a su teoría la cual consiste en enunciar que: de acuerdo a como las personas responden en relación a su figura de apego cuando están angustiados se pueden definir los 3 patrones más importantes de apego y condiciones familiares que los promueven, constanding el estilo seguro, ansioso-ambivalente y evasivo que se despliegan a continuación.

2.1.2 Tipos de Vínculos:

La formación del vínculo dependerá del tipo de apego que el niño constituyó con su madre o cuidador primario a partir de los cuidados, protección o desprotección que este experimentó e introyectó como vivencias propias. Generándose a partir de esto los vínculos que a continuación se describen:

Apego seguro.- “La principal característica de los niños clasificados como con un apego seguro a la madre-[...] es que estos son activos en el juego y buscan el contacto, incluso cuando se han angustiado después de una separación breve; enseguida quedan consolados y vuelven muy pronto a absorberse en el juego”⁹.

Para una mejor comprensión de la cita expuesta es muy útil señalar que el Apego seguro desde Bowlby entre los apegos establecidos sería el más saludable, puesto que las madres o cuidadores de los niños han posibilitado en estos la formación de una base de seguridad a partir de su accesibilidad y apoyo en los momentos que el infante los ha requerido, razón por la cual estos niños tienen la plena confianza que sus figuras de apego estarán disponibles, que responderán a sus demandas y en las adversidades, cuando se genera en ellos/as momentos de angustia, en suma que estas figuras de apego podrán satisfacerlos/as en sus requerimientos.

De tal manera, que estas personas que han logrado establecer un estilo de “Apego Seguro” son poseedoras de ciertos rasgos característicos: En el dominio interpersonal los individuos con este estilo de apego; son más cálidos y logran establecer relaciones íntimas satisfactorias precisamente por ser estables, en lo referente al dominio intrapersonal, poseen una perspectiva coherente de sí mismo y son integradas, con tendencia a la positividad.

⁹BOWLBY. J, El apego y la Pérdida 1 El Apego, Edit. Paidós, Buenos Aires, 1998. P. 441

De igual forma, manifiestan tener una alta accesibilidad a esquemas y recuerdos positivos, lo que los lleva a tener esperanzas positivas acerca de las relaciones con los otros, a confiar e intimar más con ellos. Un patrón óptimo de apego se debe a la sensibilidad materna, las respuestas a los cuidados oportunos y adecuados al niño, la percepción acomodada, interpretación correcta y una respuesta contingente, apropiada a las señales del niño de por sí fortalecen las interacciones de este.

Apego ansioso –evitante.- Bowlby Según el texto el apego y la pérdida El Apego expresa que: “Los niños clasificados con un apego ansioso a la madre y esquivos [...] rehuyen a ésta cuando vuelve, sobre todo después de la segunda ausencia breve. Algunos de ellos tratan al extraño de un modo más amistoso que a la propia madre”¹⁰.

Aquellos sujetos que se ajustan a este tipo de apego, tienen despliegues mínimos de afecto o angustia hacia el cuidador, o evaden la figura materna ante situaciones que exigen la proximidad, resisten la información que pudiese crear confusión, cerrando sus esquemas a esta, asumiendo estructuras cognitivas rígidas, desarrollando mas tendencia al enojo.

Se ha logrado observar que cuando algunos niños se encuentran expuestos a un régimen imprevisible, estos al parecer llegan a un punto de desesperación, angustia: situación que promueve que en lugar de que el infante desarrolle una conducta afectiva caracterizada por la ansiedad, lo que manifiesta es un relativo desapego hacia su cuidador, el mismo que consiste en la manifestación de la siguientes conductas; aparentemente el niño no logra establecer confianza en los demás, ni preocuparse por estos, o proporcionarles atenciones, muy probablemente porque este no ha podido establecer las figura de seguridad en su madre o su cuidador primario, ya que estos no han podido ser exequibles a este en los momento de ansiedad.

¹⁰ Idem, p. 441

Promoviendo en el bebé a menudo conductas determinadas por la agresividad y la desobediencia, además estos niños se muestran siempre muy propensos a tomar represalias es, decir, son niños movidos a la venganza contra los otros, debiéndose como ya hemos podido advertir a una mala vinculación con sus cuidadores.

Es de gran relevancia para el desarrollo de la investigación presente, describir los términos que se emplean para las diferentes conductas: para aquella que tiende a aumentar la distancia de personas y objetos supuestamente amenazadores resultan convenientes los términos "retracción", "huida" y "evitación", para otro componente importante de la conducta, y adecuadamente organizado, el término utilizado es "inmovilización".

La conducta de retracción y la de apego se suelen dar con frecuencia, ya que ambas están dirigidas hacia el cumplimiento de la función de protección. Resulta fácil combinar en una única acción el evento de alejarse de una zona y acercarse a otra, no obstante, existen fuertes razones para trazar una distinción entre ambas.

Aunque en buena medida las condiciones que provocan tanto la conducta de apego y miedo son las mismas, no siempre ocurre así. Evidenciándose que en ocasiones la conducta de apego, por ejemplo, puede ser activada por el cansancio o la presencia de una enfermedad, al igual que puede ser también generada por una situación que provoca miedo en la criatura.

Por otra parte, cuando la conducta de apego o miedo son activadas por un estímulo al mismo tiempo no siempre son compatibles, (aunque lo sean en la mayoría de los casos). Por ejemplo, puede producirse un ambiente conflictivo cuando el estímulo que provoca tanto la huida como la conducta de acercamiento de un humano, se halla ubicado entre éste último y la figura en quien ha depositado su afecto y confianza.

Aunque reviste predominio de una u otra forma de conducta cuando el individuo asustado marcha de manera directa hacia la figura del apego, pese que para ello tiene que pasar cerca del objeto amenazador, o cuando huye de este objeto amenazante aún cuando esto representa que al hacerlo pone una distancia cada vez mayor entre sí mismo y la figura de apego.

Una conducta de apego ansiosa-evitante o la presencia de fallas en el establecimiento del vínculo materno-infantil, también se encuentra asociada con madres que castigan constantemente a sus hijos, ya sea de manera verbal, física, a través de la indiferencia o por una inhabilidad psicológica. Este tipo de apego no seguro, se ha asociado con la presencia del "síndrome no orgánico de detención del desarrollo", el mismo que se caracteriza por carencias nutricionales y/o emocionales que derivan en una pérdida de peso por la falta de atenciones de su cuidador primario, al mismo tiempo evidencian un retardo en el desarrollo físico, emocional y social.

Muchos niños muestran tener una menor accesibilidad a los recuerdos positivos y mayor accesibilidad a los esquemas negativos en sus conductas manifiestas, dichas condición expuesta conlleva al establecimiento de cierta características, tales como en el caso de las personas que desarrollan el apego de tipo evasivo, los cuales presentan tendencia a mantenerse recelosos a la cercanía con las otras personas, exponiéndose como apáticos, desinteresados, distantes y con una muy escasa o nula atención por el otro.

Apego ansioso ambivalente.- “Los Niños clasificados como con un apego ansioso a la madre y rechazantes [...] buscan la proximidad y el contacto con ésta y oponerse al contacto, la proximidad y la interacción con ella. Algunos son descritos también como más coléricos que los demás niños y unos pocos más pasivos”¹¹.

¹¹ Idem, p. 441

Por tanto los sujetos ambivalentes son aquellos que buscan la proximidad de la madre o figura primaria, y al mismo tiempo se resisten a ser tranquilizados por esta, mostrando agresión hacia la madre; respondiendo a la separación con angustia intensa combinan comportamientos de apego (vinculación) con expresiones de protesta, enojo, resistencia.

Por causa de una excesiva flexibilidad en las habilidades emocionales de sus cuidadores primarios, estos niños no tienen perspectivas de confianza respecto al acceso y respuesta de los primeros. Estas personas están definidas por un fuerte deseo de intimidad, del mismo modo que manifiestan intenso temor de que ésta se pierda.

Así mismo puede surgir una situación especial en la que se produce un conflicto entre la conducta afectiva y la conducta de alejamiento que manifiesta el niño, conducta que se genera cuando la figura de apego (madre o cuidador primario) es la que provoca también al mismo tiempo temor en el bebé, puesto que esta figura en mención recurre constantemente, quizás, a amenazas o actos de violencia para corregir al infante.

Bajo estas circunstancias, las criaturas más pequeñas no suelen huir de la figura hostil, sino que terminan aferrarse a ella como un referente o base de seguridad que les permite sostenerse emocionalmente a pesar de la dificultad existente en la situación afectiva expuesta.

Por todo lo afirmado se infiere que todo apego regido por la ansiedad se desarrolla no sólo porque el niño ha sido excesivamente gratificado, sino más bien porque sus experiencias lo han llevado a elaborar un modelo de figura afectiva que suele mostrarse inaccesible o que no responde a las necesidades del crío cuando aquél lo desea. Cuanto más constante, previsible sea el régimen, el ambiente en el que se desarrolla o crece el sujeto, más seguros son los vínculos de afecto del pequeño, en tanto que, cuanto más imprevisibles e inconstantes sea el ambiente, y el régimen se

encuentre sujeto a perturbaciones, el vínculo será determinado por una mayor ansiedad.

Bowlby en el texto El Apego y la Pérdida 3 Apego plantea que:

En el curso del desarrollo sano, lleva al establecimiento de vínculos afectivos o apegos, al principio entre el niño y el progenitor y más tarde entre adultos. Las formas de comportamientos y los vínculos derivados de ellas están presentes y activos durante toda la vida (y no se limitan de ningún modo a la niñez, como suponen otras teorías.¹²

Bowlby es claro, enfático al mencionar que los vínculos afectivos o apegos no se dan únicamente en la infancia entre el niño, su progenitor, sino que están presentes, activos en toda la vida, es decir que en la edad adulta los sujetos pueden desarrollar estos vínculos o apegos debido a una necesidad de seguridad afectiva, cuidados en una relación vincular de pareja o amistad, la mismas que reproduce en algunas ocasiones las patologías o vínculos sanos de relaciones pasadas, surgiendo por tanto la gran posibilidad desde este argumento de que tanto un sujeto que ha sido sometido a una cirugía de trasplante de riñón (receptor) y otro sujeto a quien se le ha retirado por un procedimiento quirúrgico el riñón (donante) establezcan una nueva forma de vinculación promovido por este estímulo del dar y recibir un órgano renal.

2.2 Frente a la Insuficiencia Renal

Existen pacientes que son diagnosticados con insuficiencia renal sin co-morbilidad, a estos se les puede considerar afortunados entre comillas ya que se enfrentan directamente solo a esta dolencia, mientras que otros grupos que son diagnosticados con esta patología, por lo general antes de dicho diagnóstico ya se han enfrentado a

¹²BOWLBY. J. 1993. El Apego y la Pérdida 3. Op. Cit. P. 60

varios duelos, generados por muchas pérdidas en sus salud, puesto que en la mayoría de los casos sus condiciones físicas se han limitado.

Entre los pacientes del Hospital Carlos Andrade Marín del área de Nefrología de la ciudad de Quito en el año 2010, que se le dio un diagnóstico sin co-morbilidad podemos encontrar el caso de Jorge un paciente de 53 años de edad que ingresa al hospital con múltiples síntomas que dieron como resultado el diagnóstico de una insuficiencia renal, pero que afortunadamente no estaba acompañada de diabetes, Hipertensión Arterial u otra enfermedad que agrave aún más el cuadro del paciente en mención.

A este paciente se lo puede considerar afortunado entre comillas puesto que podrá acceder de manera más fácil a un lista de espera para trasplante, ya que el comité de diálisis ve conveniente ya que este se ajusta al protocolo vigente, al mismo tiempo él no se enfrentará a todas las dificultades, que por ejemplo, sí tuvo que afrontar Marcos ambos nombres ficticios, quien ya tenía una diabetes de 15 años de padecimiento lo que lo habría llevado a perder sus extremidades inferiores por amputaciones necesarias para salvar su vida, una deficiencia grave visual, entre otros aspectos que complicaron su adaptación a las diálisis, el trasplante, por su edad su salud deteriorada, no entrando en los parámetros del protocolo para un trasplante renal, dificultándosele las diálisis, paciente que tras un año de diálisis peritoneal por cierto falleció.

En tanto que el caso de Carmen paciente con nombre ficticio de 45 años que aunque también se encontraba con co-morbilidad de la enfermedad de la diabetes, sus dificultades eran menores que el caso anterior en gran medida, ya que esta paciente, solo había tenido que enfrentar cambios de hábitos alimenticios, ejercicio, y el uso de la medicación para la enfermedad, situación que le facilitaba poder acceder a un trasplante renal en el momento que esta ubicare un donante compatible o la lista de

donantes cadavéricos se lo permitiera, por sus buenas condiciones entre comillas dicho sea de paso.

Además en algunos pacientes observados en el área de Nefrología se pudo evidenciar que presentaban múltiples limitaciones físicas como: hipoacusia, hipertensión arterial, diabetes, disminución o pérdida total de la visión, amputaciones de una o varias extremidades, entre otros aspectos que vulneran su desarrollo cotidiano, transformándolos en personas dependientes y frustradas lo que en la mayoría de los casos les generaba conflictos emocionales.

La insuficiencia renal es una enfermedad muy limitante e incapacitante sobre todo si quien la padece está en una edad avanzada, puesto que ya de por sí solo el paso de los años le genera dificultades para realizar aquellas actividades que antes les eran fáciles, en tanto que para aquellos que empiezan a vivir, como el caso de los niños, se enfrenta a un tipo de vida diferente a la de otros niños de su edad.

Mientras que los que conforman el grupo de los adultos que padecen esta enfermedad sufren la sensación de pérdida de todo aquello que era su modo de vida, genera impotencia y miedos irracionales como, el temor a perder la pareja y hasta la vida.

Frente a lo expuesto muchos pacientes que se ajustan al protocolo de un trasplante, pueden visualizar en este una tabla de salvación de los tratamientos sustitutivos agresivos e invasivos a los que son sometidos constantemente, la autocompasión y la lastima de los que los ven de manera errada.

2.2.1 Insuficiencia renal

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad que en la actualidad la padece gran parte de la población del Ecuador entre los que se puede observar pacientes de todas

las edades, etnias y estratos sociales en general, afectando sobre manera no sólo la salud física de quien la padece sino también su entorno familiar y social.

El diccionario de medicina de la Facultad de Medicina de la universidad de Navarra menciona que la insuficiencia Renal es:

Incapacidad de los riñones para cumplir su misión de mantenimiento de la homeostasia del medio interno y eliminación de productos metabólicos de desecho. Puede dar lugar a múltiples síntomas, signos clínicos, y alteraciones analíticas (Por Ejm; azotemia, uremia, nicturia, oliguria, o anuria, sobrecarga líquida, hipertensión arterial, acidosis hiperpotasemia, proteinuria, hematuria, ciclindruria, leucocituria, etc).¹³

Es decir que la insuficiencia renal crónica es una condición que se origina, por el daño permanente e irreversible de la función de los riñones secundario a cualquier causa. A nivel mundial, las causas más frecuentes (pero no las únicas) de Enfermedad Renal Crónica son: la diabetes, hipertensión arterial, las enfermedades obstructivas de las vías urinarias, como cálculos, tumores, entre otros. Como se puede observar las causas pueden ser múltiples y se agrupan en síndromes como insuficiencia renal aguda o crónica, insuficiencia renal rápidamente progresiva, síndrome nefrótico, defectos tubulares renales, nefrolitiasis, obstrucción urinaria, etc.

El diagnóstico de tan sólo uno de estos síndromes expuestos, generan una condición de limitación e incapacidad en el sujeto para seguir realizando sus actividades habituales, ni hablar de las alteraciones emocionales y en su entorno familiar, a lo que toda la patología evidenciada conlleva.

Es importante conocer que los riñones son dos órganos en forma de fríjol, cada uno de ellos tiene aproximadamente el tamaño del puño de una mano. Están ubicados en la parte posterior del abdomen, a los lados de la columna vertebral. Los riñones

¹³DICCIONARIO de medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Madrid, Editorial Espasa Calpe S.A. 2007, p. 689

actúan como filtro, para retirar de la sangre el exceso de agua y los productos nocivos que produce el organismo (desechos). Cuando los riñones pierden la capacidad de filtrar y limpiar la sangre, el agua, los productos de desecho pueden acumularse ser tóxicos para el organismo. Esto se denomina insuficiencia renal.

Dáchiardi Ariza manifiesta en el texto investigado que la insuficiencia renal crónica es:

El deterioro progresivo e irreversible de la función renal, como resultado de la progresión de diversas enfermedades primarias o secundarias, resultando en pérdida de la función glomerular, tubular y endócrino del riñón. Lo que lleva a alteraciones de la excreción de los productos finales del metabolismo como los nitrogenados y la eliminación inadecuada de agua y electrolitos, así como la alteración de la secreción de hormonas como eritropoyetina, renina, prostaglandinas y la forma activa de vitamina.¹⁴

Este deterioro del riñón que acarrea alteraciones de la excreción de los productos finales del metabolismo, como los nitrogenados, la eliminación inadecuada de agua, electrolitos, entre otras alteraciones ya mencionadas que se producen en los sujetos que padecen de esta enfermedad, son los factores que conllevan al paciente a sustituir su órgano enfermo por uno sano, cuando hay un donante pre dispuesto, compatible.

Esta situación a más de degenerar el organismo del sujeto también trastoca su situación psíquica, puesto que vive sucesivas pérdidas que originan duelo, cambio en gran medida de sus hábitos, conductas, constituyendo en el ser humano que padece esta enfermedad una alteración emocional, que origina conflictos existenciales muy fuertes consigo mismo, con el entorno.

¹⁴DÁCHIARDI R., Ariza. Insuficiencia Renal crónica. En: Borrero J. Montero O. Fundamentos de Medicina Nefrología, 4^{ta} edición, Editorial Corporación para investigaciones biológicas; Medellín, 2003, p. 728-738.

2.2.2 Tratamientos Sustitutivos

Cuando la patología de la insuficiencia renal se encuentra en su fase temprana se puede recurrir a un tratamiento que ayuda a retrasar el requerimiento de la diálisis, normalmente los galenos indican al paciente que limite la ingesta de sal, fosforo, líquidos y proteínas en la dieta, por tanto el controlar la dieta es muy importante para distanciar el tratamiento renal sustitutivo (diálisis).

Concibiéndose a la dieta como la forma de tratamiento más temprana y puede retrasar la necesidad de la diálisis. Si la función renal está muy deteriorada, es necesario recurrir a uno de los siguientes tratamientos:

Diálisis.- Es el proceso de eliminar los productos de desecho y el exceso de agua de la sangre. Existen dos modalidades, hemodiálisis y diálisis peritoneal.

Hemodiálisis.- La palabra “hemo” significa sangre. En esta técnica la sangre sale fuera del cuerpo a través de un tubo y se limpia por medio de un filtro especial, en una máquina de diálisis. La sangre limpia es devuelta al cuerpo. En el Diccionario de Medicina refiere que para que este procedimiento se lleve a cavo es necesario: “Un acceso a la corriente sanguínea del paciente, un mecanismo de transporte de la sangre, desde la circulación hacia la máquina y viceversa, y un dializador. También fistula arteriovenosa”¹⁵.

Como lo expresa la cita la realización de una fístula arteriovenosa como acceso vascular es de prioridad para la realización del procedimiento de hemodiálisis, al mismo tiempo que debe contar con una maquina dializadora con su filtro especial que limpiará la sangre de las impurezas con un mecanismo de transporte de la sangre,

¹⁵ “Diccionario de Medicina”, OCÉANO MOSBY, Editorial Océano, Barcelona, p. 667

desde la circulación hacia la máquina y viceversa, actividad que antes realizaba el riñón para expulsar las impurezas, ahora reemplazado por el tratamiento renal sustitutivo.

Diálisis Peritoneal.- Este tratamiento según relata el Diccionario de Medicina consultado es un:

Procedimiento realizado para corregir el desequilibrio electrolítico de la sangre o eliminar toxinas, fármacos u otros productos de desechos excretados por el riñón. Se utiliza como membrana difusible el peritoneo. La diálisis peritoneal puede practicarse por las noches en los niños con enfermedad crónica mientras duermen y también a intervalos regulados en casa¹⁶.

Con la Diálisis Peritoneal, la sangre se limpia dentro del cuerpo, usando una de las membranas del propio cuerpo, el peritoneo, como filtro.

El peritoneo es una cubierta delgada que forma un saco alrededor de órganos tales como el hígado, estómago e intestinos, se utiliza el peritoneo como membrana de diálisis. Para ello se necesita la colocación de un cateter intraperitoneal.

Trasplante renal.- El trasplante renal es una operación hecha por un cirujano especialista en trasplantes para proporcionar al paciente un riñón funcional, permite al paciente con Insuficiencia Renal Crónica recuperar en gran medida su calidad de vida previa a la enfermedad. Requiere medicación inmunosupresora toda la vida con el riesgo que ello supone de efectos secundarios. Para la inclusión en lista de espera de trasplante renal del paciente del IESS influyen: la edad, enfermedad de base y patología asociada del paciente.

La siguiente cita se puede contar con algunas consideraciones de inclusión encontrados en un artículo de insuficiencia renal, de una página web. “La inclusión de un paciente en un programa de diálisis debe individualizarse en función de las

¹⁶ “DICCIONARIO de Medicina” OCEANO MOSBY, Op. Cit. p. 394

características clínicas, psíquicas y ambientales. Se debe iniciar cuando el aclaramiento de creatinina es inferior a 5-10 ml/min o antes en el caso de los pacientes diabéticos.”¹⁷

La cita planteada se puede encontrar que entre los principales criterios de inclusión que son tomados en cuenta para un trasplante renal tenemos que como prioridad se debe individualizar tal inclusión del programa de diálisis en base a las características clínicas, psíquicas y ambientales, al mismo tiempo se debe tomar en cuenta su inicio cuando el aclaramiento de la creatinina esta inferior a 5 o 10 ml/min y muy probablemente antes en el caso de los pacientes insuficientes renales.

Este tratamiento al igual que el trasplante le permiten seguir viviendo pero este último les proporciona la oportunidad de evitar la conexión constante a una máquina dializadora, produciendo en estos sujetos una mejor calidad de vida y facilidad en sus relaciones sociales, pero se ha visto en muchas oportunidades que la falta de un procedimiento terapéutico psicológico adecuado y oportuno, antes durante y luego del trasplante renal, provoca que se genere en el receptor una serie de conductas vinculares inexplicables hacia su donante y viceversa, motivo por el cual se hace apremiante la realización de esta indagación.

2.2.3 Trasplantes renales antecedentes

Para una mejor comprensión del concepto se cita como referencia el Diccionario de Medicina de Navarra, el cual dicta que el trasplante renal es una:

Intervención quirúrgica que consiste en la colocación de un riñón, procedente de un donante vivo o de un cadáver, en un receptor que padece una insuficiencia renal crónica terminal, en tratamiento con hemodiálisis o

¹⁷ASISA,InsuficienciaRenal,25noviembre2010,en:http://asisa.saludalia.es/desarrolloReportaje.aspx?id=doc_insuficiencia_renal1.

*diálisis peritoneal. Es el tratamiento ideal de los pacientes con una insuficiencia renal terminal, por que mejora significativamente su calidad de vida*¹⁸.

Como en reiteradas ocasiones se ha mencionado, el trasplante es la transferencia de un órgano o tejido de una persona a otra o de una zona del cuerpo a otra distinta, con el fin de reemplazar una estructura enferma o restaurar una función orgánica.

Hoy en día el trasplante de tejidos y órganos es una actividad ya normalizada dentro de la práctica médica del Ecuador. Actualmente se trasplanta de manera habitual órganos sólidos como riñón, hígado, corazón, los donantes preferidos son los gemelos idénticos, o personas que tienen los mismos grupos sanguíneos y características inmunológicas, puesto que esto favorece un porcentaje elevado en la compatibilidad y un exitoso trasplante.

El éxito del trasplante dependerá de la existencia o no del rechazo del tejido del donante por parte del receptor. Bajo anestesia local o general, se prepara el lugar de asiento del receptor y se coloca el órgano extraído del donante (riñón) que va a ser trasplantada, durante la intervención se cuidan aspectos como: La oxigenación y la irrigación en el paciente, hasta que la circulación normal pueda ser restablecida en el receptor.

Posterior a la intervención quirúrgica los médicos ponen especial atención a los signos de fracaso circulatorio en el área de nueva implantación, con la finalidad de preservar el implante se puede administrar al paciente suero antilinfocítico con esteroides, para suprimir la producción de anticuerpos contra el tejido extraño.

En lo referente al rechazo los signos de la posible pérdida del órgano renal por lo general consisten en: fiebre, dolor y pérdida de la función del órgano, lo cual suele acontecer en los primeros 4 a 10 días luego del trasplante renal efectuado. Pero existe

¹⁸ DICCIONARIO de Medicina facultad de Medicina de Navarra Op. Cit.2007, P. 1.207

también la probabilidad de que pueda formarse un absceso si la reacción de rechazo no es detenida en el momento requerido, al mismo tiempo un rechazo retardado puede presentarse varios meses después o incluso un año más tarde de realizada la intervención quirúrgica.

Se ha podido llegar al establecimiento de que en América Latina, el promedio de pacientes que anualmente debe ingresar a diálisis o trasplante renal es de 150 personas por cada millón de habitantes. En el Ecuador país con casi 11 millones de habitantes, anualmente se presentan aproximadamente 1500 casos de insuficiencia renal.

De acuerdo a un artículo ubicado en noticias-ecuador: el “Dr. Cesar Vascones, Nefrólogo del Hospital Carlos Andrade Marín, menciona que la mayoría de pacientes están concentrados en este centro de salud. Esto ha determinado una sobrepoblación que imposibilita que se pueda atender a todos”.¹⁹

A partir de la pasantía que se realizó en la institución se puede acotar que este dato esta acertado y que para canalizar una solución, la alternativa encontrada para solucionar esta problemática hospitalaria ha sido firmar convenios con otros centros de salud seleccionados por el hospital, por supuesto el seguro cubre todos los gastos. En el país existen 14 hospitales acreditados en trasplantes de riñón. En tanto que los pacientes que requieren de este tipo de trasplante es cada vez más alta.

Uno de estos Hospitales acreditados en el país es el Hospital Carlos Andrade Marín del Seguro Social de la ciudad de Quito, institución que alberga pacientes con características de asalariados privados y públicos que pagan una cuantía a través de

¹⁹Dr. Cesar Vascones, Explored, El Trasplante Imposible, 18 de mayo 2011, <http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/el-transplante-imposible-67959-67959.html>

sus patronos o personalmente, para poder acceder a las coberturas médicas que esta institución presta a sus afiliados.

Como ya se expuso en los antecedentes del planteamiento del problema, en el Ecuador existen, al menos, 3.500 personas que reciben terapias con diálisis tres veces por semana, de este repertorio, 1.200 pacientes requieren un trasplante urgente de riñón para recuperar, en parte, su deteriorada salud y “estabilidad emocional”.

2.2.4 Donante/ Receptor

En el texto consultado el autor manifiesta quien puede ser un donante: “1. Donante Sujeto humano o de otra especie del cual se obtiene un tejido vivo para otro, como por Ejemplo sangre para ser transfundida o un riñón para su trasplante. 2 Sustancia o compuesto que da parte de sí mismo a otro”²⁰.

La donación es un acto por el cual una persona (llamada donante) enajena una cosa, de forma voluntaria, a otra (llamada donatario) que la acepta. Al mismo tiempo que puede ser la transferencia de bienes o similares (en este caso, órganos) de una persona a otra con la característica primordial que no debe existir remuneración alguna de por medio. Esta es la única alternativa conocida actualmente para que algunas personas puedan seguir viviendo, la donación de otras personas puede socorrer al enfermo en su dolencia, en dicha donación el sujeto accede a que una parte de su cuerpo sea extraída en este proceso (riñón). Así, los enfermos podrán recuperar la salud y salvar su vida.

Existen varios tipos de donaciones: la donación mortis es aquella que un individuo realiza ante el riesgo de muerte del donante.

²⁰ DICCIONARIO de Medicina facultad de Medicina de Navarra Op. Cit.P. 424

El destinatario de la donación sólo adquirirá los bienes dados en donación posterior al deceso de quien le dona. La donación modal con carga u onerosa, en esta modalidad se impone al donatario un gravamen que debe ser inferior al valor de lo donado, o de lo contrario, no se podría decir que se trata en sí de una donación. Es por Ejm; el caso del donante que regala al donatario una empresa pero le exige que entregue todos los años parte de la producción a una obra social como un orfanato. También encontramos la donación remuneratoria a la que se hace a una persona por sus méritos o por los servicios prestados al donante, siempre que no supongan deudas exigibles.

En esta donación el donante agradece y recompensa (no paga) los servicios prestados por el donatario (por ejemplo, los presentes que se le dan a un amigo que nos preste un dinero que jamás nos quiso cobrar). Por último tenemos la donación condicional que no es más que la que se plantea dependiendo de que ocurra un determinado suceso dudoso en el destinatario (por ejemplo, cuando se dona una casa a los recién casados, pero a condición de que si se separan deben restituirla a quien la donó u otro beneficiario que el donante acuerde).

Hay varias clases de donaciones. La donación mortis es aquella que se hace ante el riesgo de muerte del donante, es decir el donatario sólo adquiere los bienes donados tras la muerte de aquél o el donante vivo, cabe señalar que es indispensable contar con la predisposición de un voluntario, para luego evaluar la compatibilidad para realizar el procedimiento.

En los primeros días del mes de enero del 2010 se aprobó una ley en la Asamblea Nacional, dirigida a que cada sujeto en libertad de elección puede declarar en donación sus órganos, claro está si este ya no tiene oportunidad de vida, pero hay que acotar que la ley por sí sola no es meritoria de ejecución si antes no se ha realizado una socialización y concienciación del tema para conseguir el fin deseado.

En el Diccionario de Navarra se evoca que el Receptor de trasplante Renal es un: “Paciente que va a ser intervenido (o es receptor) de un injerto renal precedente de un donante vivo o de un cadáver [...] Para ello se establecen unos criterios consensuados y aceptados por la mayoría de los profesionales”²¹.

En dicho caso se puede señalar que el receptor es un sujeto muy necesitado de un trasplante de órgano (riñón) para seguir viviendo ya que su calidad de vida se encuentra afectada por esta deficiencia que vulnera su desenvolvimiento y altera su actividad laboral y emocional.

La donación es un término que designa cosas diferentes, si bien todas ellas tienen en común la propiedad de recibir algo incorporándolo a su estructura, permitiendo de alguna forma gozar de un beneficio que alguien le cede. Esto se puede evidenciar en el área de trasplante renal del Hospital Carlos Andrade Marín, cuando alguno de los pacientes diagnosticados con la patología renal, y luego de cumplir con los requisitos del protocolo y una exhausta búsqueda por encontrar el donante idóneo, que desee desprenderse de su órgano y permitir que un enfermo (llamado receptor) albergue la esperanza de recuperar su salud.

Al mismo tiempo en el Diccionario de Medicina de Navarra presenta un esbozo que hace referencia a que el: “Receptor Organismo que recibe tejidos vivos procedentes de otro organismo como el receptor de una transfusión de sangre o de un trasplante de órganos”²². Es decir que el receptor es aquel a quien se le adjudica el bien que alguien desea ceder sin que de por medio exista la entrega de un capital efectivo a cambio, Por lo tanto el donante es aquel que recibe aquel tejido u órgano vivo que procede de otro sujeto voluntario y compatible para el trasplante requerido.

²¹DICCIONARIO de Medicina” OCEANO MOSBY, Op. Cit. p. 1046

²²Idem, p. 1.122

2.3 El duelo y los vínculos

Para Freud: “El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal etc. A raíz de idénticas influencias en muchas, personas se observa en lugar de duelo, melancolía.”²³

Como se verá posteriormente el duelo es la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que se ha hecho de esta, como: la libertad, un ideal, la familia, la salud, o un órgano, es decir se evidencia como una pérdida de interés en el mundo exterior y una pérdida de capacidad de escoger un nuevo objeto de amor, puesto que la abstracción que hacía las veces ya no existe produciendo una sensación de vacío, dolor, angustia, que poco a poco se va sobreponiendo en el caso del duelo normal, en tanto que en el patológico surge una gran dificultad para que se logre un adecuado examen de la realidad que permita abstraer que el objeto amado ya no existe más, y proceder al retiro del libido de sus enlaces con ese objeto.

Es pertinente considerar que las causas desencadenantes de un duelo pueden ser múltiples, generalmente todas tienen una base común: la valoración afectiva que el sujeto de manera consciente o inconsciente le atribuye a dicha pérdida.

Desde esta perspectiva se distinguen entre tres procesos de duelo, el duelo normal, los duelos patológicos (el sujeto se considera obsesivamente culpable de la muerte ocurrida, la niega, cree padecer la misma enfermedad que la produjo, se cree poseído o influido por el muerto, etc.) y la *melancolía*.

Basándonos en la propiedad homónima de la palabra duelo y de las raíces etimológicas que se citarán posteriormente, se puede llegar a la afirmación que el duelo es dolor, dolor psíquico que puede llegar a encarnarse en el individuo, como es

²³FREUD S., Obras Completas, Tomo 14, Duelo y Melancolía, p.241

el caso de algunas enfermedades psicosomáticas; al mismo tiempo el duelo es un desafío a la estructura subjetiva para recomponer su universo simbólico, luego de enfrentarse a la muerte de un ser querido que, simboliza la pérdida del objeto amado o la pérdida de salud en un individuo con insuficiencia renal que al mismo tiempo viene padeciendo múltiples duelos por el deterioro en su salud.

En la siguiente referencia bibliográfica que Freud introduce en su obra *Duelo y Melancolía*, hace una acertada exposición concerniente al enfrentamiento que un individuo experimenta en el duelo expresando que: “El duelo hace referencia a una pérdida y aun enfrentamiento, es decir, a un vacío²⁴”

Este vacío al que hace alusión Freud es esa sensación de pérdida, esa pérdida a veces irreparable de un ser al que se está vinculado afectivamente de forma muy estrecha, que al constatar que su pérdida es irreversible nunca más lo volverá a ver, generará en muchas ocasiones una gran dificultad en el sujeto para enfrentar esa ausencia definitiva a veces hasta su reparación.

Es en este contexto, que a muchas personas que han experimentado un duelo en sus vidas, se les dificulta sobre manera conseguir vincularse afectivamente a otros individuos posteriormente y surge en este referente el duelo patológico constituido por una fuerte depresión generada por la incapacidad de entendimiento real de la pérdida, que decanta en una melancolía.

Es trascendental acotar además para un mejor entendimiento de la teoría que los tiempos del duelo son: duelo normal y duelo patológicos desde un concepto psicoanalítico, el término duelo es una palabra homónima. Que etimológicamente proviene de dos vocablos latinos:

²⁴ FREUD, Sigmund: *Duelo y Melancolía*, Obras Completas, Editorial Biblioteca Nueva, 3ra Edic, Madrid 1973 (Tomo II).

“Dolus, del latín tardío, que significa dolor, pena o aflicción. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien.

Duellum, variante fonética arcaica de bullum, que significa batalla, desafío, combate entre dos”²⁵.

Entonces el duelo desde la concepción psicoanalítica es un dolor, pena, o batalla entre dos, el sentimiento que se tiene posterior a una pérdida significativa en la vida de un sujeto muy vinculado con otro y esa dificultad normal para aceptar su partida.

Mientras que el vínculo es una atadura, ligamiento, cercanía con alguien o algo que se ha seleccionado de forma preferente, Bowlby en la teoría del vínculo manifiesta que el distanciamiento físico de la madre o cuidador primario del niño, durante un tiempo relativamente breve, produce en el infante una angustia por el alejamiento de la figura materna conocida, llegando a generar la angustia de separación en el niño, si esta es constante y manejada inadecuadamente quitándole los referentes de seguridad al niño.

Entonces estas circunstancias pueden traer una vinculación de tipo ansiosa ambivalente o ansiosa evitante, debido a que la angustia que antecede al miedo, termina con la sensación de seguridad del infante, mientras que la presencia o fácil accesibilidad a la madre o cuidador sustituto promueve el apego seguro en el sujeto.

Para comprender a qué se refiere Bowlby al hablar de “Apego” en base al cuidado o ausencia de este. Es pertinente aclarar los términos *presencia* y *ausencia* para el entendimiento del concepto de *separación*. Entendiéndose para el expositor de esta teoría por:

²⁵ COROMINAS Y J.A. PASCUAL, Diccionario Crítico etimológico. Ed. Gredos, España, 1991.

Presencia la fácil accesibilidad y por ausencia la inaccesibilidad: Mientras que los vocablos separación y pérdida tal como los utilizan en la obra investigada implican siempre que la figura en la que el sujeto centra su afecto es inaccesible, sea temporariamente separación o de manera permanente pérdida.²⁶

Es decir que para Bowlby la facilidad que el infante tenga para acceder a su madre o cuidador se la debe comprender como presencia, o sea que la madre en mención, está pendiente de satisfacer todas las necesidades del niño y su llamado, proporcionando referentes de seguridad y por ende un apego saludable; En tanto que los términos separación y pérdida, envuelven que la figura en la que el individuo ha centrado su afecto es inaccesible temporalmente, esbozando como separación a aquella ausencia o inaccesibilidad momentánea o breve de la madre, pero si dicha inaccesibilidad es permanente se denominará pérdida.

Es en este marco que se habla de una pérdida tanto de la salud del receptor que al poder acceder al trasplante es *transitoria*, o como diría Bowlby *momentánea*, puesto que luego del trasplante recupera aquello de lo que había sido separado su salud, en tanto que el donante al ser separado de su órgano pierde contacto con este y su único punto de referencia de dicha pérdida es el receptor, del que a partir de la intervención le costará probablemente separarse.

2.3.1 La culpa en el receptor

Se entiende por culpa a la experiencia dolorosa que deriva de la sensación más o menos consciente de haber transgredido las normas morales, éticas, personales que sostienen el sistema social, lo cual genera en el sujeto un sentimiento de culpa. La capacidad para sentir culpa, dada por sentada tiene que ver con el acto de pecado, en personas que han desarrollado y logrado el establecimiento de la capacidad para

²⁶BOWLBY, John, El apego y la Pérdida 2 La Separación, Edit. Paídos, Buenos Aires, 1998, p 202

experimentarlo, lo cual fue especialmente estudiado por Freud, quien además en el texto *El Malestar en la Cultura* revela que:

Existen dos orígenes del sentimiento de culpa: La angustia frente a la autoridad y más tarde la angustia frente al super yo. La primera exige a renunciar a satisfacciones pulsionales; la segunda esfuerza, además al castigo, puesto que no se puede ocultar ante el super yo la persistencia de los deseos prohibidos²⁷.

Debe entenderse que ante la angustia de la autoridad y posteriormente la angustia frente al super yo rígido de un sujeto, que no le permite satisfacer sus deseos pulsionales, se produce en este la culpa, cuando logra transgredir la norma o sucumbir a sus deseos pulsionales, siendo la culpa el castigo, pues no se puede ocultar ante el super yo la persistencia de los deseos inconscientes y peor aun la trasgresión que se ha dado al acceder al cumplimiento del deseo.

Comprendiéndose posiblemente que esta situación expuesta en la cita anterior, puede ser experimentada por el receptor de un órgano renal cedido por un familiar muy querido (madre, padre o hermano/a) que le devuelve la posibilidad de vivir pero al mismo tiempo este puede creer que le esta arrebatando al mismo la eventualidad de tener sus dos riñones en su cuerpo, sometiéndolo a una serie de actos invasivos que posiblemente desde su concepción limitarán al donante en su desenvolvimiento habitual, condición que genera quizás la culpa en el receptor ya que pese a obtener lo anhelado ello conlleva transgredir a otro que tiene lo que él necesita, convirtiéndose aquello (deseo del riñón del otro) posiblemente en un momento dado en un deseo prohibido generador de culpa en el receptor.

²⁷ FREUD, S. **El malestar en la cultura**. Obras completas. Tomo XXI, Amorrocha Ediciones, Buenos Aires, 1990. p. 123

Esta situación se pudo evidenciar en el caso de uno de los pacientes Trasplantado Renal, que es ingresado al área de nefrología por un dolor en su espalda, quien llevaba ya 6 años trasplantado del riñón donado por su hermano.

Él expresa al ser entrevistado por la Psicóloga en el Hospital Carlos Andrade Marín:

En el momento de los exámenes yo sentía miedo por los riesgos que mi hermano tomaría para ayudarme, con el pasar del tiempo ese miedo fue desapareciendo, así mismo fui asimilando mi nueva situación, al principio cuando salí de la operación me preocupaba mucho por mi hermano, gracias a Dios las cosas con mi hermano estaban saliendo bien y gracias a la información que los médicos me proporcionaron respecto al trasplante. La salud de mi hermano no se vio afectada por el trasplante, y eso me llenaba de tranquilidad, ya que su estabilidad es muy importante para que yo pueda sentirme bien.²⁸

Además de lo expuesto en la anterior cita para Freud la culpa reside: “En una intención inconsciente, no en un acto real cometido, y puede entenderse como una angustia provocada por el conflicto de ambivalencia amor-odio (amar y odiar al padre produce culpa), e implica poder tolerar esta ambivalencia”²⁹.

Surge así la culpa del choque del amor y el odio, que es inevitable si en el ser humano emerge una ambivalencia frente a alguien como el padre o madre que a la vez perjudica profundamente el desarrollo de este. La culpa en muchas ocasiones es bastante ilógica: se puede sentir culpa por hechos casuales que nada tienen que ver con uno.

El sentimiento de culpa normal, consciente (conciencia moral) descansa en la tensión entre el *yo* y *el ideal del yo*, es la expresión de una condena del yo por su instancia crítica. “El duelo pesaroso, la reacción frente a la pérdida de una persona amada

²⁸ Discurso del paciente caso 1, entrevista personal al paciente en el Hospital Carlos Andrade Marín, p.156

²⁹ FREUD, S, **El malestar en la cultura**, Op. Cit. p. 123

contiene idéntico talante dolido, la pérdida de interés por el mundo exterior- en todo lo que no recuerda al muerto-la pérdida de de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor-en reemplazo”³⁰

La reacción frente a la pérdida de una persona amada puede manifestarse como un duelo pesaroso en el que el sujeto puede presentar conductas como la falta de interés en el mundo exterior, en todo lo que no le recuerda al muerto, llegando a surgir una gran dificultad para incorporar o escoger un nuevo objeto de amor que reemplace el perdido, al realizar una especie de analogía con lo que acontece con un paciente insuficiente renal, se podría inferir que un sujeto que está diagnosticado con esta enfermedad experimenta una sustancial pérdida que en este caso, vendría a ser su salud y estabilidad emocional.

Situación que en lo posterior será restituida de cierta manera con la donación del órgano que le será implantado, mientras el donante a quien se le retirará con una intervención quirúrgica su riñón evidenciará una pérdida que tiene mucho parecido quizás a la pérdida dolorosa a la que hace alusión Freud en la cita, que muy posiblemente no encontrara objeto en el exterior que pueda reemplazar fácilmente dicho objeto perdido, por un acto de amor (donación) en una cirugía, provocando quizás que este tome en un esfuerzo de restitución del objeto perdido a quien lleva su órgano implantado como sustituto de aquella pérdida a partir de demandas constantes, esporádicas (materiales o de afecto) inexplicables inconscientes en muchas ocasiones para los involucrados inmersos en la conflictiva.

Cuando un sujeto se encuentra sumergido en un caso extremo de melancolía por una pérdida afectiva suscitada, está muy susceptible y advierte un gran dolor emocional, la culpa se expresa en muchas ocasiones en ellos como un auto-reproche, este individuo se hace cargo de todos los males, se siente culpable de lo que ha pasado, y

³⁰FREUD S., Obras Completas, Tomo 14, Duelo y Melancolía, 242

pierde totalmente el interés en su entorno como ya se ha referido en reiteradas ocasiones.

Resumiendo lo expuesto se puede teorizar que al haber transgredido la norma social, un sujeto debe enfrentar la culpa, superarla con un enfrentamiento al “superyó” inquisidor que trastorna su deseo genera la culpa en este, perturbando su existencia con un alto grado de angustia.

El sentimiento de culpa es una forma especial de angustia la cual está asociada a la ambivalencia que en muchas ocasiones advierte el sujeto como sentimientos de amor, odio en coexistencia. Tal ambivalencia, tolerancia a esta, ayudan a que los sujetos incrementen su crecimiento salud emocional, situación que permitirá al mismo el fortalecer su yo, la coexistencia consigo mismo, involucrando al mismo tiempo que dicha fortaleza faciliten la relación que este tiene con los otros.

2.3.2 La pérdida: Donante y receptor.

La pérdida es la sensación objetiva o subjetiva de que un objeto (el objeto de amor), no existe y que por tanto no se contara más con de forma permanente, pues este no es accesible de manera permanente a la necesidad del sujeto. Las causas de una pérdida y las circunstancias en que ella ocurre varían enormemente, de manera que algunos serán de naturaleza tal que faciliten el duelo sano, en tanto que otros hagan muy difícil el enfrentamiento del mismo, generando un duelo patológico, al mismo tiempo Bowlby pronuncia que:

La pérdida puede obedecer a la muerte o abandono. En cualquiera de los dos casos puede seguirse en duelo normal o patológico, los conocimientos actuales no establecen aún cual permite aun decir si es más probable que uno u otro lo produzcan.

Al mismo tiempo Dicha pérdida puede ser repentina o preverse en alguna medida, al parecer no hay duda de que una pérdida súbita, inesperada, determina un choque inicial mucho mayor que una muerte predecible³¹.

Desde la perspectiva de Bowlby se puede discernir que existen dos tipos de pérdida: la que se produce por el abandono físico o emocional, al sujeto que ha depositado sus afectos en quien lo dejó. Y la pérdida por la muerte del ser querido que como veremos más adelante en el duelo, dicha muerte produce un gran vacío a veces irreparable. Al mismo tiempo, el autor nos señala que en cualquiera de los casos se puede generar un duelo normal o patológico, que aun en la actualidad no se conoce en cuál de los dos es más probable la patología.

Tal pérdida puede ser repentina es decir inesperada, súbita, como cuando una persona recibe el diagnóstico de que ha perdido la función del riñón, o preverse dicha pérdida en alguna medida, es decir, cuando el médico le manifiesta al paciente que en un tiempo probablemente perderá la función renal, eso va ocurriendo paulatinamente.

Por otro lado se ha podido observar que si a un niño cuya edad fluctúa en el rango de los 18 a 24 meses se le separa de su madre o cuidador primario, en un momento en que este se encuentre muy positiva y apasionadamente apegado a ella, éste siente que su mundo ha quedado destrozado. Es decir que su intensa necesidad de ella queda insatisfecha, generando frustración y anhelo de ésta, causan en este un gran dolor, como adultos o cuidadores se necesitaría una gran imaginación para lograr percibir esta angustia advertida por el niño.

³¹BOWLBY. John, El apego y la Pérdida 3 La Pérdida, Edit. Paídos, Buenos Aires, 1993. P. 34

El bebé puede sentirse abrumado como cualquier adulto a quien la muerte le ha arrebatado el ser amado, para un niño de dos años con su falta de comprensión y su total incapacidad para tolerar la frustración es como si su madre hubiera muerto. Aunque este no conoce la muerte (solo la ausencia), si la única persona que satisface su necesidad imperiosa está ausente, bien podría estar muerta, produciendo una abrumadora sensación de pérdida.

Dicha pérdida también puede ser atribuida a la degeneración de la salud de un sujeto que por presentar síntomas que han alterado su homeostasis corporal, ha sido diagnosticado como insuficiente renal, quedando desprovisto de la salud que le permitía disfrutar de seguridad a través de sus actividades habituales, generando en este angustia, miedo, y rabia, al mismo tiempo se puede hablar posteriormente de la pérdida del órgano que se va a retirar con la rápida restitución del órgano donado, contexto que promueve la recuperación de la salud en la mayoría de los casos.

Similar situación vive el donante, quien por diversas circunstancias accede a donar uno de sus riñones con la idea irracional muchas veces, de que quizás posteriormente este acto le pueda traer consecuencias en su propia salud, o que a partir de esa cirugía ya no será el mismo ya que le falta algo en su cuerpo, el riñón, parte de su yo que a partir de la intervención estará en otro cuerpo que no es el de él, provocando muy probablemente una alteración en las ideas y percepciones del sujeto donador.

2.3.3 El duelo: Donante y receptor

Freud en su texto *Obras Completas* menciona un concepto muy válido para la comprensión del duelo, expresando que: “El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”³². Es decir que tras una gran pérdida en la

³²FREUD S. *Obras Completas*, Tomo 14, *Duelo y Melancolía*, P.241

vida del sujeto, este puede evidenciar una falta de interés en el mundo exterior y un detrimento en la capacidad de escoger un nuevo objeto de amor, puesto que la abstracción que hacía las veces ya no existe produciendo una sensación de vacío emocional que no se puede restituir y genera dolor en este.

En los duelos patológicos y en la melancolía no se produce la elaboración, porque los sentimientos de ambivalencia teñidos de agresividad que el sujeto tenía hacia la persona desaparecida, y que no reconocía a nivel consciente, se vuelven contra él. En la *melancolía* concretamente, el *Yo* del sujeto se disocia: una parte se sitúa frente a la otra y la valora críticamente, como si la tomara por objeto.

La instancia crítica, enjuiciadora, disociada aquí del *Yo*, es la conciencia moral. La parte yoica tomada como objeto es producto de una identificación con la persona moral. La pérdida de objeto se ha transformado en pérdida del *Yo*. Los reproches con los que el melancólico se abruma corresponden, o están dirigidos a otra persona, al objeto perdido y ambivalente, amado, odiado, han sido vueltos contra el propio *Yo*.

Según Freud en el duelo se presentan algunos aspectos importantes de considerar como que:

Fácilmente se comprende que esta inhibición y este angostamiento del yo expresan una entrega incondicional al duelo que no deja nada para otros propósitos e intereses [...] El examen de la realidad muestra que el objeto amado ya no existe más, y él emana ahora la exhortación de quitar todo libido de sus enlaces con ese objeto [...] Esa renuncia puede alcanzar tal intensidad que produzca el extrañamiento de la realidad y una retención del objeto por vía de una psicosis alucinatoria de deseo³³.

Lo que Freud expresa entonces es que la inhibición y restricción del yo, es la expresión de su entrega total al duelo que no deja nada para otros propósitos e intereses. En tanto que en el duelo el examen de la realidad muestra que el objeto

³³Idem, p.242

amado no existe y demanda que la libido abandone todas sus ligaduras con ese objeto. En contra -posición a esta demanda surge una oposición que, puede llegar a ser tan intensa que surjan el extrañamiento de la realidad y la conservación del objeto por medio de una psicosis alucinatoria de deseo.

Lo normal es que el respeto a la realidad obtenga victoria. Pero su mandato es llevado a cabo paulatinamente, con gran gasto de tiempo y energía de carga, continuando mientras tanto, la existencia psíquica del objeto perdido. Cada punto de enlace de la libido con el objeto es sucesivamente despertado y sobrecargado, realizándose en la sustracción de la libido. Se siente un displacer doliente, al final de la labor del duelo, vuelve el yo a quedar libre, exento de toda inhibición.

El duelo mueve al yo a renunciar al objeto declarándoselo muerto y ofreciéndole como premio el permanecer con vida, de igual modo cada batalla parcial de ambivalencia afloja la fijación de la libido al objeto desvalorizando rebajándolo. Se da así, la posibilidad de que el pleito se termine dentro del inconsciente, sea después que la furia se desahogó, sea después que se resignó el objeto por carente de valor.

La siguiente referencia relacionada a la melancolía expone que:

La melancolía se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución de amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones de que el paciente se hace objeto a sí mismo, y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo. Este cuadro se nos hace más inteligible cuando reflexionamos que el duelo muestra también esos caracteres, a excepción de uno solo; la perturbación del amor propio.³⁴

³⁴Psc. Mesa ClaraCecilia, El duelo es un trabajo, 20 de enero 2010.en: <http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/viewFile/332/254>,

Puede inferir desde la referencia tomada que la melancolía golpea anímicamente de una manera muy dolorosa, fuerte al individuo produciendo en este una interrupción del interés por el mundo circundante, con una pérdida de la capacidad de amar, una inhibición en sus funciones, hasta la pérdida del amor propio, siendo esta característica la única que no se evidencia en el duelo normal, esta pérdida del amor propio se vuelve en reproches, acusaciones que el sujeto hace de sí, llegando incluso a una delirante espera de castigo.

El mundo para el sujeto melancólico se torna en penumbra, dolor, lúgubre, en donde para este se llega a un punto de tal tristeza que es imposible conseguir que este entienda que lo que perdido no ha ocurrido en su propio yo, situándose en la autopunición, alejamiento de todo aquello que pueda darle satisfacciones propias, tornándose este en un estado difícil de manejar tanto para él como para la familia que muchas veces observa impotente el cuadro en mención.

Por lo expuesto se puede dilucidar claramente que en el melancólico, se encuentra gravemente alterado el juicio de la realidad tras la pérdida del objeto de amor, dicha pérdida para éste ha ocurrido en el yo mismo debido a una elección narcisista del objeto de amor que al generarse la pérdida la carga libidinal que fue depositada en este se vuelve al yo, por no lograr restituir este objeto con otro que supla u ocupe el lugar del objeto desaparecido.

En el texto las Obras Completas, Freud elucubra que la melancólica muestra algo que le falta en el duelo, expresa a la vez que:

La inhibición melancólica nos impresiona como algo enigmático porque no acertamos a ver que absorbe tan enteramente el enfermo. El melancólico nos muestra algo que falta en el duelo: “Una extraordinaria rebaja en su sentimiento yóico [...] En el duelo el mundo. Se ha hecho pobre y vacío, en la melancolía eso le ocurre al yo mismo.”³⁵

³⁵FREUD S. Obras Completas, Tomo 14, Duelo y Melancolía, p. 243

Comprendiéndose entonces que la melancolía en algunos casos patológicos constituye la reacción a la pérdida de un objeto amado. Pero dicha pérdida es de naturaleza más ideal, quedando perdido como objeto erótico, en tanto que en otras ocasiones no se distingue claramente que es lo que el sujeto ha perdido. En lo expresado se deduce que en la melancolía existe una pérdida de objeto sustraída de la conciencia.

En el duelo, nada de la pérdida es inconsciente. La labor del yo es análoga a la del duelo, pero además se produce un empobrecimiento del yo. El paciente en este estado, es tan incapaz de amor, de mostrar interés en su entorno y su rendimiento se encuentra disminuido, es decir para el sujeto todo esto es secundario, resultado de la labor que devora a su yo.

Freud así mismo aporta con el siguiente argumento importante para comprender como el sujeto melancólico experimenta la pérdida.

“La pérdida del objeto hubo de mudarse en una pérdida del yo y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una bipartición entre el yo crítico y el yo alterado por identificación”³⁶. Es bajo esta premisa que se puede deducir en muchos casos el deseo del melancólico de comunicar a todo el mundo sus propios defectos, como si en este rebajamiento este hallara su satisfacción. Dicha autocrítica describe exactamente su situación patológica existente: donde el sujeto experimenta que la pérdida de un objeto ha tenido efecto en el propio yo, la instancia crítica (conciencia moral), que se disocia aquí del yo, lo toma como objeto. Las auto acusaciones pueden adaptarse a la persona amada, que no ha amado o debía amar. Los reproches corresponden a un sujeto erótico y han sido vueltos contra el yo. Sin embargo, hay algunos que se refieren realmente al yo.

³⁶ Idem. p. 247

Al principio el sujeto realiza una elección del objeto. Por la influencia de una defensa real o desengaño, inferido por la persona amada, surge en este una conmoción de esta relación objetal. La carga de objeto demostró tener poca energía de resistencia y quedó libre. Esta libido no fue desplazada hacia otro objeto, sino retraída al yo, permitiendo una identificación del yo con el objeto abandonado. Así, se transformó la pérdida del objeto en una pérdida del yo, y el conflicto entre el yo y la persona amada, en una disociación entre la actividad crítica del yo y el yo modificado por la identificación.

Por tanto, debe haber existido una enérgica fijación al objeto erótico, pero también una escasa energía de resistencia de la carga de objeto. Esto quiere decir que la elección de objeto tiene una base narcisista, de manera que ante una contrariedad, pueda la carga de objeto volver al narcisismo. “La identificación narcisista con el objeto se convierte entonces en un sustitutivo de la investidura de amor, lo cual trae por resultado que el vínculo de amor no pueda resignarse a pesar del conflicto con la persona amada”³⁷.

Freud entonces consideró que al ser la identificación narcisista con el objeto, un sustitutivo de la investidura de amor, cristaliza en la consecuencia por la cual no puede abandonarse la relación amorosa a pesar del conflicto con la persona amada.

En conclusión, la predisposición a la melancolía depende del predominio del tipo narcisista de elección de objeto (regresión a la etapa oral). En la identificación narcisista (la más primitiva de todas) la carga de objeto es abandonada. Existe un conflicto de ambivalencia (por situaciones de ofensa, postergaciones desengaños) que permite satisfacer las tendencias sádicas y de odio, orientadas hacia un objeto, pero retrotraídas al yo del propio sujeto.

³⁷Idem, p. 247

A través del auto castigo, el sujeto se venga de los objetos primitivos y atormenta a los que ama por medio de la enfermedad, después de haberse refugiado en ésta para no tener que mostrarle directamente su hostilidad. Así la carga erótica hacia el objeto tiene 2 destinos: una parte retrocede a la identificación, y otra retrocede hasta la fase sádica. Este sadismo aclara la tendencia al suicidio, en el cual el yo no puede darse muerte, sino cuando el retorno de la carga de objeto le hace posible tratarse a sí mismo como objeto.

Los combates contra la ambivalencia hacia el objeto son desarrollados en el inconsciente, como así también las tentativas de desligamiento del duelo. Pero en el duelo no hay impedimento para que las ideas fluyan hacia lo preconcientes, como en la melancolía donde hay represión.

Las tres premisas de la melancolía son en suma: La Pérdida de objeto, la Ambivalencia (motor del conflicto) y la Regresión de la libido al yo (la más importante, esencia de la melancolía, pues las otras pueden hallarse en la obsesión luego de una muerte).

En el duelo se presenta un proceso (un trabajo) que tiene sus etapas. "En una primera etapa tenemos que el examen de la realidad muestra que el objeto amado ya no existe, ya no se encuentra a nuestro alcance³⁸." Por lo que un sujeto que está atravesando por una situación de duelo evidenciará probablemente una pérdida de interés por su entorno y una gran dificultad para poder acceder a una relación afectiva o íntima, luego de una gran pérdida afectuosa, se torna tan complicado para este llegar a una relación con una persona a la que intenta vincularse posteriormente.

³⁸ Freud, Sigmund: Duelo y Melancolía, Obras Completas, Editorial Biblioteca Nueva, 3ra Edic, Madrid 1973 (Tomo II).

CAPÍTULO III

RESULTADOS

3.1 Ilustración de los factores, orientación y elementos teóricos considerados en la investigación.

La presente exploración tiene como finalidad efectuar un análisis de la forma de vinculación entre el donante y el receptor, posterior a un trasplante renal por causa de una insuficiencia renal, para lo cual hemos creído conveniente considerar factores tales como; las características del vínculo que el paciente evidencia, las vivencias experimentadas por el sujeto en su infancia con la madre, al mismo tiempo se tomara también en consideración la vivencia experimentada en la infancia por el individuo, con relación al donante, estas experiencias antes del trasplante renal.

Estos factores descritos nos permitirán procesar de mejor manera la información recolectada a los pacientes, en el desarrollo de este trabajo, indagación que se adquirió a partir de las entrevistas clínicas psicológicas aplicadas a los involucrados, en el Hospital Carlos Andrade Marín.

Por otra parte los resultados que el tests de Phillipson aplicado arrojó, en lo referente a la dinámica familiar del sujeto, las defensas del yo a las que este más recurre para bajar su ansiedad, el aspecto afectivo, sus miedos y ansiedades, ayudan considerablemente a una mejor exploración de cada uno de los casos, para la obtención de los tipos de vínculos afectivos existentes entre los implicados. Además nos consentirá establecer los niveles de dependencias emocionales.

Al mismo tiempo se hace prioritario tratar el tema de la dependencia, argumento de importancia a tratar en esta investigación, puesto que se logra observar ciertos

comportamientos que dan clara evidencia de este tipo de relación entre los pacientes, destacando que para Bowlby dicha condición, solo acontece en el ser humano en los momentos que este está imposibilitado de conseguir por sí solo los requerimientos para su sobrevivencia y depende de su madre o su cuidador primario para ello (en sus primeros meses de vida).

Los conceptos teóricos que nos facilitaran un mejor estudio y entendimiento de estos casos son; los tipos de apegos considerados por Bowlby en su texto El Apego, en el cual hace una clara exposición de los tipos de apego que el niño instaura a partir de los cuidados que el bebé recibe de su madre o su cuidador primario estos apegos son los siguientes: Apego Seguro (Apego saludable), Apego Ansioso Ambivalente (apego inseguro), Apego Ansioso Evitante (apego patológico).

A partir del establecimiento del tipo de apego que el paciente ha instaurado desde su infancia, se ha logrado evidenciar en esta investigación la presencia del duelo patológico en mayor porcentaje, esto debido a que la muestra trabajada presenta un mayor número de pacientes con apego inseguro y patológico.

Para una mejor demostración y comprensión de lo antes expuesto, a continuación vamos a efectuar la revisión caso por caso:

3.2 Configuración del Vínculo de los pacientes

Configuración del Vínculo del paciente A1.

El paciente manifiesta: *“En la infancia nos quedábamos solos en la casa con mi hermano, yo me sentía bastante tranquilo, aunque me daba temor de que él también me deje solo”*. Podemos intuir que a este individuo le causaba estrés el hecho de sentirse desprotegido de su madre; sin duda la posibilidad de que su hermano también lo deje aumentaba su ansiedad; lo cual daba cuenta de la generación de un vínculo

inseguro, pues al parecer compartía poco tiempo con su madre a causa del trabajo de esta.

“Mi mamá trataba de pasar ratos con nosotros, yo quería estar con mi mamá, en ocasiones mi mamá quería que yo la acompañe un rato en su cuarto, pero yo le decía que no podía que estaba muy ocupado y me iba a ver tele”; en esta experiencia se puede vislumbrar el deseo de intimidad del sujeto, acompañado de rechazo a la cercanía afectiva con la figura materna. Al parecer dicho acercamiento le causaba gran ansiedad, construyéndose un vínculo ansioso; donde el paciente no obtuvo referentes de seguridad que le permitan tener confianza en su cuidador primario.

También cuenta: *“De pequeño yo siempre quería estar con mi mamá, y cuando me llevaba a la casa de mi abuelita, yo me abrazaba a mi mamá y no quería soltarme de ella”*; la manifestación de la conducta de acercamiento y aferramiento a la madre, frente al miedo del abandono, muestra la gran ansiedad que este niño experimentaba ante la inseguridad de que su madre regrese por él, quizás debido a respuestas deficientes de esta frente a los requerimientos y demandas que él manifestó en otras oportunidades, desplegando una manera de vinculación Ansiosa Ambivalente.

El paciente narra: *“A pesar de que mi mamá y mi papá trabajaban siempre en la calle, compartíamos mucho tiempo con mi mamá, mi mamá era muy cariñosa con nosotros, yo siempre trataba de estar solo junto a ella en la cama, para que me acariciase, pero alguno de mis hermanos siempre llegaban y me la quitaban, ella siempre me acariciaba la cabeza con mucha ternura, aunque siempre nos reprendía o nos castigaba cuando hacíamos algo incorrecto”*.

Podemos percibir, en la narración del paciente, que en su infancia tenía una relación bastante buena con su madre; siendo niño intentaba pasar con ella el mayor tiempo posible y recibir muestras de afecto; aunque de cierta forma no sentía mucho agrado

al compartirla con sus hermanos. Al mismo tiempo muestra cierto sentimiento de contrariedad por el castigo recibido cuando hacía algo incorrecto. Circunstancias que posiblemente generaron miedo y ansiedad en este sujeto frente a la figura materna.

El paciente también cuenta; *“Cuando fui a la escuela por primera vez, yo me quería quedar para aprender y jugar, pero no quería que mamá se vaya y me puse a llorar”*, en esta vivencia se logra visualizar temor en el niño por la separación. Esta emoción está produciendo un nivel de ansiedad que denota una falla en la forma de vinculación con el cuidador primario. Haciendo que el niño llore en señal de protesta pues no tiene la seguridad de que su madre regresará por él. Estableciéndose un vínculo inseguro que no le permite, enfrentar sin miedo, la separación con su cuidador primario.

Los rasgos preponderantes, en este paciente, son: la ansiedad, el miedo y la angustia confirmados en los resultados obtenidos en el Tests de Phillipson. Pudiéndose interpretar quizás, como ya lo hemos dicho, como la dificultad del receptor para obtener referentes de seguridad y accesibilidad de su cuidador primario (madre); limitando las respuestas oportunas y contingentes frente a los requerimientos del niño.

Así mismo con la aplicación del test se confirma el establecimiento de un apego ansioso ambivalente entre el paciente y la madre. La dinámica familiar favoreció la construcción de este vínculo de apego inseguro.

Configuración del Vínculo del Paciente B2

El paciente B2 parece que no tuvo una primera infancia gratificante, esto se manifiesta en la siguiente expresión *“Mi niñez fue un poco complicada ya que no contaba con mi mamá cuando yo quería, de niño desconfiaba de mi mamá, porque siempre me prometía que iba a llevarme de paseo y por su trabajo no lo hacía”*,

afirmaciones como esta muestran además “reclamo” y desconfianza en su madre que llevan al paciente a generar inseguridad y enojo hacia ella.

También guarda recuerdos de soledad experimentados en su niñez diciendo: *“Mi infancia era muy solitaria, compartí poco con mi hermano, yo no le prestaba atención prefería estar solo en mi cuarto”*, en esta expresión se puede apreciar una gran dificultad en él niño para confiar en los otros, pues al parecer la relación afectiva con la madre le generó ansiedad, seguido de un desapego por falta de recursos de seguridad, concebida por una mala vinculación con su madre o cuidador primario, lo que no le ha permitido adquirir herramientas y habilidades emocionales adecuadas, para enfrentar de una manera más saludable el apego con los otros, generando un vínculo Ansioso Ambivalente .

En su relato el paciente señala; *“Cuando mi mamá llegaba del trabajo trataba de acercarse a mí, y me quería abrazar pero a mí me desagradaba que me abrace y me escondía en el cuarto”*, El sujeto rehúye de las manifestaciones de afecto de su madre, evidenciando que en su crianza no se promovieron respuestas oportunas y adecuadas a sus urgencias por parte de su madre, lo que provocó probablemente un alto nivel de angustia, miedo, difícil de procesar por el infante, propiciándose una manera muy ansiosa de vinculación. Que no le permitieron seguridad emocional, provocando una fase de protesta seguida del desampara, concibiendo un Vínculo ansioso ambivalente, entre este y su madre o cuidador primario.

Otra referencia que pensamos importante considerar dentro de este análisis de la configuración del vínculo del sujeto a partir de la dinámica afectiva con su madre, es la siguiente: *“Recuerdo que de niño mi madre me pedía que durma con ella y yo le decía que bueno pero, no iba porque me quedaba dormido en mí cama”*, el paciente nos deja ver que de niño mostraba conductas de retracción frente a la vinculación afectiva con su madre, la cual generaría en él mucha ansiedad, pues como ya se ha revelado, este tiene dificultad para vincularse de manera adecuada con su madre, lo

cual no le admite acceder a un apego seguro.

En los resultados del test de Phillipson en lo referente al área emocional, muestra que en el sujeto se presentan grandes niveles de ansiedad, acompañada de angustia, aislamiento, tristeza, e inseguridad; La dinámica familiar generaba ansiedad que provocaba la evitación: dificultad de relación con los nuevos objetos de amor, y una gran tendencia al aislamiento. Por todos los antecedentes expuestos, debemos considerar que el tipo de vínculo que el sujeto en mención ha instaurado desde los referentes de su madre, es un Apego Ansioso Evitante, ya que éste, ha manifestado un desapego hacia su cuidadora.

Configuración del Vínculo del Paciente C1

El paciente nos suministra información de su infancia que nos admite un análisis de la formación de su tipo de vínculo que nos da pista en afirmaciones como la manifestación: *“Los fines de semanas salíamos todos con mi mamá me encantaba pasar con ella y compartir tiempo juntos, quería que el fin de semana sea eterno”*, podemos intuir que para este sujeto estar cerca de su madre le daba gran satisfacción; pero al mismo tiempo muestra un profundo deseo de que ese tiempo en cercanía perdure, es decir evidencia una añoranza de la madre acompañada de un gran deseo de no perder esa intimidad.

El paciente expresa: *“Cuando era niño y mi madre tenía que irse al trabajo me daba mucho coraje con ella, Yo deseaba siempre estar con mi mamá, aunque debo confesar que en ocasiones prefería que no esté”*, nos permite acumular información acerca de una posible vinculación de tipo ambivalente, pues el paciente relata que le molestaba el hecho de que su madre tenga que separarse de él para ir a su trabajo y al mismo tiempo hace referencia a una satisfacción frente a esta ausencia, evidenciando una conducta afectiva versus una conducta de alejamiento.

En el párrafo anterior se logra percibir que este paciente ha experimentado, en algunos momentos de su infancia, la ausencia de su madre por tiempo prolongado; lo cual genera en este niño la añoranza y deseo de alargar ese instante experimentado. Tiempo que es gratificante y que aporta cierto referente de seguridad y confianza en la cercanía física y afectiva; ayudando a que sea mínimo el despliegue de ansiedad.

En las narraciones preliminares el paciente ya nos da claros indicios de que los cuidados que de niño recibió de parte de su madre fueron deficientes desde su percepción; provocando un modo de vinculación no muy saludable. Esta experiencia vertida a continuación, en la que cuenta; *“Mi madre por su trabajo no me daba tiempo ni me ayudaba con mis cosas, aunque cuando llegaba trataba de recompensarme dándome de comer algo rico”* nos corrobora la presunción de que este sujeto en su infancia experimentó algún nivel de ansiedad, a causa de respuestas tardías o inadecuadas, para solventar sus exigencias, provocando el desarrollo de conductas de seguridad e inseguridad de asequibilidad a su cuidador primario.

Con el uso del instrumento del Tests de Phillipson se ha podido obtener los resultados siguientes de su aspecto emocional, donde logramos intuir que los rasgos emocionales preponderantes arrojados en este tests son: La ansiedad, el miedo, la angustia y una marcada ambivalencia frente a sus vinculaciones afectivas pasadas, pudiéndose interpretar, como la dificultad de este en su infancia para obtener referentes de seguridad, el miedo a la pérdida de figura referencial de cuidado, atención y la difícil accesibilidad a su cuidador primario.

A partir de la información sustraída de la entrevista realizada al paciente y lo que ha proyectado en el tests aplicado, se puede evidenciar que el vínculo que este constituyó desde su relación con sus cuidadores primarios es un vínculo Ansioso-Ambivalente, Apego que el autor de la teoría, considera no muy saludable, ya que genera en el niño ansiedad frente a la asequibilidad de la madre.

Configuración del Vínculo del Paciente D2.

En este caso el paciente nos hace varias referencias de sus vivencias en su infancia, la primera hace alusión a una falta de alimentación y su extrema pobreza, manifestando así; *“Bueno mi niñez fue tan alegre y triste, por el hecho de estar en la pobreza, aunque teníamos lo básico, en nuestra familia existió la falta de alimentación, mi madre además pasaba poco tiempo con nosotros en la casa por el trabajo, de hecho a mi hermano se le daba un biberón con cola, para alimentarlo ya que mis padres trabajaban y no tenían tiempo para prepararle los alimentos, ni dinero”*.

En el párrafo anterior, el paciente hace mención a un aspecto importante en el desarrollo de un individuo, que es el de cubrir las necesidades básicas que permitirían según Bowlby una Vinculación Segura, en tanto que lo contrario provocaría una falla en el apego.

La alimentación oportuna y adecuada para que se logre generar un referente de cuidado, seguridad, y confianza al parecer fallaron en la primera infancia del paciente, como podemos inferir a partir de su discurso; siendo la pobreza y la ausencia de sus padres, a causa del trabajo, factores que no permitieron que cuente con esta respuesta de asequibilidad; estimulando la ansiedad frente a la urgencia nutricional y por ende un desapego.

En otro contexto el sujeto nos hace saber que en su historia de vida ocurrían hechos como el siguiente: *“Mi madre sufría de ataques epilépticos y sus crisis eran cada vez más fuertes y angustiantes. Yo sentía miedo cuando mi madre entraba en crisis y prefería no estar cerca de ella”*, bajo estas circunstancias el niño experimenta ansiedad al no entender que ocurre con su madre; creando en este estrés frente a la relación con una madre enferma, que no le admite seguridad y tranquilidad en la

relación vincular, provocando que esté rehúya al contacto de su madre.

De igual manera narra otra vivencia que él experimentó en su infancia la que describe así; *“A mí de pequeño me encantaba estar solo y cuando mi mamá llegaba del trabajo yo prefería irme a otro lado”* quedando en franca evidencia que este niño no tenía una buena vinculación afectiva con su madre; pues posiblemente le generaba gran ansiedad, por lo que le costaba mantener una cercanía afectiva con ella, eludiendo la proximidad afectiva y física de su madre o cuidador primario.

Además esta expresión declarada por el paciente nos avoca a considerar, que en este existía una clara dificultad para relacionarse con los otros, quizás a causa de la gran ansiedad que esto provocaba en él, incitando una conducta de evasión frente a las relaciones sociales, generando la desconfianza hacia los demás.

De los datos que se puede sustraer del aporte del test de Philipson, podemos contemplar que en el aspecto emocional, existió ansiedad en la relación en la triada pues en esta las necesidades de atención, seguridad y protección no estaban cubiertas; al mismo tiempo el paciente muestra un vacío emocional afectivo ante padre y madre, posiblemente debido al estrés que le generaban. Aspectos que indudablemente lo llevaron a un desapego, y consolidación del Vínculo Ansioso-Evitante con su cuidador primario.

Por otra parte, la falta de seguridad en sus relaciones objetales tempranas, lo llevan a establecer relaciones sociales evitantes con tendencia al aislamiento social; esta forma de establecimiento de las relaciones le dificultan las vinculaciones grupales y un Apego saludable; exteriorizando además sentimientos de temor y ansiedad ante la situación de vinculación grupal.

Las conductas de relaciones vinculares, manifestadas por el sujeto en su primera infancia más la aplicación del tests de Phillipson, llevan a concluir que el tipo de vínculo que esté formó en su niñez, desde los referentes de sus cuidadores primarios

(madre), es un Apego Ansioso Evitante.

Configuración del Vínculo del Paciente E1.

El paciente refiere: *“Mi mamacita cuando yo era aún niño siempre me fue una buena guía y me protegía y me cuidaba”*, en esta experiencia relatada se logra vislumbrar que la madre propició respuestas oportunas, que el niño tuvo asequibilidad, al parecer su cuidadora primaria respondió a las señales del bebé adecuadamente; ayudando a que en él se establezcan referentes de seguridad frente a la figura de apego, pues había la confianza de que la madre respondería a sus necesidades, reduciendo los miedos la inseguridad y la ansiedad.

Cuando el paciente dice: *“Yo siempre deseaba estar cerca de mi madre para abrazarla y acariciarla con mucha ternura”*, nos permite percibir que este niño estaba siempre buscando el contacto con su cuidador primario, ya que se sentía seguro y protegido por ella, generando en él, conductas de vinculación saludables con su cuidador primario y los otros.

Otro aspecto que se logra ver es probablemente que en su infancia gozaba de una buena vinculación con su madre mostrándose características del vínculo seguro. La calidez, por ejemplo como producto de una estabilidad afectiva y las respuestas oportunas. Este vínculo al parecer le provocó niveles mínimos de ansiedad, posibilitando referentes positivos frente al apego seguro, lo cual le permitieron mejores relaciones afectivas.

El tests de Pillipson, es un aporte que nos permite comprobar que el paciente muestra en su aspecto emocional sentimientos de Seguridad, de tranquilidad, de amor, y sentimiento de vinculación, al parecer, la dinámica tiene que ver con los referentes de sus cuidadores primarios, la presencia del objeto de amor productora de seguridad, y

tranquilidad ya que existe una guía, alguien que lo protege y asume las dificultades, ayudándole a reducir sus niveles de ansiedad.

Por todo lo dicho es evidente que el tipo de vínculo que se observa en el paciente en mención es el Vínculo Seguro, según Bowlby el vínculo más saludable: cuya principal característica es que estos niños son activos en el juego y buscan el contacto, incluso cuando se han angustiado después de una separación breve, todo ello gracias a un patrón óptimo de apego con su madre, lo cual se debe atribuir a la sensibilidad materna, las respuestas a los cuidados oportunos y adecuados al niño, la percepción acomodada, interpretación correcta y una respuesta contingente, apropiada a las señales del niño.

Pese a que tanto en algunos fragmentos de su relato y el test de Phillips el paciente evidencia un tipo de vínculo seguro, llama la atención el hecho de cierta conducta de dependencia oral (tabaquismo), que este mantuvo por más de 20 años, que solo dejó tras el diagnóstico de su enfermedad, y una hija con características evidentes de dependencia, lo que deja algunas dudas en lo referente a su tipo de vínculo, generando la presunción de que existe un problema de base en este, que en el tests no se logra esclarecer, posiblemente porque el sujeto enmascaró la mayoría de sus respuestas.

Configuración del Vínculo del Paciente F2.

Este fragmento de la vida de la paciente en el que dice; *“En ocasiones mis primas me pedían que me quedase a dormir con ellas y yo muy feliz le pedía a mi papá que me dejara, el decía que sí, pero cuando llegaba la noche y ya estaban todos durmiendo, yo empezaba a llorar muy angustiada y le pedía a mis tíos que llamaran a mis padres que me venga a ver, de donde fuera que ellos estuvieran y a la hora que sea tenían que ir a recogerme”*. Nos muestra el gran temor a la separación que la paciente experimentaba en su infancia la cual provocaba una ansiedad difícil de procesar para

ella, representada en el miedo al abandono, a que su madre o cuidador primario no regresen por ella, el estrés generado por esta experiencia, va permitiendo la formación de una manera de vinculación insegura, poco saludable.

Esta paciente también expresa; *“Cundo era una niña me caí de las escaleras de la casa, deseaba mucho que mi mamá me abrazara, pero me aleje de ella y no me deje consolar”*, la paciente en esta vivencia demuestra un gran nivel de estrés frente al suceso, una clara conducta afectiva, versus la conducta de alejamiento, característica que Bowlby ubica en el tipo de Vinculación Ambivalente, pues al parecer las respuestas que está percibió de su cuidador primario fueron deficientes e inoportunas, por tanto las conductas cargadas de mucha ansiedad expuestas por la paciente durante su infancia, instauraron una forma de Vínculo Ansioso Ambivalente.

Es importante manifestar, que esta paciente a demás del vínculo Ansioso Ambivalente, ha mostrado una conducta de dependencia hacia sus padres, aspecto que Bowlby considera preponderante en el desarrollo de los primeros mese de vida del sujeto, ya que para él, esta solo se presenta en la etapa en que el niño necesita de la madre para su sobrevivencia.

Para un mejor análisis de este caso no podemos desatender este aspecto, tomando en cuenta que por una parte, este análisis no se debe separar del aspecto cultural de las familias de la tierra que tienden a la sobre protección y cuidado excesivo con sus hijos, que los lleva en la mayoría de los casos a generar dependencia, y las tendencias propias del individuo.

Según menciona la paciente, le cuesta alejarse de sus padres y hacer su vida con su pareja separada de ellos, que lo que su madre dice eso hace, le es difícil estar en contra de lo que ella decide, mostrando una gran dificultad para conseguir la independencia y la autonomía tanto emocional como material, se debe tomar en cuenta el hecho de que el hermano mayor y la hermana menor si son independientes

según ella manifiesta, y que constantemente le dicen que haga lo que ella quiera, que no deje que sus padres se metan en su vida.

Los siguientes aspectos obtenidos a partir de la aplicación del tests de Phillipson nos permitirá corroborar el tipo de vínculo de la paciente, mostrando en el área emocional inseguridad, pero al mismo tiempo muestra confianza, temor a la separación con sus cuidadores, miedo a perder la intimidad, ansiedad y temor a la separación con sus cuidadores, ambivalencia frente a la vinculación con la triada, y combina comportamientos de apego (vinculación) con expresiones de protesta, enojo y resistencia.

Posiblemente debido a una excesiva flexibilidad en las habilidades emocionales de sus cuidadores primarios, está niña no tubo perspectivas de confianza respecto al acceso y respuestas de sus cuidadores primarios, generándose el vínculo Ansioso Ambivalente.

Configuración del Vínculo del Paciente G1.

En la indagación a la paciente, a partir de la entrevista psicológica realizada, se logra obtener la siguiente manifestación; *“También sentía mucho miedo porque mi mamá nos castigaba duro, pero yo pienso que era para hacernos personas de bien”*. En esta vivencia de la paciente se puede intuir mucho estrés, a causa del castigo físico constante al que su madre recurría para educarla, provocándose una situación especial en la que se produce un conflicto entre la conducta afectiva y la conducta de alejamiento que manifiesta el niño, conducta que se concibe cuando la figura de apego (madre o cuidador primario) es la que provoca también al mismo tiempo temor en el bebé, puesto que esta figura en mención recurre constantemente quizás a actos de violencia para corregir al infante.

Al parecer este miedo generaba gran ansiedad y angustia frente a la figura de apego, provocando inseguridad, pero al mismo tiempo seguridad, ya que al pensar que era por su bien bajaba el nivel de ansiedad, provocando una ambivalencia afectiva.

Es bajo estas circunstancias, que las criaturas más pequeñas no suelen huir de la figura hostil, sino que terminan aferrarse a ella como un referente o base de seguridad que les permite sostenerse emocionalmente a pesar de la dificultad existente en la situación afectiva expuesta.

En la precedente manifestación dice; *“Yo siempre estaba buscando la manera de que mi mamá este conmigo apapachándome y me daba temor de que se separara de mí”* en este enunciado de la paciente, se logra percibir una niña con un fuerte deseo de intimidad y miedo a perderla, experiencia que sin duda debe haber generado en ella grandes niveles de ansiedad y estrés, pues el solo imaginar un riesgo de separación con el cuidador primario, le hacían presa de un temor difícil de manejar a su corta edad, quizás a causa de una reiterada falta de respuestas contingentes y oportunas, dejándola frente a un régimen ambiental imprevisible e inconstante, que la perturbaba, pues su madre al parecer no respondía de forma oportuna a algunas de sus necesidades urgentes, propiciando la vinculación Ansiosa Ambivalente.

En el presente segmento del relato la paciente menciona; *“De niña me gustaba mucho estar junto a mi mamá, aunque a veces, de repente me daba mucho coraje con ella y me salía al patio para no verla”* la dinámica de esta paciente con su madre, indiscutiblemente nos lleva hacia una constante manifestación de ambivalencia afectiva, presente también en esta reseña, donde la paciente presenta una conducta afectiva versus una conducta de alejamiento de su cuidador primario, a causa de la gran ansiedad que le provoca la incertidumbre que esta le ofrecía, inducida posiblemente por una falla en la asequibilidad oportuna al cuidador, que no le permitió tener la seguridad y confianza de que su madre respondiera, oportuna y adecuadamente, provocando el Vínculo Ansioso Ambivalente.

Al realizar la interpretación del tests de Phillipson se puede determinar que la paciente en el aspecto emocional, despliega sentimientos de inseguridad, ansiedad seguridad, y contradicción afectiva, miedo a las pérdidas y dificultad con las figura de amor, por todo lo expresado y considerando todo los antecedentes, es factible reflexionar que el vínculo que se puede evidenciar en esta paciente, es un Apego Ansioso Ambivalente.

Configuración del Vínculo del Paciente H2.

Para poder establecer el tipo de vínculo que este paciente a configurado, es primordial considerar algunas de las narrativas que este realiza en la entrevista psicológica tratada, don menciona; *“como éramos diez hermanos, en muchas ocasiones no teníamos que comer en casa, o nos daban lo poco que se conseguía, yo me ponía muy triste y me daba rabia con mi mamá y mi papá, ya que no teníamos que comer.”*

La pobre respuesta de este cuidador primaria ante la necesidades de nutricionales de la niña, provocaron grandes niveles de ansiedad y estrés, que la llevaron a las fases de protesta, desesperanza y el desapego, pues no confiaba en que sus figuras de seguridad, ya que se encontraba expuesta a un régimen nutricional impredecible que le generaban desesperación y angustia.

La paciente nos informa; *“Cuando mi mamá estaba cociendo en su máquina y me pedía que la acompañe yo me retiraba rápidamente, no me gustaba a veces estar con ella”* en esta expresión la paciente deja entrever que no era agradable para ella a veces pasar tiempo en compañía de su madre, que tiene despliegues mínimos de afecto o angustia hacia el cuidador, y evadía la figura materna ante situaciones que exigen la proximidad, que le resultaba muy estresante y ansiosa la cercanía con su cuidador primario, provocada por una falla en la forma de vinculación materna-

infante, a causa de una falta de respuestas generadoras de seguridad y confianza, que propiciaron la consolidación de un vínculo ansioso ambivalente.

En la siguiente expresión; *“De pequeña cuando mi madre me llevaba al parque yo no jugaba con nadie, me daba miedo estar expuesta”*, aparentemente la paciente no logra establecer confiar en los demás, prefiere estar sola, ya que la ansiedad no es la característica en sus relaciones afectivas, sino la apatía y desapego, fase que sigue a la protesta y desesperanza, a causa de la falta de respuestas oportunas y contingente de la madre, hechos que la privaron de referentes de una figura de seguridad, ya que esta no fue factible a ella quizás en lo momento de riesgo que le provocaban ansiedad. Induciendo un tipo de vinculación ansiosa evitante.

Al realizar la interpretación del tests Phillipson se puede establecer que la paciente H2 frente a los estímulos reactivos presentados, muestra sentimientos depresivos, de inseguridad, de ansiedad. En lo que corresponde a la interpretación dinámica: al parecer a la paciente le cuesta identificar la triada, lo cual puede deberse a que en su relación vincular, con sus cuidadores primarios, estos no le proporcionaron referentes de seguridad, lo que genera en esta la constante evitación de las figuras parentales o de vinculación, al mismo tiempo que los sentimientos de ansiedad ante la situación grupal y una evitación a las relaciones sociales grupales, ya que la presencia de otros le genera inseguridad y temor.

Tras el análisis de las referencias expuestas y la prueba complementaria del tests de Phillipson, el vínculo que se ha constituido en esta paciente desde los referentes de sus cuidadores primarios, es Ansioso Evitante; lo que muy probablemente se haya consolidado a causa de la exposición a un régimen imprevisible llevándola a la desesperación y la angustia que la orillaron a un desapego.

3.3 Correlación de los pacientes, de acuerdo a sus experiencias de la primera infancia que le generaron su forma de vinculación

Al hacer una correlación de los diferentes pacientes y su tipos de vínculos, es importante recalcar que: en el primer caso, pese a que la madre del paciente A1 y El paciente B2 es la misma, cada uno ha experimentado vivencias muy diferentes desde sus cuidadores primarios, para el primero la madre estaba de manera intermitente, con una condición de asequibilidad relativa, que le permitió crear un tipo de vinculación Ansiosa Ambivalente, mientras que para el segundo la figura materna desde su subjetividad, casi nunca se encontraba asequible, viviendo mayores niveles de ansiedad, que le generaron una manera patológica de vinculación con su madre y por ende con sus relaciones futuras.

En tanto que en los pacientes del segundo caso podemos encontrar que en el receptor la forma de vinculación con su cuidador primario se ha dado de manera Ansiosa Ambivalente, pues al parecer para éste, su madre por su trabajo permanecía ausente con presencias ocasionales, que le provocaban inseguridad y miedos frente a una posible pérdida de la figura materna.

Pero en su hermano donante, la manera de vinculación se presenta de forma patológica ya que para éste, la madre no proporcionó los mismos referentes de asequibilidad que al receptor, para el donante la madre estaba inasequible, no respondió a sus requerimientos, ya que éste, expresa haber tenido una infancia triste y con muchas carencias, tanto materiales como afectivas, se debe tomar en cuenta que pese a que estos dos sujetos crecieron con la misma madre, cada uno instauró un tipo de vinculación diferente, lo cual se puede atribuir al los tiempos, las experiencias individuales y la subjetividad propia, que ayudaron a que, cada una construya una forma diferente de ver a su cuidadora.

En el tercer caso se puede observar que el vínculo que el receptor estableció desde su niñez, es un Apego Seguro, para Bowlby, el apego saludable, este receptor evidenciaba conductas de afectividad, seguridad, y presencia de poca ansiedad, pues en sus relatos manifestó una calidez y apego con su madre, la cual indudablemente debe haber respondido asertivamente y en el momento oportuno a sus demandas, aunque la conducta de dependencia del tabaquismo nos deja algunas dudas acerca de los resultados del tests de Phillipson con respecto a su vínculo seguro.

En tanto que su donante, su hija, muestra haber desarrollado una vinculación Ansiosa Ambivalente, pues presenta gran ansiedad ante las relaciones afectivas, inseguridad, intranquilidad y miedos. Además evidencia cierto grado de dependencia hacia sus padres especialmente su madre, puesto que todo aquello que esta dice lo cumple y le cuesta alejarse de ellos a diferencia de sus dos hermanos.

Es factible realizar la siguiente observación, la paciente donante aunque contó con un padre con un vínculo seguro, no logra desarrollar esta misma seguridad, como en el caso anterior hay muchos factores como: el tipo de relación con la madre (que no respondió adecuada y oportunamente a sus demandas), sus experiencias en la primera infancia, que le resultaron muy ansiógenas, la subjetividad, entre otros aspectos, que no le facilitan el llegar al desarrollo de un vínculo más saludable como el que presenta su padre.

Por último en el cuarto caso, la hermana menor la receptora, establece una vinculación Ansiosa Ambivalente con su madre, frente a muchas experiencias ansiógenas como; el castigo físico que su madre le propiciaba para educarla, la falta de respuestas oportunas de parte de su madre, acontecimientos que sumados a la subjetividad de la paciente, le provocaron diferentes grados de ansiedad.

Mientras que su hermana, consolida un modo de vinculación Ansiosa Evitante, pues para ésta su madre no aportó con los referentes de atención y respuestas oportunas a

las demandas, pues se logra percibir un vacío afectivo frente a su cuidador primario a causa de una mala nutrición y respuestas inadecuadas de su cuidador primario, que genera las fases de protesta desesperanza y por último un desapego en la vinculación con su madre.

Cabe recalcar que en todos los casos estudiados hasta aquí (donde el donante o el receptor es un hermano), se puede observar que: pese a que estos han crecido dentro de una misma familia, no instituyen la misma forma de vinculación y este caso no es la excepción, como se ha venido declarando las causas son diversas, pero primordialmente se pueden destacar: la individualidad, la subjetividad, las experiencias vividas en la infancia y la asequibilidad del cuidador primario, entre otros.

Para concluir es importante hacer una referencia especial a los casos estudiados, en forma general; aclarando que entre los casos ilustrados, el vínculo que se encontró en mayor porcentaje fue el vínculo Ansioso Ambivalente (con cuatro pacientes), seguido del Ansioso Evitante (con tres pacientes), y en menor porcentaje el Apego Seguro (un paciente), lo que nos permite expresar que dentro de la muestra la mayoría de las madres o cuidadores primarios no estuvieron asequibles a sus hijos por diferentes motivos, decantando en los resultados puestos en evidencia.

En este marco también podemos indicar que solo una de estas madres proporcionó la asequibilidad y respuestas oportunas a su bebé, permitiéndole un desarrollo vincular saludable. Por otro lado, solo en una de las pacientes se logra vislumbrar una clara dependencia paterna, la cual expresa su incapacidad de lograr cortar con sus padres y alejarse de ellos y vivir con su pareja y sus hijos, a diferencia de sus hermanos que son liberales e independientes según ella menciona.

En suma la forma de vinculación entre el donante y el receptor dependerá de la forma de vinculación previa que el sujeto estableció con su cuidador primario, pero no

podemos desligarlo de una eterna gratitud del receptor hacia el donante por el órgano cedido y el deseo de querer estar cerca del órgano perdido del donante, lo que hace que tengan un trato diferenciado al que tenían antes de la cirugía.

Es indudable que el acto de la donación posibilito entre el donante y el receptor una cercanía física y afectiva, que cambio en gran medida la forma previa de relación entre ellos.

Para mejor comprensión de la investigación efectuada, a continuación se presenta una exposición de las matrices representativas del análisis e interpretación caso por caso.

3.4 Análisis e interpretación de resultados:

Es de gran relevancia para el desarrollo de este trabajo, efectuar un análisis de las experiencias vividas por (donante y receptor), aprioris y aposterioris al trasplante renal, para conocer de mejor manera sus formas de vinculación.

Cuadro No.1 Análisis Vínculo paciente A1

Caso N: 1

Análisis del vínculo Paciente A 1			
Antes			Después
Características del Vínculo Ansioso-Ambivalente	Vivencia Experimentada en la infancia con la madre	Vivencia Experimentada en la infancia con el hermano	Vivencia Experimentada luego del trasplante con el donante
Proximidad y	Cuando fui a la escuela	De pequeño yo	Yo deseo que mi

<p>contacto con la madre y oponerse al contacto con esta.</p>	<p>por primera vez, yo me quería quedar para aprender y jugar, pero no quería que mamá se vaya y me puse a llorar.</p>	<p>deseaba que mi hermano durma con migo en mi cama, pero no me gustaba que me abrace.</p>	<p>hermano en todo momento se sienta ayudado y apoyado por mí, pero siempre sucede algo y lo que consigo es enojarlo y alejarlo.</p>
<p>Confianza y desconfianza en las relaciones afectivas.</p>	<p>Cuando mi mamá estaba en casa, nos acostábamos en la cama y ella me acariciaba la cabeza, trataba de estar solo con mi madre pero algún hermano siempre me quitaba su compañía.</p>	<p>Cuando nos quedábamos solos en la casa con mi hermano, yo me sentía bastante tranquilo, aunque me daba temor de que él también me deje solo.</p>	<p>Mi hermano me donó el órgano renal. Por lo que yo tengo un poco más de cariño por él, aunque me dio temor de perder el órgano al principio (rechazo).</p>
<p>Seguridad e inseguridad de la asequibilidad con su cuidador primario</p>	<p>Yo siempre quería estar con mi mamá, y cuando me llevaba a la casa de mi abuelita yo me abrazaba a mi mamá y no quería soltarme de ella.</p>	<p>En una oportunidad cuando era niño mi hermano se fue de vacaciones por varios días, yo sentí mucho miedo de que no regrese más, y cuando volvió me alegre mucho.</p>	<p>Cuando mi hermano decidió donarme el riñón, yo sentía miedo por los riesgos que mi hermano tomaría, pero él toma la decisión de ayudarme sin esperar nada a cambio.</p>
<p>Deseo de intimidad y miedo a perder esa intimidad.</p>	<p>Cuando era pequeño mi madre me castigaba con un látigo para corregirme, yo le tenía mucho miedo a mi mamá cuando tomaba el</p>	<p>Cuando mi hermano volvió del viaje tenía un gran deseo de abrazarlo y no soltarlo nunca.</p>	<p>Yo me preocupo por mi hermano y me gusta estar cerca de él para cuidarlo, aunque él no lo valora.</p>

	látigo y corría para que no me pegue, pero después me acercaba a ella y la abrazaba.		
Conducta afectiva versus conducta de alejamiento	En una oportunidad mi mamá quería que yo la acompañe un rato en su cuarto, pero yo le dije que no podía que estaba muy ocupado y me iba a ver tele.	Cuando era niño estábamos juntos con mi hermano jugábamos, Nos divertíamos, aunque como todos los hermanos peleábamos porque yo deseaba jugar algo y él no y yo me iba enojado.	En el trabajo estamos discutiendo constantemente, me exige, me recrimina, no valora mi esfuerzo, yo quisiera seguir en el negocio con mi hermano, pero deseo buscarme otro empleo, ya no es muy agradable estar cerca de él.

Análisis del vínculo del receptor

A partir de la aplicación del test de Phillipson se puede establecer que el vínculo previo que el sujeto constituyó desde su infancia es el vínculo ansioso-ambivalente a partir de los referentes del cuidador primario; dicho vínculo se puede apreciar que ha mantenido con relación al donante, lo cual se puede inferir, a partir de las indagaciones realizadas en este caso y luego de la interpretación de las entrevistas psicológicas, la historia clínica del trasplante, desde donde se puede deducir que este vínculo persiste, puesto que al ser su hermano el que le da una nueva oportunidad de vida, éste se ha colocado en el lugar de importancia afectiva al ser quien satisface una necesidad apremiante, al mismo tiempo que lo está presionando, exigiendo y reprendiendo en el trabajo, reactivando la vinculación pre establecida.

Desde Bowlby los individuos que poseen este tipo de vínculo: son aquellos que buscan la proximidad de la madre o figura primaria y al mismo tiempo se resisten a ser tranquilizados por ésta, respondiendo a la separación con angustia intensa y combinan comportamientos de apego (vinculación) con conductas de desapego. Evidenciando un fuerte deseo de intimidad, del mismo modo que manifiestan intenso temor de perderla.

Adicionalmente, se puede entrever que el receptor se encuentra en una relación de dependencia hacia su hermano, donde este dispone de su tiempo, es quien paga sus honorarios, quien da las órdenes, por ser el gerente en dicha sociedad, convirtiéndose en el que proporciona o facilita algo (como cuando le realiza la donación). Este vínculo ansioso-ambivalente se puede inferir a partir del discurso del paciente en frases o referencias que este manifiesta. Lográndose observar que se ha posibilitado en este la formación de una base de relativa seguridad a partir de su accesibilidad y apoyo en los momentos que el paciente receptor lo ha requerido, al mismo tiempo el paciente (B2) le exige y presiona laboralmente con los requerimientos profesionales, generándose el vínculo ambivalente.

Análisis de la Relación entre el tipo de vínculo y el proceso de duelo del paciente A1

A partir del análisis de la historia clínica del sujeto se puede concluir que el paciente tiene un proceso largo de pérdida de la función de su órgano renal (dos años) tiempo en el que recibió tratamiento sustitutivo de diálisis, tiempo que transcurre desde el momento del diagnóstico de su enfermedad hasta cuando se realiza el trasplante.

El paciente en su infancia percibía que su madre pasaba mucho tiempo fuera de casa, y a veces cuando más la necesitaba ella no estaba, y paralelamente menciona que su madre siempre le transmitió afecto, dejando en evidencia que este no pudo contar con

una asequibilidad adecuada a esta en su niñez, demostrando experiencias claras de una forma de vinculación insegura, la cual se ha generado a causa de la falta de la presencia de su cuidador primario en aspectos descritos por este como cuando expresa; “de pequeño yo siempre quería estar con mi mamá, y cuando me llevaba a la casa de mi abuelita, yo me abrazaba a mi mamá y no quería soltarme de ella”, dejando claro un miedo a la separación, y un temor a perder la intimidad.

Por la expresión anterior que este paciente menciona en su entrevista psicológica, se puede desprender que el sujeto responde con una ansiedad de separación tras la amenaza de ausencia de la madre, por consiguiente seguirá respondiendo de la misma forma cuando se presente una amenaza de pérdida como en el caso del trasplante.

El miedo a lo desconocido, expresado por el paciente A1 en la frase: “Cuando mi hermano decidió donarme el riñón, yo sentía miedo por los riesgos que mi hermano tomaría, pero él toma la decisión de ayudarme sin esperar nada a cambio”, situación que fue poco a poco superada por la información que los médicos le manifestaban (en lo referente a lo que pasaría en la operación) por una parte y el anhelo de recuperación de la salud, ya que el indica que: “con la donación del riñón de mi hermano la vida me daba otra oportunidad para vivir mejor, para dedicarles a mi esposa, mi hijo que venía en camino”, lo que además enfrentó al sujeto a una fuerte angustia.

Es innegable que la pérdida de salud y del órgano que este sujeto experimentó es una pérdida transitoria, pues tras la operación de trasplante este recupera el órgano afectado, al mismo tiempo que recupera paulatinamente su “salud”. No obstante sufre un duelo el cual desde las apreciaciones de Bowlby por su tipo de vínculo estaría dentro del duelo patológico.

Lo antes expuesto se corrobora a partir de la siguiente experiencia manifestada por el paciente: “cuando me diagnosticaron la enfermedad de la insuficiencia renal, los

médicos me explicaron que esta podía deberse a la Hipertensión Arterial o gripes mal curadas, cuando el médico me dijo de lo que yo estaba enfermo, no lo podía asumir, me costó mucho superarlo, yo no sabía nada sobre la enfermedad, y con el transcurrir del tiempo, yo considero que entre en depresión, esperanzas habían pocas”.

Son características indudables de un proceso de pérdida que lo llevó a un duelo durante el desarrollo de su enfermedad, pues se le dificultó en gran medida la aceptación de su situación presente en ese momento, llevándolo a un estado de depresión emocional, al mismo tiempo que sus esperanzas eran limitadas complicando aun más la superación del duelo descrito.

Por tanto el duelo que el paciente ha experimentado, es un proceso de duelo patológico de acuerdo a su vínculo ansioso-ambivalente, según refiere Bowlby en su libro La Pérdida, en el que expresa:

“Probablemente la mayoría de quienes responden a una pérdida importante con un duelo patológico son personas que durante toda su vida fueron propensas a establecer relaciones afectivas con ciertos rasgos especiales. Este grupo comprende a individuos cuyos apegos afectivos son inseguros y ansiosos, y también aquellos pre dispuestos a brindar compulsivamente cuidado.”³⁹

Por otra lado el paciente en mención a partir del trasplante realizado se beneficia de la recuperación en su salud a través de una nueva oportunidad de vida, al mismo tiempo goza de la cercanía afectiva de su donante, afecto demostrado a partir del desprendimiento del órgano (riñón) por su (donante), para su recuperación, este beneficio con el pasar del tiempo le genera posiblemente culpa, la cual queda en evidencia cuando él pronuncia; “al principio cuando salí de la operación me

³⁹BOWLBY. John, El apego y la Pérdida 3 La Pérdida, Op. Cit. p.225

preocupaba mucho por mi hermano, gracias a Dios las cosas con mi hermano estaban saliendo bien, y gracias a la información que los médicos me proporcionaron respecto al trasplante, la salud de mi hermano no se vio afectada por el trasplante, y eso me llenaba de tranquilidad, ya que su estabilidad es muy importante para que yo pueda sentirme bien”.

Lo que devela una posible culpa, puesto que el paciente A1 lleva en su cuerpo una parte de otra persona plenamente identificado (su hermano), que le permite estar bien al receptor, pero que en algún momento podría generarle alguna dificultad a la salud del donante, debido a que le falta algo en su cuerpo (riñón), órgano que él ahora tiene y le permite estar mejor.

Cuadro No.2 Análisis Vínculo paciente B2

Caso N: 1

Análisis del vínculo Paciente B 2			
Antes			Después
Características del Vínculo Ansioso-Evitante	Vivencia Experimentada en la infancia con la madre	Vivencia Experimentada en la infancia con el hermano	Vivencia Experimentada luego del trasplante con el receptor
No confiar en los otros.	De niño desconfiaba de mí mamá, porque siempre me prometía que iba a llevarme de paseo y por su trabajo no lo hacía.	Mi infancia era muy solitaria, compartí poco con mi hermano, yo no le prestaba atención prefería estar solo en mi cuarto.	Un tiempo después de la cirugía, mi hermano y yo nos asociamos en el negocio de elaboración de detergente, No confío en que mi hermano realice las tareas que le delegó.

Evadir la figura materna.	Mi mamá me llamaba yo no me acercaba a ella, porque que siempre me dejaba solo por su trabajo, cuando más la necesitaba.	Mi hermano siempre pasaba conmigo en la casa porque mi mamá tenía que salir al trabajo, yo evitaba en lo posible tener contacto con él.	Después del trasplante he sentido que mi hermano se preocupa más por mí, Y en ocasiones prefiero evitar estar cerca de él, para que no se esfuerce por mí.
Rehuir al afecto.	Cuando mi mamá llegaba del trabajo trataba de acercarse a mí, y me quería abrazar pero a mí me desagradaba que me abrace y me escondía en el cuarto.	Una vez en mi cumpleaños mi hermano intento darme un abrazo de felicitación pero yo no me deje y me fui corriendo.	Cuando mi hermano se pone emotivo por la donación que le hice y me trata de abrazar, Yo le digo que no se preocupe que no es necesario el abrazo, que lo que hice era mí deber de hermano.
Conducta de retracción frente a la vinculación.	Recuerdo que de niño mi madre me pedía que duerma con ella, yo le decía que bueno pero, no iba porque me quedaba dormido en la mía.	Los Médicos de Hospital Carlos Andrade Marín le diagnostican la enfermedad Renal a mi hermano, Al principio de la enfermedad no hable de la donación con mi hermano por temor.	Mi hermano está pendiente de mí, me sabe preguntar como estoy, que me cuide, yo le digo que yo estoy bien aunque no sea así.

Eludir la proximidad.	Cuando era niño y estaba en mi casa con mi mamá, ella ingresaba a mi cuarto, yo me iba porque me disgustaba su presencia en mi cuarto.	Yo casi siempre prefería estar solo y me disgustaba que mi hermano me toque o que me miren los demás.	Luego de la donación del órgano renal, yo siento que él tiene una gratitud hacia mí, por lo que hice por él, pero yo me siento igual, creo que en mi persona eso no ha producido mayor cambiado.
-----------------------	--	---	--

Análisis del Vínculo del donante

El establecimiento del vínculo que este paciente ha instaurado desde los referentes de sus cuidadores primarios es el vínculo ansioso-evitante, es decir que este sujeto en su niñez se caracterizó por rehuir a su madre cuando ésta volvía luego de una ausencia, en algunas ocasiones trató a un extraño de un modo más amistoso que a su propia madre, tuvo despliegues mínimos de afecto o angustia hacia el cuidador, y evadió la figura materna ante situaciones que exigían la proximidad, resiste la información que pudiese crearle confusión, cerrando sus esquemas a esta, asumiendo estructuras cognitivas rígidas, desarrollando mas tendencia al enojo, puesto que al parecer su madre por causa del trabajo u otros compromisos no pudo satisfacer sus necesidades cuando este lo requería, a pesar de ser el último hijo. Dicho vinculo influenciara en las relaciones vinculares futuras del sujeto pero no será determinante.

Posterior al trasplante renal se ha podido identificar que la vinculación del donante hacia el receptor se mantiene del mismo modo ansiosa-evitante lo cual se pudo interpretar con las indagaciones realizadas en este caso expuesto, e interpretando las

entrevistas psicológicas y la historia clínica del trasplante, puesto que en este paciente la donación del órgano renal, generó en su momento una crisis de angustia y reveladora, experiencia que no ha provocado finalmente un cambio significativo en su forma de vincularse con su hermano receptor.

En este tipo de apego se ha logrado observar que cuando algunos niños se encuentran expuestos a un régimen imprevisible, estos al parecer llegan a un punto de desesperación, angustia, situación que promueve que en lugar de que el infante desarrolle una conducta afectiva caracterizada por la ansiedad, lo que manifiesta es un relativo desapego hacia su cuidador, con manifestación de las siguientes conductas; aparentemente el niño no logra establecer confianza en los demás, ni preocuparse por estos, proporcionarles atenciones, muy probablemente porque este no ha podido establecer figura de seguridad en su madre, su cuidador primario, estos no han podido ser asequible a este en los momentos de ansiedad. Promoviendo en el sujeto a menudo conductas determinadas por la agresividad y la desobediencia.

Análisis de la Relación entre el tipo de vínculo y el proceso de duelo del paciente B2

En el paciente B2 la pérdida del órgano renal se presenta sin la reposición posterior debido a que, está realizando un acto de donación, donde cede uno de sus riñones para ayudar a la recuperación de la salud su hermano, el que no podrá volver a recuperar, esta pérdida de un órgano de su cuerpo remite consciente o inconscientemente a un duelo, que en el caso paciente B2, si partimos de la premisa que Bowlby plantea: Probablemente la mayoría de quienes respondan a una pérdida importante con un duelo patológico, son personas que durante toda su vida fueron propensas a establecer relaciones afectivas con ciertos rasgos especiales como los inseguros y ansiosos, también aquellos pre- dispuestos a brindar compulsivamente cuidados, este paciente irremediablemente, ha presentado un duelo patológico por su tipo de vinculación ansioso- evitante.

El sujeto a partir de la donación, cedió parte de su cuerpo a su hermano para que este recupere su salud, pero al ceder su órgano no logra una restitución de este a causa de su forma de vinculación ansiosa-evitante. Dicho duelo se lo puede interpretar a partir de expresiones del paciente como: “después del trasplante durante algunos meses yo sentí la falta del riñón, un espacio vacío en el lugar donde el órgano estaba, durante algún tiempo yo me sentía extraño decaído y un poco triste”.

A demás el paciente B2 mantiene una cercanía a su hermano, pues se vinculan laboralmente y comparten más tiempo, por dicha situación, evidenciando el deseo del paciente de recuperación o protección de su objeto de amor perdido, a partir del encuentro diario con su hermano en el espacio de trabajo, observándose en frases que el paciente dice; “Actualmente estamos trabajando juntos con mi hermano, además luego del trasplante los dos pasamos mucho más tiempo juntos por el trabajo, dependemos uno del otro para que las cosas salgan bien”.

Al mostrar una evitación por su modo de vinculación, este no se permite de manera consiente la restitución del objeto de amor perdido tras la donación, pues al no acceder a una cercanía afectiva vincular con su hermano, al haber establecido un “Apego Ansioso Evitante no ha logrado posesionar su libido en un nuevo objeto de amor que le admita el proceso de un duelo normal, evidenciado a partir de su deseo de compartir más con el portador de su órgano en la vinculación laboral, un signo del deseo de recuperación de su objeto de amor y un proceso de duelo inacabado.

Por otra parte manifiesta desconfianza hacia su hermano, en las tareas labores que le encomienda e incomodidad en la relación laboral, pese a lo cual no se desvinculan, pues esta relación de cercanía le facilita al donante el poder recuperar por momentos aquello que cedió (su riñón), lo que se convirtió en una pérdida que no le permite sentirse completo, pese al deseo de querer ver a su hermano bien, lo que vendría a ser la ganancia del donante, la donación voluntaria, ha generado en el donante la pérdida

del objeto de amor, representado en el riñón extirpado y que fue implantado en su hermano.

A continuación se presenta el análisis del caso 2:

Cuadro No.3 Análisis Vínculo paciente C1

Caso N: 2

Análisis del vínculo Paciente C 1			
Antes			Después
Características del Vínculo Ansioso-Ambivalente	Vivencia Experimentada en la infancia con la madre	Vivencia Experimentada en la infancia con el hermano	Vivencia Experimentada luego del trasplante con el donante
Proximidad y contacto con la madre y oponerse al contacto con esta.	Mis hermanos se sentían celosos conmigo por mi mamá y trataban de molestarme, cuando mi mami salía de casa yo me queda triste porque no me llevaba con ella, aunque cuando ella regresaba me buscaba y yo me enojaba con ella.		Me realizan la cirugía del trasplante renal, cuando mi hermano compartió su órgano en la donación fue un gesto hermoso de ayuda, aunque en un primer momento yo no quería porque

			temía por su salud
Confianza y desconfianza en las relaciones afectivas.	Yo sabía que mi mamá estaba presente me sacaría de algún problema grave que me sucediera.	Yo pase unos dos años con tratamiento farmacológico y 8 años en diálisis, no creí que alguien de mi familia sería capaz de donarme el órgano renal, pero gracias a Dios mi hermano decidió ayudarme.	Tuvieron que operarme 8 veces para que el riñón funcione normalmente y me tuvieron hospitalizado por 9 meses, las complicaciones que llegaron luego del trasplante fueron tantas y tan dolorosas que hubo un momento que desee que me retirasen el órgano.
Seguridad e inseguridad de la asecuribilidad con su cuidador primario	Mi madre por su trabajo no me daba tiempo ni me ayudaba con mis cosas, aunque cuando llegaba trataba de recompensarme dándome de comer algo rico.	En mi niñez compartía mucho más con mi hermano que con mi mamá y mi papá, mi mamá me acompañaba a veces a hacer mi tarea, cuando no tenía que trabajar.	Con mi hermano nos hemos unido mucho más después del trasplante, aunque el carácter de él es muy explosivo y me exige, me ordena y quiere que yo le haga caso, como patrón, eso no me agrada de él.
Deseo de intimidad y	Los fines de semanas salíamos todos con mi		A partir de la donación que mi hermano me

miedo a perder esa intimidad.	mamá me encantaba pasar con ella y compartir tiempo juntos, quería que el fin de semana sea eterno.		hizo, yo ahora estoy más pendiente de él, de que llegue a la casa, de comprarle comida, de cuidarle su salud, me da miedo que le pase algo malo.
Conducta afectiva versus conducta de alejamiento	Cuando era niño y mi madre tenía que irse al trabajo me daba mucho coraje con ella, Yo deseaba siempre estar con mi mamá, aunque debo confesar que en ocasiones prefería que no este.	Mi infancia fue un poco difícil, aunque me gustaba estar cerca de mí hermano y compartir cosas con él, a veces me apartaba sin ninguna razón.	Se están presentando muchas complicaciones en la sociedad que formamos con mi hermano le estoy muy agradecido a mi hermano por lo que me ayudo, pero ya no me siento bien trabajando con él, y a veces deseo irme a otro trabajo.

Análisis del Vínculo del receptor

El vínculo previo que el paciente ha instaurado desde su infancia es el vínculo-ambivalente, lo cual se puede inferir a partir de frases expresadas por el paciente desde su discurso y sus experiencias con sus representaciones primarias, ya que el paciente ha experimentado en su infancia representaciones que buscan la proximidad de la madre o figura primaria y al mismo tiempo se resistía a ser tranquilizado por ella, respondiendo a la separación con angustia intensa, combinando comportamiento

de apego (vinculación) con expresiones de protesta, enojo, resistencia.

Estos niños no tienen perspectivas de confianza respecto al acceso, respuesta de los cuidadores primarios. Estas personas están definidas por un fuerte deseo de intimidad, del mismo modo que manifiestan intenso temor de que ésta se pierda.

Así mismo en la experiencia del receptor surgió una situación especial, en la que se produce un conflicto entre la conducta afectiva y la conducta de alejamiento que manifiesta el niño, conducta que se genera cuando la figura de apego (madre o cuidador primario) es la que provoca también al mismo tiempo temor en el bebé, puesto que esta figura en mención recurre constantemente, quizás, a amenazas o actos de violencia para corregir al infante.

Bajo estas circunstancias, las criaturas más pequeñas no suelen huir de la figura hostil, sino que terminan aferrándose a ella como un referente o base de seguridad que les permite sostenerse emocionalmente a pesar de la dificultad existente. Es lo que se puede inferir a partir de la experiencia del paciente, que aunque su madre no le provee de una buena alimentación ni afecto este dice que se siente protegido y feliz cuando estaba con su madre.

Análisis de la Relación entre el tipo de vínculo y el proceso de duelo del paciente C1

En este sujeto a partir de algunas circunstancias expuestas por este, y a través del análisis pertinente, se puede observar que él paciente ha establecido previamente con sus cuidadores primarios un vínculo ansioso –ambivalente, forma de vinculación que persiste entre este y su donante. El paciente en mención, a partir de la cirugía renal practicada a este muestra evidencias de haber presentando un proceso de duelo

patológico, puesto que desde su forma de vinculación según expresa Bowlby sería la manera en que este tipo de personalidad afrontaría el duelo.

Debiendo comprender además este duelo, a partir del diagnóstico de la enfermedad hasta llegar a la operación realizada, la cual consistió en retirar el órgano renal (sin función), para compatiblemente colocar en ese lugar el órgano renal de su hermano, generándose pese a que existió una restitución del órgano en el sujeto (receptor), un duelo patológico por su manera particular de vinculación, duelo que se puede vislumbrar en la siguiente frase del paciente; “Cuando el médico me dijo de lo que sufría yo me puse triste, tuve sentimientos de desanimo, de saber esa etapa que me tocaba vivir, pero lo que más quería, es que los dolores desaparezcan, creo que entre en un estado de mucha tristeza hasta que me empezaron a tratar y a explicar que existían posibilidades de recuperación de alguna manera, la medicación me ayudo a mejorar el dolor, el dolor fue desapareciendo, pero la tristeza no”.

En este paciente al cual se le practicaron varias cirugías según el menciona en estas frases; “Me tuvieron que operarme 8 veces para que el riñón funcione normalmente y me tuvieron hospitalizado por 9 meses, las complicaciones que llegaron luego del trasplante fueron tantas y tan dolorosas que hubo un momento que desee que me retirasen el órgano” ,“luego de que los médicos me convencieron de intentarlo por octava vez, me es doloroso para mi recordar esos momentos de la cirugía, pero gracias a Dios y a los médicos las cosas mejoraron y a los 9 meses me dieron al fin el alta y pude regresar a mi casa con mi familia”.

A partir de lo que se puede afirmar que este paciente experimento un gran dolor físico y emocional, dolor que tras la estabilidad de la salud se transforma en gratitud (cercanía afectiva hacia su donante) y miedo a la pérdida del órgano trasplantado de su hermano (donante), ratificando la ambivalencia vincular con un proceso de duelo patológico.

Desde la forma en que el sujeto expresa la consiguiente experiencia; “Yo pase unos dos años con tratamiento farmacológico y ocho años en diálisis, no creí que alguien de mi familia sería capaz de donarme el órgano renal, pero gracias a Dios mi hermano decidió ayudarme. Además yo no quería exponer a nadie de mi familia al sufrimiento de una operación, no me sentía con ese derecho y preferí afrontar solo en un principio mi enfermedad.” Se alcanza a distinguir nuevamente una ambivalencia bajo esta vivencia donde el paciente pese a haber obtenido la mejoría en su salud, sigue perturbado por la idea de haber despojado a su hermano de algo que solo le pertenecía a él.

De alguna manera lo vivido por el paciente C1, podría estar generando culpa en él, puesto que por un lado se ha hecho acreedor a la mejoría de su salud con la donación del órgano de su hermano, a costa de poner en riesgo la vida y la salud de este, optando por una dependencia laboral hacia su (donante) como una manera de gratificación hacia su hermano el salvador de su vida.

Cuadro No.4 Análisis Vínculo paciente D2

Caso N: 2

Análisis del vínculo Paciente D 2			
Antes			Después
Características del Vínculo Ansioso-Evitante	Vivencia Experimentada en la infancia con la madre	Vivencia Experimentada en la infancia con el hermano	Vivencia Experimentada luego del trasplante con el receptor
No confiar en los otros.	Por el hecho de estar en la pobreza, aun que teníamos lo básico, Mi niñez fue tan alegre y triste, y yo prefería	Cuando mi hermano fue diagnosticado de la enfermedad, yo me asusté y no confiaba en	Luego de la donación del órgano renal, yo aproximadamente por un año sentí

	quedarme siempre en mi cuarto solo.	que los médicos lo pudieran salvar.	un vacío en el lugar donde se me retiró el riñón.
Evadir la figura materna.	En nuestra infancia no fuimos bien alimentados por la falta de recursos y de tiempo de nuestros padres, era tal la falta de alimentación que mi hermano y yo nos enfermamos de anemia, yo prefería estar con mi hermano para no ver a mi mamá.		Yo me sentí muy desprotegido por el Hospital en el aspecto psicológico, porque nunca hicieron nada por nosotros, siempre les estaba comentando a los médicos que yo no me sentía bien y que se debía hacer algo con los pacientes que donábamos nuestro órgano, me sentí desamparado.
Rehuir al afecto.	Mi madre sufría de ataques epilépticos, sus crisis eran cada vez más fuertes, angustiantes. Yo sentía miedo cuando mi madre entraba en crisis, prefería no estar cerca de ella.	En ciertas ocasiones mi hermano trataba de que compartamos más tiempo juntos, yo le decía enojado que era cansón y que no me molestara que no podía.	Nueve meses luego del trasplante renal tuvo que pasar mi hermano en el hospital debido a las ocho operaciones que le tuvieron que realizar, yo sentía mucha angustia que preferí ya no ir al hospital por un buen tiempo.
Conducta de reetracción	Mi hermana segunda es mujer y mis padres por tener una sola hija mujer,	Mi hermano me presento una amiga de él para que yo salga a	Cuando mi hermano toma alcohol que no

frente a la vinculación.	era a esta a la que siempre le daban todo lo que ella solicitaba, Lo cual ocasionó mucho resentimiento en mí, porque consideró se le daban demasiado y a nosotros los varones nos relegaron, descuidaron nuestras necesidades.	pasear con ella, yo le dije que no estaba preparado que lo dejemos para otro día.	puede hacerlo por su condición, yo me enojo mucho con él y le digo con mucho coraje que lo que tiene en su cuerpo es mi riñón y que debe cuidarlo.
Eludir la proximidad.	A mí de pequeño me encantaba estar solo y cuando mi mamá llegaba del trabajo yo prefería irme a otro lado.	Antes de la cirugía de trasplante renal de mi hermano, creo que el miedo a la donación hizo que empiece a tomar alcohol más de lo habitual, a pesar que sabía que eso no lo podía hacer, porque ello impediría que pueda donar.	Me apenè mucho, casi me deprimí, porque pensé que di parte de mí a mi hermano y no serviría de nada, Yo tuve mucha angustia cuando los médicos nos dijeron que el riñón no funcionaba bien.

Análisis del Vínculo del Donante

Este paciente ha establecido desde los referentes de sus cuidadores primarios el vínculo ansioso- evitante, este tipo de apego no seguro, se ha asociado con la presencia del "síndrome no orgánico de detención del desarrollo", el mismo que se caracteriza por carencias nutricionales y/o emocionales que derivan en una pérdida de peso por la falta de atenciones de su cuidador primario, al mismo tiempo, evidencian un retardo en el desarrollo emocional, social que es en parte lo que este paciente vivió en su infancia por falta de protección, cuidados, una buena alimentación en su infancia, pues estos según menciona el mismo eran deficientes, precarios por su pobreza, la falta de tiempo de sus padres para atenderlos, pues laboraban fuera de casa.

Luego del trasplante renal realizado a su hermano se puede observar que, el vínculo previo que el donante estableció desde sus cuidadores primarios persiste, desde los referentes de su infancia interpretados a partir de varias experiencias expuestas en su discurso, el análisis de la historia del trasplante entre otros, corroboran que el vínculo hacia su hermano receptor sigue siendo ansioso evitante, pese a las fuertes experiencias vinculares vividas por la enfermedad de su hermano, al mismo tiempo ubica en el lugar de aquel que tiene lo que a él le hace falta y le generó una pérdida, un vacío, originándose también al mismo tiempo un desapego hacia este.

Aquellos sujetos que se ajustan a este tipo de apego, tienen despliegues mínimos de afecto o angustia hacia el cuidador, o evaden la figura materna ante situaciones que exigen la proximidad, resisten la información que pudiese crear confusión, cerrando sus esquemas a esta, asumiendo estructuras cognitivas rígidas, y desarrollando más tendencia al enojo, aparentemente el niño no logra establecer confiar en los demás, ni preocuparse por estos, o proporcionarles atenciones, muy probablemente porque este no ha podido establecer la figura de seguridad en su madre o su cuidador primario, ya que estos no han sido exequibles a este en los momentos de ansiedad.

Análisis de la Relación entre el tipo de vínculo y el proceso de duelo del paciente D 2

La pérdida experimentada por este, sumado a su forma de vinculación ansiosa – evitante, desde los aportes de Bowlby en los que manifiesta: que la mayoría de los sujetos que han desarrollado un vínculo ansioso o inseguro, evidencian un duelo patológico, puesto que la valoración afectiva que el sujeto de manera consciente o inconsciente le atribuye a dicha pérdida no ha sido procesada adecuadamente, al mismo tiempo manifiesta una gran dificultad para posesionar su libido en un nuevo objeto de amor que sustituya el no existente.

El paciente al mismo tiempo expresa haber experimentado mucho miedo antes de la donación renal hecha a su hermano, lo cual se logra vislumbrar en la siguiente expresión: “Antes de la cirugía de trasplante renal de mi hermano, creo que el miedo a la donación hizo que empiece a tomar alcohol más de lo habitual, a pesar que sabía que eso no lo podía hacer, porque ello impediría que pueda donar”.

Consideraciones que llevan a vislumbrar que en este sujeto se ha generado un proceso de duelo patológico, pues este no ha logrado una restitución de su objeto de amor, al mismo tiempo que ha llegado al punto de la agresión verbal hacia su hermano, manifestada en la expresión siguiente: “cuando mi hermano toma alcohol que no puede hacerlo por su condición, yo me enojo mucho con él y le digo con mucho coraje que lo que tiene en su cuerpo es mi riñón y que debe cuidarlo”.

Dejando en este caso la clara evidencia de que el paciente D2 entra en angustia frente a la posibilidad de que su hermano ponga al riñón en riesgo, y se llegue a producir la tan temida pérdida definitiva del órgano, lo que genera en este individuo mayor angustia frente a la pérdida total y definitiva de su órgano (el riñón), que ahora está en el cuerpo de su hermano.

Por medio de este acto voluntario de donación del órgano renal, el paciente (donante) pierde parte de su cuerpo, parte de su yo, causando en este una sensación de vacío lo cual expresa en la siguiente locución; “En lo referente al trasplante puedo decir que yo me sentí muy desprotegido por el Hospital en el aspecto psicológico, siempre les estaba comentando a los médicos que yo no me sentía bien y que se debía hacer algo con los pacientes que donábamos nuestro órgano, yo por un largo tiempo, aproximadamente durante un año sentí un vacío en el lugar se me retiró el riñón que fue disminuyendo paulatinamente hasta los dos años”.

Este vacío de cierta forma es recompensado con la ganancia de ver vivo a su hermano, lo que denota en esta verbalización; “yo tuve mucha angustia cuando los médicos en una oportunidad nos dijeron que el riñón no funcionaba bien me apene mucho, casi me deprimí, porque pensé que di parte de mí a mi hermano y no serviría de nada, yo tuve mucha angustia cuando los médicos nos dijeron que el riñón no funcionaba bien. Gracias a Dios, las cosas salieron bien, y mi hermano se recupero y está ahora bien”, y a través de ello percibir día a día en la vinculación- evitante con su receptor la posibilidad de cercanía de aquello que le genera el vacío (la falta de su riñón).

A continuación se presenta el caso 3:

Cuadro No.5 Análisis Vínculo paciente E1

Caso N: 3

Análisis del vínculo Paciente E1			
Antes			Después
Características del Vínculo Seguro.	Vivencia Experimentada en la infancia con la madre	Vivencia Experimentada en la infancia con la hija	Vivencia Experimentada luego del trasplante con el Donante
Confianza hacia las figuras referenciales de cuidados.	Mi mamita siempre estuvo cerca de mí, y me daba todo su apoyo en lo que yo necesitaba.	Yo siempre he sido muy afectuoso con mi hija he tenido una relación de confianza.	Con mi hija la donante existe una mayor comunicación, mi hija luego del trasplante paso a constituirse como en un personaje, porque no todos

			los hijos realizan un acto de ofrendar su vida, dar parte de su cuerpo por su padre.
Seguridad de que la figura de apego responderá a sus necesidades.	Mi mamacita cuando yo era aún niño siempre me fue una buena guía. me protegía y me cuidaba.	Cuando mi hija decidió donarme yo sentí una gran alegría y tranquilidad, porque sabía que lo hacía por amor a mí.	Mi hija se preocupa constantemente de que todo esté bien con mi salud, la grandeza de corazón, la magnitud de la bondad de ese acto que ella tubo para conmigo, al sacrificarse por mí, me da la seguridad de que siempre puedo contar con ella.
Busca el contacto con su cuidador primario.	De pequeño me las ingeniaba siempre para estar con ella, yo creo que de todos mis hermanos yo era el querido.	Cuando mi hija era pequeña yo siempre la cambiaba de ropa y la besaba mucho porque era mi primera hija mujer.	Con mi hija que me donó, tenemos un contacto especial porque ese acto de bondad que ella tuvo para conmigo nos unió mucho más, yo busco estar siempre junto a ella.
Confían e intiman más	Cuando éramos pequeños, yo recuerdo que era el que mejor se	Siempre he sido una persona a la que le agrada compartir y	Luego del trasplante el riñón no

con los otros.	llevaba con todos mis hermanos, y con mis tíos.	llevarse con todas las personas sin ningún problema.	funcionó enseguida, pero yo tenía mucha confianza y esperanza de que los médicos salvarían él riñón, ya que ellos habían sido muy especial con migo durante mi enfermedad.
Son niños cálidos	Yo siempre deseaba estar cerca de mi madre para abrazarla y acariciarla con mucha ternura.	Creo que he soy una persona muy afectuosa con mis hijos, pero en especial con mi hija la donante.	Soy una persona muy cariñosa con mi hija que me dono el órgano, y siempre estoy pendiente de que nada malo le pase.

Análisis del Vínculo del Receptor

El paciente E1 tras la calificación del Test de Phillipson muestra un tipo de vínculo-seguro hacia sus cuidadores primarios, vínculo que es considerado por Bowlby como un apego saludable; la principal característica de los niños clasificados como con un apego seguro a la madre es que estos son activos en el juego y buscan el contacto, incluso cuando se han angustiados después de una separación breve, enseguida quedan consolados y vuelven muy pronto a absorberse en el juego.

Esto se debe a la sensibilidad materna, las respuestas a los cuidados oportunos y adecuados al niño, la percepción acomodada, interpretación correcta y una respuesta contingente, apropiada a las señales que fortalece la interacción de este.

Luego de la cirugía renal realizada al paciente, este no ha mostrado ningún cambio significativo en su forma de vinculación con su hija la donante, lo cual se logra deducir gracias a la indagación de la historia clínica y la entrevista psicológica, a partir de lo cual, se puede prestar atención a que el paciente muestra las siguientes características: se presenta como una persona cálida y logra establecer relaciones íntimas satisfactorias con su hija, pues comparte su vivienda con esta, y la ayuda en todo lo que ella necesita, precisamente por ser estables en lo referente al dominio intrapersonal, se preocupa mucho de lo que a ella le pase, razón por la que se encuentran confrontados.

Posee una perspectiva coherente de sí mismo, con tendencia a la positividad, manifiesta tener una alta accesibilidad a esquemas, recuerdos positivos, lo que lo lleva a tener esperanzas positivas acerca de las relación con su hija, con los otros, a confiar e intimar más con ellos, esto se debe a que ha establecido vínculos de confianza hacia sus figuras referenciales de cuidados, muestra seguridad de que la figura de apego responderá a sus necesidades, busca el contacto con su cuidador primario.

Análisis de la Relación entre el tipo de vínculo y el proceso de duelo del paciente E 1

Esto se debe a la sensibilidad materna, las respuestas a los cuidados oportunos y adecuados cuando este era un niño, la percepción acomodada, interpretación correcta y una respuesta contingente apropiada a las señales que fortalece la interacción de este. Se muestra como una persona cálida, logra establecer relaciones íntimas satisfactorias con su hija pues comparte su vivienda con esta, la ayuda en todo lo que ella necesita.

El paciente E1 al haber desarrollado el apego seguro, le ha facilitado en gran medida el poder sobreponerse a la situación de su trasplante pese a los problemas de rechazo que se presentaron luego de la operación, en lo referente al proceso de duelo que este ha realizado, se podría decir que el duelo que este paciente vivencia con relación a su vínculo es un proceso de duelo normal, si consideramos los aportes de Bowlby que indica: que los individuos con un apego seguro serán los más calificados a vivir un duelo normal, debido a los referentes de afecto y asequibilidad oportuna de sus cuidadores primarios hacia ellos.

Por las anteriores consideraciones es pertinente el consiguiente razonamiento; debido a que al ser intervenido quirúrgicamente para la extracción del riñón e implante del órgano donado por su hija, este sujeto pasó por una pérdida transitoria que generó un duelo, que se debe considerar como normal.

Al mismo tiempo se debe considerar que al haber existido la restitución del objeto de amor (que por ende le permitió) posesionar su carga libidinal en este nuevo objeto de amor, sin que esto haya creado mayor conflicto en la superación del duelo, en este paciente, lo que se logra entrever en este enunciado del paciente; “A pesar de la dificultad asimilé pronto la situación, porque yo conocía términos médicos, lo cual me ayudó a superar mejor desde lo psicológico, las alternativas que ya conocía, era que haciéndose diálisis se podía continuar, cuando luego se me informó que había la posibilidad de trasplantarme, no dejé de ser un aliento”.

También se puede vislumbrar que en este paciente no se manifiesta mayor conflictividad en lo concerniente al sentimiento de culpa pues él manifiesta; “Yo siempre he sido muy afectuoso con mi hija, he tenido una relación de confianza, cuando mi hija decidió donarme yo sentí una gran alegría y tranquilidad, porque sabía que lo hacía por amor a mí”, como se puede observar él se siente tranquilo, con relación a la donación efectuada por su hija.

En este acto de donación este paciente obtiene como ganancia la satisfacción de sentirse amado por su hija, al punto de que esta le entrega parte de su vida en su órgano renal, según él lo dice a continuación; “con mi hija la donante existe una mayor comunicación, mi hija luego del trasplante paso a constituirse como en un personaje, porque no todos los hijos realizan un acto de ofrendar su vida, dar parte de su cuerpo por su padre”. Lo que genera una cercanía afectiva y al mismo tiempo dicha donación le sirve para acceder a una mejor calidad de vida.

Cuadro No.6 Análisis Vínculo paciente F2

Caso N: 3

Análisis del vínculo Paciente F 2			
Antes			Después
Características del Vínculo Ansioso-Ambivalente	Vivencia Experimentada en la infancia con la madre	Vivencia Experimentada con el papá (receptor)	Vivencia Experimentada luego del trasplante con el receptor
Proximidad y contacto con la madre y oponerse al contacto con esta.	Después del nacimiento de mi hermana yo buscaba estar cerca de mi mamá, aunque no la dejaba que me acaricie.	Cuando mi papá estaba en casa nos divertíamos mucho juntos y me hacía muy feliz, aunque me molestaba en ocasiones que me tocara.	Después del trasplante renal yo pase pendiente de él, pero en estos últimos días me he opuesto a esta cercanía con él, para evitar conflicto con él por mi esposo.
Confianza y	De pequeña mi	Las decisiones de mi	A partir del

desconfianza en las relaciones afectivas.	madre era muy cariñosa con mi hermana y eso me daba mucho celos por ella	madre siempre han pesado en mi vida, porque siempre he querido agrandar a mis padres, pese a que ellos no siempre piensan en mi deseo.	trasplante yo me siento más unida mi papá, pese a que él es poco atento con-migo, aunque pasa muy pendiente de mis hijas.
Seguridad e inseguridad de la asequibilidad con su cuidador primario	Mi mamá pasaba cuidando a mi hermana menor y me dejaba sola, me decía que yo era grande y que me las arregle, pero a veces sí me ayudaba.	En ocasiones mis primas me pedían que me quedase a dormir con ellas y yo muy feliz le pedía a mi papá que me dejara, el decía que sí, pero cuando llegaba la noche y ya estaban todos durmiendo, yo empezaba a llorar muy angustiada y le pedía a mis tíos que llamaran a mis papá que me venga a ver.	Yo estoy segura de que si a mi papá le toca hacer algo parecido por mi lo haría sin reparo, aunque en estos últimos días anda muy enojado con migo y no responde mis peticiones.
Deseo de intimidad y miedo a perder esa intimidad.	Cuando estaba abrazada con mi madre, temía que mi hermana llore y ella me deje por estar con ella.	Cuando mi papá llegaba de su trabajo yo corría para estar con él, pero me daba mucho temor de que él me deje para ir a ver a mi hermana.	Luego de la operación yo creo que me apegue mucho más a mí papá, yo quería con todo mi alma, ser la que le diera a mi papá la oportunidad de salvarse, en ocasiones me da mucho miedo de que algo malo le pase y no esté más a mi lado.

Conducta afectiva versus conducta de alejamiento	Cundo era una niña me caí de las escaleras de la casa, deseaba mucho que mi mamá me abrazara, pero me aleje de ella y no me deje consolar.	Yo quería con toda mis ganas ser la persona que donara el órgano a mi papá, al mismo tiempo sentía mucho miedo de que algo malo nos pase en la operación.	Cuando lleo del trabajo saludo a mi papi le pregunto cómo esta, le doy un besó y me voy rápidamente a mi cuarto.
--	--	---	--

Análisis del Vínculo del donante

A partir de la aplicación del Test de Phillipson se puede establecer que el vínculo previo que la donante constituyo desde su infancia es el vínculo ansioso-ambivalente vínculo que la paciente establece a partir de los referentes del cuidador primario, se puede apreciar que este se ha mantenido con relación al receptor.

A partir de las indagaciones realizadas en este caso, luego de la interpretación de las entrevista psicológica, y la historia clínica del trasplante, se puede deducir que este vínculo hacia su padre persiste, esta se ha colocado un sitio de gran valor emocional frente a su padre, debido a su acto de amor desprendimiento, otorgándole la oportunidad de salvarse una nueva calidad de vida a su progenitor, por otra parte se encuentra distanciada con este por que él considera que ella no está exigiendo a su esposo para que le dé una mejor situación de vida reactivando la vinculación pre establecida.

Desde Bowlby los individuos que poseen este tipo de vínculo son aquellos que buscan la proximidad de la madre o figura primaria y al mismo tiempo se resisten a ser tranquilizados por esta, respondiendo a la separación con angustia intensa y combinan comportamientos de apego (vinculación) con conductas de desapego.

Evidenciando un fuerte deseo de intimidad, del mismo modo que manifiestan intenso temor de perderla.

También, se puede vislumbrar que la donante se encuentra en una relación de dependencia hacia su padre, donde este siempre le ha dicho lo que debe hacer y lo que él piensa pesa mucho en sus decisiones, sus anhelos. Este vínculo ansioso-ambivalente se puede inferir a partir del discurso de la paciente en frases o referencias que esta manifiesta. Lográndose observar que se ha posibilitado entre este la formación de una base de relativa seguridad a partir de la accesibilidad y apoyo en los momentos que ella ha requerido ayuda de su padre (receptor), de la misma forma que intenta mantener distancia de su padre, evitar la intromisión de este en su vida afectiva de pareja, lo cual la distancia de ella, y ubica en la ambivalencia.

Análisis de la Relación entre el tipo de vínculo y el proceso de duelo del paciente F2

Al tener la paciente una forma de vinculación ansiosa- ambivalente, esta busca por una parte una intimidad profunda e indisoluble con él padre al mismo tiempo que teme perder esa intimidad, desde Bowlby los individuos que poseen este tipo de vínculo son aquellos que tienen mayor posibilidad, de llegar a desarrollar un duelo patológico al igual que los que poseen el vínculo-evitante.

Por tanto a partir del enunciado anterior queda en evidencia que: el proceso de duelo que esta paciente afrontó es un proceso de duelo patológico puesto que tras la pérdida de su órgano en la cirugía renal, para el trasplante de su padre esta pierde el objeto de amor, lo que se puede inferir en esta expresión de la paciente: “luego de la operación yo sentía que me faltaba el aire que el oxígeno me faltaba, que algo me faltaba, lo que me dijeron los médicos es que me dio un bajón de calcio, tuve una sensación de drogada por dos días, tenía que hacer el esfuerzo de comer, era muy difícil, sudaba terriblemente.”

Esta pérdida del cuerpo de la paciente F2 no le permite una restitución del objeto cedido a su padre (el órgano renal), lo que adicionado a su tipo de vinculación la han llevado al desarrollo de un duelo no saludable que le dificulta la superación de las pérdidas que eventualmente esta ha tenido y tendrá en el desarrollo de su vida afectiva, como lo podemos notar en esta experiencia manifestada: “A los 17 años yo estaba muy dolida porque mi relación con mi enamorado había terminado, no espere el tiempo necesario, me involucre en una nueva relación de la que salí embarazada sin amarlo”.

Experiencia donde se puede ver que en esta paciente las pérdidas son muy difíciles de superar y en su angustia de separación, busca la restitución del objeto de amor de manera ansiosa que la lleva a catectizar un nuevo objeto de amor que le resulta fallido, provocándole mayor conflicto emocional.

También, se puede distinguir que la donante se encuentra en una relación de dependencia hacia su padre lo que se denota en esta oración; “yo siempre me he sentido muy dependiente de mis padres, no me puedo alejar de ellos, me cuesta hacer algo que vaya en contra sobretodo de lo que opine o desee mi madre”, ella menciona que él siempre le ha dicho lo que debe hacer, lo que él piensa pesa mucho en sus decisiones, sus anhelos.

La paciente pese a su pérdida, duelos, conserva una ganancia, la que consiste en haber entrado en el cuerpo de su padre tratar de ser parte de él, sentirse más unida a él, al mismo tiempo que se encuentra con la satisfacción de día a día ver a su padre con salud vida lo cual de una u otra forma es gracias a ella.

Cuadro No.7 Análisis Vínculo paciente G1

Caso N: 4

Análisis del vínculo Paciente G 1			
Antes			Después
Características del Vínculo Ansioso-Ambivalente	Vivencia Experimentada en la infancia con la madre	Vivencia Experimentada con la hermana	Vivencia Experimentada luego del trasplante con el donante
Proximidad contacto con la madre/oponerse al contacto con esta.	En algunas ocasiones cuando era una niña, y había oportunidad buscaba acercarme mi mami, sin embargo sin explicación no permitía que ella me acaricie, pues no sé porque desagradaba su preocupación.	Desde el diagnóstico de la enfermedad mi hermana la donante me acompañó al tratamiento, pero yo no quería que ella me done por miedo a que algo malo le pase.	Luego de la cirugía mi hermana y yo nos unimos más, le pedí que venga a vivir a mi casa para estar más cerca, aunque a veces no me agradaba que pase tanto con nosotras porque estaba pendiente de todo.
Confianza y desconfianza en las relaciones afectivas.	Con mi madre la relación era muy buena, yo sabía que podía contar con ella, aunque en muchas oportunidades me sentía celosa de mis hermanos.	De pequeña cuando estaba en la escuela me daba muchas ganas de jugar con mis compañeritos, pero al mismo tiempo sentía miedo de quedarme sola con ellos.	Por la donación que mi hermana me hizo yo confío mucho en el cariño de ella para mí, a pesar de que no siempre es cariñosa conmigo.
Seguridad e inseguridad de la asequibilidad con su cuidador primario	En mi infancia recuerdo que todo lo que teníamos debíamos compartirlo con los otros hermanos, no	Cuando algo malo me pasaba en mi niñez, mi hermana como era mayor casi siempre estaba ahí	Mi hermana siempre me acompaña a mis chequeos médicos y se

	<p>teníamos mucho, vivimos muchas carencias, mi mamá era costurera muy dedicada al hogar y a pesar de haber pasado muchas necesidades, no siento que haya pasado tantas privaciones.</p>	<p>para ayudarme, aunque recuerdo que en algunas ocasiones también me dejó a mi suerte.</p>	<p>preocupa por mi salud, aunque en estos últimos tiempos por lo que nos disgustamos no cuento con ella.</p>
<p>Deseo de intimidad y miedo a perder esa intimidad.</p>	<p>Yo siempre estaba buscando la manera de que mi mamá este conmigo, apapachándome y me daba temor de que se separara de mí.</p>	<p>Cuando éramos pequeñas con mi hermana, yo deseaba estar cerca de ella compartir cosas, me daba mucho coraje cuando mi otra hermana la llamaba y ella me dejaba.</p>	<p>Cuando me peleo con ella me da mucha pena es un sentimiento fuerte porque ella está sola, cuando me peleo con mis otros hermanos el sentimiento es menos, yo siento que tengo que ver por ella que tengo que estar cerca de ella y protegerla.</p>
<p>Conducta afectiva versus conducta de alejamiento</p>	<p>De niña me gustaba mucho estar junto a mi mamá, aunque a veces de repente me daba mucho coraje con ella y me salía al patio para no verla.</p>	<p>Cuando nos tocó pensar en la donación ella se ofreció voluntariamente a ser la donante, yo tenía miedo de que algo malo le pase a ella por lo que le iban a sacar su riñón, para dármele para que yo pueda seguir viviendo, por esa razón preferí esperar por la donación cadavérica.</p>	<p>Después del trasplante traté de visitar a mi hermana como muestra de mi agradecimiento, aunque casi no puedo verla porque no me da el tiempo, por mi trabajo.</p>

Análisis del Vínculo del Receptor

La paciente G1 a partir de sus referentes primarios introyectados desde su infancia, ha instituido el vínculo ansioso-ambivalente, lo que se puede sostener a partir del análisis del Test de Phillipson aplicado a la paciente.

Para Bowlby los niños clasificados con un apego ansioso a la madre y rechazantes buscan la proximidad, el contacto con ésta, oponerse al contacto, la proximidad y la interacción con ella, la donante muestra la característica más pasiva, este se debe posiblemente a que su cuidador primario no fue asequible o no respondió adecuadamente a las demandas de ella, por tener una familia numerosa, otras ocupaciones que no le permitían satisfacer de forma afectiva, física a la paciente en su infancia.

Luego del trasplante renal se ha podido observar que no se ha generado cambio alguno en el vínculo previamente establecido por la paciente, lo cual se puede concluir tras el análisis de la entrevista psicológica y la historia clínica de la paciente, la misma que muestra en sus conductas vinculares hacia su hermana características evidentes del vínculo antes expuesto.

Su hermana al donarle el órgano renal le posibilita una mejor calidad de vida, pero también pone frente a la situación de seguir cargando con los conflictos de su separación de su esposo, y seguir cargando con las secuelas de la enfermedad, generándose en ella un agradecimiento hacia su hermana, al mismo tiempo que no puede estar en armonía con esta por los malos entendidos con su hermana.

Por tanto los sujetos ambivalentes son aquellos que buscan la proximidad de la madre o figura primaria, al mismo tiempo se resisten a ser tranquilizados por esta,

respondiendo a la separación con angustia intensa, combinan comportamientos de apego (vinculación) con expresiones de protesta, enojo, resistencia, confianza y desconfianza en las relaciones afectivas, seguridad e inseguridad de la asequibilidad con su cuidador primario, deseo de intimidad, miedo a perder esa intimidad, y una conducta afectiva versus conducta de alejamiento. Conductas que se logran distinguir en el caso expuesto.

Análisis de la Relación entre el tipo de vínculo y el proceso de duelo del Paciente G 1

El vínculo ansioso-ambivalente de la paciente G1, relacionado con la pérdida experimentada por esta paciente, posterior no solo al retiro del órgano renal, sino desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, donde esta vive un proceso paulatino de la pérdida de la función renal, lo que manifiesta en esta experiencia: “Cuando me diagnosticaron la enfermedad renal los médicos del Hospital yo no entendía bien lo que estaba pasando, los médicos me explicaron que la hipertensión arterial de hacía dos años que yo padecía, fue lo que me daño los riñones, estuve 2 años en diálisis, la queratinina subía constantemente, una amiga que también padecía de la misma enfermedad me explico que el trasplante era lo mejor que me podía pasar”. Siendo informada de que una parte de su cuerpo se encuentra inutilizado, y no le permitirá gozar de la salud que antes poseía.

Acontecimientos tristes y dolorosos como los que ella describe a continuación: “luego del diagnóstico de la enfermedad, yo estuve casi un mes deprimida solo quería estar en la cama por los síntomas de mi enfermedad, me sentía muy triste, yo no soy capaz de decir dame un riñón para seguir viviendo, por eso no pensaba en el trasplante.” han promovido en la Paciente G1, un proceso de duelo. El cual desde la

perspectiva que Bowlby plantea en sus estudios efectuados, este sería de tipo patológico.

Con el afán de la recuperación de la salud de la paciente, se le practica una cirugía de trasplante renal, para extirpar el riñón no funcional de la paciente (receptora), y se le implanta el órgano donado por su hermana, lográndose paralelamente la aparente restitución (del objeto de amor) a partir del trasplante del órgano extraído de su hermana, pese a este procedimiento quirúrgico, en ella no se da dicha restitución del objeto de amor perdido, quedando la libido sin un objeto de amor depositario, provocando un duelo no apropiado.

Luego del trasplante renal, se ha podido observar que la paciente muestra en sus conductas vinculares hacia su hermana características evidentes del vínculo antes expuesto, donde ella recibe como ganancia el órgano renal de su hermana que le posibilita una mejor calidad de vida, pero también la pone frente a un sentimiento de culpa creado a partir de la cirugía de trasplante renal, donde la paciente receptora, relata: “Mi hermana me dono el riñón, me apoyo mucho en los momentos difíciles de la enfermedad, cuidaba de mis tres hijas, cuando nos toco pensar en la donación ella se ofreció voluntariamente a ser la donante, yo tenía miedo de que algo malo le pase a ella por lo que le iban a sacar su riñón, para dármele, para que yo pueda seguir viviendo, por esa razón preferí esperar y me puse en lista de donante cadavérico, para no arriesgar a mi hermana”.

Tal acto de donación voluntaria de su hermana, ha llevado a su hermana a afrontar una pérdida irreparable (el riñón) que le podría en un momento dado de su vida acarrear conflictos en la salud de su (donante). Paralelamente esta paciente se encuentra con un sentimiento de profundo agradecimiento hacia su hermana, el que es expresado a continuación: “en una semana se llevaría a cabo la cirugía, y así fue nos operaron, a partir de esa operación yo sentí que le debía mucho a mi hermana, que tengo agradecimiento hacia mi hermana, ya que me había dado algo que yo hasta

ahora no se cómo pagar,”. Por haberle regalado una nueva oportunidad para seguir viviendo.

Cuadro No.8 Análisis Vínculo paciente H2

Caso N: 4

Análisis del vínculo Paciente H 2			
Antes			Después
Características del Vínculo Ansioso-Evitante	Vivencia Experimentada en la infancia con la madre	Vivencia Experimentada en con la hermana.	Vivencia Experimentada luego del trasplante con el receptor
No confiar en los otros.	De pequeña cuando mi madre me llevaba al parque yo no jugaba con nadie, me daba miedo estar expuesta.	Cuando éramos muy niñas mi yo tenía que ir con mi hermana a la escuela y no la dejaba por nada del mundo jugar con niños, porque la podían lastimar.	Mi hermana me pidió que me mude a vivir con ella, pero yo no acepte, porque después ellas vallan a sentirse mal con mi presencia.
Evadir la figura materna.	Cuando mi mamá estaba cocinando en su máquina y me pedía que la acompañe yo me retiraba rápidamente, no me gustaba a veces estar con ella.	A mi hermana por ser menor le gustaba pasar con migo, pero yo la esquivaba, le decía que debía hacer mis tareas y que tenía que irme.	Luego del trasplante mi hermana se ha unido más a mí y quiere ocuparse de mi vida, pero yo busco la forma de poner distancia de ella, para que no me importune.
Rehuir al	Luego de que mi mamá me vestía para	Mi hermana era muy cariñosa y le gustaba	Cuando voy de visita a la casa

afecto.	ir a dormir, yo no dejaba que ella se acueste conmigo en mi cama, le decía que ella tenía su cama.	hacerme carisias en mi cabeza, yo trataba de alejarme para que ella no me toque, no me sentía cómoda	de mi hermana me siento a abrumada por tanta demostración de agradecimiento de ellas que me retiro lo más pronto posible.
Conducta de retracción frente a la vinculación.	Muchas veces mi mamá me quiso llevar al las fiestas de cumpleaños de mis primos, pero yo terminaba vestida y en mi cuarto acostada.	Mi hermanita de pequeña, quería que yo la acompañe a comprar a la tienda del barrio, pero a mí no me gustaba salir de mi casa para nada.	Mi hermana se enojo mucho conmigo, porque no asistí a una reunión que me invitaron en su casa por el grado de su hija.
Eludir la proximidad.	Yo evitaba en lo posible estar con mi mamá, porque ella no me hacía sentir querido, para mi mamá todos sus hijos éramos iguales.	Cuando volví de un paseo mi hermana, quería acariciarme, pero yo no la deje, yo buscaba la forma de que ella no me moleste.	Ella se preocupa mucho por mí, aunque yo no se lo pido ella siempre está pendiente de mis cosas y de lo que me pasa, siempre me está dando cosas, yo le digo que no debe hacerlo.

Análisis del Vínculo del donante

La paciente H2 luego de realizar el análisis del test de Phillipson, se puedo encontrar que ha instituido un vínculo ansioso- evitante; debido posiblemente a que sus cuidadores primarios no le facilitaron los referentes de seguridad adecuados para desarrollar un vínculo más saludable, puesto que el hecho de pertenecer a una familia

muy numerosa le limito el recibir cuidados y afectos de su madre o por lo menos ella lo introyecto de esa forma, puesto que su madre no logró satisfacer sus demandas afectivas de vinculación.

Según Bowlby aquellos sujetos que se ajustan a este tipo de apego, tienen despliegues mínimos de afecto o angustia hacia el cuidador, o evaden la figura materna ante situaciones que exigen la proximidad, resisten la información que pudiese crear confusión, cerrando sus esquemas a esta, asumiendo estructuras cognitivas rígidas, desarrollando más tendencia al enojo.

Posterior al trasplante renal, al examinar la historia clínica, la entrevista psicológica, se puede distinguir que la donante no ha evidenciado cambio alguno en su forma de vincularse con su hermana, por tanto el vínculo sigue siendo el ansioso –evitante; a partir de algunas conductas manifestadas por la donante hacia su receptora con características como evadir la cercanía con la hermana al no querer mudarse con esta, estar distanciada por las intrigas de su otra hermana, lo cual ha motivado una distancia entre ambas. Al mismo tiempo ella manifiesta un relativo desapego hacia su cuidador, no logra establecer confiar en los demás, rehuye al afecto, evade la figura materna, acompañada de conducta de retracción frente a la vinculación, y elude la proximidad.

Análisis de la Relación entre el tipo de vínculo y el proceso de duelo del Paciente H2

La pérdida del órgano renal en la paciente H2 por su establecimiento de la forma vincular ansioso- evitante, según plantea Bowlby debe manifestarse de forma patológica, ya que para este autor, aquellos sujetos que se ajustan a este tipo de apego, son personalidades con tendencia a desarrollar un duelo de tipo. Lo cual queda transparentado en la frase siguiente; “en los primeros días de la donación yo sentía unas molestias y dolor en el lugar donde tenía mi riñón, me sentía como que me hacía

falta el riñón, no le puse mucha atención, luego de un tiempo estas molestias fueron superadas”.

Esta experiencia nos dicta la noción de que en la paciente G1 se provocó irremediamente un duelo, puesto que si por una parte esta pierde un fragmento de su cuerpo (riñón) que es su objeto de amor, por otro lado, no lo recupera convirtiéndose posiblemente en un objeto irreparable que ha dejado un vacío difícil de llenar en este.

Este gesto de ceder parte de su cuerpo a su hermana receptora genera indudablemente una gran pérdida que concibió un duelo patológico, pero al mismo tiempo produce una ganancia en la paciente, lo antes dicho se puede interpretar a partir del siguiente fragmento de la entrevista realizada a la donante donde ella pronuncia; “Yo decidí donarle el riñón a mi hermana porque todo el entorno familiar de mi hermana sufría muchísimo y decidí para que esas niñas no se queden sin madre es mejor que se queden sin tía, y les dije que yo tenía bueno mis dos riñones y que yo le daba uno para que ella esté bien”, concibiendo la posibilidad de ver a su hermana con vida, lo cual vendría a ser la ganancia de ella, saber que su pérdida esta ayudándole a vivir a su hermana.

La presente cita tomada del texto la pérdida de Bowlby, nos permitirá entender de mejor manera como este autor comprende el lugar de la pérdida y el duelo en la psicopatología, en donde formula que:

Aunque sabemos que luego de tal pérdida el estado de duelo agudo se mitiga, también sabemos que seguimos inconsolables y jamás encontraremos un sustituto. No importa que pueda llenar el vacío, aun cuando lo llene por completo, siempre es algo distinto. Y en realidad así debe de ser. Es la única manera de perpetuar ese amor al que no queremos renunciar⁴⁰.

⁴⁰BOWLBY. John, El apego y la Pérdida 3 La Pérdida, Op. Cit. Pag.46

Es de cierta manera la manera como esta paciente afronta el duelo de la pérdida de su órgano, ya que por una parte aparente haber mitigado esta pérdida, se denota que sigue inconsolable y se sabe que jamás encontrará un sustituto para tal pérdida, aquello que llene ese vacío aunque logre llenar por completo jamás será lo mismo, siempre será algo distinto, lo que en el plano de la realidad debe ser así, puesto que es la única forma de perpetuar aquel amor que no se quiere renunciar.

CAPÍTULO VI

4.1 CONCLUSIONES

1. El vínculo ansioso-ambivalente establecido por el donante o receptor a partir de los referentes de sus cuidadores primarios, luego de la cirugía de trasplante renal, en estos pacientes se mantienen las mismas características de ambivalencia.
2. La mayoría de duelos estudiados en los pacientes donante o receptor, de acuerdo al vínculo establecido, ansioso o inseguro, según plantea la teoría del apego y corroboran las historias, y entrevistas psicológicas efectuada a los pacientes, pertenecen a un proceso de duelo patológico.
3. En caso del tipo vínculo-seguro, luego de la intervención quirúrgica del trasplante renal, es un proceso de duelo normal, lo cual está sustentado por la teoría del apego, donde Bowlby sostiene que un individuo que en el desarrollo de su personalidad ha recibido los cuidados y asequebilidad de sus cuidadores primarios será mayoritariamente susceptible de presentar un proceso de duelo normal.
4. Cuando se ha establecido desde los referentes de los padres o cuidadores primarios un vínculo-seguro antes del trasplante, en donante o en receptor, se mantienen las mismas características vinculares después de la intervención quirúrgica.
5. La culpa es una manifestación emocional que se observa frecuentemente ligada a personas con un vínculo ansioso-ambivalente, siendo una característica preponderante y evidenciada en receptores; posiblemente debido a la carga emocional que estos deben enfrentar, debido a la acogida de una parte del cuerpo de otra persona (donante), debidamente conocida, identificada y ubicada por el receptor.

6. La dependencia se presenta de forma característica en los tipos de vínculo ansioso-ambivalente del donante o receptor, la cual se genera posiblemente debido a una forma de crianza en combinación con experiencias previas que han permitido esta forma de relación inadecuada.
7. El vínculo ansioso-ambivalente del donante o receptor, puede estar ligado a características de conductas relacionales de dependencias previas, que se ven fortalecidas con el proceso de vinculación del trasplante renal.
8. Las referencias del marco teórico utilizado como recurso conceptual para el desarrollo de esta investigación, ha permitido efectuar un asertivo análisis del tema de investigación planteado, facilitando el desarrollo de los objetivos trazados, llegar a conclusiones claras e importantes respecto a los cuestionamientos que se produjeron, en gran medida aclarar dudas respecto al análisis del vínculo entre el donante/receptor.
9. El marco metodológico establecido para la ejecución de esta investigación, al igual que el marco teórico, ha favorecido la elaboración de esta pesquisa, suministrando lineamientos idóneos que permitieron realizar un adecuado uso del método, para el esclarecimiento de las incertidumbres que motivaron este trabajo de relevancia médica y psicológica.

4.2 RECOMENDACIONES

1. Se sugiere a los profesionales psicólogos que prestan sus servicios en el área de nefrología del Hospital Carlos Andrade Marín, realizar una exploración pertinente con los recursos de tests y análisis de la historia del paciente, para llegar al establecimiento del tipo de Apego que este ha desarrollado, para favorecer un mejor entendimiento de las conductas vinculares manifiestas y por ende un adecuado acompañamiento luego de la realización de la cirugía de trasplante.
2. Los psicólogos o médicos tratantes de la institución expliquen a sus pacientes donantes/ receptor, que deben someterse a un tratamiento psicológico, con un profesional de su elección, antes, durante, luego del procedimiento de cirugía de trasplante renal. Con la finalidad de facilitar procesos de entendimiento, reconocimiento, en lo posible de superación de las diferentes manifestaciones equívocas que estos puedan experimentar tras la operación.
3. Al personal médico del Hospital Carlos Andrade Marín en lo posible, implementar un mecanismo idóneo que permita el manejo del anonimato en el proceso de adjudicación del donante del órgano renal que va a ser implantado en el receptor, para prevenir y obviar el conocer al sujeto que cede el órgano, al mismo tiempo que se trata de evitar las vinculaciones entre los involucrados, con el fin de procurar un menor impacto psicológico entre los implicados en la cirugía de trasplante, promoviendo una mejor recuperación de la salud tanto fisiológica como psicológica .

BIBLIOGRAFIA.

BRAUNSTEIN, N., (2005), *A medio siglo de El malestar en la cultura de S. Freud, Coloquios de la fundación*, (1^{ra} ed.), Buenos Aires Argentina, Ediciones siglo XXI.

BOWLBY, J., (1993), *El apego y la Pérdida 3 La pérdida*, Buenos Aires, Edit. Paidós.

BOWLBY. J., (1998), *El apego y la Pérdida 1 El Apego*, Buenos Aires, Edit. Paidós.
ENGLER, B. (nd), *Teorías de la personalidad*, (4^{ta} ed.), México, Editorial McGraw-Hill.

CERDA, Hugo, (2002), *Los elementos de la investigación*, Bogotá, Edit. El búho.

COROMINAS Y J.A. PASCUAL, (1991) *Diccionario Crítico etimológico*, España Editorial Gredos.

FREUD, S., (1973) *Duelo y Melancolía*, Obras Completas, (3^{ra} Ed.), Editorial Biblioteca Nueva Madrid (Tomo II).

FREUD S., *Duelo y Melancolía*, Obras Completas, Tomo 14,

FREUD, S., (1990), *El malestar en la cultura*. Obras completas. Tomo XXI, Buenos Aires, Ediciones Amorrocha.

DÁCHIARDI R., ARIZA M., *Insuficiencia Renal crónica*. En: Borrero J. Montero O. (2003), *Fundamentos de Medicina Nefrología*, (4^{ta} edición), Medellín, Editorial Corporación para investigaciones biológicas.

DANA, Richard, (2003), *Teoría y Práctica de la Psicología Clínica*, Buenos Aires – Argentina, Editorial Paidós.

Diccionario enciclopedia Nuevos Océano Uno (2006).

Diccionario de Pedagogía y Psicología, Madrid, Edición MMVI.

Diccionario de Medicina Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, Madrid, (2007), Editorial Espasa Calpe S.A.

DORSCH, Friedrich, (2004), *Diccionario de Psicología*, (7^{ma} ed.), Barcelona – España.

GRUBER, León, (1991), *El duelo*, Buenos Aires Argentina, Ed. Paidós.

GONZALES, R Fernando, (2000), *Investigación, cualitativa en Psicología*; Buenos Aires, Editorial Internacional Thomson, S.A.

HERNANDEZ, Roberto, y otros, (2006), *Metodología de la investigación*, (4^{ta} ed.), México.

REGALADO, Luis, (2001), *Método de la Investigación Cualitativo, Participativa, Acción*, Quito, Ediciones Abya – Yala.

RICARDO, Sanmartín, (2003), *Observación, escuchar, comparar, escribir la práctica de la investigación cualitativa*, España, (1ra ed.), Editorial Ariel.

WORDEN J, William, (2000), *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*, (2da ed.), Buenos Aires, Editorial, Paidós.

BIBLIOGRAFIA WEB

ABATE, A., [n.d.], *Duelo y Melancolía*. Consultado el 02 de Febrero del 2011. Página Web de APAH Análisis y Psicodinámica de la Actividad Humana), http://www.actividadhumana.com/articulos/Articulos_Portada/freud/freud_17.html.

Asisa, Insuficiencia Renal 25 noviembre 2010, en: http://asisa.saludalia.es/desarrolloReportaje.aspx?id=doc_insuficiencia_renal1.

Bowlby, 1985, citado en, Alom, A. Teoría del Apego 2004, consultado el 20 de Enero del 2011, en http://www.angelfire.com/psy/ansiedadde separacion/new_page_6.htm

Dr. Cesar Vascones, Explored, El Trasplante Imposible [versión electrónica]. 18 de mayo 2011, <http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/el-trasplante-imposible-67959-67959.html>

DIARIO EL TIEMPO, *Hospital Santa Inés con trasplantes renales*, 14 de mayo 2011 [versión electrónica] <http://www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/9761-hospital-santa-ina-s-con-trasplantes-renales/>

DIARIO EL UNIVERSO, “Solo el 35% de los pacientes con problema renal reciben atención”, Marzo 13/2010, en: <http://archivo.eluniverso.com/2008/03/3/0001/18/E8D4B087809E46FC830FBE B51EC6C040.aspx>.

DIARIO HOY de la Ciudad de Quito, “Un trasplante erradica la deficiencia renal”, 14 de noviembre 2010, en <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/un-trasplante-erradica-la-deficiencia-renal-181725-181725.html>.

Psc. Mesa Clara Cecilia, El duelo es un trabajo, 20 de enero 210, en: <http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/viewFile/332/254>

Simpson, J. 1990, citado en Gayó, R. 1999, obtenida el 29 de mayo del 2010, <http://www.robertexto.com/archivo8/apego.htm>

ANEXOS

Historias psicológicas y clínicas de Donantes y receptores:

Caso 1 Receptor

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: A1

Apellidos: Paciente A1 (receptor)

Lugar y fecha de nacimiento: Quito 12-05-1969 Fecha actual: 13-06-2010

Edad cronológica: 41 años.

B. MOTIVO DE CONSULTA.

Remitido por: Médico tratante del Área de Nefrología, debido a que el paciente refiere dolor en el área lumbar, y en exámenes médicos que se le efectuaron no se encuentran evidencias de enfermedad con origen fisiológico, luego de seis años de trasplantado.

C. ENFERMEDAD ACTUAL.

El paciente en mención manifiesta que desde hace unos meses viene presentando tristeza, ansiedad, apatía a su trabajo, inconformidad con su hermano (donante), desatención en las labores del trabajo.

D. ANTECEDENTES PERSONALES.

El paciente (A1) es diagnosticado con insuficiencia renal crónica hace cuatro años, empezó hemodiálisis a las dos semanas de este diagnóstico, la hemodiálisis que el paciente se realizaba eran trimestrales, en el centro de hemodiálisis (SERMENS), previo a la colocación de una fistula, no se le realizan transfusiones sanguíneas, se le aplican las tres vacunas necesarias contra la Hepatitis A y B, (dosis más refuerzo).

El tiempo que el paciente toma este tratamiento es de dos años aproximadamente por dificultades económicas, miedos y desconocimiento respecto al trasplante renal. Cuando éste paciente en mención es diagnosticado de la patología, su esposa se encuentra embarazada de dos meses de gestación, de su primer y único hijo hasta la actualidad, expresando que tenía una razón para vivir, que deseaba ver nacer y crecer a su hijo.

Cuando su hijo estaba por el año de edad, el paciente empieza a efectuarse los exámenes necesarios para realizarse el trasplante renal, dos de sus hermanos, (un varón y una mujer) se ofrecen voluntariamente para la donación y se someten a las pruebas requeridas por el médico tratante.

Durante el desarrollo de las entrevistas llevadas a cabo en tres sesiones, el paciente expresa tener una buena relación con todos sus hermanos, los que decidieron donar lo hicieron porque eran hasta ese momento los únicos solteros, y eso les facilitaba la toma de decisión, ya que no debían consultarlo con las parejas, era una decisión personal.

El paciente A1 refiere que con su hermano donante compartió siempre más los juegos por ser del mismo sexo, aunque la diferencia de edad dificultaba compartir con más agrado las cosas en común, pues entre el donante y receptor existen cinco años de diferencia, siendo éste último el mayor. Tras los exámenes realizados a los dos voluntarios (donantes) los médicos indicaron que la compatibilidad mayor estaba en el hermano varón de 24 años de edad en ese momento.

En algunas oportunidades el paciente (A1) menciona haber sentido mucho miedo por el riesgo que su hermano podía tener debido a la donación, situación que fue poco a poco superada por la información que los médicos le manifestaban referente al tema.

Con todos los antecedentes expuestos se realiza la operación de trasplante la cual tiene una duración de aproximadamente 4:30 horas. Se trasplantó el riñón izquierdo, riñón de donante vivo con dos arterias principales y una polar (no visible en arteriografía) y una vena. Se realizó cirugía de banco para anastomosis de arterias de riñón dañado, presentó como complicaciones hematoma retroperitoneal que requirió revisión quirúrgica más drenaje de hematoma, sospecha de trombosis iliofemoral derecha por dolor y aumento de volumen de muslo derecho, no confirmada por eco-doppler, presentó además infección respiratoria que cedió a tratamiento antibiótico instaurado.

Las complicaciones que se presentaron se lograron estabilizar con el suceder de algunas semanas, tiempo en el cual su hermano donante siempre estuvo pendiente de él, puesto que también estuvo ingresado durante cuatro días en el hospital Carlos Andrade Marín en el área de recuperación a causa de la cirugía de donación, mientras que al paciente A1, tras dos meses de hospitalización por su recuperación, se le da de alta médica.

El paciente menciona haber permanecido además aproximadamente dos meses en reposo domiciliario hasta reintegrarse a laborar. Como el trabajo a su cargo le dificultaba sus controles médicos su hermano (donante) le propone una sociedad en un negocio que su papá les hereda en vida, el cual consiste en la elaboración de detergentes, en el que él participa como subgerente y su hermano, el donante, como Gerente.

Luego de dos años del trasplante renal realizado al paciente (A1) su madre muere de un cáncer de estómago que venía padeciendo desde hacía cuatro años, esta pérdida le causa una gran tristeza, pero la logra superar relativamente, por el hecho de saber que su madre sufría mucho con su enfermedad y la suya, y que esto era para ella un “descanso”.

En el año 2010 el paciente (A1) receptor, es ingresado al Hospital Carlos Andrade Marín por un fuerte dolor en el área lumbar, se le practican los exámenes médicos necesarios donde establecen en la evolución y prescripción médica: “paciente en buenas condiciones generales, orofaríngeo no congestivo corporal normal, abdomen: riñón trasplantado, en adecuada evolución, no dolorosa a palpación”⁴¹.

Del mismo modo los médicos describen;

Paciente trasplantado renal, con función renal con creatinina 1.6 mg/dl, tendencia a mejoría de función renal, dislipidemia controlada con dieta y estatinas, hiperuricemia en tratamiento con alopurinol, depuración de creatinina-proteinuria de 24h, dieta baja en grasas saturadas y colesterol, inmunosupresión, antihipertensivos, estatinas, vitaminas⁴².

Alteraciones: En el ámbito psicológico se puede observar irritabilidad, tristeza, desgano, apatía, llanto, desolación,

Enfermedades:

El paciente A1 presenta en su historia clínica; Insuficiencia Renal Crónica hace cuatro años, e Hipertensión Secundaria, mientras que en el aspecto psicológico presento un cuadro leve de depresión tras el diagnóstico de la insuficiencia renal.

Atención actual:

Paciente trasplantado renal, por insuficiencia renal, que es remitido a la consulta psicológica por no presentar ninguna anomalía orgánica aparente tras los exámenes realizados, refiere tener problemas laborales constantes con su hermano (donante), situación que le está causando mucha incomodidad y sobre todo tristeza, ya que no puede comunicarse bien en el trabajo con su hermano (donante), lo cual lo tiene

⁴¹Informe médico Nefrológico, Hospital Carlos Andrade Marín,2010 -06-11

⁴²Informe médico Nefrológico, Hospital Carlos Andrade Marín,2010 -06-11

desanimado, provocándole tristeza, lo cual, no le permite sentirse bien con él, ni con su hermano.

F. HABITOS

Ninguno relevante

G. ANTECEDENTES FAMILIARES

Al momento del diagnóstico de la enfermedad del paciente su esposa se encuentra embarazada con dos meses de gestación, mencionando el paciente que tiene una razón para vivir, pues quiere ver nacer a su hijo. Su madre está padeciendo de un cáncer de estómago, la misma que dos años después del trasplante renal del paciente A (receptor) muere por causa del padecimiento de dicha enfermedad, acontecimiento que entristece al sujeto, con una pronta aceptación, pues aduce que su madre estaba sufriendo mucho y que ahora está descansando.

H. ANTECEDENTES MORBIDOS FAMILIARES.

Parentesco: madre patología: Cáncer de estómago
Observaciones: Fallecida a causa de dicha enfermedad.
Línea paterna: -----
Línea materna: X

I. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

El paciente A1 (receptor) manifiesta mucha tristeza, desánimo, incomodidad, ansiedad, llanto, apatía, dificultad en la comunicación con su hermano (donante), expresando que ya no es muy agradable ir a su lugar de trabajo.

J. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Tests de Phillipson con el siguiente resultado:

Se puede interpretar que el sujeto hace mayor uso de la defensa del yo que tiene que ver con la regresión demostrando su deseo persistente de revivir sus años de la infancia cuando todo era mejor y la enfermedad no existía, y la racionalización que le ayuda a ocultar sus emociones y sus vivencias que le resultan ansiógenas.

Por otra parte en lo referente a sus aspectos emocionales, se puede intuir que los rasgos emocionales preponderantes en este test son el de la ansiedad, el miedo y la angustia, pudiéndose interpretar, como la dificultad de este en su infancia para obtener referentes de seguridad y accesibilidad a su cuidador.

Además se puede evidenciar que el vínculo que éste constituyó desde su relación con sus cuidadores primarios es un vínculo Ansioso Ambivalente, el cual ha direccionado pero no determinado en gran medida sus vinculaciones posteriores, el establecimiento de este tipo de vínculo permitirá realizar una mejor explicación del comportamiento y la vinculación que el sujeto ha establecido con su donante luego de la cirugía renal.

K. OBSERVACIONES CLÍNICAS

Paciente que presenta agudo dolor lumbar, que no le permite su normal desenvolvimiento, pero sin ninguna alteración fisiológica que admita emitir un diagnóstico médico de enfermedad.

L. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

El paciente A1 (receptor) se encuentra experimentando la *Etapa de Protesta* que es la etapa inicial de las tres fases que Bowlby describe para llegar a un desapego vincular, el paciente se siente desatendido, abandonado, con ansiedad, tristeza, apatía, evidenciando una ansiedad de separación con su hermano paciente B2 (donante), que actualmente no está atendiendo las necesidades de éste, es decir no es asequible a los requerimientos que este le está demandando, los referentes de afecto y cuidados son

inasequibles, lo que está provocando en este ansiedad, por falta de estímulos afectivos y asequibilidad, que refuercen la vinculación y le proporcionen seguridad.

Paciente A1 (receptor)

Entrevista Psicológica.

Acude a la consulta por remisión médica del tratante del Área de Nefrología, ya que manifiesta dolor en la zona del trasplante luego de seis años de trasplantado.

Primera sesión de 60 mm.

Yo, en mi infancia era muy celoso con el cariño de mi mamá, a pesar de la pobreza, todo siempre estaba bien con nosotros, mi mamá y mi papá nos daban todo lo más necesario, la relación con mi madre era excelente yo la adoraba, como hermanos y como familia siempre estábamos juntos, los 8 hermanos que éramos; 6 mujeres y 2 varones, con mi hermano que me donó tengo una deferencia de 5 años, como dije siempre estábamos juntos siempre nos divertíamos y jugábamos, aunque como todos los hermanos peleábamos.

A pesar de que mi mamá y mi papá trabajaban siempre en la calle, compartíamos mucho tiempo con mi mamá, mi mamá era muy cariñosa con nosotros, yo siempre trataba de estar solo junto a ella en la cama, para que me acariciase, pero alguno de mis hermanos siempre llegaba y me la quitaba, ella siempre me acariciaba la cabeza con mucha ternura, aunque siempre nos reprendía o nos castigaba cuando hacíamos algo incorrecto. En una oportunidad mi hermano se fue de vacaciones y yo lo extrañaba mucho, cuando mi hermano volvió del viaje tenía un gran deseo de abrazarlo y no soltarlo nunca.

Mi madre pasaba mucho tiempo fuera de casa, y a veces cuando más la necesitábamos ella no estaba porque estaba en su trabajo, mi madre siempre me

trasmitió afecto a mí y a mis hermanos, con mis hermanos de vez en cuando se presentaban peleas por algún juguete o porque no queríamos compartir algo, pero en general nos llevamos bien todos por ser una familia grande era difícil darnos a todos lo que pedíamos, pero mi mamá siempre nos daba de acuerdo a nuestras necesidades.

Cuando fui a la escuela por primera vez, yo me quería quedar para aprender y jugar, no quería que mamá se vaya, me puse a llorar, también recuerdo que de pequeño yo deseaba que mi hermano durma con migo en mi cama, no me gustaba que me abrace. En algunas ocasiones cuando mi mamá estaba en casa, nos acostábamos en la cama y ella me acariciaba la cabeza, trataba de estar solo con mi madre pero algún hermano siempre me quitaba su compañía.

Cuando mi hermano decidió donarme el riñón, yo sentía miedo por los riesgos que mi hermano tomaría, pero él toma la decisión de ayudarme sin esperar nada a cambio, luego del trasplante renal, yo me preocupo por mi hermano y me gusta estar cerca de él para cuidarlo, aunque él no lo valora.

Demanda latente:

En estos últimos días yo he estado con mucha tristeza porque mi hermano me ha estado llamando mucho la atención porque según él, yo no estoy realizando bien mi trabajo en la sociedad que tenemos, y me ha estado presionando tanto que me siento mal con él, a pesar de que yo sé que le debo mucho, me reciente que no se encuentre satisfecho con el esfuerzo que yo hago, a pesar que yo doy lo mejor de mí, él siempre me está llamando la atención y en estos últimos días la cosa ha ido de mal en peor.

Ya no aguanto esta situación, a mi me gustaría que las cosas entre él y yo mejoren y que nuestra situación en el trabajo ya no sea tan tensa, en el trabajo estamos discutiendo constantemente, me exige y me recrimina, y no valora mi esfuerzo, yo

quisiera seguir en el negocio con mi hermano, pero deseo buscarme otro empleo, ya no es muy agradable estar cerca de él.

Segunda Sesión de 50 mm.

Cuando me diagnosticaron la enfermedad de la insuficiencia renal, los médicos me explicaron que esta podía deberse a la Hipertensión Arterial o Gripes mal curadas, cuando el médico me dijo de lo que yo estaba enfermo, no lo podía asumir, me costó mucho superarlo, yo no sabía nada sobre la enfermedad y con el transcurrir del tiempo yo considero que entré en depresión, esperanzas habían pocas, ya que yo no tenía los medios económicos para el trasplante. Mi hermano me donó el órgano renal. Por lo que yo tengo un poco más de cariño por él, aunque me dio temor de perder el órgano al principio (rechazo).

Los candidatos para donar eran dos hermanos, la decisión de quien me ayudaría estuvo a cargo de los resultados de los exámenes médicos para que mi hermano sea mi donante voluntario y yo ingresará a la lista de trasplantes con donantes vivos y tener posteriormente fecha para la cirugía. Mi hermano toma la decisión de ayudarme con la donación, yo deseaba la donación de mi hermano, pero no acepté por un tiempo.

De pequeño yo siempre quería estar con mi mamá, y cuando me llevaba a la casa de mi abuelita, yo me abrazaba a mi mamá y no quería soltarme de ella, yo me puse triste con su partida, ella murió dos años después de mi trasplante, ella sufrió mucho cuando supo de mi enfermedad y la constante dificultad que yo presentaba cuando salía de las diálisis, su muerte me dejó un gran vacío y dolor, pero ahora al darme cuenta de que ella también sufría demasiado con mi enfermedad y además con la suya, creo que Dios se la llevó para que descanse.

En la infancia nos quedábamos solos en la casa con mi hermano, yo me sentía bastante tranquilo, aunque me daba temor de que él también me deje solo, en una oportunidad cuando era niño mi hermano se fue de vacaciones por varios días, yo sentí mucho miedo de que no regrese más, y cuando volvió me alegre mucho.

Tercera Sesión de 45 mm.

Con la donación del riñón de mi hermano y la vida me daba otra oportunidad para vivir mejor, para dedicarles a mi esposa y mi hijo que venía en camino, ya que mi esposa estaba embarazada cuando empezó la travesía del trasplante. Muchas veces se ve en otras familias que se da esta situación y que de frente decían no, pero él toma la decisión de ayudarme sin esperar nada a cambio.

De niño estábamos juntos con mi hermano jugábamos, nos divertíamos, aunque como todos los hermanos, peleábamos porque yo deseaba jugar algo y él no, yo me iba enojado, luego nos llevábamos. Mi mamá trataba de pasar ratos con nosotros, yo quería estar con mi mamá, en ocasiones mi mamá quería que yo la acompañe un rato en su cuarto, pero yo le decía que no podía que estaba muy ocupado y me iba a ver tele.

Cuando nos empezaron a realizar los exámenes yo sentía miedos por los riesgos que mi hermano estaba tomando para ayudarme, fuimos sometidos a la cirugía y las cosas no salieron tan bien como esperábamos, ya que tuve dificultades con el funcionamiento del riñón y se me presentaron varias recaídas, desde mi operación hasta mi recuperación total transcurrió mucho tiempo, casi un año y medio a dos años aproximadamente.

El paciente expresó al ser entrevistado por la Psicóloga, que cuando su hermano estaba siendo sometido a los exámenes de compatibilidad para la donación tenía mucho temor:

En el momento de los exámenes yo sentía miedo por los riesgos que mi hermano tomaría por ayudarme, con el pasar del tiempo ese miedo fue desapareciendo, así mismo fui asimilando mi nueva situación, al principio cuando salí de la operación me preocupaba mucho por mi hermano, gracias a Dios las cosas con mi hermano estaban saliendo bien y gracias a la información que los médicos me proporcionaron respecto al trasplante. La salud de mi hermano no se vio afectada por el trasplante, y eso me llenaba de tranquilidad, ya que su estabilidad es muy importante para que yo pueda sentirme bien.

Caso 1 Donante

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: B2

Apellidos: Paciente B2 (Donante)

Lugar y fecha de nacimiento: Quito 3-8-1977

Fecha actual: 15-06-2010

Edad cronológica: 33 años

Estado civil: casado

B. MOTIVO DE CONSULTA

Exploración psicológica para el análisis del vínculo del Donante con el receptor, acude a la consulta por petición de la psicóloga.

C. ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente B2 (donante) no presenta ningún síntoma de enfermedad, expresa que luego del trasplante siente como si con su hermano fueran hermanos gemelos porque comparten las mismas ideas y hasta piensan a veces en las mismas cosas.

D. ANTECEDENTES PERSONALES

El paciente B2 (donante) acude a la realización de los diferentes exámenes que los médicos Nefrólogos han solicitado con la finalidad de establecer su óptimo estado de

salud y la compatibilidad necesaria para acceder a la donación renal, dichos exámenes dan como resultado que la salud del paciente en mención se encuentra en óptimo estado para la donación y su compatibilidad es de un 80 %, el paciente B2 (donante refiere que esta decisión lo hizo muy feliz, saber que él iba a poder ayudar a su hermano para que deje de sufrir con las diálisis, inmediatamente se ordenó su ingreso para la realización de la operación. La operación para extirpar el órgano renal del donante se tomó aproximadamente 2:45mm y no se presentaron complicaciones durante ésta.

Control post donación de riñón, hace 3 semanas se le practicó una operación de nefrectomía izquierda, el paciente refiere dolor en columna lumbar donde estuvo catéter peridural, no molestias urinarias, está estable, se siente recuperado solo molesta el dolor lumbar que es ocasional.

Exámenes físicos efectuados al Paciente B2 (donante):

Al momento de la exploración el paciente presenta: Conjuntivas rojas, tiroides, cardiopulmonar normal, abdomen levemente doloroso en flanco izquierdo, cicatriz de lumbotomía normal, no presenta dolor en músculos lumbares.

Paciente B2 donante acude a control de donante de riñón hace cinco meses 14 días refiere que estuvo con muchos cuadros gripales, le calmaron usando vitamina c y vitamina b, no refiere molestias urinarias ni dolor espontaneo en la herida, pero hace dos semanas tuvo esfuerzo físico importante con lo cual presentó dolor muscular intenso:

Paciente en buen estado general, afebril, ambulatorio, cardiopulmonar normal, orofaringe normal, no adenopatías, abdomen suave no doloroso, herida de lumbotomía izquierda no dolorosa, no edemas periféricos. Examen: eme amarillo, transparente, 1025 ph 6 hb 10 pioc 0-2 leuc 0-2, creatnina 1.2 acurico 5,8 glucosa 95, urea 32, leucocitos 5000⁴³.

⁴³ Evaluación y prescripción médica, Nefrológica, Hospital Carlos Andrade Marín, 20/ 05/ 2006

Evaluación luego del primer año pos trasplante renal de donación, al cual se le practica una nefrectomía izquierda, al momento asintomático desde el punto de vista renal: refiere haber tenido cuadro gripal que fue tratado con acetaminofen y allercetd, refiere ardor de garganta, no fiebre.

Examen físico:

Orofaringe levemente congestiva, no adneopatías, cardiopulmonar normal, abdomen plano suave no doloroso, región lumbar; herida en buenas condiciones.

En general paciente en buen estado de salud sin alteraciones ni complicaciones físicas graves que puedan dificultar su normal desarrollo laboral y cotidiano, menciona que haber podido ayudar a su hermano fue muy bueno a pesar de las dificultades que se presentaron luego del trasplante.

E. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

Alteraciones: Ninguna.

Enfermedades: Ninguna

Atención actual: Ninguna

F. HABITOS

Fumar esporádicamente, una cajetilla de cigarrillo a la semana.

G. ANTECEDENTES FAMILIARES

Un año y medio después del trasplante renal de su hermano, el paciente B2 donante se casó con su pareja que es menor que él en dos años, luego de unos dos años tuvo un hijo varón que actualmente tiene un año y medio de edad, se siente muy feliz por la llegada de su hijo, la madre del paciente B donante, luego de algunos años de luchar contra el cáncer no logra superar esta enfermedad, falleciendo hace cuatro años, de Cáncer de Estómago.

H. ANTECEDENTES MORBIDOS FAMILIARES

Parentesco: Mamá	Patología: Cáncer de estómago.
Observaciones:	La madre falleció hace 4 años de cáncer de estómago.
Línea paterna:	-----
Línea materna:	X

I. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

El Paciente B2 (donante) refiere que cuando él fue elegido donante de su hermano fue una noticia que lo hizo muy feliz, que siempre está pendiente de que su hermano esté bien con su salud, que le gustaría mucho que su hermano ya no tenga complicaciones con su enfermedad, en estos últimos días se ha complicado el trabajo con mi hermano (receptor), debido a que no está cumpliendo con las tareas que le delegó, no está prestando la atención necesaria a nuestra sociedad, frente a la donación del órgano renal yo siento que era mi deber de hermano, y siempre estoy pendiente de todo lo que le pasa a mi hermano, luego del trasplante siento que mi hermano es como un gemelo mío y que estamos como que más conectados.

J. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Tests de Phillipson. Al concluir el análisis del test se puede interpretar que el donante del órgano renal tiene un mayor uso de la técnica defensiva del yo que tiene que ver con la regresión, posiblemente utiliza más este mecanismo para retroceder en el tiempo, porque es la época en que fue más feliz pues no tenía la enfermedad que tanto le ha hecho padecer, la represión; este mecanismo le dificulta el expresar sus emociones y vivencias, racionalización que le ayuda a argumentar y no dejar en evidencia sus verdaderos sentimientos, y en menor medida la negación.

Es decir que muestra un buen manejo de estos mecanismos de defensa para protección del yo cuando se presentan las dificultades emocionales en su vida, comprendiéndose que tiene una gran tendencia al aislamiento provocando conflicto

en sus relaciones vinculares, el ámbito emocional la ansiedad, la angustia, el aislamiento, la tristeza, la inseguridad son los sentimientos que más afloran en él, la dinámica estaba enfocada en una Ansiedad Evitante, dificultad de relación con los nuevos objetos de amor, y una gran tendencia al aislamiento.

El establecimiento del vínculo que el paciente B2 (donante) ha instaurado desde los referentes de los cuidadores primarios es el vínculo Ansioso Evitante: Es decir que este sujeto en su niñez se caracterizó por rehuir a su madre cuando esta volvía luego de una ausencia, sobre todo después de la segunda ausencia breve.

Algunos de ellos tratan al extraño de un modo más amistoso que a la propia madre, tienen despliegues mínimos de afecto o angustia hacia el cuidador, o evaden la figura materna ante situaciones que exigen la proximidad, resisten la información que pudiese crear confusión, cerrando sus esquemas a ésta, asumiendo estructuras cognitivas rígidas, desarrollando mas tendencia al enojo, puesto que al parecer su madre por causa del trabajo y sus compromisos no pudo satisfacer sus necesidades cuando este lo requería, a pesar de ser el último hijo, dicho vínculo influenciara en las relaciones vinculares futuras del sujeto pero no será determinante.

K. OBSERVACIONES CLÍNICAS

Ninguna

L. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

El paciente B2 (donante) podría haber establecido un vínculo ambivalente con el paciente A1 (receptor) debido a que este posee en su cuerpo una parte de su yo, el cual el decidió ceder voluntariamente, pero al mismo tiempo le hace falta. Mostrándose en la *fase de protesta*, la misma que se puede manifestar en el niño rápidamente o con cierto retraso, llegando a durar pocas horas, una semana o más. Durante este lapso de tiempo el niño evidencia zozobra ante la pérdida de la madre, o en este caso su órgano, buscando recuperarlo en el espacio simbólico laboral.

Entrevista Psicológica

Paciente B2 (Donante).

Primera Sesión 60 mm.

Mi niñez fue un poco complicada ya que no contaba con mi mamá cuando yo quería, de niño desconfiaba de mí mamá, porque siempre me prometía que iba a llevarme de paseo y por su trabajo no lo hacía, mi infancia era muy solitaria, compartí poco con mi hermano, yo no le prestaba atención prefería estar solo en mi cuarto.

Cuando recibimos el diagnóstico de la enfermedad no conocíamos nada respecto a esta, fue muy difícil al principio aceptar el tratamiento para mi hermano y en general a toda la familia, yo me ponía mal al verle como salía mi hermano de las diálisis, pensaba en el tiempo de vida que le podía quedar y el alto costo del trasplante, además al principio de la enfermedad dudé de la donación, porque no sabía nada sobre el trasplante y me daba miedo, con el tiempo fui conociendo más sobre esto y fue cuando decidí ser uno de los voluntarios para la donación.

Un tiempo después de la cirugía, mi hermano y yo nos asociamos en el negocio de elaboración de detergente, no confío en que mi hermano realice las tareas que le delego, luego del trasplante he sentido que mi hermano se preocupa más por mí, y en ocasiones prefiero evitar estar cerca de él, para que no se esfuerce por mí.

En mi infancia yo muchas veces me sentía solo porque mi madre trabajaba mucho en un negocio que tenían con mi papá, mis hermanos trataba de compartir conmigo pero los juegos no eran de mi edad, porque estos eran mayores que yo, así que prefería jugar solo en mi cuarto, mi madre era buena y trataba de darnos lo indispensable, aunque era a veces muy enojona y poco afectuosa conmigo, y cuando estábamos en la casa yo siempre buscaba estar lejos de ella.

Recuerdo que en mi niñez una vez en mi cumpleaños mi hermano intento darme un abrazo de felicitación pero yo no me deje y me fui corriendo, en mi adolescencia pasaba más solo porque la mayoría de mis hermanas se casaron, y en la casa quedamos mi mamá mi papá y yo, la casa se fue quedando bastante triste, mi mamá pasa ya más tiempo en la casa pero yo ya tenía otras cosas con que entretenerme en mi cuarto como mis tareas y la tele, ella se encargaba de hacer las cosas de la casa, también recuerdo que de niño mi madre me pedía que durma con ella y yo le decía que bueno pero, no iba porque me quedaba dormido en la mía.

Todos nosotros como hermanos siempre nos hemos llevado bien, a raíz del trasplante yo siento que se ha estrechado más los lazos con mi hermano, compartimos a veces las mismas ideas, entre todos mis hermanos yo soy el último, con todos mis hermanos yo percibo que mi criterio es importante siempre, y lo toman en cuenta cuando se requiere, quizás porque yo siempre estoy pendiente de proporcionar soluciones en las dificultades.

Segunda Sesión 45 mm.

Yo quiero mucho a mi hermano aunque de pequeño no me gustaba compartir con él porque era más grande que yo y no la pasaba bien con él, pero aun así todo lo que le pueda suceder me preocupa, yo siento que él tiene una gratitud hacia mí por lo que hice por él, pero yo me siento igual, creo que en mi persona eso no ha producido mayor cambiado, un año después del trasplante de mi hermano nos vinculamos laboralmente en un negocio que mis padres nos heredaron en vida, el que consiste en una pequeña industria de elaboración de detergente, donde yo soy el Gerente y mi hermano es el subgerente del negocio.

Yo siempre he estado solo y trabajado solo, pero a raíz del trasplante empezamos un trabajo juntos, pero ahora se está dificultando, aunque cuando éramos pequeños tampoco podíamos compartir mucho tiempo ni muchas cosas juntos porque no

teníamos casi nada en común por la diferencia de edades, ahora por el bien de la empresa, mi hermano debe cumplir con sus responsabilidades en el trabajo igual que los demás trabajadores y no creer que porque es mi hermano, puede ser irresponsable y no hacer lo que debe.

En algunas oportunidades he tenido diferencias laborales con mi hermano, porque a veces él no cumple adecuadamente con las tareas que se le delegó, pero son cosas que se superan rápidamente en el área del trabajo, además my hermano luego trata de reparar lo que no se hizo, cuando nos tocó lo de la donación fuimos dos hermanos los que nos presentamos una de mis hermanas mujeres y yo, los dos posibles donantes que nos presentamos hermanos solteros, la decisión de la donación se llevó a cabo por mayor compatibilidad en los exámenes.

Cuando supe que los médicos me habían elegido como el donante para mi hermano, yo sentí una enorme alegría, ya que saber que mi hermano se va a salvar por esa situación es bueno, además yo considero que ese era mi deber de hermano. Cuando mi hermano se pone emotivo por la donación que le hice y me trata de abrazar, yo le digo que no se preocupe que no es necesario el abrazo, que lo que hice era mí deber de hermano.

Los médicos de Hospital Carlos Andrade Marín le diagnostican la enfermedad renal a mi hermano, al principio de la enfermedad no hablé de la donación con mi hermano por temor, pero luego de un tiempo acepté ser donante, se cumplió la cirugía del trasplante, mi hermano entró en coma, sentí un malestar de que se pierda la donación sin haber causado el beneficio, gracias a Dios y a los médicos esto no fue así y mi hermano se recuperó y el órgano se salvó y ayudo a la recuperación de la salud de mi hermano.

Tercera Sesión 35 mm.

Debo confesar que en algunos momentos antes del trasplante yo pensé en que se podían presentar complicaciones con mi salud pero más pudo mi voluntad y mi deseo de ayudar a mi hermano para que este mejore. Mi hermano está pendiente de mí, me sabe preguntar como estoy, que me cuide, yo le digo que yo estoy bien aunque no sea así, desde pequeño yo casi siempre prefería estar solo y me disgustaba que mi hermano me toque o que me miren los demás. Cuando era niño y estaba en mi casa con mi mamá, ella ingresaba en mi cuarto yo me iba porque me disgustaba su presencia en mi cuarto.

Después del trasplante durante algunos meses yo sentí la falta del riñón, un espacio vacío en el lugar donde el órgano estaba, durante algún tiempo yo me sentía extraño decaído y un poco triste, los médicos me explicaron que era normal que pronto pasaría y que no me preocupé, que la mayoría de los paciente pasan por esa experiencia y que luego ese espacio se llena y no da problemas.

Actualmente estamos trabajando juntos con mi hermano, además luego del trasplante los dos pasamos mucho más tiempo juntos por el trabajo, dependemos uno del otro para que las cosas salgan bien, pero él a veces anda mal, o con falta de atención, y no hace lo que le mando como cuando le digo que haga los pedidos de los materiales para la elaboración del detergente y no realiza el pedido, complicando la elaboración del producto, porque yo confié en que él va a hacer lo que le he delegado, cuando no hace lo que le he encomendado eso me saca de mis casillas y me pongo molesto con él porque de ello depende que las cosas nos salgan bien. Mi hermano debe cumplir con sus responsabilidades y no creer que porque es mi hermano puede ser irresponsable, y pasar por alto lo que debe hacer.

Caso 2 Receptor

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: C 1

Apellidos:

Lugar y fecha de nacimiento: Quito 16 Enero 1975 Fecha actual: 7 de Abril 2010

Edad cronológica: 35 años de edad Estado Civil: Casado

B. MOTIVO DE CONSULTA.

Paciente trasplantado renal desde hace 5 años, Remitido por el médico tratante del área de Nefrología debido a que no se encuentra en los exámenes médicos practicados causas orgánicas establecidas para el cuadro diarreico presente.

C. ENFERMEDAD ACTUAL.

Paciente refiere cuadro diarreico presente de 24 horas y además expresa estar pasando por un momento crítico en su relación de pareja debido a la separación con su esposa y su hijo de hace 8 meses y las recriminaciones de su hermano donante, porque éste aduce que debe volver con su esposa, la cual le apoyo y cuidado mucho en su enfermedad renal, expresa sentirse triste, abandonado, presionado y con mucho temor a que su esposa no desee regresar con él.

D. ANTECEDENTES PERSONALES.

Paciente de 30 años de edad, con antecedentes de diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal de etiología desconocida a los 20 años de edad, en tratamiento con hemodiálisis trisemanal desde los 22 años, hiperparatiroidismo secundario a insuficiencia renal crónica terminal tratado quirúrgicamente con paratiroidectomía total con reimplante de 1/2 glándula en el músculo esterno-cleidomastoideo (23/12/04), quedando con hipoparatiroidismo quirúrgico, con requerimiento de dosis altas de calcitriol y suplementos de calcio.

Mientras recibía diálisis trisemanal conoce a su esposa la cual luego de unos meses de noviazgo acepta casarse con él pese a saber la enfermedad que el padecía y las complicaciones de esta, posteriormente ella queda embarazada y da a luz un niño varón. EL 31/08/05 recibió trasplante renal de donante vivo (hermano, con 60 % de histocompatibilidad mayor al 50%, se implanto riñón izquierdo con dos venas renales).

Se realizó anastomosis arterial termino-terminal entre la arteria renal de riñón trasplantado e hipogástrica anastomosis venosa termino-lateral entre venas renales con iliaca primitiva, ha cursado con varias complicaciones:

Urológicas: fuga urinaria más urinoma más estenosis de la unión ureterovesical fistula ureteral sobre el sitio de anastomosis, por lo que el 21/06/05 se realizó reimplante uretero-vesical más colocación de catéter doble el 24 de 09/05 fuga urinaria tras retiro de sonda vesical por lo que amerito recolocación de la misma por dos ocasiones.

El 4/12/05 se evidencia nueva fuga urinaria a 1 cm. por debajo de la unión pieloureteral, es re intervenido quirúrgicamente con hallazgos de fibrosis generalizada del área quirúrgica que impedía identificar la seguridad de las estructuras anatómicas, imposibilidad de localizar uréter nativo derecho por lo que se realizó reimplante pieloureteral con uréter nativo izquierdo, con mucha dificultad, con revisiones posteriores por fuga urinaria, ultima el 21/12/05 con buenos resultados. En ecografía de control de riñón trasplantado: ausencia de dilatación pielocalicial.

El paciente presentó rechazo intersticial leve-moderado, recibió tratamiento con pulsos de metilprednisolona, medicación que tuvo que ser suspendida por presentar complicación urológica concomitante, tres infecciones múltiples a nivel urinario y de liquido de drenaje, incluyendo dos episodios de pielonefritis, diversos gérmenes que

han sido tratados de acuerdo a antibiograma, ultimo uro cultivo previo al alta negativo, hipocalcemia secundaria a paratiroidectomía, ha requerido administración de soluciones parenterales y orales de calcio más calcitriol, hipomagnesemia secundaria a pérdidas urinarias favorecidas por uso de ciclosporina, se ha manejado con suplementos parenterales y orales.

Hipofosfatemia por síndrome de hueso hambriento y pérdidas urinarias, que fue superada con la administración de suplementos orales de fosforo, hiponatremia por pérdidas urinarias importantes, llegando a requerir aporte parenteral de sodio actualmente el paciente refiere presentar desde hace tres días dolor tipo retortijón en abdomen, deposiciones blandas frecuentes en poca cantidad, con pujo, niega alza térmica y cualquier otra sintomatología, a febril, acné facial, cardiopulmonar sin alteraciones aparentes, abdomen cicatrices quirúrgicas en flanco derecho e izquierdo, dolor a la palpación en punto epigástrico riñón trasplantado en consistencia normal.

El paciente se encuentra agotado física y emocionalmente que se resiste a que se le sigan practicando más operaciones, expresa su deseo de que se le retire el riñón para volver a la diálisis, los médicos tratantes coinciden con esta petición puesto que internamente el organismo del paciente se encuentra segmentando, pese a las condiciones y pronósticos, puesto que no se daba ninguna seguridad al paciente de un resultado favorable con la cirugía, este desiste de dicha intervención, gracias a la intervención racional del residente, que le explica que la diálisis igual lo espera y que lo intente por última vez, intenta una última operación con miras a reconstruir todo los daños internos del riñón que no permiten la recuperación adecuada esperada y deseada del paciente,

Paciente trasplantado renal hace 7 meses, con múltiples complicaciones urológicas, que han requerido solución quirúrgica, última hace dos meses (reanastomosis pieloureteral con uréter de riñón nativo izquierdo) con resultado hasta el momento favorable (no hay dilatación pielocalicial), emmo sin datos de infección los niveles de

creatinina sérica se mantienen en 3.2 mg/dl, el paciente se encuentra recibiendo calcio oral más calcitriol, pero si bien cifra de calcio sérico se encuentra normal, el fósforo está elevado, por lo que se ajustaran dosis, en general el paciente se recupera satisfactoriamente.

Paciente ingresado el 14 Abril 2010 porque refiere cuadro diarreico desde hace 24 horas, que ha cedido, en últimas horas, mucosas orales secas, orofaringe no congestiva, en abdomen: presencia de cicatrices abdominales, riñón trasplantado de consistencia regular, no doloroso a la palpación extremidades: no presenta edemas. Se solicitará emo cultivo, coprocultivo, para manejo de la alteración se indica antibiótico e hidratación, se remite a psicología, porque los exámenes no evidencian respuestas médicas para la alteración presente.

E. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

Alteraciones: Trasplante Renal, que requirió de la realización de ocho operaciones quirúrgicas y nueve meses de hospitalización a causa de múltiples complicaciones, en abdomen cicatrices quirúrgicas en flanco derecho e izquierdo.

Enfermedades: Insuficiencia Renal Crónica Terminal, Hipotiroidismo.

Atención actual:

El paciente refiere cuadro diarreico desde hace 24 horas, que ha cedido, en últimas horas, mucosas orales secas, orofaringe no congestiva, en abdomen: presencia de cicatrices abdominales, riñón trasplantado de consistencia regular, no doloroso a la palpación, extremidades: no edemas. Se solicitará emo cultivo, coprocultivo, para manejo de la alteración se indica antibiótico e hidratación, se remite a psicología porque los exámenes no evidencian respuestas médicas para la alteración presente.

Medicación actual: antibiótico e hidratación.

F. HABITOS. Alcohol ocasional.

G. ANTECEDENTES FAMILIARES

La madre del paciente padecía de Epilepsia, enfermedad que la lleva a la muerte siete años antes del diagnóstico de la enfermedad de su hijo insuficiente renal, el padre con enfermedad de hipertensión arterial controlada, hermano mayor intervenido quirúrgicamente por donación de órgano renal.

H. ANTECEDENTES MORBIDOS FAMILIARES:

Parentesco: Mamá: Patología: Epilepsia
Observaciones; Fallece 7 años antes del diagnóstico de la enfermedad de la insuficiencia renal.

Línea paterna:

Línea materna: X

I. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Paciente que presenta; Tristeza, temor, abandono, despreocupación de su aspecto físico, incertidumbre, inseguridad, desesperanza.

J. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La aplicación del Tests de Phillipson arrojan los siguientes resultados: se puede interpretar que el sujeto hace mayor uso de la defensa del yo que tiene que ver con la regresión, demostrando un claro deseo persistente de revivir sus años de la infancia cuando todo era mejor y la enfermedad no existía, la racionalización la cual le permite ocultar sus emociones y sus vivencias que le resultan ansiógenas.

Por otra parte en lo referente a sus aspectos emocionales se puede intuir que los rasgos emocionales preponderantes en este test son: la ansiedad, el miedo y la angustia, pudiéndose dilucidar, como la dificultad de éste en su infancia para obtener referentes de seguridad y accesibilidad a su cuidador, debido a que esta trabajaba

fuera de casa y padecía de ataques epilépticos, enfermedad que de cierta forma la limitaba y no, le permitía desenvolverse mejor como madre.

A través de la información sustraída del paciente a partir de lo que ha proyectado en el tests aplicado, se puede evidenciar que el vínculo que este constituyó desde su relación con sus cuidadores primarios es un vínculo Ansioso- Ambivalente, el cual podemos vislumbrar en su historia de vida, indagada a partir de las entrevistas psicológicas, siendo esta forma de vinculación la que ha determinado en gran medida sus vinculaciones posteriores.

El llegar al establecimiento del tipo de vínculo que este paciente ha instaurado desde su infancia, nos permitirá realizar una mejor explicación y exploración del comportamiento y el por qué, se vincula de determinada manera con su donante luego de la cirugía renal de trasplante.

K. OBSERVACIONES CLÍNICAS

Paciente que es remitido a la atención psicológica por no encontrar en los exámenes médicos resultados que justifiquen su malestar (cuadro diarreico), se lo contacta en la habitación del hospital, donde se puede observar; a un paciente poco colaborador, voz débil, leve descuidado en su arreglo personal, sentimiento de tristeza, expresión de preocupación, inestabilidad al hablar de su relación de pareja, presión a causa de las refutaciones de su hermano por la separación con su esposa, e incertidumbre.

L. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

El paciente C1 tras la separación con su esposa está viviendo una pérdida que se le dificulta asumir, procesar y aceptar dicha separación, más la presión que su hermano D2 ejerce sobre este (paciente C1) al respecto de la pérdida de una buena mujer según sus palabras, lleva a la presunción de que el sujeto en mención está enfrentándose según Bowlby a la etapa de *desesperanza*, posterior a la de protesta por la pérdida del objeto de amor, observándose en este una disminución en sus conductas, sus

movimientos físicos son lentos, retraído y pasivo, no exige demanda a los que le rodean al parecer pasa por un intenso estado de duelo.

Paciente C1 Receptor.

Entrevista psicológica.

Primera Sesión 60 mm.

Me siento mal desde hace algunos días pero desde antes de ayer me empezó una diarrea que no me permite estar tranquilo, ya está pasando pero tengo miedo porque con mi trasplante he sufrido tanto, que lo mínimo me angustia y me atemoriza, espero que no sea nada malo y que me pueda ir pronto de aquí.

En lo referente al diagnóstico de mi enfermedad, cuando el médico me dijo de lo que sufría yo me puse triste, tuve sentimientos de desánimo, de saber esa etapa que me tocaba vivir, pero lo que más quería, es que los dolores desaparezcan, creo que entre en un estado de mucha tristeza hasta que me empezaron a tratar y a explicar que existían posibilidades de recuperación de alguna manera, la medicación me ayudo a mejorar el dolor, el dolor fue desapareciendo, pero la tristeza no.

Cuando yo recibí el diagnóstico de la enfermedad no sabía lo que era esa enfermedad, ni entendía lo que me estaba pasando, en este caso fue mi hermano el que recibió la noticia, fue mi hermano el que recibió todo ese impacto, recordé a mi madre fallecida hacia unos siete años, pensé que quizás ella me podría ayudar a superar de mejor manera esta situación difícil si estuviera a mi lado, aunque cuando era niño y mi madre tenía que irse al trabajo me daba mucho coraje con ella, pues deseaba siempre estar con mi mamá, aunque suene raro, debo confesar que en ocasiones prefería que no este.

Cuatro meses después conocí a la mujer que ahora es mi esposa la cual luego de unos meses a pesar de saber de mi padecimiento renal y de que me debía realizar las

diálisis trisemanales, aceptó casarse conmigo, año y medio después de nuestra unión llega mi hijo, ella fue un gran apoyo en mi enfermedad, pero desde hace mucho tiempo ha venido exigiéndome que desea vivir en otra casa, que debo dejar a mi papá y mi hermano para estar que podamos vivir en nuestra familia; con ella y mi hijo.

Demanda Latente:

Yo no hice mayor caso esto, y un día me dijo que ella se iba de mi lado porque yo no quiero salir con ella a vivir en otra parte, de eso ya hace ocho meses, actualmente estoy con otra persona, la gente me dice que a lo mejor ella ya está con otra persona, eso a mí me pone muy mal, ya que yo quiero estar con ella y mi hijo, deseó regresar con ella, pero ella no me da indicios de que va a regresar conmigo, mi hermano me presiona con respecto a mi separación y menciona que debo ser agradecido y regresar con mi esposa que me apoyo en mi enfermedad y el trasplante renal y que no debo perder a una mujer tan buena.

Segunda Sesión 55 mm.

En mi niñez compartía mucho más con mi hermano que con mi mamá y mi papá, Mi mamá me acompañaba a veces a hacer mi tarea, cuando no tenía que trabajar, mis hermanos se sentían celosos conmigo por mi mamá y trataban de molestarme, cuando mi mami salía de casa yo me quedaba triste porque no me llevaba con ella, aunque cuando ella regresaba me buscaba y yo me enojaba con ella.

Mi madre por su trabajo no me daba tiempo ni me ayudaba con mis cosas, aunque cuando llegaba trataba de recompensarme dándome de comer algo rico, por eso yo sabía que mi mamá estaba presente, que me ayudaría siempre, que me sacaría de algún problema grave que me sucediera.

Los fines de semanas salíamos todos con mi mamá me encantaba pasar con ella y

compartir tiempo juntos, quería que el fin de semana sea eterna, mi infancia fue un poco difícil, aunque me gustaba estar cerca de mí hermano y compartir cosas con él, a veces me apartaba sin ninguna razón.

Luego de haber recibido ocho años de diálisis y con más conocimientos sobre de la enfermedad, tanto mi hermano como yo, decidimos acceder a la donación voluntaria, mi hermana no quiso saber nada de la donación porque tenía sus hijos y porque, su esposo no estaba de acuerdo con que ella fuera donante, mi hermano fue el único que quiso someterse voluntariamente a los exámenes médicos para determinar si estaba o no capacitado para donarme.

Mientras estuve internado en el Hospital Carlos Andrade Marín, escuchaba de los médicos de la institución, que el trasplante de riñón (donación del órgano de una persona voluntaria o de un cadáver) era el único tratamiento que la ciencia médica ha podido encontrar hasta el momento para erradicar definitivamente el mal, y tenía mucha esperanza en esta posibilidad de vida.

Mi hermano al estar soltero en ese momento se le hacía más fácil tomar la decisión por sí solo, mi hermano hasta la actualidad sigue soltero y muy pendiente de mí, de lo que me pasa, cuando yo era un niño pequeño recuerdo que era un niño muy inquieto, cuando fui por primera vez a la escuela ingrese muy alegre, en mi infancia compartía más con mi hermano que con mi papá y mi mamá, ya que mi hermano me cuidaba cuando ellos no estaban.

Yo creo que mi madre dirigía hacia mí más sus cuidados cuando llegaba, aunque no era muy cariñosa, estaba siempre pendiente de mí porque mis hermanos eran más grandes, mi madre estaba pendiente de mí, yo me sentía protegido alegre, por eso cuando mi madre falleció sentí un gran vacío en mi vida, yo ya estaba bastante recuperado de mi trasplante gracias a Dios.

La enfermedad de mi madre la consumió, ella sufría de ataques epilépticos, cuando le daban las crisis yo prefería no estar cerca de ella porque temía por ella, saber que ella se había ido y que ahora solo quedábamos los hombres y que nos tocaba aprender a defendernos por sí solos en las cosas de la casa, la falta de la presencia de ella misma en sí, la muerte de mi madre nos dejó muy desconsolados a todos en la familia.

Tercera Sesión 60 mm.

Yo pasé unos dos años con tratamiento farmacológico y ocho años en diálisis, no creí que alguien de mi familia sería capaz de donarme el órgano renal, pero gracias a Dios mi hermano decidió ayudarme. Además yo no quería exponer a nadie de mi familia al sufrimiento de una operación, no me sentía con ese derecho y preferí afrontar solo en un principio mi enfermedad.

Cuando me enteré que existía la posibilidad de la donación cadavérica, me puse en lista de espera, pero esa opción no prosperó, el tiempo seguía pasando, y el órgano por esta vía cada vez era muy difícil, puesto que mucha gente no permitía que a sus familiares les quiten sus órganos antes de morir, o porque no había compatibilidad.

Me realizan la cirugía del trasplante renal, y cuando mi hermano compartió su órgano en la donación fue un gesto hermoso de ayuda, aunque en un primer momento yo no quería, porque temía por su salud, y no me sentía con derecho de quitarle a él su riñón, mi hermano siempre se llevó bien conmigo y me compartía todo lo que él tenía, aunque como todos los hermanos a veces peleábamos por cualquier cosa.

Me tuvieron que operarme ocho veces para que el riñón funcione normalmente y me tuvieron hospitalizado por nueve meses, las complicaciones que llegaron luego del trasplante fueron tantas y tan dolorosas que hubo un momento que desee que me retiren el órgano.

Luego de que los médicos me convencieron de intentarlo por octava vez, es muy doloroso para mi recordar esos momentos de la cirugía, pero gracias a Dios y a los médicos las cosas mejoraron y a los nueve meses me dieron al fin el alta y pude regresar a de mi casa con mi familia, en la relación con mi madre cuando ella vivía, era mejor que con mi papá, ella me demostraba más cariño que mi papá, aunque con mi papá también me llevaba bien y teníamos buena comunicación.

Con mi hermano nos hemos unido mucho más después del trasplante, aunque el carácter de él es muy explosivo y me exige, me ordena y quiere que yo le haga caso, como patrón, eso no me agrada de él, quiere que le obedezca, siempre ha sido así, pero ahora es peor, trabajamos juntos en un negocio familiar de joyería que nuestro padre nos heredó en vida, en el cual las cosas no andan bien económicamente porque tenemos muchas cuentas por pagar y las ventas no están bien.

Cuando mi hermano me dijo que me iba a donar el riñón, tuve mucha esperanza, por que compartiría mejor mi vida con todos, yo ahora estoy más pendiente de él, de que llegue a la casa, de comprarle comida, de cuidarle su salud, hay una relación de mutuo cuidado, a partir de la donación que mi hermano me hizo, me da miedo que le pase algo malo.

Se están presentando muchas complicaciones en la sociedad que formamos con mi hermano, yo le estoy muy agradecido a mi hermano por lo que me ayudó, pero ya no me siento bien trabajando con él, y a veces deseo irme a otro trabajo.

Al parecer entre estos hermanos se están presentado serios inconvenientes, que los están llevando a un distanciamiento afectivo que indudablemente está afectando sobre todo al receptor de manera significativa.

Caso 2 Donante

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: D 2

Apellidos: Paciente (D2)

Lugar y fecha de nacimiento: Quito 18 de Julio 1970
2010

Fecha actual: 19 Abril

Edad cronológica: 40 años de edad.

Estado civil: Soltero

B. MOTIVO DE CONSULTA.

Paciente que acude a la consulta por pedido de la psicóloga para análisis del vínculo con el donante.

C. ENFERMEDAD ACTUAL.

Ninguna

D. ANTECEDENTES PERSONALES

Paciente soltero por dificultad para relacionarse con otras parejas, a causa de una decepción amorosa; su novia se casó con otra persona y no ha podido olvidarla, sujeto al que se le practica examen físico regional que se efectúan el 2005/09/27 previo a donación de trasplante renal, paciente a quién se suspendió ingreso anterior por cuanto el donante estuvo con descompensación y presión arterial, al momento han completado protocolo de estudio para trasplante renal, no refiere novedades para ingreso a nefrectomía izquierda de donante de riñón.

Paciente que acude a la consulta el 30 enero 2009, de 35 años de edad, en quien se realizó nefrectomía izquierda como donante renal el 31 de agosto de 2005, refiere leve dolor en área de nefrectomía, normotenso, afebril, abdomen: área quirúrgica en

buen estado, paciente donante renal, nefrectomía izquierda realizada, función renal con creatinina en límite alto, incremento leve de bilirrubina, dislipidemia mixta (se insiste en dieta, ejercicios y fibratos en dosis bajas), dieta baja en grasas saturadas, complejo b, fibratos. Refiere sensación de opresión en tórax anterior, orofaringe no congestiva.

Abdomen: cicatriz lumbo-costal izquierda de aspecto adecuado, extremidades: no edemas, emo: normal, función renal: creatinina de 1.4 mg/dl, dislipidemia leve a expensas de colesterol: se indica dieta más ejercicios, monitoreo de la dieta hiposódica, dieta hiposódica bajo en hidratos de carbono.

Paciente que acude a la consulta el 19 de Abril del 2010, por solicitud de la psicóloga, para entrevistas psicológicas con la finalidad de realizar el análisis del vínculo, no presenta patología médica alguna, pero se logra observar a un sujeto con un aspecto triste, apesadumbrado por la separación de su hermano y su esposa, y con gran dificultad para olvidar un antiguo amor que le defraudó, múltiples preocupaciones económicas, y un leve deseo de salir adelante.

E. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

Alteraciones: Ninguna.

Enfermedades: Ninguna.

Atención actual:

Paciente que en la entrevista psicológica expresa que no se ha casado porque la mujer a la que amaba y que era su novia lo dejó y se casó con otra persona, que le ha costado mucho volverse a enamorarse e involucrarse con otra pareja, las cosas en su micro empresa familiar (joyería artesanal) no andan bien, tienen muchas deudas y no hay buenas ventas, y con la separación de su hermano de la esposa las cosas el trabajo empeoraron puesto que ella era una persona clave en el negocio.

Medicación actual: Ninguna

F. HABITOS

Consumo de alcohol, una y media botella semanal.

G. ANTECEDENTES FAMILIARES

La madre del paciente padece de Epilepsia, enfermedad que la lleva a la muerte 7 años antes del diagnóstico de la enfermedad de su hijo, el padre con enfermedad de hipertensión arterial controlada, hermano menor trasplantado renal hace 5 años, por causa de insuficiencia renal.

H. ANTECEDENTES MORBIDOS FAMILIARES:

Parentesco: Mamá

Patología: Epilepsia

Observaciones: Muere a causa de la patología descrita.

Línea paterna:

Línea materna: X

I. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

En el paciente se puede evidenciar un estado de tristeza, molestia, preocupación, poca atención a su apariencia física, resentimiento social.

J. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

El Tests de Philipson en el análisis de este caso arroja los siguientes resultados: En el aspecto emocional Se puede observar un deseo de acercamiento pero al mismo tiempo hay miedo a este acercamiento, en la triada, posiblemente debido a una relación evitante en la infancia con sus cuidadores primarios, La falta de seguridad en sus relaciones objetales tempranas, le llevan a establecer relaciones sociales evitantes con tendencia al aislamiento social que le dificulta las relaciones grupales y las

vinculaciones. Sentimientos de ansiedad ante la situación vincular grupal y necesidad de atención, seguridad y protección.

En lo referente a las técnicas de defensa del yo un buen uso de la racionalización la misma que le permite no expresar de manera sensible sus vivencias y emociones del pasado posiblemente porque estas le son muy ansiógenas, y la represión que le bloquean la manifestación verbal de emociones y experiencias de su infancia que no le son muy agradables al parecer, y en menor grado hace uso de la negación que al igual que las anteriores defensas lo protegen de situaciones que le producen ansiedad e inseguridad, y por último la idealización que le ayuda a crear una pequeña referencia de estabilidad y seguridad dentro de sus referentes de inseguridad.

Los sentimientos que más se mueven en el sujeto son lo de inseguridad, ansiedad, y evitación, estos sentimientos nos dan cuenta al igual que los aspectos anteriores del establecimiento en el sujeto de un vínculo ansioso- evitativo el cual según Bowlby debido a la presencia de fallas en el establecimiento del vínculo materno-infantil, por una inadecuada asequibilidad de la madre, muchos niños muestran tener una menor accesibilidad a los recuerdos positivos y mayor accesibilidad a los esquemas negativos en sus conductas manifiestas.

Las condición expuesta conllevan al establecimiento de cierta características, tales como en el caso de las personas que desarrollan el apego de tipo evasivo, los cuales presentan la tendencia a mantenerse recelosos a la cercanía con las otras personas, exponiéndose como apáticos, desinteresados, distantes y con una muy escasa o nula atención por el otro, que en el caso de paciente D2 se ha podido observar especialmente en la relación de pareja.

K. OBSERVACIONES CLÍNICAS

Al momento de la evaluación psicológica se puede observar al paciente un poco descuidado en su aspecto personal, expresión de resentimiento social, semblante de

tristeza, bastante expresivo y colaborador, preocupado por la separación de su hermano, con desasosiego por su soltería, se muestra muy molesto porque dice que su hermano esta ingiriendo alcohol a sabiendas que es dañino por su operación de trasplante, le reclama exasperadamente que en su cuerpo lleva su riñón que no es cualquier cosa y que se cuide.

L. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

El Paciente D2 evidencia un vínculo pre establecido desde sus referentes de la infancia ansioso-evitativo, puesto que sus padres o cuidadores primarios no proporcionaron los cuidados y las herramientas necesarias para que este lograra establecer una apego más saludable según expone Bowlby, generando en este una aparente dificultad de vinculación con los otros y en especial de pareja, encontrándose por tanto en la tercera fase que es la *fase del Desapego*.

Paciente D 2 Donante.

Entrevista psicológica.

Primera Sesión 60 mm.

Por el hecho de estar en la pobreza, aun que teníamos lo básico, mi niñez fue tan alegre y triste, y yo prefería quedarme siempre en mi cuarto solo. En ciertas ocasiones mi hermano trataba de que compartamos más tiempo juntos, yo le decía enojado que era cansón y que no me molesté que no podía, mi familia siempre me estaban presionando para que salga o me relacione con alguien, entonces mi hermano me presentó una amiga de él para que yo salga a pasear con ella, yo le dije que no estaba preparado que lo dejemos para otro día.

En nuestra infancia no fuimos bien alimentados por la falta de recursos, y de tiempo de nuestros padres, era tal la falta de alimentación que mi hermano y yo nos enfermamos de anemia, yo prefería estar con mi hermano para no ver a mi mamá, además mi madre sufría de ataques epilépticos y sus crisis eran cada vez más fuertes

y angustiantes. Yo sentía miedo cuando mi madre entraba en crisis y prefería no estar cerca de ella.

Luego de la donación del órgano renal, aproximadamente por un año sentí un vacío en el lugar donde se me retiró el riñón, yo me sentí muy desprotegido por el Hospital en el aspecto psicológico, porque nunca hicieron nada por nosotros, siempre les estaba comentando a los médicos que yo no me sentía bien y que se debía hacer algo con los pacientes que donábamos nuestro órgano, me sentí desamparado, nueve meses luego del trasplante renal tuvo que pasar mi hermano en el hospital debido a las ocho operaciones que le tuvieron que realizar, yo sentía mucha angustia que preferí ya no ir al hospital por un buen tiempo.

Bueno mi niñez fue tan alegre y triste, por el hecho de estar en la pobreza, aun que teníamos lo básico, en nuestra familia existió la falta de alimentación, mi madre además pasaba poco tiempo con nosotros en la casa por el trabajo, de hecho a mi hermano se le daba un biberón con cola, para alimentarlo ya que mis padres trabajaban y no tenían tiempo para prepararle los alimentos, ni dinero.

Contradictoriamente nos daban la mejor educación en colegios particulares caros, además yo trataba de cuidar a mi hermano porque era muy pequeño y me necesitaba ya que mi mamá estaba en el trabajo. La relación con mi madre fue buena cuando nos reunimos en el almuerzo era el momento que más disfrutábamos todos, ya que compartíamos un tiempo en familia y mi mamá siempre trataba de que todos tuviéramos bien.

Mi hermana segunda es mujer y mis padres le daban todo lo que ella solicitaba o demandaba, lo cual ocasionó mucho resentimiento en mí, porque considero le daban demasiado y a nosotros los varones nos relegaron, descuidaron nuestras necesidades. A mí de pequeño me encantaba estar solo y cuando mi mamá llegaba del trabajo yo prefería irme a otro lado.

Hace unos siete años murió mi madre y fue una gran tristeza para todos nosotros, cuándo mi hermano se comprometió con su esposa, tuvimos que pedirle a mi hermana que debía buscar don vivir puesto que ya se le había ayudado a ella mucho y que era tiempo de que se mudé con su familia, esa situación nos puso en un estado de conflicto y enemistad con ella, pues por esto se resintió con todos nosotros, nunca quiso saber de la donación, ni del trasplante renal, ella se desvinculó por completo de esta situación.

Segunda Sesión 45mm

Cuando supimos del diagnóstico de la enfermedad de mi hermano fue muy difícil, ya que el estado del seguro de mi hermano no estaba de conformidad legal, el se tuvo que atender en una clínica privada hasta que mi papá como tenemos una joyería lo pudo afiliarse y regularizar con el seguro social, claro está eso complicó más aun la situación de angustia en la familia.

Con todo en regla empezamos a conocer más de las posibilidades que el hospital ofrecía para la recuperación de la salud de mi hermano, el estuvo mucho tiempo en diálisis por miedo al trasplante y por no exponerme a ningún riesgo en lo referente a mi salud, y porque optamos por la donación cadavérica, pues era una esperanza de donación, esta esperanza con el paso del tiempo se fue deteriorando ya que no habían los trasplante y el tiempo corría.

Cuando mi hermano fue diagnosticado de la enfermedad, yo me asusté y no confiaba en que los médicos lo pudieran salvar. Antes de la cirugía de trasplante renal de mi hermano, creo que el miedo a la donación hizo que empiece a tomar alcohol más de lo habitual, a pesar que sabía que eso no lo podía hacer, porque ello impediría que pueda donar.

Conversamos mucho con los médicos y luego de varias explicaciones y saber que era

una operación bastante segura y que la mayoría de donantes y receptores se recuperan y tienen una vida normal accedimos a la cirugía, fuimos de los primeros pacientes que se trasplantaron dentro del hospital del Seguro Social, la esposa de mi hermano fue un pilar muy importante durante toda la enfermedad de mi hermano.

Ella a pesar de saber que él estaba enfermo aceptó casarse con él y lo apoyó en todo momento no solo con afecto y presencia sino también con dinero de su trabajo, por eso luego de que todo lo de la enfermedad se superó, me sorprendió que la relación de ellos no siga adelante y se estén separando, de hecho eso ha afectado a toda la familia en lo emocional y en lo económico, puesto que en la joyería ella era una persona muy importante, hábil y útil.

Yo no me he casado, creo que porque hace algunos años tuve una novia a la que quise mucho, pero ella prefirió casarse con otra persona, eso me dejó muy decepcionado que hasta ahora no me he vuelto a enamorar, aunque hay una mujer me quiere y siempre a deseado que yo me case con ella, yo no la quiero, y a veces pienso que ella debe tener un poquito de dignidad y no rogarme, debería quererse un poco más y no buscarme.

Yo creo que esta sociedad no sirve, que los bienes están mal repartidos y que a los pobres nos faltan oportunidades, cuando mi hermano se operó nosotros estábamos con muchas deudas, así que le propuse a mi hermano trabajar con muchas ganas en la joyería, mi hermano aceptó, pero las cosas no salían no lográbamos recuperarnos económicamente.

Tercera Sesión 50 mm.

En lo referente al trasplante puedo decir que yo me sentí muy desprotegido por el Hospital en el aspecto psicológico, siempre les estaba comentando a los médicos que yo no me sentía bien y que se debía hacer algo con los pacientes que donábamos

nuestro órgano, yo por un largo tiempo, aproximadamente durante un año sentí un vacío en el lugar se me retiró el riñón que fue disminuyendo paulatinamente hasta los dos años.

Unos nueve meses luego del trasplante renal tuvo que pasar mi hermano en el hospital, eso nos juntó mucho a mi hermano y a mí, el sufrimiento de las recaídas, recuerdo que cuando me dijeron que sí era apto para la donación, creo que el miedo a la donación hizo que empiece a tomar alcohol más de lo habitual, a pesar que sabía que eso no lo podía hacer, porque ello impediría que pueda donar, poco a poco fui superando mi miedo a la operación, también recuerdo que cuando mi hermano toma alcohol que no lo puede hacer por su condición .

Cuando mi hermano toma alcohol que no puede hacerlo por su condición, yo me enojo mucho con él y le digo con mucho coraje que lo que tiene en su cuerpo es mi riñón y que debe cuidarlo, yo tuve mucha angustia cuando los médicos en una oportunidad nos dijeron que el riñón no funcionaba bien me apené mucho, casi me deprimí, porque pensé que di parte de mí a mi hermano y no serviría de nada, yo tuve mucha angustia cuando los médicos nos dijeron que el riñón no funcionaba bien. Gracias a Dios, las cosas salieron bien, y mi hermano se recupero y está ahora bien.

Caso 3 Receptor

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: E 1

Apellidos: Paciente E 1 (Receptor)

Lugar y fecha de nacimiento: Quito el 17 Julio 1.966 Fecha actual: 15-03-2010

Edad cronológica: 43 años

B. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente es remitido por los galenos del área de nefrología del Hospital Carlos Andrade Marín, para atención psicológica a causa de la presencia de una aparente depresión que está presentando por la dificultad en su visión.

C. ENFERMEDAD ACTUAL

Patología Oftalmológica con aparente depresión.

D. ANTECEDENTES PERSONALES

Motivo de consulta: paciente en estudio para trasplante renal que acude 20-12-2005
signos vitales: Tensión arterial 140/80, peso 74 kg, talla 166 cm, examen físico regional: paciente de 38 años de edad, casado instrucción superior, ocupación Vicerrector, tipo de sangre 0rh+, paciente con antecedentes de infección de vías urinarias, repetitivas desde los 29 años de edad, en julio, del 2004 fue diagnosticado de litiasis renal, que expulso espontáneamente.

En febrero de 2005 fue diagnosticado de Hipertensión Arterial e insuficiencia renal crónica, ingresando a hemodiálisis en abril de 2005, refiere varices desde la juventud, no antecedentes de diabetes, hepatitis, transfusiones: no, inmunizaciones: todas de la infancia, para hepatitis b: esquema completo, alergias: negativo, quirúrgicos: apendicetomía a los 15 años de edad, hábitos: tabaco desde los 18 años, hasta hace 7 meses, alcohol ocasional, paciente orientado, palidez generalizada, boca: prótesis dental superior parcial, presencia de cicatriz por colocación de catéter yugular derecho colocado en abril de 2005.

Evaluación Psicológica clínica previa a trasplante renal, desde hace un año diagnosticado de insuficiencia renal crónica e hipertensión arterial en tratamiento de hemodiálisis tres veces en la semana desde hace siete meses. Candidato a trasplante renal desde hace cuatro meses, en la evaluación se encuentra:

1.-funciones cognitivas.- alerta, orientado en persona, tiempo y espacio, normal en lenguaje, lectura, escritura, memoria en todas sus formas, abstracción, cálculo. Puntaje: 33/38 en tests de clínica mayo.

2.-función ejecutiva.- Normal en test ejecutivo de clox 1, con capacidad para planificar y organizar objetivos, satisface sus necesidades básicas, instrumentales y funcionales con normalidad.

3.-afectividad y comportamiento.- 10/22 puntos patológicos en escala depresiva de Hamilton, la depresión es reactiva a temores con relación a su salud y al fallecimiento de su madre hace un mes y medio, en su personalidad sobresalen rasgos de hipersensibilidad, sugestionabilidad siempre consigue lo que quiere, extrovertido, muy responsable de sus actos, cuidadoso de su imagen ante los demás, muy emotivo, al momento sus rasgos de personalidad no interfieren en su salud, se halla motivado y dispuesto a ser intervenido como receptor de trasplante, es consciente de las responsabilidades previas y posteriores a la intervención.

4.-comportamiento motor.- No se evidencia patología, apto psicológicamente para trasplante renal en vista de la normalidad en funciones mentales superiores, muy motivado para la intervención. Recomendación.- debe someterse a psicoterapia por la depresión reactiva.

Fecha: 2006/01/02, motivo de consulta, ingreso para trasplante renal examen físico regional evaluación y prescripción médica de 38 años de edad, portador de insuficiencia renal crónica, en tratamiento con hemodiálisis trisemanal, se ha completado protocolo pretrasplante encontrándose en condiciones, adecuadas para trasplante con donante vivo relacionado (hija), con quien presenta compatibilidad de 70 %. Actualmente no presenta procesos infecciosos activos, ni contraindicaciones de las diferentes especialidades interconsultadas, en reunión de comité de trasplante

realizada el 28 de diciembre de 2005 se aprueba realización de cirugía, plan: ingreso al área de trasplante renal, paciente ingresa para realización de trasplante renal.

Control de trasplantado renal, signos vitales: tensión arterial 120/80, pulso 60 l/m, peso 67 kg, examen físico regional: evolución y prescripción médica; paciente que recibió trasplante renal de su hija con porcentaje de compatibilidad del 70%, riñón donado con una vena, “una arteria principal y una arteria polar inferior (no visualizada en la TAC helicoidal que irrigaba un tercio de riñón, por lo que se requirió cirugía de banco para anastomosar arteria polar a arteria renal principal (tiempo de isquemia fría de aprox. 1 hora igual que tiempo de revascularización)”⁴⁴

El paciente presentó como complicación necrosis tubular aguda isquémica a lo que se sumó rechazo renal acelerado, por lo que recibió tratamiento con globulina antitimocítica más pulsos de metilprednisolona con respuesta satisfactoria, el 24/01/06 se realizó revisión quirúrgica por datos clínicos y de imagen a favor de sangrado activo en lecho quirúrgico, con hallazgos de laceración en cara interna del riñón trasplantado, hemato más abundantes perirrenales, se realizó limpieza de hematomas y sutura primaria de laceración con puntos profundos, evolución favorable sin evidencia de sangrado posterior los volúmenes urinarios se incrementaron y los azoados disminuyeron paulatinamente hasta cifras normales.

Cursó con infección de vías urinarias, respondió a tratamiento con ciprofloxacina infección de liquido de drenaje perirrenal por stafilococo coagulasa negativo - meticilino-resistente que requirió uso de vancomicina. Regresa el 10/02/2006 en buenas condiciones generales, creatinina de 1.3 mg/dl, actualmente asintomático, normotenso, orofaringe normal, cardiopulmonar normal sin datos patológicos, abdomen: herida quirúrgica de buen aspecto, no doloroso a la palpación. Extremidades: equimosis en miembros superiores, no edemas periféricos, pulsos normales.

⁴⁴ Informe médico Nefrológico, Hospital Carlos Andrade Marín, 24/02/2006.

Paciente trasplantado renal de hace 29 días, con complicaciones y rechazo acelerado con buena respuesta al tratamiento, bajo inmunosupresión actual, niveles de ciclosporina determinados el 13/02/06 elevados, igual que niveles de creatinina, por lo que se disminuyó la dosis de ciclosporina, lograndose normalizar nuevamente las cifras de creatinina.

Elevación de lípidos favorecida por uso de corticoesteroides y ciclosporina se vigilara evolución para determinar necesidad o no de agentes reductores de lípidos, controlada colección perirrenal, se realizara controles periódicos de tamaño del mismo con ecografía, dieta baja en colesterol, grasas saturadas, azúcares, caminata diaria. antihipertensivos: amlodipina más atenolol más clonidina, calcio oral a mantenerse por 6 meses) enjuagues bucales con antisépticos, niveles de ciclosporina, ecografía abdominal más renal (control).⁴⁵

Evolución y prescripción médica: Estuvo ingresado en el área de trasplante, cifras de creatinina se mantuvieron en 1.7 mg/dl, el ecodoppler de riñón trasplantado mostró dilatación pielocalicial ya conocida, favorecida por la colocación invertida del injerto se decidió vigilar evolución de la función del injerto, difiriéndose realización de biopsia de riñón trasplantado actualmente refiere dolor a nivel de dedos de pie izquierdo, con la deambulación mantiene volúmenes urinarios entre 2000 - 2200 cc/día, normo tenso afebril abdomen: no doloroso a la palpación riñón trasplantado no edemas.

22/05/06 Hospital Carlos Andrade Marín se realiza control don el paciente presenta: leucocitos 7200 hcto.45% urea 62 mg/dl, glucosa 101 mg/dl, creatinina 1.8 mg/dl. 23/05/06 ecografía de riñón trasplantado: 10.2 x 5 cm. buena relación corticomédular, aumento de la ecogenicidad, ligera ectasia del sistema colector paciente trasplantado renal desde hace cuatro meses seis días, complicado con rechazo acelerado que respondió a uso de pulsos de metilprednisolona, creatinina se mantiene alrededor de 1.7 mg/dl más 1.8 mg/dl, situación que podría explicarse en

⁴⁵ Evaluación médica Nefrológica, Hospital Carlos Andrade Marín, Fecha 13/02/06.

parte por dilatación pielocalicial favorecida por posición invertida del injerto, flujometría doppler del riñón transplantado: normal imagen de linfocele en ecografía ha disminuido a 9 ml, dieta baja en colesterol, grasas saturadas, azúcares

Fecha: 2010/03/09, examen médico general descripción (motivo de consulta) control de trasplante renal, signos vitales: tensión arterial 140/90, pulso 84 l/m, peso 87 kg, talla 165 cm, examen físico regional, evolución y prescripción médica, asintomático, afebril, sobrepeso (-2,6 kg) cardiopulmonar sin alteraciones. Fecha 03/05/10 leucocitos 7690, urea: glucosa 96 mg/dl creatinina 1.5 mg/dl ácido úrico, bilirrubinas normales.

Con valores de creatinina sérica variables, actual 1.5 mg/dl, hiperlipidemia mixta con predominancia de hipertrigliceridemia tratada con fibratos, persisten cifras elevadas de lípidos en relación a falta de cumplimiento de dieta y reposo obligado por problema oftalmológico, hiperuricemia controlada con alopurinol, osteopenia tratada con calcio más calcitriol niveles de ciclosporina aceptables para tiempo de trasplante, dieta baja en colesterol, grasas saturadas, azúcares y purina ejercicio inmunosupresores.

E. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES.

Alteraciones: Cirugía de trasplante renal, Osteopenia tratada con calcio y calcitriol, depresión reactiva a la enfermedad.

Enfermedades: En el 2004 fue diagnosticado de litiasis renal, en febrero de 2005 fue diagnosticado de Hipertensión Arterial e insuficiencia renal crónica, ingresando a hemodiálisis en abril de 2005, y presenta varices desde la juventud.

Atención actual: Paciente con Patología oftalmológica y remitido a la atención psicológica por posible presencia de cuadro depresivo.

F. HABITOS

Tabaco desde los 18 años, hasta hace 7 meses antes de su operación renal, alcohol ocasional.

G. ANTECEDENTES FAMILIARES.

El papá del paciente padece de Hipertensión Arterial, desde hace tres años, la madre del paciente muere en un accidente de tránsito cuatro meses antes del trasplante Renal del paciente, su hija mayor le dona el órgano renal para el trasplante, su hija Donante queda embarazada antes del plazo previsto por los médicos para este acontecimiento poniendo en riesgo la salud de la donante, afortunadamente el embarazo transcurrió sin novedades de consideración.

H. ANTECEDENTES MORBIDOS FAMILIARES:

Parentesco: Papá	Patología: Hipertensión Arterial desde hace 3 años
Observaciones:	Su madre muere a causa de un accidente de tránsito.
Línea paterna:	X
Línea materna:	

I. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA.

El paciente se evidencia con decaimiento en su estado emocional, desmotivado, triste, cansado, y con ganas de no hacer nada, llanto.

J. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

Tests de Pilipsom. El paciente muestra en su aspecto emocional sentimiento de Seguridad, de tranquilidad, de amor, y sentimiento de vinculación. Las técnicas del yo que más hace uso son; Racionalización; ya que este mecanismo le permite argumentar sin evidenciar explícitamente sus vivencias emocionales, Represión; al igual que el anterior mecanismo este le facilita al paciente ocultar sus emociones y vivencias ansiógenas, y La Regresión; quizás porque en su infancia están las

experiencias más satisfactorias, puesto que en esa época contaba con sus cuidadores primarios y no existía la enfermedad angustiante y traumante.

En lo concerniente a la interpretación dinámica, al pareceré, la dinámica tiene que ver con los referentes de sus cuidadores primarios, la presencia del objeto de amor le da seguridad, y tranquilidad ya que existe un guía, alguien que lo protege y asume las dificultades, ayudándole a reducir sus niveles de ansiedad.

El vínculo que se observa en el paciente en mención es el vínculo Seguro según Bowlby el vínculo más saludable: cuya principal característica de estos niños es que estos son activos en el juego y buscan el contacto, incluso cuando se han angustiados después de una separación breve; enseguida quedan consolados y vuelven muy pronto a absorberse en el juego.

De igual forma, manifiestan tener una alta accesibilidad a esquemas y recuerdos positivos, lo que los lleva a tener esperanzas positivas acerca de las relaciones con los otros, a confiar e intimar más con ellos. Un patrón óptimo de apego se debe a la sensibilidad materna, las respuestas a los cuidados oportunos y adecuados al niño, la percepción acomodada, interpretación correcta y una respuesta contingente, apropiada a las señales del niño de por sí fortalecen las interacciones de este.

K. OBSERVACIONES CLÍNICAS

Al momento de la entrevista psicológica con el paciente se lo puede observar cabizbajo, abatido y muy triste, posiblemente por una confrontación verbal que mantuvo hace algunas semanas con su hija, situación que le ha producido un bajón emocional.

L. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Al encontrarse distanciado de su hija, este acontecimiento está provocando en el paciente un gran conflicto emocional, ya que siente que no puede contar con las demostraciones de afecto y de atención que antes tenía su hija para con él, ya que lo tiene abandonado, casi olvidado, generando en él un conflicto emocional, que lo ha llevado a llamar su atención desde la hospitalización, como una demostración de que el sujeto se encuentra atravesando desde la teoría de Bowlby por la *fase de protesta*, puesto que desea recobrar el afecto y la atención perdida de la hija.

Paciente E 1 Receptor.

Entrevista psicológica.

Primera Sesión 60 mm.

Bueno mi infancia fue muy normal con los intereses propios de la edad, comunes, y los amigos de la escuela, tengo siete hermanos y mi lugar de nacimiento es el cuarto, una de mis hermanas murió hace algunos años. Mi madre fue una mujer maravillosa, especial, ella repartía su cariño a todos, fue una mujer inteligente, entre todos sus hijos, yo creo que era el preferido de los dos, porque mi padre me hacía realizar muchas actividades de mucha responsabilidad pese a que tenía mis otros hermanos mayores.

Yo creo que mis hermanos también percibían, porque ellos de repente me hacían problemas, que en ocasiones llegaba hasta las manos, peleas de rivalidad y de celos que mis hermanos sentían por mí, con mi madre era mejor la relación que con mi padre, cuatro meses antes de mi operación renal mi madre murió víctima de un accidente de tránsito, este hecho me afectó mucho emocionalmente, ya que mi madre era una mujer muy importante en mi vida, y su falta fue muy difícil de superar para mí.

Mi mamacita cuando yo era aún niño siempre me fue una buena guía y me protegía y me cuidaba, de pequeño me las ingeniaba siempre para estar con ella, yo creo que de todos mis hermanos yo era el querido. Cuando yo era joven era un poco celoso, eso me trajo conflicto cuando tuve una enamorada, a la que celaba constantemente con unos celos mal fundados, posteriormente fui superando esa conducta inadecuada, me case y tuve tres hijos dos mujeres y 1 varón, soy muy cariñoso con mis hijos.

Mi mamita siempre estuvo cerca de mí, y me daba todo su apoyo en lo que yo necesitaba, cuando éramos pequeños, yo recuerdo que era el que mejor se llevaba con todos mis hermanos, y con mis tíos, yo siempre deseaba estar cerca de mi madre para abrazarla y acariciaba con mucha ternura.

Cuando mi hija era pequeña yo siempre la cambiaba de ropa y la besaba mucho porque era mi primera hija mujer, la vida ha sido generosa con migo ya que mi hija se preocupa constantemente de que todo esté bien con mi salud, la grandeza de corazón, la magnitud de la bondad de ese acto que ella tubo para con migo, al sacrificarse por mí, me da la seguridad de que siempre puedo contar con ella. Con mi hija que me dono, tenemos un contacto especial porque ese acto de bondad que ella tuvo para con migo nos unió mucho más, yo busco estar siempre junto a ella.

Segunda Sesión 60 mm.

Cuando me diagnosticaron la enfermedad yo me deprimí por mucho tiempo, los médicos me dijeron que la causa de mi enfermedad pudo ser producida por la Hipertensión Arterial como enfermedad de co-morbilidad, mi diagnostico fue de insuficiencia renal asintomático, El diagnostico de la enfermedad me afecto debido a que no tenía muy claro lo que era la enfermedad, pero a mi mente vino la idea que al terminarse mi riñón se me acababa la vida.

Demanda latente.

En la actualidad yo siento que mi hija se ha dejado llevar por el quemimportismo del marido, y ella no avanza está estancada, por lo que tuvimos una seria discusión hace algunos días don ella se puso molesta porque yo le dije que debe exigirle más a su esposo y que ella no ha sido así tan quedada, que desconozco a esa persona que está siendo ahora, nosotros casi nunca hemos tenido diferencias, peo esta me está preocupando, porque a partir de esta discusión yo la siento diferente con migo, distante, lejana.

A pesar de la dificultad en mi salud luego del diagnóstico asimile pronto la situación, porque yo conocía términos médicos, lo cual me ayudó a superar mejor desde lo psicológico, las alternativas que ya conocía era que haciéndose diálisis se podía continuar, cuando luego se me informó que había la posibilidad de trasplantarme, no dejó de ser un aliento, pero no contaba con esto, cuando nos reunieron para ver el donante hubieron tres voluntarios para darme la posibilidad de recuperarme, la emoción que sentí de que tres personas me querían dar parte de su vida fue muy grande, más aun si es mi hija.

Yo siempre he sido muy afectuoso con mi hija he tenido una relación de confianza, cuando mi hija decidió donarme yo sentí una gran alegría y tranquilidad, porque sabía que lo hacía por amor a mí, creo que soy una persona muy afectuosa con mis hijos, pero en especial con mi hija la donante, siempre he sido una persona a la que le agrada compartir y llevarse con todas las personas sin ningún problema.

El momento que se definió la situación de quien donará, el simple hecho de que mi hija quiera donarme y luego darlo sin saber lo que pueda suceder, porque todas las operaciones tienen su riesgo, no por mí sino por mi hija, me preocupaba que pensaba en forma permanente que nada malo ocurra, a los ocho meses luego del trasplante mi hija a pesar de que nos habían indicado que no podía salir embarazada, ella salió embarazada, eso me preocupó, lo que ocurriría con ese embarazo, gracias a Dios todo salió bien, porque se comprobó que en el caso de mi hija no existieron

complicaciones.

Tercera sesión 60 mm.

Tras la operación y todas las complicaciones que se presentaron con mi riñón, este empezó a funcionar bien recién al séptimo día, actualmente tengo cuatro años de trasplantado y me siento bastante bien y tengo una mejor calidad de vida indudablemente. Con todos mis hijos tengo una excelente relación, pero con mi hija la donante existe una mayor comunicación, mi hija luego del trasplante pasó a constituirse como en un personaje, porque no todos los hijos realizan un acto de ofrendar su vida, dar parte de su cuerpo por su padre.

Luego del trasplante el riñón no funcionó enseguida, pero yo tenía mucha confianza y esperanza de que los médicos salvarían el riñón, ya que ellos habían sido muy especial conmigo durante mi enfermedad, soy una persona muy cariñosa con mi hija que me donó el órgano, y siempre estoy pendiente de que nada malo le pase.

Yo soy un hombre muy afectuoso cariñoso que siempre les he dado a todos mis hijos, mucho afecto, y mi hija se preocupa constantemente de que todo esté bien con mi salud, pero es mi esposa la que se encarga de los cuidados de mí salud, luego sería la donante y la grandeza de corazón, lo que me ha apoyado en mí recuperación, la magnitud de la bondad de ese acto que ella tubo para conmigo. De todos mis hijos solo ella mi donante vive en la misma casa con nosotros, desde los cinco años en su compromiso previo salió a vivir a otra parte, pero con su actual pareja se quedo viviendo con nosotros hasta ahora.

En estos últimas semanas me he venido sintiendo un poco decaído en mi estado emocional, desmotivado, triste, cansado, y con ganas de no hacer nada, la otra tarde cuando vi llegar a mi hija con su marido me puse muy triste porque ella no se acercó a darme mi beso de buenas noches y paso de largo a su cuarto me dio mucho

sentimiento que hasta lloré, yo creo que mi hija no se da cuenta del sufrimiento que me está ocasionando con su indiferencia, pero en fin yo creo pronto lo superaré.

Caso 3 Donante

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: F 2

Apellidos: Paciente F 2 (Donante)

Lugar y fecha de nacimiento: Quito 11 de Noviem. 1987 Fecha actual: 22-03-2010

Edad cronológica: 24 años de edad

Estado civil: Casada

B. MOTIVO DE CONSULTA.

Paciente acude a la consulta por solicitud de la psicóloga para realizar el análisis del vínculo que se ha establecido luego del trasplante renal.

C. ENFERMEDAD ACTUAL.

Ninguna.

D. ANTECEDENTES PERSONALES.

Fecha: 2005/12/22 consulta examen médico general descripción (motivo de consulta) evaluación psicológica clínica por ser donante renal, examen físico regional, informe de interconsulta: mujer de 19 años, instrucción secundaria completa, trabaja como ejecutiva de cuenta en seguros salud, diestra. Evaluación psicológica clínica por ser donante renal para su padre, en la evaluación se encuentra:

1.-funciones cognitivas.- alerta, orientada en persona, tiempo y espacio, normalidad en lenguaje, lectura y escritura, normalidad en memoria en todas sus formas, en abstracción, cálculo, praxis. 35/38 calificación en el test de clínica mayo aplicado.

2.-función ejecutiva.- normalidad en test ejecutivo de clox 1, con capacidad para planificar y organizar objetivos el desenvolvimiento en actividades básicas, instrumentales y avanzadas evidencia funcionalidad, productividad.

3.-afectividad y comportamiento.- 7/22 puntos patológicos en escala depresiva-ansiosa de Hamilton y tiene relación con temores por la salud de su padre, por su salud y el ambiente familiar de nerviosismo. Hace cuatro meses, cuando se presentó la posibilidad de ser donante hubo bulimia con destacada ansiedad, aunque al momento ha superado en parte, en su personalidad sobresalen rasgos de dependencia afectiva de sus seres queridos incluso sacrificando sus propios intereses, se puede observar timidez, reducción en vida social.es consciente de responsabilidades previas y posteriores a la intervención, se halla motivada como donante renal.

4.-comportamiento motor:

“Normal, es apta como donante renal desde el punto de vista psicológico clínico. Recomendación; es necesario psicoterapia para ella y su familia”⁴⁶.

Fecha: 2005/11/08, evolución y prescripción médica, paciente en estudio como donante renal, presenta histocompatibilidad de 70 % por lo que se completa estudio pre-trasplante, se realiza angiotac helicoidal y se completara estudio infecciosos. Interconsultas de protocolo pre trasplante no presenta contraindicaciones.

Acude a control preoperatorio: examen físico regional, evolución y prescripción médica paciente femenina de 19 años, acude con resultados de exámenes de control preoperatorio para trasplante renal. Al momento asintomático, el nasal faríngeo normal, puede operarse.

⁴⁶ Informe médico Nefrológico, Hospital Carlos Andrade Marín , 2005/12/22

Fecha: 2006/01/31, motivo de consulta control donante renal, examen físico regional evolución y prescripción médica paciente refiere dolor en sitio de área quirúrgica, leve distensión abdominal dolor en hipogastrio, no sintomatología urinaria, orofaringe normal. Abdomen: presente, cicatriz en flanco y región lumbar izquierda en buenas condiciones, dolor a la palpación en región lumbar izquierda, extremidades: no edemas, paciente con nefrectomía izquierda realizada el 18 de enero de 2006, para donación para su padre portador de insuficiencia renal crónica, “actualmente paciente estable, normo tensa, persiste dolor en región lumbar izquierda, emo realizado hoy se evidencia franca infección urinaria: bacterias +++, nitritos positivo”⁴⁷. Se encuentra pendiente resultado de urocultivo, por lo que se iniciara tratamiento, antibiótico con amoxicilina, se solicita eco abdominal y vesical, antibioticoterapia.

Fecha: 2006/03/03. Evolución y prescripción médica; paciente donadora de riñón el 18-1-2006, acude por presentar malestar general, astenia, cefalea desde hace 24 horas mucosas orales húmedas. orofaringe congestiva, no adenopatias cervical, abdomen: presentes leve dolor en flanco izquierdo dolor lumbar izquierdo extremidades: no edemas paciente donadora renal, que cursa con dolor generalizado, astenia, congestión en orofaringe, lo que probablemente justificaría sintomatología, pero por antecedentes de infección de vías urinarias se solicita emo para tratamiento sintomático.

Antes del año diagnosticado por los médicos para no procrear descendencia, la paciente sin planificarlo queda embarazada, poniendo en riesgo su vida y la del feto, los médicos realizaron un exhaustivo seguimiento del embarazo, con la finalidad de que si se presentaba alguna complicación en el transcurso de la gestación, se le provocaría un aborto para salvar a la donante, cabe indicar que de este particular los padres de la paciente prefirieron no haberle comunicado, ellos cargaron con la presión

⁴⁷Informe médico Nefrológico, Hospital Carlos Andrade Marín ,18 /01/ 2006

emocional y la zozobra de lo que podría suceder. El desarrollo del embarazo alcanzó su fin sin ninguna alteración de consideración ventajosamente.

E. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES.

Alteraciones: Cuando se presentó la posibilidad de ser donante hubo bulimia con destacada ansiedad, Donante de órgano renal.

Enfermedades: Ninguna.

Atención actual. Acude a la entrevista psicológica por solicitud del departamento de psicología, para realizar un análisis del vínculo entre su receptor y ella.

F. HABITOS. Ninguno toxico

G. ANTECEDENTES FAMILIARES. Padre con enfermedad renal e Hipertensión Arterial.

H. ANTECEDENTES MORBIDOS FAMILIARES:

Parentesco: Papá
Patología: Enfermedad Renal e hipertenso
Observaciones: Trasplantado renal hace 5 años
Línea paterna: X
Línea materna:

I. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Paciente con un poco de ansiedad, preocupada, contrariada, con deseo de distanciamiento emocional y físico con sus padres, con optimismo frente al conflicto emocional existente con su padre.

J. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

Tests de Phillipson En el aspecto emocional muestra inseguridad, pero al mismo tiempo muestra tranquilidad, confianza, y temor a la separación con sus cuidadores,

en las técnicas de defensa de yo hace un mayor uso de la: racionalización, idealización, y regresión. En la interpretación dinámica; La paciente se enfrenta al nacimiento de una hermana mujer que la enfrenta a un gran miedo a la pérdida del afecto de sus padres, evidenciando celos y un fuerte deseo intimidad con sus padres con miedo a perderla.

Por lo que el vínculo que se puede interpretar en la paciente es Ambivalente. Por tanto en esta paciente ha buscado la proximidad de la madre o figura primaria y al mismo tiempo se resistió a ser tranquilizada por esta, mostrando agresión hacia la madre; respondiendo a la separación con angustia intensa y combinando comportamientos de apego (vinculación) con expresiones de protesta, enojo y resistencia.

Posiblemente debido a una excesiva flexibilidad en las habilidades emocionales de sus cuidadores primarios, esta niña no tuvo perspectivas de confianza respecto al acceso y respuesta sus cuidadores primarios. Estando presente en ella por una parte un fuerte deseo de intimidad, del mismo modo que manifestaba un intenso temor de que ésta se pierda.

K. OBSERVACIONES CLÍNICAS.

La paciente se muestra ansiosa y a la vez colaboradora, evidencia conflicto emocional con su padre por su relación con su esposo, no muestra sin síntomas de depresión, expresa tener un fuerte apego a sus padres y no poderles decir no a ellos en nada, y se muestra optimismo frente al futuro.

L. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.

Paciente con una aparente dependencia a sus progenitores, evidencia un vínculo emocional ambivalente frente a sus representaciones de la infancia, se siente un poco preocupada por el distanciamiento que está tomando con sus padres, pero dice que es necesario para poder sacar a delante su hogar, enfrentándose por tanto en este

momento a la fase tercera según Bowlby la de *desapego*.

Paciente F 2 Donante.

Entrevista psicológica.

Primera Sesión 60 mm.

De mi niñez tengo los recuerdos más bonitos, casi tengo muy presente el haber compartido mucho con mi hermano, haber jugado con él, tengo una hermana menor que yo, ella nació cuando yo tenía seis años, de la cual yo estaba siempre pendiente, cuando estaba abrazada con mi madre, temía que mi hermana llorara y ella me dejó por estar con ella, a pesar de que ella era una persona muy independiente desde muy pequeña, a diferencia de mi que siempre he dependido de mis padres, las decisiones de mis madres siempre han pesado en mi vida, porque siempre he querido agradar a mis padres.

Después del nacimiento de mi hermana yo buscaba estar cerca de mi mamá, aunque no la dejaba que me acaricie, de pequeña mi madre era muy cariñosa con mi hermana y eso me daba muchos celos por ella, mi mamá pasaba cuidando a mi hermana menor y me dejaba sola, me decía que yo era grande y que me las arregle, pero a veces sí me ayudaba.

Las decisiones de mi madre siempre han pesado en mi vida, porque siempre he querido agradar a mis padres, pese a que ellos no siempre piensan en mi deseo, en ocasiones mis primas me pedían que me quedase a dormir con ellas y yo muy feliz le pedía a mi papá que me dejara, él decía que sí, pero cuando llegaba la noche y ya estaban todos durmiendo, yo empezaba a llorar muy angustiada y le pedía a mis tíos que llamaran a mis papas que me venga a ver, de donde fuera que ellos estuvieran y a la hora que sea tenían que ir a recogerme.

Mientras que mi hermana, no tenía ese problema como ya dije, siempre fue bastante

independiente y muy liberal y así hasta ahora, yo siempre me he sentido muy dependiente de mis padres, no me puedo alejar de ellos, me cuesta hacer algo que vaya en contra, sobretodo de lo que opine o desee mi madre. Yo quería con toda mis ganas ser la persona que donara el órgano a mi papá, al mismo tiempo sentía mucho miedo de que algo malo nos pase en la operación, después del trasplante renal yo paso pendiente de él, pero en estos últimos días me he opuesto a esta cercanía con él, para evitar conflicto con él por mi esposo.

Segunda Sesión 40mm.

A los 17 años yo estaba muy dolida porque mi relación con mi enamorado había terminado y no espere el tiempo necesario y me involucre en una nueva relación de la que salí embarazada sin amarlo, pase un buen tiempo del embarazo con mis padres, mi madre me impuso el matrimonio con el padre de mi hija, claro está que no me pusieron una pistola para que yo acepte el matrimonio, pero si ejercieron mucha presión sobre mí con respecto al matrimonio, mi matrimonio duro seis meses, tiempo que salí de mi casa a vivir con él en un departamento, me costó mucho vivir con alguien a quien yo no amaba, por eso la relación no progresó.

Recuerdo que mi papá era muy cariñoso conmigo, cuando mi papá llegaba de su trabajo yo corría para estar con él, pero medaba mucho temor de que él me deje para ir a ver a mi hermana. Para mí fue muy difícil aceptar lo de la enfermedad de mi padre, yo estuve cerca de mi papá durante todo el tiempo de su enfermedad, cuando la cosa se empeoró tuvo que ser ingresado por emergencia al Hospital del Seguro Social.

Mi mamá estuvo súper triste, súper angustiada, debido al diagnóstico de la enfermedad de mi papá, además nosotros no sabíamos nada de esa enfermedad, pero escuchamos decir al médico que mi papá ya no tenía remedio y que debía entrar lo más pronto posible a Diálisis y así se hizo, gracias a Dios, al tratamiento oportuno

que los médicos le dieron y el trasplante, my padre ahora goza de una buena salud.

Cundo era una niña me caí de las escaleras de la casa, deseaba mucho que mi mamá me abrazara, pero me aleje de ella y no me deje consolar, cuando mi papá estaba en casa nos divertíamos mucho juntos y me hacía muy feliz, aunque me molestaba en ocasiones que me tocara, yo quiero mucho a mi papá. Mientras mi papá estaba recibiendo diálisis tuvimos que enfrentar también la muerte de mi abuela, la mamá de mí papá, eso fue golpe tras golpe para mi papá y mi familia, la muerte de mi abuelita fue obviamente una gran pérdida para mí papá.

Tercera Sesión 60 mm.

Conforme pasó el tiempo empezamos a conocer más sobre la enfermedad y mi madre asistió varias veces a unas charlas que se daban en el Hospital, donde le informaron que si nosotros deseábamos acceder a los trasplantes renales, podíamos hacerlo sometiéndonos a varios exámenes médicos que los nefrólogos dispondrían, lo conversamos en la familia y mi hermana, mi tía y yo decidimos ser candidatas para la donación, y nos fuimos a realizarnos los exámenes a una clínica privada.

Desde que los médicos me sacaron las muestras médicas yo estaba segura que yo iba a ser la donante, porque yo tenía y yo quería ser la donante, yo llamé a la clínica para que me dijeran quien era la persona que salió como donante, ellos me comunicaron que no me podían dar esa información, yo estaba muy ansiosa por saber pronto esa resolución, por fin nos dijeron que la persona que era compatible para ser donante era yo, yo no podía controlar mi felicidad por ser la elegida.

Desde que nos dijeron la compatibilidad hasta el día de la cirugía paso casi unos tres meses, con la postergación de un cuarto mes, por lo que tuvimos que realizarnos nuevamente todos los exámenes médicos, pues los anteriores ya no tenían valides, se habían desactualizado, yo me sometí nuevamente a todo eso. Yo estoy segura de que

si a mi papá le toca hacer algo parecido por mi lo haría sin reparó, aunque en estos últimos días anda muy enojado conmigo y no responde mis peticiones.

Cuando nos dieron fecha de la cirugía, tuvimos que ser Hospitalizados, mi papá dos días antes y yo un día antes de la cirugía renal, la noche de la operación merendamos juntos en el hospital y conversamos mucho, yo le di mucho aliento a mi padre, yo no podía dormir por la angustia y cuando casi lo iba a lograr, me llamó la enfermera para que me duche, para la operación, luego del la ducha empecé a sentir mucho frio por los nervios y la angustia de no saber que iba a pasar, nos juntaron y nos bajaron a los dos en las camillas, mi papá estaba como en shock no decía ni una sola palabra.

Cuarta sesión 60 mm.

En el hospital recibimos muy buena atención, durante el proceso de la operación el médico fue muy bueno, me explicó detalladamente lo que iban a hacer, y eso me dio mucha tranquilidad, sobre todo porque él me decía que todo iba a salir bien, además yo creía que mi papá y yo íbamos a estar juntos en la operación lo cual no fue así.

Cuando empezó la operación yo sabía que iba a tomar más o menos 2:30h. vi el reloj al inicio de la cirugía, me sedaron y se hizo la operación, cuando me desperté me sentí sumamente mal porque se habían tomado mucho más tiempo del que estaba planificado en mi operación, luego de la operación yo sentía que me faltaba el aire que el oxígeno me faltaba, que algo me faltaba, lo que me dijeron los médicos es que me dio un bajón de calcio, tuve una sensación de drogada por dos días, tenía que hacer el esfuerzo de comer, era muy difícil, sudaba terriblemente

Pase dos días sin saber de mí papá, yo lo quería ver, pero no me decían nada de él luego me enteré de que la operación de mi papá fue un fracaso, puesto que el riñón que yo le donde se había necrociado, el doctor le dijo a mi mamá que la operación de mi papá fue un fracaso porque normalmente a las 24 horas de operado un paciente

orina ya iban dos días y eso no ocurría con mi papá.

La recuperación y la operación del riñón de mi papá fue prácticamente un milagro, cuando por fin logré ver a mi papá, lloramos los dos, cuando nos vimos fue un momento muy especial, porque sentí que le había dado a mi padre un pedacito de mi vida, mi relación afectiva con mi papá siempre ha sido buena, pero creo que luego de esa operación mi papá si cambio con migo, siempre está más pendiente de mí, con más atención de lo que yo necesito, y yo hacia el también me siento más unida.

Luego de la operación yo creo que me apegué mucho más a mí papá, yo quería con todo mi alma, ser la que le diera a mi papá la oportunidad de salvarse, en ocasiones me da mucho miedo de que algo malo le pase y no esté más a mi lado. A partir del trasplante yo me siento más unida mi papá, pese a que él es poco atento conmigo, aunque pasa muy pendiente de mis hijas. Últimamente, cuando llego del trabajo saludo a mi papi le pregunto cómo esta le doy un beso y me voy rápidamente a mi cuarto, para evitar conflicto con él porque está molestándome mucho con lo de mi esposo.

Caso 4 Receptor

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: G 1

Apellidos: Paciente G1 (Receptor)

Lugar y fecha de nacimiento: Quito, 3-5-1965 Fecha actual: 04-08-2010

Edad cronológica: 44 años

Estado civil: Casada

B. MOTIVO DE CONSULTA

Acude al Hospital Carlos Andrade Marín por un dolor a nivel de la región cervical, acompañada de vértigo, consiente, orientada, tras la realización de los exámenes

médicos necesarios, no se puede ubicar complicaciones orgánicas renales, por lo que se solicita atención psicológica. Con ocho años de trasplantada, separada refiere que presenta mucho sueño, ansiedad, intolerancia al frío, llanto fácil taquicardia, falta de deseo de hacer sus actividades, ideas de morir, según médicos del Hospital el diagnóstico presuntivo” trastorno depresivo recurrente”.

C. ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente acude para control, y es ingresada, refiere dolor a nivel de la región cervical, acompañada de vértigo, consiente, orientada, hemodinamicamente estable, riñón trasplantado de consistencia normal, con alteraciones emocionales.

D. ANTECEDENTES PERSONALES

Fecha: 2002/03/17, motivo de consulta, control para trasplante renal, signos vitales descripción resultado: tensión arterial 140/80, pulso 76 l/m, peso 70 kg evolución y prescripción médica, asintomática, sobrepeso, evolución favorable, con creatininas alrededor de 1.1 mg/dl, hipertensión arterial controlada, dieta de reducción de peso, hiposódica moderada, Ingresada para trasplante renal.

Anamnesis: paciente que presenta alergia a la penicilina, no hábitos tóxicos diagnóstico de insuficiencia renal cónica terminal en octubre/1997, de etiología no establecida. Inició tratamiento sustitutivo renal con hemodiálisis en febrero/1998, el 17/04/2002 fue sometida a trasplante renal (hermana de 30 años donante) en el Hospital Carlos Andrade Marín, sin complicaciones, evolución favorable, creatinina alrededor de 1.1 mg/dl, hipertensión arterial controlada con clonidina más amlodipina, examen físicos paciente en buenas condiciones generales, con sobrepeso, cardiopulmonar sin datos patológicos a la exploración, abdomen: cicatriz quirúrgica normal, no edemas distales.

Evolución médica y prescripción médica: estuvo ingresada en nefrología desde el 15/07/02 hasta el 26/07/02 por cuadro clínico de rechazo renal agudo, con elevación

de creatinina hasta 2.3 mg/dl, descontrolada e hiponatremia, recibió tratamiento con pulsos de metilprednisolona 250 mg c/día por 3 días, lográndose disminución de creatinina a 1.5 mg/dl, control de hipertensión con nuevo esquema terapéutico (se suspendió amlodipina por provocar edema de miembros inferiores) mejoría de hiponatremia, actualmente asintomática normotensa, cardiopulmonar normal, riñón trasplantado, de consistencia normal, no edema dieta de reducción de peso.

Paciente trasplantado renal con función renal, con creatinina de 1.7 mg/dl, requirió hospitalización por cuadro infeccioso urinario recibiendo ceftriaxone por 8 días, aparente mejoría de función renal en relación a valores anteriores, dieta bajo en grasas saturadas y colesterol.

Fecha: 2009/09/22, epicrisis, paciente que se somete a cierre de fistula sin complicaciones durante acto quirúrgico el mismo que se realiza con anestesia local, paciente con buena evolución en condiciones de alta, hospitalización de un día, tiempo de cirugía 45 min, hallazgos fistula arteriovenosa funcionante, procedimiento:

- 1.- asepsia y antisepsia
- 2.- colocación de campos estériles.
- 3.- diéresis descrita
- 4.- disección hasta llegar a la fistula su componente venoso
- 5.- disección pinzamiento corte y ligadura de vena radial en su extremo próximo
- 6.- sutura con etilon 5-0 y refuerzo con ligadura
- 7.- control de hemostasia

Fecha: 2010/03/15, motivo de consulta, descripción (motivo de consulta) control de trasplante renal, signos vitales, tensión arterial 140/100, pulso 72 l/m, peso 70 kg, examen físico regional, evaluación y prescripción médica: paciente en condiciones estables, orofaringe no congestiva normal, abdomen: riñón trasplantado de consistencia adecuada, indolora a palpación, extremidades: no edemas en

miembros, creatinina 1.79, depuración de creatinina 43.93 ml/min, proteinuria de 24 h:189.60 ml/min, leucocito 100, bacterias escasas, emo: normal.

Examen físico regional, evaluación y prescripción médica: paciente refiere dolor en rodillas y columna orofaríngea no congestiva, abdomen: riñón trasplantado de consistencia adecuada, indoloro a palpación, extremidades: no edemas en miembros, laboratorio: creatinina 18, urea 94, ácido úrico 7.4, leucocitos 7410, glucosa 69, colesterol 203, triglicéridos 185, albumina 4.5, emo: normal, urocultivo: negativo, , dislipidemia parcialmente controlada con fibratos, anemia en tratamiento con hierro, en estudio por parte de hematología, se actualizará exámenes de control anual, dieta indicada, alopurinol: dosis bajas fibratos, calcio más calcitriol.

Fecha: 2010/08/02, descripción (motivo de consulta) control, signos vitales: tensión arterial 120/80, pulso 76 l/m, peso 71 kg, examen físico regional, evolución y prescripción médica la paciente acude para control, refiere dolor a nivel de la región cervical, acompañada de vértigo, consiente, orientada, hemodinámicamente estable, boca: húmeda, orofaríngea: eritematosa, tórax: pulmones conservados, corazón: sin soplos, abdomen: blando, depreciable, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, riñón trasplantado de consistencia normal, laboratorio: leucocitos 4920, fórmula leucocitaria: normal, función renal: azoados en valores habituales.

Examen médico general, trasplantada renal, presenta cuadro depresivo, labilidad emocional, recibe tratamiento inmunosupresor, azatioprina y anemia secundaria a enfermedad renal crónica: paciente con hiperuricemia: controlada, inmunosupresión habitual, evolución y prescripción médica; paciente de 44 años, antecedentes de trasplante renal hace 8 años. Separada refiere que presenta mucho sueño, ansiedad, intolerancia al frío, llanto fácil taquicardia, falta de deseo de hacer sus actividades, ideas de morir, diagnósticos presuntivos según los galenos del Hospital “trastorno depresivo recurrente”.

E. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

Alteraciones: alergia a la penicilina, anemia, colocación de fistula, retiro de la misma, Depresión, recurrente.

Enfermedades: Insuficiencia Crónica renal terminal, Anemia.

Atención actual:

Paciente trasplantada renal, presenta cuadro depresivo, labilidad emocional, recibe tratamiento inmunosupresor, azatioprina y anemia secundaria a enfermedad renal crónica: paciente con hiperuricemia: controlada, inmunosupresión habitual.

F. HABITOS

Ninguno

G. ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre con Diabetes y madre fallecida hace 4 años a causa de enfermedad cardiaca.

H. ANTECEDENTES MORBIDOS FAMILIARES:

Parentesco: Papá - Patología: Diabetes

Observaciones: Con hipoacusia.

Línea paterna: X

Línea materna: madre fallecida hace 4 años de enfermedad cardiaca.

I. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

La paciente refiere que presenta mucho sueño, ansiedad, intolerancia al frío, llanto fácil taquicardia, falta de deseo de hacer sus actividades, ideas de morir, y tener un dolor a nivel de la región cervical, además menciona que se encuentra muy triste últimamente por una desavenencia que tuvo con su hermana que le dono el riñón, situación que ha venido preocupándola en gran medida en estos últimos meses.

J. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Al realizar la interpretación del tests de Phillipson se puede determinar que la paciente hace mayor uso de las técnicas del yo de la racionalización represión negación, aspecto emocional los sentimientos que se despliegan son de inseguridad, ansiedad de seguridad, y contradicción, en cuanto a la interpretación dinámica la paciente en su infancia fue marcada por los castigos físicos constante, a los que recurría su cuidador primario para corregir al infante, lo que ha generado que la paciente haya experimentado una referencia afectiva ambivalente con sus cuidadores primarios, mismos referentes que proyecta constantemente en sus relaciones vinculares actualmente.

Por tanto el vínculo que se puede evidenciar es ambivalente, la que se logra justifica de alguna manera en su relación de pareja, con la que actualmente se encuentra separada hace diez años, pero sigue relacionada y sin haber llegado al divorcio, como un referente o base de seguridad que le permite sostenerse emocionalmente a pesar de la dificultad existente en la situación afectiva expuesta. Donde se puede observar un gran deseo de intimidad con su cuidador primario y al mismo tiempo un gran temor de perderla.

K. OBSERVACIONES CLÍNICAS

La paciente presenta una tristeza desde hace varios días, debido a una desavenencia con su hermana (Donante), causal de los dolores físicos que está presentando como malestar, puesto que según los exámenes médicos efectuados por los médicos en el Hospital Carlos Andrade Marín, no evidencian ninguna alteración orgánica.

L. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

La paciente trasplantada renal por una serie de malos comentarios generados por una de sus hermanas, los han indispuerto emocionalmente a la donante con su receptora, situación que está provocando que la paciente que ha establecido un vínculo previo ambivalente desde sus referentes de la infancia, esté atravesando por la *fase de*

protesta debido a que su hermana donante se encuentra molesta con ella y no le da la atención, ni el trato efectivo y afectivo acostumbrado, lo que a marcando distancia entre estas.

Paciente G1 Receptor.

Entrevista psicológica.

Primera Sesión 60 mm.

El encuentro con la paciente se da en una habitación del Área de Nefrología del Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito, por remisión del Médico Tratante de la paciente, al llegar la Psicóloga a la habitación se encuentra con una mujer mestiza de ojos claros, mirada triste, con ropa de cama sentada en una silla, la psicóloga saluda y se presenta, luego pregunta cómo está?, a lo que la paciente responde, más o menos, y estar allí por un dolor en la espalda a la altura del riñón que le molesta y no la deja trabajar, la paciente comenta que tiene varios hermanos, pero con (su donante), siempre se ha llevado mejor y más aún por ser quien le donó.

Además menciona que luego del trasplante se siente más unida a su hermana donadora del riñón, dicho sea de paso, esta paciente ingresa a la consulta por un dolor en su órgano trasplantado hace 8 años (dolor que se diagnostica luego de los exámenes médicos, como un malestar de origen no orgánico, producto de un conflicto con su donante), una desvinculación que por el momento le afecta emocionalmente.

En algunas ocasiones cuando era una niña, y había oportunidad buscaba acercarme mi mami, sin embargo sin explicación no permitía que ella me acaricie, pues no sé porque me desagradaba su preocupación, con mi madre la relación era muy buena, yo sabía que podía contar con ella, aunque en muchas oportunidades me sentía celosa de mis hermanos. Por la donación que mi hermana me hizo yo confío mucho en el cariño de ella para mí, a pesar de que no siempre es afectuosa con migo.

Cuando me diagnosticaron la enfermedad renal los médicos del Hospital yo no entendía bien lo que estaba pasando, los médicos me explicaron que la hipertensión arterial de hacía dos años que yo padecía fue lo que me daño los riñones, estuve 2 años en diálisis, la queratinina subía constantemente, una amiga que también padecía de la misma enfermedad me explico que el trasplante era lo mejor que me podía pasar.

Luego del diagnóstico de la enfermedad, yo estuve casi un mes deprimida solo quería estar en la cama por los síntomas de mi enfermedad y me sentía muy triste, yo no soy capaz de decir dame un riñón para seguir viviendo y por eso no pensaba en el trasplante, desde el diagnóstico de la enfermedad mi hermana siempre me acompañó al hospital al tratamiento de la diálisis, ella escucho a varios pacientes de que la donación era una posibilidad de vivir mejor, y que muchos pacientes morían por la presión y por temor de que yo muera decidió donarme.

Después del trasplante trato de visitar a mi hermana como muestra de mi agradecimiento, aunque casi no puedo verla porque no meda el tiempo, por mi trabajo.

Yo pensé que era solo hacer el trasplante y ya todo era como antes de la enfermedad , pero hay que estar siempre asistiendo a los controles médicos, hacerse los exámenes médicos necesarios y tomar medicina de por vida, el trasplante es un cambio de vida, a pesar de las dificultades es mejor que las diálisis. Con mi hermana antes del trasplante la relación era buena, pero luego del trasplante empecé a preocuparme más por mi hermana, porque ella me dio una nueva oportunidad de vida, no se lo digo verbalmente pero le demuestro siempre estando pendiente de ella, sobre todo después de la muerte de mi madre que la acompañaba.

Cuando me peleo con ella me da mucha pena es un sentimiento fuerte porque ella está

sola, cuando me peleo con mis otros hermanos el sentimiento es menor, yo siento que tengo que ver por ella que tengo que protegerla. Yo veo que mi hermana también se preocupa por mí, pero creo que yo paso más pendiente por ella.

Segunda sesión 60 mm.

En mi infancia recuerdo que todo lo que teníamos debíamos compartirlo con los otros hermanos, no teníamos mucho, vivimos muchas carencias, mi mamá era costurera muy dedicada al hogar y a pesar de haber pasado muchas necesidades, no siento que haya pasado tantas privaciones, ni haber estado desprotegida de mis padres, como éramos tanto mi mamá casi siempre estaba molesta con nosotros, porque nosotros siempre estábamos haciendo travesuras, ella nos castigaba con el bollero para que ya no nos portemos mal.

De pequeña cuando estaba en la escuela me daba muchas ganas de jugar con mis compañeritos, pero al mismo tiempo sentía miedo de quedarme sola con ellos, también sentía mucho miedo porque nos castigaban duro, pero yo pienso que era para hacernos personas de bien, con mi esposo estoy separada ya hace diez años, el tiene otra familia, pero siempre me está ayudando y visitando y es un hombre muy cariñoso con mis hijas y a mí me agrada que el este siempre pendiente de nosotras, aunque tenemos muchos años de separados no nos hemos divorciados.

Los problemas que en este momento tengo son con mi hermana la donante a causa de otra hermana (la entrometida) la que ha realizado varios comentarios negativos con respecto a una herencia que mi padre nos quiere dar a las tres, le dice a mi hermana que yo no necesito nada pues ya tengo mucho, y que en todo caso no debería recibir nada, que yo debería dejarle esa casa a mi hermana (donante), le señala que ella debe recibir eso, porque me dio el riñón y que yo debería ser agradecida con ella, además le dijo a mi hermana que yo había dicho a mi papá que no heredara nada, sino que venda para que el tenga recursos para su vejez.

La paciente menciona que su hermana la (entrometida) siempre trata de indisponerlas a ella con su hermana mayor (Donante), y que es por este inconveniente de los chismes de mi hermana, que mi ñaña está enojada con migo.

En mi infancia yo siempre estaba buscando la manera de que mi mamá este con migo apapachándome y me daba temor de que se separara de mí, de niña me gustaba mucho estar junto a mi mamá, aunque a veces de repente me daba mucho coraje con ella y me salía al patio para no verla, desde el diagnóstico de la enfermedad mi hermana la donante me acompaño al tratamiento, pero yo no quería que ella me done por miedo a que algo malo le pase.

La paciente receptora relata: Mi hermana me dono el riñón, me apoyo mucho en esos momentos difíciles de la enfermedad, cuidaba de mis tres hijas. Cuando nos toco pensar en la donación ella se ofreció voluntariamente a ser la donante, yo tenía miedo de que algo malo le pase a ella por lo que le iban a sacar su riñón, para dármelo, para que yo pueda seguir viviendo, por esa razón preferí esperar y me puse en lista de donante cadavérico, para no arriesgar a mi hermana.

Conforme fue pasando el tiempo esta espera se hizo angustiante y las diálisis insoportables, pase dos años en diálisis y luego no nos quedo más que aceptar que mi hermana me done, pues la lista era extensa y la esperanza cada vez se dirigía hacia mi hermana, además ya los médicos me habían explicado que nada malo le pasa a una persona que dona un riñón, por eso se realizan muchos exámenes médicos, para descartar cualquier riesgo y ver si es compatible la persona.

Tercera sesión 60 mm.

Los médicos empezaron a realizarnos tanto a mí como a mi hermana los exámenes de rutina necesarios para saber si estaba apta para la donación mi hermana y yo, para

de esa manera saber si no presentábamos alguna enfermedad o mal hábito que dificultara el trasplante, luego de tres meses de tantos exámenes y chequeos nos dijeron que en una semana se llevaría a cabo la cirugía, y así fue nos operaron, a partir de esa operación yo sentí que le debía mucho a mi hermana, que tengo agradecimiento hacia mi hermana, ya que me había dado algo que yo hasta ahora no sé cómo pagar, la recuperación fue lenta y en todo momento contaba con la ayuda de mi hermana.

Mi hermana siempre está a mi lado y sabía que podía contar con ella, luego de la operación ocurrieron varias complicaciones médicas hubo amenaza de rechazo del órgano, sentí mucho miedo de volver otra vez a las diálisis o morirme, luego de unos días se estabilizó el riñón y mi hermana siempre me acompañaba a todas las citas médicas con paciencia.

La paciente menciona en esta sesión que muchas veces mi hermano me dice que debo dejar que ella resuelva sus problemas, pero yo siento que le debo mucho a mi hermana y siempre le estoy ayudando, la última vez le presté un dinero, el cual no pude pagar, me trajo dificultades en la economía de mi casa y, mi hermano dijo muy enojado que si mi hermana me dio el riñón era porque me quería y que ya era suficiente de estarle socapando y regalando cosas, que ella podía solucionar sola.

Yo creo que lo que mi hermana hizo por mí fue muy grande y que nunca podré pagarle, por eso me da mucha tristeza que mi ñaña está enojada conmigo, yo no sé cómo hacer para demostrarle cuánto le agradezco que me haya dado su ayuda cuando más la necesite.

Ahora recuerdo también que cuando algo malo me pasaba en mi niñez, mi hermana como era mayor casi siempre estaba ahí para ayudarme, aunque que en algunas ocasiones también me dejó a mi suerte, cuando éramos pequeñas con mi hermana, yo deseaba estar cerca de ella compartir cosas, me daba mucho coraje cuando mi otra

hermana la llamaba y ella me dejaba.

Cuando nos tocó pensar en la donación ella se ofreció voluntariamente a ser la donante, yo tenía miedo de que algo malo le pase a ella por lo que le iban a sacar su riñón, para dármele para que yo pueda seguir viviendo, por esa razón preferí esperar por la donación cadavérica.

Yo trato de manifestarles a mis hijas lo que siento por mí hermana, lo que me deprime un poco es que me encuentro gorda, y eso me trae problemas con la columna, y uno de mis ojos que tengo que operarme, pero por lo demás trato de ser optimista y me veo bien. Luego de la cirugía mi hermana y yo nos unimos más y le pedí que venga a vivir a mi casa para estar más cerca, aunque a veces no me agradaba que pase tanto con nosotras porque estaba pendiente de todo.

Mi hermana siempre me acompaña a mis chequeos médicos y se preocupa por mi salud, aunque en estos últimos tiempos por lo que nos disgustamos no cuento con ella, por eso cuando tengo problemas con ella sufro, cuando me peleo con ella me da mucha pena es un sentimiento fuerte porque ella está sola, cuando me peleo con mis otros hermanos el sentimiento es menos, yo siento que tengo que ver por ella que tengo que estar cerca de ella y protegerla.

Caso 4 Donante

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: H 2

Apellidos: Paciente H 2 (Donante)

Lugar y fecha de nacimiento: Quito 11-03-1959 Fecha actual: 07-08-2010

Edad cronológica: 51 años

B. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente que es llamada a la consulta psicológica a causa de su hermana trasplantada renal, que se encuentra con depresión recurrente, debiendo ser citada para indagación y el establecimiento del tipo de vínculo que se ha generado con su receptora

C. ENFERMEDAD ACTUAL

Ninguna

D. ANTECEDENTES PERSONALES

Fecha: 2004/04/19, motivo de consulta: control donante, examen médico general; signos vitales, tensión arterial; 120/80, pulso 80, evolución y prescripción médica, función renal normal, triglicéridos elevados. Otros parámetros bien: eco renal normal, debe realizar al menos 1 control anual. Fecha: 2007/04/18 motivo de consulta examen médico general, descripción (motivo de consulta) control como donante renal signos vitales descripción resultado tensión arterial 120/80, peso 45 kg.

Evolución y prescripción médica: refiere leve dolor en herida orofaríngea no congestiva: normal, abdomen: cicatriz en área de nefrectomía izquierda, con leve dolor a la palpación, extremidades: lesiones descamativas en miembro derecho, onicomicosis en pies, laboratorio: creatinina 1.08, urea 27, ácido úrico 6.4, colesterol 146, triglicéridos 105 calcio 8.9, leucocitos 6400, paciente donante renal.⁴⁸

Función renal normal cursa con leve dolor en área de nefrectomía en relación a actividades físicas, recibe tratamiento para onicomicosis (fluconazol). Se espera resultado de urocultivo para tratamiento, se solicita interconsulta con dermatología,

Fecha: 2010/01/17 motivo de consulta examen médico general descripción (motivo de consulta) control de donante renal, signos vitales: tensión arterial 110/80, pulso 80, 1/m peso 51,8 kg, talla 137 cm, examen físico regional, evolución y prescripción

⁴⁸ Informe médico Nefrológico, Hospital Carlos Andrade Marín, 2007/04/18

médica paciente refiere dolor en rodilla izquierdo hace 8 meses, orofaringe no congestiva normal, abdomen presentes, no dolor a palpación, extremidades: no edemas en miembros. Laboratorio: creatinina 1, úrea 28, ácido úrico 6.8, calcio 8.3, leucocitos 7050, colesterol 174, triglicéridos 110, emo: normal, urocultivo: pendiente, eco riñón derecho: normal.

Paciente donante renal, función renal adecuada, dislipidemia controlada presento dolor en rodilla derecha resuelta con antiinflamatorios actualmente asintomático, dieta indicada calcio oral.

E. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

Alteraciones: Donante Renal

Enfermedades: ninguna de consideración.

Atención actual:

Con la finalidad de realizar indagación de pormenores de la relación afectiva pasada y presente con su receptora, para el análisis del vínculo emocional establecido entre ellas.

F. ABITOS

Ninguno.

G. ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre con Diabetes y madre fallecida hace 4 años a causa de enfermedad cardiaca.

H. ANTECEDENTES MORBIDOS FAMILIARES:

Parentesco: Papá - Patología: Diabetes

Observaciones: Hipoacusia.

Línea paterna: X

Línea materna: Madre que muere con enfermedad cardiaca hace 4 años.

I. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Paciente con evidente ansiedad frente a la entrevista, distanciada de su hermana receptora, preocupada por la salud de su hermana y los malos entendidos.

J. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Al realizar la interpretación del tests Phillipson se puede establecer que la paciente H2 hace un mayor uso de las técnicas de defensa del yo como: La represión; esta defensa le permite a la paciente no dejar en evidencia sus afectos y emociones limitando en cierta forma la interpretación de su vida afectiva, la idealización le facilita la construcción de historias que le permiten controlar sus niveles de ansiedad frente al estímulo, y la racionalización que le favorece argumentar las producciones sin exponer su aspecto emocional en gran medida.

Los sentimientos que se activan en la paciente frente a los estímulos presentados son: El sentimientos depresivos, Sentimiento de inseguridad, sentimiento de ansiedad. En lo que corresponde a la interpretación dinámica: al parecer a la paciente le cuesta identificar la tríada, lo cual se puede deber a que su relación vincular con sus cuidadores primarios no le proporcionaron referentes de seguridad, lo que genera en esta la constante evitación de las figuras parentales o de vinculación, al mismo tiempo que los sentimientos de ansiedad ante la situación grupal y una necesidad de desvinculación del grupo ya que la presencia de otros le genera inseguridad y temor.

La paciente persiste en no evidenciar su mundo afectividad, se muestra una angustia persecutoria que no le permite expresar sus experiencias emocionales puesto que al parecer le son muy ansiosas.

El vínculo que se ha constituido en esta paciente desde los referentes de sus cuidadores primarios es el vínculo Ansioso Evitante; La paciente que se ajusta a este tipo de apego, evidencia haber tenido un despliegue mínimo de afecto o angustia hacia el cuidador, y haber evadido la figura materna ante situaciones que exigían la proximidad, pudiéndose deber a que de niña se encontró expuesta a un régimen imprevisible llevándola a la desesperación y la angustia: situación que promueve que en lugar de que el infante desarrolle una conducta afectiva caracterizada por la ansiedad.

Al mismo tiempo manifiesta un relativo desapego hacia su cuidador, que consiste en la manifestación de las siguientes conductas; aparentemente el niño no logra establecer confiar en los demás, ni preocuparse por éstos, o proporcionarles atenciones, muy probablemente porque éste no ha podido establecer la figura de seguridad en su madre o su cuidador primario, ya que estos no han podido ser asequibles a este en los momentos de ansiedad.

K. OBSERVACIONES CLÍNICAS

La paciente se muestra ansiosa participativa en la entrevista, expresa su deseo de superar los malos entendidos con su hermana receptora, y que la salud de esta mejore, y evidencia un conflicto de evitación afectiva de pareja.

L. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

La paciente H2 que evidencia un vínculo pre establecido desde sus referentes de la infancia de tipo Ansioso- Evitante podría estar pasando en este momento por la *fase de desapego* con su hermana, puesto que al haberse producido los comentarios que generaron el conflicto entre estas, la paciente optó por el alejamiento de su receptora.

Paciente H 2 Donante.

Entrevista psicológica.

Primera Sesión 60 mm.

Mi infancia fue feliz me gustaba pasar tiempo en las tareas de la escuela. Mi madre tuvo 10 hijos, pero en la actualidad somos siete hermanos ya que tres de mis hermanos murieron hace algunos años, en mi niñez con mis hermanos más pequeños trataba de compartir pero ellos no querían a veces jugar conmigo, aunque la mayoría de las veces yo pasaba jugando sola, mis padres siempre estaban trabajando para darnos lo que necesitábamos aunque no siempre había para todos cuando necesitábamos algo, trataban de darle al que más lo requería.

De pequeña cuando mi madre me llevaba al parque yo no jugaba con nadie, me daba miedo estar expuesta, como éramos diez hermanos, en muchas ocasiones no teníamos que comer en casa, o nos daban lo poco que se conseguía, yo me ponía muy triste y me daba rabia con mi mamá y mi papá, ya que no teníamos que comer. Cuando mi mamá estaba cocinando en su máquina y me pedía que la acompañe yo me retiraba rápidamente, no me gustaba a veces estar con ella. Yo evitaba en lo posible estar con mi mamá, porque ella no me hacía sentir querida, para mi mamá todos sus hijos éramos iguales.

Luego de que mi mamá me vestía para ir a dormir, yo no dejaba que ella se acueste conmigo en mi cama, le decía que ella tenía su cama, muchas veces mi mamá me quiso llevar al las fiestas de cumpleaños de mis primos, pero yo terminaba vestida y en mi cuarto acostada. En una oportunidad cuando volví de un paseo mi hermana, quería acariciarme, pero yo no la deje, yo buscaba la forma de que ella no me moleste.

Mi relación con mi hermana (receptor) antes del trasplante era buena, nosotras

conversábamos y salíamos de vez en cuando, yo vivía con mi mamá, luego murió mi mamá y yo quede sola en la casa que era de mis madres, mi hermana me pidió que fuese a vivir con ella y sus hijas en su casa para que no esté sola, pero yo lo pensé y decidí quedarme en mi casa para tener mi espacio, mi privacidad, ya que si me iba a vivir con mi hermana no tendría privacidad.

Al principio de la enfermedad de mi hermana yo empecé a ver que mi hermana empezó a bajar de peso, decaída, yo quería ayudarla pero no sabía cómo hacerlo, hasta que surgió la posibilidad de donarle el órgano renal y luego de todos los exámenes médicos se dio la compatibilidad, lo hice, y gracias a Dios todo salió bien para las dos.

Segunda Sesión 60 mm.

A mi hermana por ser menor le gustaba pasar con migo, pero yo la esquivaba, le decía que debía hacer mis tareas y que tenía que irme, Cuando éramos muy niñas y tenía que ir con mi hermana a la escuela yo no la dejaba por nada del mundo jugar con niños, porque la podían lastimar, mi hermana era muy cariñosa y le gustaba hacerme carisias en mi cabeza, yo trataba de alejarme para que ella no me toque, no me sentía cómoda, mi hermanita de pequeña, quería que yo la acompañe a comprar a la tienda del barrio, pero a mí no me gustaba salir de mi casa para nada.

Yo decidí donarle el riñón a mi hermana porque todo el entorno familiar de mi hermana sufría muchísimo y decidí para que esas niñas no se queden sin madre es mejor que se queden sin tía, y les dije que yo tenía bueno mis dos riñones y que yo le daba uno para que ella esté bien, algunos amigos decían que después yo iba a sufrir por la donación que deseaba realizar que no lo haga, que yo estaba sana y que no me arriesgue que no lo haga que luego me va a afectar, esas referencias las comentamos con mi hermana de vez en cuando.

Ella se preocupa mucho por mí, aunque yo no se lo pido ella siempre está pendiente de mis cosas y de lo que me pasa, siempre me está dando cosas, yo le digo que no debe hacerlo, mi hermana me pidió que me mude a vivir con ella, pero yo no acepte, porque después ellas vallan a sentirse mal con mi presencia, mi hermana se enojo mucho con migo porque no asistí a una reunión que me invitaron en su casa por el grado de su hija.

Pese a mis miedos y los riesgos que se debían asumir yo acepte realizar la donación para ver a mi hermana mejor y que sus hijas ya no sufrieran tanto, mi hermana y todos sus familiares me agradecieron lo que yo había hecho por ella, en los primeros días de la donación yo sentía unas molestias y dolor en el lugar donde tenía mi riñón, me sentía como que me hacía falta el riñón, no le puse mucha atención, luego de un tiempo estas molestias fueron superadas. No sentido nada malo ni me he enfermado luego de la donación.

Los médicos comentaban que apenas le estaban implantando el riñón comenzó a filtrar y que la operación fue muy exitosa, yo hasta hora me preocupó cuando algo malo le puede estar pasando a mi hermana porque ella tiene bajas las defensas, yo siempre voy y la acompaño y estoy pendiente de algo que quiera. Cuando éramos pequeños para mi madre todos éramos iguales no habían preferencias con ninguno de nosotros en particular, todos éramos iguales y por cosas de la vida yo me quede con mi mamá hasta que ella falleció y luego me quede sola y empecé a compartir más tiempo con mi hermana trasplantada y sus hijas.

Tercera Sesión 60 mm.

Luego de un tiempo se presentó una dificultad con mi hermana, los doctores dijeron que era un posible rechazo, sentí mucho miedo que todo lo que hicimos no haya servido para nada, pero gracias a Dios se recuperó, en esta oportunidad que esta interna creo que no es nada de gravedad, porque ya han pasado ocho años del

trasplante y durante mucho tiempo no ha presentado complicaciones.

¿Cómo estas con tu hermana? En este momento estamos un tanto disgustadas por unos comentarios de una de mis hermanas, pero yo la quiero mucho y me gustaría mucho que este bien, Luego del trasplante mi hermana se ha unido más a mí y quiere ocuparse de mi vida, pero yo busco la forma de poner distancia de ella, para que no me importune. Cuando voy de visita a la casa de mi hermana me siento abrumada por tanta demostración de agradecimiento de ellas que me retiro lo más pronto posible.

Yo vivo sola y hasta ahora no me he casado, aunque tengo un pretendiente, pero yo pienso que no me debo comprometer porque yo tengo mi casita, mi trabajo y mi sueldo y el no tiene nada para ofrecerme, además es alcohólico y a mí no me gustaría lidiar con un borracho todos los días, también hay otro hombre que me pretende, pero él es separado y tiene algunos hijos, yo no deseo tener problemas con estar tratando con sus hijos porque pueden surgir problemas y no me quiero complicar mi vida.

Yo no tengo hijos y con mis sobrinas me estaba vinculando mucho a partir de la muerte de mi mamá, y luego de la operación de mi hermana, compartíamos mucho tiempo y disfrutábamos de estar juntas, cierto día mi hermana llegó a casa y nos encontró en plena distracción, mi sobrina me empezó a llamar mamá lo cual al parecer le desagradó a mi hermana y me reclamó que eran sus hijas, a lo que yo respondí que no había problema que ahí estaban sus hijas, yo me distancie un buen tiempo de mi hermana y su familia por esta situación.

En muchas ocasiones mi hermana me ha ayudado a salir de dificultades económicas, yo le he dicho que ella no debe preocuparse mucho por mí, que no es necesario ,que lo que yo hice por ella lo hice porque la quiero, que no tiene que pagarme nada, pero ella sigue pendiente de mi, (demanda latente), los inconvenientes que tenemos en este momento son por causa de una hermana que siempre está al pendiente de mi y trata de que yo esté más a favor de ella y trata de indisponernos una contra otra. Yo creo

que ella siente celos de que nosotras nos queremos mucho que estamos muy ligadas.

Yo quiero mucho a mi hermana y si tuviera que volverle a donar el riñón lo haría de nuevo sin ningún problema, lo único que quiero es que ella se sienta bien que se mejore y no sufra más por este problema que tenemos con mi hermana, que piense que tiene sus hijas que la necesitan y que debe recuperarse no estar sufriendo por algo que total es solo material.