

VINCULO/

## El fenómeno huésped. Vínculo y subjetividad en trasplante de órganos<sup>[1]</sup>.

Gabriel Dobrovsky

### Introducción:

El siguiente trabajo tiene como objeto el estudio del fenómeno huésped en personas trasplantadas con un riñón cadavérico. Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo. Para ubicarnos temáticamente podríamos circunscribir el objeto de nuestro trabajo a la temática de las fantasías que se despiertan luego de realizada la intervención quirúrgica. La bibliografía con la que contamos es escasa, sin embargo hay registro de este tipo de vivencias aunque no siempre conceptualizadas como resulta de este trabajo, cuyo sesgo es de carácter psicoanalítico. Algunos autores refieren como frecuente en los trasplantados con órgano cadavérico la emergencia de fantasías sobre el donante (Levy, 1994; Junco et.al., 2001; Perez San Gregorio et.al., 2005, 2006). Dentro de este grupo encontramos un número de pacientes que conviven con lo que denominé el fenómeno huésped (Dobrovsky, 2008). Se trata de una manera de expresión subjetiva de la alteridad del donante en el receptor. En trasplante, el discurso médico en acople con el estilo de personalidad prevalente de los pacientes<sup>[2]</sup> favorece la negación del donante anónimo muerto como persona real, cuestión considerada por May (1986) como la más compleja de elaborar. Sin embargo y pese a las diversas operaciones psíquicas que aportan a la negación, el elemento vincular es estructural al guión de la escena de trasplante, claramente observable en el polo de las donaciones (Almacía y Fontana, 1993; Merino et.al., 1998, Dobrovsky 2005, 2009a). En algunos trasplantados podemos observar la emergencia del donante como presencia (Bunzel et.al., 1992; Goetzmann, 2004; Dobrovsky, 2007, 2008). El fenómeno incluye interacciones entre el receptor y el órgano y/o el donante imaginado. En general, los pacientes no lo suelen comunicar porque tienen conciencia de lo anómalo de su vivencia y temen ser tomados por locos. El huésped aparece como doble narcisista (Freud, 1914) o bien del donante. Se trata de un recurso psíquico extremo ante el pánico por el rechazo real o fantaseado, la imposibilidad de procesar la culpa por la muerte del donante y/o el horizonte de volver a diálisis. Como creación defensiva, la función del doble está al servicio del afrontamiento de la situación (Lazarus y Folkman, 1986) y la preservación de la integridad del yo (Freud, 1919). El fenómeno de subjetivación del órgano, si no es enteramente siniestro, puede atemperar el sentir y hacer asequible para estas personas, el trabajo de pensamiento sobre los conflictos inherentes a esta experiencia inédita y aún no estandarizada culturalmente, conflictos que habitan a los habitan desde su condición de trasplantados. Para con el huésped pueden apreciarse con claridad sentimientos considerados típicos después de un trasplante como miedo al fracaso, sentimientos de culpa, deuda, responsabilidad y agradecimiento (Orr et.al., 2007). Muslin (1972) considera que el proceso normal de integración del órgano implica en un inicio la percepción del órgano trasplantado como un objeto ajeno y que la culminación exitosa del proceso es cuando es visto como propio. El paso intermedio está dado por la conformación de un objeto transicional<sup>[3]</sup>. Rodin y Abbey (1992) por su parte, señalan que las fantasías sobre el donante ceden con el tiempo en correlación con el buen funcionamiento del órgano. Sin embargo, hay casos como uno de los reportados aquí y otro sobre un trasplantado pulmonar (Goetzmann, 2004) en los que la presencia es permanente. Sendos casos son estudiados luego de cuatro años de realizada la operación de trasplante.

### Características del fenómeno

La presencia del donante en el órgano o como acompañante fantasmal es una vivencia más o menos intensa, conceptualizable como locura de orden privado. Si su cariz es siniestro puede ser la vía para el rechazo subjetivo (Dobrovsky, 2005), en el polo opuesto, para la incorporación (Dobrovsky, 2007, 2008). Se trata de un fenómeno que combina lo ajeno con lo propio, inaugurando un espacio virtual que facilita la elaboración. Esta creación psíquica, permite que los conflictos inherentes a la situación se subjetiven. Se trata de cuestiones complejas y portadoras de angustia incluso en el campo del pensamiento social ya que desafían ciertos instituidos culturales como la concepción de los cuerpos, los cadáveres, las definiciones de vida y de muerte, la inauguración de un intercambio inédito entre seres humanos. El huésped le permite pensar a ciertos pacientes algunos problemas inéditos que les plantea la ciencia médica<sup>[4]</sup> en la encrucijada por su sobrevivencia.

Respecto de la ubicación del fenómeno como resultado de la producción subjetiva ligada al vínculo receptor/donante, podemos hacer una escala de figurabilidad subjetiva que va desde los pensamientos y afectos tolerables sobre el donante y su familia, denegación de su muerte, huésped, pánico, rechazo psicósomático. Esta escala puede ser pensada desde la evaluación éxito-fracaso de las defensas y la apelación a unas de carácter menos evolucionadas a medida que otras, que implican mayor refinamiento no logran cumplir con su finalidad. En la práctica, sin embargo, pareciera haber una combinatoria en la que diversas defensas se interponen a significaciones angustiosas según el "flanco de ataque" al yo (la realidad, el superyo, el deseo, el sentir) (Dobrovsky, 2009b). El problema es la incorporación con niveles de angustia tolerables. En el caso referido por Goetzmann (2004), el autor piensa al órgano y la presencia acompañante como objeto transicional (Winnicott, 1971) que permite al paciente cuidarse para cuidar al órgano-donante que a su vez lo cuida acompañándolo. Entre otros aspectos, el caso muestra lo que acabamos de señalar y lo que consideramos el rasgo distintivo de este fenómeno, la interacción entre el receptor y su huésped de carácter antropomórfico, relación que incluye diálogos y atribución de voluntad y afectos, es decir, conducta vincular recíproca.

Sobre el tema estadístico de fantasías sobre el donante en los receptores hay un cierto desacuerdo aunque son mencionadas por diversos autores como frecuentes.

Según Witzke et. al. (1997) el 17% de los pacientes trasplantados renales manifiesta tener pensamientos sobre el donante y el 2% expresa incomodidad por tener un órgano ajeno. Para Bunzel et.al., (1992) el 34% niega totalmente los pensamientos y sentimientos sobre el donante y su familia (completamente negadores), el 38,6% niega pero los tiene (parcialmente negadores) y el 27,2% "acepta la muerte del donante como realidad y se siente más o menos conectado con él" (los que no niegan). Tomando como referencia esta investigación, nuestros casos serían una subcategoría del segundo grupo[5]. Los autores toman como material de análisis el discurso explícito de sus entrevistados operacionalizando el mecanismo defensivo de la denegación (Freud, 1925) que en el relato aparece como "no" seguido de "pienso" o "siento" y que denota un doble juicio que evita la angustia, en estos casos traumática (Bleichmar, 1990, Maldavsky, 1990).

Tomemos en cuenta que la mayoría de los pacientes a la espera de un trasplante renal cadavérico, no parecieran estar en condiciones de considerar sus implicancias subjetivas (Dobrovsky, 1999), por eso estas pueden aparecer después de manera disruptiva. Entonces, se delimitan dos vertientes para pensar lo angustioso 1) el miedo de perder el órgano, retornar a diálisis, morir y 2) el aspecto vincular del trasplante. La problemática psicológica de los trasplantes es común, lo diferente es como cada persona la afronta. Lo que importa en el análisis de cada caso, es como decíamos, la trama defensiva que bloquea o hace tolerable la angustia. Desde la vertiente vincular del trasplante la angustia puede a su vez, adquirir un cariz siniestro desde dos vectores convergentes. Uno externo: son personas extrañas, anónimas y muertas[6]. Otro interno: la culpa por la muerte del donante, por haber recibido en lugar de otro, por el dolor de la familia, por haber deseado en la espera que alguien fallezca para sobrevivir o salir de diálisis. Esto último ha sido descrito por Frierson & Lippmann (1987) como el "rainy day syndrome". Los autores describen un fenómeno que consiste en que los pacientes de diálisis a los que asisten prestan más atención a las noticias en los días de lluvia porque son las ocasiones donde aumentan los accidentes de tránsito y por lo tanto las donaciones de órganos. En otra oportunidad he publicado un testimonio similar[7].

El temor a volver a diálisis merece una consideración especial. Por un lado, debemos tomar en cuenta que se trata de una terapéutica que puede implicar la contradicción entre sobrevivencia y pérdida del sentido de vivir (Martorelli, 1992). Por otro, la decisión de trasplantarse se asienta en la expectativa casi exclusiva de dejarla atrás (Dobrovsky, 1999), entonces un fracaso suele encontrar al paciente desinstrumentado para el afrontamiento de una situación que desea suponer superada y se potencia su valor retraumatizante[8].

## **Materiales y método**

La muestra está constituida por los relatos que del fenómeno han hecho cinco pacientes mujeres mientras eran asistidas en psicoterapia en la Sala de Trasplante Renal de CRAISR-CUCAIBA[9]. El material para el análisis cualitativo está extraído de entrevistas reconstruidas. Se han seleccionado aquellos fragmentos discursivos que permiten describir el fenómeno huésped en cada una. Se analizan y comparan los relatos en base a catorce ítems construidos en base a las categorías que habitualmente pueden encontrarse dispersas en el estudio de la subjetividad de los pacientes trasplantados, solo que han sido reordenados y agrupados según un esquema que permite inteligir el cariz del fenómeno que se desea estudiar. El criterio utilizado para el análisis y clasificación del material es descriptivo y se apoya en el discurso explícito, sin embargo el marco teórico que orienta y ordena la enumeración de las categorías utilizadas es de carácter psicoanalítico. Los ítems se agruparon en cinco ejes temáticos: 1) conformación del huésped, 2) psicología del trauma, 3) vivencia de locura, 4) culpa y 5) cualidad del acto de la donación recibida. Por último, se han modificado los detalles que pudieran hacer reconocibles a las personas involucradas[10].

## **Análisis y resultados**

### **1) conformación de huésped:**

- a) Presencia del donante en el órgano: en los cinco casos. En 1, 2, y 3, el huésped es amigable. En 4 hay un pasaje de hostil a amigable por el trabajo en psicoterapia sobre el sentir de la familia donante. En 5 el huésped es hostil.
- b) Presencia fantasmal: en 4 conviviendo con el huésped-órgano. En 3, disociada (sueños).
- c) Diálogos: en 1, 2 y 3 la paciente le habla a su huésped y la respuesta es en acto (conducta del órgano). En 4 hay además atribución de un sentir expresado en palabras ("soy tuyo", me hace sentir"). En el caso 3 y referido a la serie representacional que aporta desde la alteridad del donante, el huésped fantasmal le habla en uno de los sueños.
- d) Ajenidad del órgano: en todos los casos. Registro psíquico del no-yo.
- e) Familiarización del órgano: en los casos 1, 3 y 4 es exitosa. La diferencia es que en los primeros hay ajenidad no hostil y en 4 se da un pasaje de hostil a amigable desde el sentimiento de culpa por el sentir de la familia y la muerte del donante. En 1 la representación es de la serie paterna y amparador (el órgano cuida a la receptora). En los casos 3 y 4 las receptoras cuidan al órgano-bebé. En el caso 3 se trata de un sustituto de la sobrina preferida desvinculada injustamente por un juez, el 4 de un doble del bebé abortado espontáneamente a raíz de la "mala vida" que la paciente llevaba antes de enfermar. En 2 no hay inclusión en un vínculo familiar-histórico y entonces el registro es de mayor ajenidad ("ayúdame", "creo que está contento"), los cuidados son mutuos aunque el vínculo tiene cierta ambivalencia. De todos modos, el aspecto amigable es el dominante y está dado más desde el sentir que desde la representación. En 5 la vivencia es siniestra por la representación "algo muerto" (alusión al donante cadavérico) y está en el polo opuesto a la familiarización.
- f) Curiosidad: sólo en 2 y 4. Son los casos de mayor ambivalencia en relación a la aceptación de la alteridad del donante aunque se trata de mociones pulsionales de distinto destino. 2 no avanza en su curiosidad y el huésped se ubica como doble del donante anónimo (inquietante), en cambio 4 si avanza con el deseo de saber (apoyada tal vez en el encuadre psicoterapéutico) y tolera la angustia. Como conoce la ley que impide contar con la identidad del donante apela a una creación psíquica transicional que condensa en el nombre su faz místico-religiosa ("ángel", pertenencia a una iglesia evangelista) con algo familiar del complejo fraterno (nombre del novio de la hermana)[11].
- g) Dobles: 1 y 3 ubican al huésped más inclinado hacia el lugar de doble narcisista. El 4 combina el doble narcisista (bebé) con la alteridad, ambas representaciones conviven y hay un pasaje de hostil a amigable por el trabajo sobre el sentir de la familia. Este

pasaje se da sobre el segundo elemento constitutivo del huésped (ángel-donante) que pasa de ser de predominantemente narcisista en un primer momento (cuando la familia era vivida como hostil) a contener una cuota de alteridad tolerable (el hijo de la familia donante) en la segunda de las instancias. En 2 se trata más del donante. La alteridad absoluta del huésped está en 5: espanto, pánico, vivencia siniestra (el " tener algo muerto adentro" es la parte de un todo: tener un muerto adentro), el doble es hostil y rechazado.

h) Nominación: en todos los huéspedes con predominancia amigable menos en 2, esto le imprime un estilo menos previsible en la conducta de aceptación o rechazo (ambivalencia, temor a que el órgano-donante la rechace). El caso 3 muestra que el fenómeno no es exclusivo de los receptores (nombre puesto por un enfermero).

i) Objeto transicional: huéspedes amigables y ambivalentes. Se mixtura lo propio y lo ajeno, lo idéntico y lo diferente, lo extraño y lo familiar. El objeto así conformado facilita la elaboración del acto vincular y la apropiación (1, 3 y 4) o la convivencia (2,4) en grados variables.

j) Temporalidad: sólo el caso 1 es extendido en el tiempo (4 años). Del resto (postrasplante inmediato hasta tres meses) no hay seguimiento.

	1	2	3	4	5
Ajenidad	X	X	X	X	X
Curiosidad		X		X	
Doble de sí	X		X	X	
Alteridad		X	X	X	X
Filiar-histórico	X		X	X	
Inédito-desc.		X			X
Nombre	X		X	X	
Diálogos	X	X	X	X	
Obj. transic.	X	X	X	X	
Órgano subjet.	X	X	X	X	X-
Fantasmal			X	X	

resultado : A A+/- A A(+/-) H

(A: amigable, +/-: ambivalencia, H: hostil)

Cuadro 1.

## 2) psicología de trauma:

k) 1 y 2 expresan el temor a que sea el órgano el que las rechace (rol pasivo). Los 4 casos de trasplante exitoso aluden al temor a volver a diálisis, categoría de mayor prevalencia. En el caso 3 esto es ambivalente como producto de la singularidad de esta paciente (posición de acreedora frente al mundo, dificultad para cuidar, ubicación de los otros significativos como deudores-cuidadores). El caso 5 muestra alivio, prefiere diálisis al órgano cadavérico. Se trata de una paciente sin deseo de trasplante, sobreadaptada a la decisión y el consejo de sus médicos.

	1	2	3	4	5
Rechazo			X-	X-	
Diálisis			X	X	X+/- X
Cadáver					X

TRAUMA > prevalencia: retorno a diálisis

Cuadro 2.

2.

## 3) vivencia de locura:

k) es expresada por 1, 2, 3 y 4. Hay conciencia de anomalía y temor a ser tomadas por "locas". La "locura" es puntual, está referida al tema del trasplante. En 4 hay en la entrevista una clara distinción entre su vivencia y la de un familiar psicótico al que "le hablan los brazos", situación que diferencia de la suya.

	1	2	3	4	5
Locura	X	X	X	X	
Angustia (automática)					X

Prevalencia: locura privada con atemperación de la angustia por objeto transicional

(imaginación, elaboración, actividad psíquica creativa).

Cuadro 3.

## 4) culpa y responsabilidad:

l) Sentimientos de culpa: el 4 es el más explícito (proyección identificatoria con el

sentir de la familia del donante). Sin embargo, 1 y 2 expresan haber deseado mucho el órgano para salir de diálisis (alusión a "alguien tiene que morir para que yo pueda vivir"). 1, 3 y 4 manifiestan sentimientos de responsabilidad. En 1 y 4 el doble narcisista permite que la responsabilidad domine sobre la culpa. Desde esta perspectiva de análisis, en 3 hay sólo responsabilidad (identidad del huésped-sobrino)

	1	2	3	4	5
Deseos pre-tx	X	X		X	
Responsabilidad	X		X	X	

**Doble narcisista: permite hacer frente a la culpa (1 y 4).**

#### Cuadro 4.

##### 5) cualidad del acto de la donación:

m) suposición y/o creencia de la donación como acto de libertad presente en todos los casos de trasplante exitoso. Esta convicción funciona como garantía subjetiva para la incorporación y/o convivencia. En 4 es la clave de la elaboración en psicoterapia de los sentimientos de culpa relativos al sentir familiar.

- 1 "Lo acepté" (regalo/don)
- 2 "si no hubiera querido no hubiera funcionado", "creo que está conforme"
- 3 sombra amigable
- 4 llega a la convicción (explícita) de la donación libre (deseo) por parte de la familia (psicoterapia)

**La suposición de la donación como acto libre (donante/familia) = garantía necesaria para la elaboración del trasplante cadavérico.**

#### Cuadro 5.

##### Conclusiones

1) En los cinco casos encontramos el fenómeno huésped. Hay un gradiente que combina tres ejes de significación (Dobrovsky, 2008): ajeno/propio, idéntico /diferente, familiar/siniestro[12]. El resultado conforma una vivencia de huésped amigable, ambivalente u hostil, que favorece o entorpece la incorporación subjetiva, sea que lo pensemos desde las conductas de cuidado, el cariz del intercambio o desde el registro inmunológico (por ejemplo, el caso 5). En los casos 1, 3 y 4 se observa como la representación del donante como doble de sí permite hacer frente a la ajenidad y la diferencia (alteridad, muerte del donante real) apelando a grados variables de negación. En estos casos, la ubicación del huésped en la trama vincular histórica de las pacientes favorece una cualidad afectiva amigable que acompaña la incorporación y/o la convivencia. El caso 3 muestra una particularidad, la aparición del donante-sombra en sueño o duermevela, representación que solo en estos episodios puntuales nos indica su convivencia psicológica con el doble narcisista ubicado en el órgano. Su presencia es placentera, no hay miedo. Pareciera tratarse de la expresión de un pensar inconciente sobre el donante real que la visita acompañándola en el cumplimiento de un deseo (lluvia). En el caso 2 la ubicación representacional es diferente (el órgano es el donante), sin embargo también se conforma un objeto transicional aunque más endeble y con el que tiene una interacción que trasunta temor a que el órgano la rechace. El caso 1 presenta el mismo temor pese a que el huésped tiene nombre y está incluido en la serie vincular paterna, esto parecería indicar que la ambivalencia puede tener diverso origen, por ejemplo la falta de nombre como indicador de la dificultad para la apropiación (cuestión que parece más acorde a la problemática del trasplante, caso 2) o algún procesamiento particular del complejo de Edipo (aspecto más inclinado hacia la serie complementaria singular, paciente 1). El significante "rechazo" forma parte del código lingüístico del trasplante y al margen de su polisemia, la asociación más directa es la pérdida del órgano (pánico). La característica principal del fenómeno en estudio, el diálogo, está presente en los 4 casos de conformación de objeto transicional. Las pacientes 1, 2, 3 y 4 le hablan al huésped como se le habla a otra persona y le suponen proyectivamente una respuesta traducible a lenguaje hablado y con significación afectiva. El detalle diferencial de la muestra está en el caso 3, en el "sueño" no solo hay diálogo y respuesta atribuida, sino que el hombre-sombra le habla, ella lo oye. La operación de familiarización (inclusión en vínculo histórico+nomínación+doble narcisista) claramente favorece la apropiación, la incorporación y el cuidado. En el caso 2 (no familiarización) la vivencia ambivalente le da una cierta inestabilidad al huésped, apoyada en una mayor incidencia conciente de la valencia alter en la conformación del objeto. En el caso 4 la ambivalencia es un signo de hostilidad que retorna en retroacción por los deseos de muerte en la espera (aparición de un donante y realidad de su muerte que ingresa vía identificación con el dolor familiar ante la pérdida). El retorno de lo desmentido puede elaborarse merced al trabajo en psicoterapia y el huésped cambia de signo y se torna amigable. En el caso 5 la vivencia es siniestra por intolerancia a la representación muerte (representación parcial que condensa la característica cadavérica del donante) y a la falta de elaboración del deseo de trasplantarse. El caso representa la alteridad absoluta. Los resultados de esta muestra avalan la sugerencia de May (1986) respecto de que el mayor problema a elaborar pareciera ser la muerte real del donante real y que la defensa está organizada en relación a ese punto. La investigación de Bunzel et. al., (1992) replica y refina los planteos de May. Nuestro trabajo también apuntala lo expuesto por los autores que han resaltado el aspecto vincular de la escena desde la producción psíquica de las familias donantes [13]. Una consideración especial le cabe al aporte de Goetzmann cuando analiza el órgano subjetivado como objeto transicional.

2) La psicología del trauma es observable en los miedos expresados por las pacientes. El de mayor prevalencia es el retorno a diálisis. En segundo término está que sea el órgano el que rechace (casos 1 y 2). En el caso 5 la vivencia de horror es el muerto

(representado en el órgano cadavérico. Volver a diálisis es la escena más temida, el temor es del orden del pánico[14]. Todo indica que una vez interrumpido el tratamiento y extremadas las expectativas respecto del trasplante (Dobrovsky,1999) volver es vivido como algo extremadamente traumático.

3) Culpa y responsabilidad: una minoría de pacientes está en condiciones de mencionar sus deseos en la espera sin angustiarse. Sin embargo, de forma directa o indirecta las pacientes 1, 2 y 4 expresan haber deseado el trasplante, lo cual implica que "alguien muera para que yo pueda vivir" (sentencia clásica en el área de trasplantes y que suele aludir desde el después, al deseo de órgano en la espera). La conformación del objeto transicional atempera la vivencia siniestra por la muerte del donante y su implicancia subjetiva en el receptor (culpa, castigo) y favorece sentimientos de responsabilidad apuntalados en afectos amorosos de impronta narcisista (huésped amigable, casos 1, 3 y 4). La sobrevivencia de un ser humano en base a la muerte de un semejante que aporta sus órganos aún utilizables es una problemática específica del trasplante que lo diferencia de otras prácticas médicas.

4) Calidad del acto de la donación: según mi experiencia como psicoterapeuta, la suposición de un acto libre en la donación es una garantía subjetiva necesaria para la elaboración del trasplante. Necesaria no es sinónimo de suficiente, es relevante la singularidad de cada persona, que tipo de inscripción psíquica tuvo el enfermar, como ha sido vivenciada la diálisis, cual es la serie en la que se inscribe el órgano. Los cuatro casos en los que el huésped es de tenor amigable, expresan o aluden a esta suposición. La psicología de los trasplantados pone de manifiesto en relación a este punto, el carácter de ley psíquica que adquiere la circulación antropológica del órgano como don y las dificultades subjetivas de una suposición en contrario (donaciones sin consentimiento del donante o la familia), cuestión refrendada en este estudio. Este es un punto relevante para la evaluación del impacto subjetivo en la implementación de políticas públicas como las leyes de consentimiento presunto.

5) Respecto de la temporalidad, en el caso 1, como en el de Goetzmann, hay perdurabilidad del fenómeno en el tiempo. Rodin y Abbey (1992) señalan que las fantasías sobre el donante ceden en la medida en que la conducta biológica del órgano se estabiliza. También Muslin (1972). Si bien este parece ser un observable clínico que remite a la disminución del temor a perder el implante, y morir (trasplantes de algunos órganos como el corazón) o volver a diálisis, estos casos relativizan una visión evolutiva simple. Por otra parte, el silencio sobre las vivencias relativas al huésped por temor a ser consideradas locas (1, 2 y 4) nos hace suponer que sobre este fenómeno, tenemos un registro estadístico menor al real.

6) Por último y como síntesis, el análisis de esta muestra indica que el fenómeno huésped es una de las expresiones subjetivas del vínculo receptor/donante cadavérico, elemento estructural al texto de esta novedosa escena cultural (Dobrovsky, 2005).

#### **Muestra:**

1) Alcira: se trasplantó hace cuatro años. Nunca le había dicho a nadie que le puso nombre al riñón a poco de trasplantarse, "cuando me asusté, al principio, cuando me pinchaban o había algún problema"... "le hablaba porque yo tenía la sensación que lo tenía que querer porque no era mío. Yo hago cosas para que se quede, que se adapte, yo le hablo y me quedo más tranquila. Yo lo acepté, hay gente que no ha llegado a aceptarlo, como que no le pertenece, que es algo prestado"... El nombre es de varón como el donante, "en un momento me dolía y me dio miedo, entonces dije "Pedrito, portate bien!" y se quedó conmigo"... No sabe porque le salió ese nombre. Durante las entrevistas descubre que es el de su tío paterno, su padrino fallecido cuando ella tenía 18 años y después que falleciera su padre. Lo describe cariñosamente, "gordo, grandote, bonachón, complaciente como mi papá, un ser muy especial". En diálisis, "sufría mucho, me hacía muy mal, estaba esperando muchísimo". El fenómeno huésped está vigente hasta el día de la fecha, especialmente en los momentos críticos (enfermedades, episodios de rechazo, problemas familiares que la angustian).

2) Marcela: se trasplantó "hace tres meses y catorce días". Era pesimista, "siempre esperando", la tomó por sorpresa. Tenía miedo, prefería el de su hermano que se arrepintió. Al riñón no lo siente pero "a veces le hablo, "vos sabés que me devolviste la vida", ahora que andaba descompuesta, "que me estás haciendo?"... " Le hablo cuando estoy sola en casa, después pienso "yo estoy loca"... porque como le voy a hablar a una persona que no está más en este mundo?". Le dice: "hay una partecita de vos que está viviendo en mi cuerpo, ayudame a que funcione bien" o le pregunta "si está contento"... cree que sí, "si en tres meses no hubiera querido, no hubiera funcionado"... "yo creo que está conforme"... "a veces pienso como será que era ese chico? Era joven, que le pasó?"... "a veces estoy hablando y digo "que hago? A quien le hablo?"".

3) Karina: se trasplantó hace un mes y tiene conductas de incumplimiento. Tenía miedo a que el trasplante no resulte y tener que volver a diálisis, también miedo a morir en la operación. Estuvo 12 años en diálisis. Se trasplantó más por la mamá. Cuando estaba internada un enfermero le dijo "cuidalo a Pirulo!", no le gusta el nombre, le da risa, dice que se llevan bien. La trasplantaron el día del cumpleaños de una sobrina muy querida y que no ha vuelto a ver más por motivos ajenos a ella, un juez la desvinculó de la familia de su hermana. En la segunda entrevista dice que "con mamá le pusimos Mili... fue un milagro que me tocara a mí, ahora es mía...", le habla y cuando se duerme pone las manos encima del vientre "a ver si me la quitan!"... "es muy inquieta, no me deja dormir, voy al baño a cada rato", la sobrina era así de bebé, quería que todo el día le estén encima, ella la cuidaba. Protesta, cuando se dializaba los médicos y la madre se hacían cargo de ella, ahora se tiene cuidarse a sí misma y a Mili. Un mes después, Mili ya no molesta, no siente el riñón ni piensa en él, "ya es mío", igual le cuesta sostener las conductas de cuidado, está de mal humor, tiene problemas con el marido. Tuvo dos sueños, en el primero "una sombra" la despierta, está a los pies de la cama, no asocia con nada, no hubo angustia. El segundo sueño ocurre una vez que ella quería que llueva. El "hombre-sombra" la despertó a la medianoche, "está lloviendo" le dijo y era así, se alegró. Tres meses después hace un solo comentario respecto del huésped, dice que ha descuidado a Mili y que se sintió mal por eso, tiene miedo de volver a diálisis aunque era más cómodo. Ahora tiene mas libertad, quiere cuidarse porque podría perder el riñón y siente más responsabilidad.

4) Adela: se trasplantó hace diez días. Le puso Ángel al principio, "es un regalo de dios", estaba predestinado a ella. "Yo no pienso que tengo el órgano de un chico... no pienso que es de un finadito, yo no pienso que me habla, viste que te dicen que te

habla? Que raro no?". Ella si le habla, le dice "buen día, buenas noches, gracias a vos estoy acá", esas cosas. No quiere que piense que está loca, el órgano no responde con palabras sino con hechos, "me cambió, sus cosas empezaron a funcionar bien, con su "hermana de riñón" (trasplantadas con sendos riñones de un mismo donante) hacen bromas sobre cada órgano. Dice, "Es como si fuera un bebé que tengo en la panza, este bebé se va a quedar de por vida, no va a nacer". Adela perdió un bebé "por la droga" y por la droga terminó en diálisis. Ahora tiene a Ángel, "es un ángel que me cuida". Desde que está con él se siente bien. "es mío, "soy tuyo", me hace sentir". La angustia la familia, desde que se despertó de la cirugía piensa que están enojados porque tiene una parte del hijo, la atormenta que alguien tuvo que morir para que ella pueda vivir, contraponen trasplante/vida/despertar a diálisis/pesadilla/estar "entregada". Mientras en la terapia va pensando que sentiría ella si fuera la familia, empieza a sentirse mejor porque concluye que donaron libremente, que eligieron que otra persona viva. Le gustaría saber el nombre. Le escribe a la familia pese a saber que no lo van a leer. Le ayuda escribir, eso hizo en el segundo embarazo, le escribía a su hija por nacer y eso la hizo sentir bien.

5) Marta: tuvo un rechazo hiperagudo, comenta con gesto de espanto que "un par de veces sentí cosa (gesto de espanto)...de tener algo muerto adentro, pero me saqué esas ideas de la cabeza, no las pensé más". Mientras a Marta le pasaba esto, su sistema inmune rechazaba el órgano. La paciente parece aliviada y desea que se lo saquen. Prefiere la diálisis, dice que se trasplantó más por indicación y aliento de sus médicos, ella no quería.

#### Bibliografía:

- 1) Almacia A. y Fontana R, 1993. "Acerca de la donación de órganos en niños". VII Congreso Metropolitano de Psicología. Buenos Aires.
- 2) Bleichmar S., 1990. "La angustia en la clínica psicoanalítica de nuestros días". Actualidad Psicológica nº163. Buenos Aires.
- 3) Bunzel B, Wollenek G., Grundbock A., 1992. "Living with a donor heart: feelings and attitudes of patients toward the donor and the donor organ". J. Heart Lung Transplantation vol 11:1151-5.
- 4) Dobrovsky G., 1999. "Exploración psicológica de pacientes en lista de espera para trasplante renal. Diagnóstico situacional y expectativas". <http://www.cucaiba.gov.org.ar>
- 5) Dobrovsky G., 2005. Donación de Órganos y Subjetividad. Ed. De la Campana, La Plata.
- 6) Dobrovsky G., 2007. "El proceso subjetivo incorporación/rechazo del órgano en trasplante renal. Delimitación preliminar del problema". III Jornadas de Investigación en Psicología y V de Actualización del Algoritmo David Liberman. Instituto de Altos Estudios en Psicología, UCES. Buenos Aires.
- 7) Dobrovsky G., 2008. "Lo familiar y lo ajeno. Narcisismo y alteridad en trasplante renal". VII Jornada y Taller El Desvalimiento en la Clínica y III Jornada y Taller Psicoanálisis de Pareja y Familia. Instituto de Altos Estudios en Psicología y Ciencias Sociales, UCES, Buenos Aires.
- 8) Dobrovsky G., 2009a. "Trasplantes de órganos, ciencia y subjetividad". IV Congreso Provincial de Psicología. Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, Luján, 2009.
- 9) Dobrovsky G., 2009b. "Relación intrapsíquica de un trasplantado renal con su donante cadavérico". V Jornadas de Investigación en Psicología y VII Jornadas de Actualización del Algoritmo David Liberman. Instituto de Altos Estudios en Psicología y Ciencias Sociales. UCES. Buenos Aires.
- 10) Frierson R. y Lippmann S., 1987. "Heart transplant candidates rejected on psychiatric indications". Psychosomatics vol 28:347-355.
- 11) Freud S., 1905. Tres ensayos para una teoría sexual. Obras Completas. Amorrortu.
- 12) Freud S., 1914. Introducción al Narcisismo. Obras Completas, Amorrortu. Buenos Aires.
- 13) Freud S., 1919. Lo Ominoso. Obras Completas. Amorrortu, Buenos Aires.
- 14) Freud S., 1925. La Negación. Obras Completas. Amorrortu, Buenos Aires.
- 15) Goetzmann L., 2004. "Is it me or isn't it?" transplanted organs and their donors as transitional objects". The American Journal of Psychoanalysis vol 64
- 16) Junco A., Rosas C. y Ferrarí M.J., 2001. "Síntomas psicopatológicos en la donación y trasplante de órganos". Diario Pagina 12, Buenos Aires.
- 17) Lazarus & Folkman, 1986. Estrés y procesos cognitivos. Ed. Martínez Roca, Barcelona.
- 18) Levy N., 1994. "Psychological aspects of renal transplantation". Psychosomatics vol 35: 427-433.
- 19) Levy-Strauss, 1958. "La estructura de los mitos", en Antropología estructural. EUDEBA, 1961. Buenos Aires.
- 20) Maldavsky D., 1990. "Angustia automática y procesos tóxicos". Actualidad Psicológica nº163. Buenos Aires.
- 21) Maldavsky D., 1994. Pesadillas en vigilia. Amorrortu, Buenos Aires.
- 22) Maldavsky D., 1997. Procesos tóxicos. Amorrortu, Buenos Aires.
- 23) Maldavsky D., 2000. Lenguajes, pulsiones, defensas. Nueva Visión. Buenos Aires.
- 24) Martorelli A., 1992. "Una experiencia de intervención psicológica en hemodiálisis y trasplante renal". UBA.
- 25) May F., 1986. "Graft an donor denial in heart transplant recipients". American Journal of Psychiatry vol 143: 1159-1161.
- 26) Merino et. al., 1998. "Vínculo familia donante-receptor en la donación cadavérica". II Congreso de las Sociedades de Trasplante del Cono Sur. Chile.
- 27) Muslin H., 1972. "The emotional response to the kidney transplant: the process of internalization". Canadian Psychiatry Association, 17, SS 3-8.
- 28) Orr A., et al., 2007. "Living with a kidney transplant". Journal of Health Psychology. SAGE Publications. UK.
- 29) Perez San Gregorio et. al., 2005. "Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos". International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol 5: 99-114.
- 30) Perez San Gregorio et. al., 2006. "The influence of posttransplant anxiety on the long-term health of patients". Transplantation Proceedings, 38, 2406-2408.
- 31) Rodin G. y Abbey S., 1992. Psychiatric aspects of organ transplantation. Kidney Transplantation. Oxford University Press. UK.
- 32) Winnicott D., 1971. "Objetos transicionales y fenómenos transicionales", en Realidad y Juego. Gedisa, 1987, Buenos Aires.
- 33) Witzke O. et. al., 1997. "Kidney transplantation improves quality of life". Transplantation Proceedings vol 29:1569-70

[1] Una síntesis de los resultados de este trabajo fue presentada con el título de "El fenómeno huésped. Una expresión subjetiva del vínculo receptor/donante cadavérico en trasplante renal", en el X Congreso Argentino de Trasplante, organizado por la Sociedad Argentina de Trasplante. Buenos Aires, noviembre de 2009.

[2] Estos pacientes pueden ser encuadrados dentro de la categoría de neurosis tóxicas, teorizada por Maldavsky (1994, 1997). En este caso, la dominancia del lenguaje intrasomático y su defensa específica, la desestimación del sentir (Maldavsky 2000), nos ayuda a explicarnos la propensión a reemplazar su propia subjetividad por la subjetividad institucional que funciona como prestadora de significados de la situación y de sí. Se da entonces la particularidad de que la trama defensiva, haciendo eje en esta defensa, se organiza al servicio de la negación del acto vincular representado por el órgano como portador del grupo representacional-donante (persona muerta, semejante anónimo, sentir de la familia del donante, culpa por desear el órgano en la espera y variantes identificatorias con el donante). El órgano entonces se presenta como mero material biológico, merced a la desmentida sobre la condición real del donante que pasa a ser un dato desactivado (Dobrovsky 2009b). Las defensas sobre el complejo representacional-órgano están al servicio del éxito en la incorporación. Este es curiosamente el tratamiento que el discurso médico da al órgano (insumo) y al donante (dato). Se evita así a doble vía (desde los profesionales como disociación operativa y desde los receptores) la angustia que porta este acto novedoso. El riesgo, sin embargo, es la negación de la particularidad de la escena cultural que hizo posible el trasplante y que en ocasiones, en el tratamiento socio-institucional de la situación, deja al donante y su familia como resto descartable.

[3] citado por Goetzmann L., 2004.

[4] Este espacio psicológico virtual cumple en la subjetividad de los protagonistas de un trasplante una función similar a la del arte en el plano social, cuando avanza en el tratamiento ficcional de la temática (Dobrovsky, 2005).

[5] Los autores, en una muestra de 44 casos de trasplantados cardíacos, registran seis (13, 6%) en los que el órgano funciona a la manera en que detallamos en este trabajo aunque no lo conceptualizan. En dos de ellos se trata directamente del donante viviendo en el cuerpo del receptor. En los otros cuatro, el donante es menos reconocible. En el planteo de esa investigación, el guión vincular atraviesa la manera de pensar la escena y las defensas ya que en todos los grupos de lo que se trata es de la dificultad que implica la realidad de la existencia de un donante. Esto coincide con mi manera de pensar los procesos subjetivos relativos al trasplante. Según lo he planteado en numerosas ocasiones, la escena recibe un tratamiento diferencial según lugares, roles y grupos de inclusión pero en todos los casos podemos hacer una lectura de la transversalidad del guión vincular. Un ejemplo de lo que digo puede hallarse en el caso 3 de nuestra muestra en que el huésped es nominado por personal de enfermería. También Frierson y Lippmann (1987) mencionan el caso de una enfermera que le dice a un paciente cuyo donante era un médico: "alguien con su back-round médico debería saber mejor lo que implica rechazar la medicación".

[6] A veces el conocimiento de que se trata de una muerte encefálica puede agregar un plus de angustia por la problemática que plantea entre percepción y concepto (Dobrovsky, 2005).

[7] Fue la paciente que me sugirió el nombre del fenómeno sobre el que estamos tratando al referirse a que tuvo un "inquinino" en su vientre. A colación de su vivencia de huésped hostil relata su horror por la expectativa generada en sus compañeros de diálisis ante noticias de ese tenor "...ellos dicen cuando ven un accidente, "Uy! Cuantos trasplantes habrá hoy?"..." (Dobrovsky, 2005. pag. 142)

[8] No es infrecuente escuchar en la clínica a pacientes que homologan volver a diálisis con la muerte.

[9] Centro Único de Ablación e Implante de la Provincia de Buenos Aires. República Argentina.

[10] Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires.

[11] Este dato, si bien no forma parte de los fragmentos expuestos aquí, consta en la reconstrucción de las sesiones de psicoterapia. Para Freud (1905), la pulsión de saber surge del complejo fraterno.

[12] Siguiendo a Freud en "Lo ominoso" (1919), familiar (heimlich) alude a conocido, amigable, entrañable, hogareño. Se trata de una vivencia de carácter amistosa y protectora.

[13] En mi caso he tomado contacto con la bibliografía en idioma extranjero en el transcurso de los tres últimos años, llegando a conclusiones similares a las de May y Bunzel desde el estudio de la subjetividad en las donaciones (Dobrovsky, 2005) y en la línea de los autores argentinos que trabajaron la problemática antropológica del don (Almacía y Fontana 1993; Merino et al., 1998). Lo que he señalado en otras oportunidades es que la cultura cuenta con una nueva escena. La variación se da según el área cultural y el tipo de actores sociales que habitan las diferentes situaciones atinentes a su texto (familias donantes/equipos de procuración, pacientes trasplantados/médicos, economistas, juristas, periodismo, cine, etc.). Desde esta última perspectiva, se puede sintetizar el guión y los roles elementales rastreando el tratamiento escénico y argumental de la temática en los diversos registros práctico-discursivos siguiendo el modelo planteado por Levy-Strauss (1958) en el estudio de los mitos.

[14] Hay un caso que no fue incluido en esta investigación. Se trata de una paciente joven y de características depresivas estructurales que en el posttrasplante inmediato manifestaba a raíz de la demora en la recuperación de la función renal, que prefería morir a volver a diálisis. El huésped tenía la estructura del objeto transicional y llevaba el nombre y el apellido del médico que la asistía, con lo cual en los relatos se confundían los destinatarios del diálogo y del afecto cuando hablaba la paciente. Ante la decepción con el médico al comprobar que el órgano tenía dificultades para su buen funcionamiento con el consiguiente pánico y vivencia agónica que esto producía en la paciente, el órgano fue rebautizado con un nombre despectivo aunque muy parecido al inicial en su pronunciación. De este modo se replicaba en el nombre su sentir por quien estaba ubicado como garante del éxito. Tres meses después el órgano funciona bien y la paciente se muestra sumamente aliviada, sin embargo, el riñón sigue con el segundo de los nombres pero ella lo toma con gracia y afecto por ambos. Actualmente, el diálogo sobre el objeto transicional forma parte de un aspecto compartido de carácter lúdico en el vínculo psicoterapéutico. Ya no se confunden su médico y el riñón.