

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"EL NIÑO HOSPITALIZADO, SUS PADRES, LA ENFERMEDAD Y
SUS SÍNTOMAS"

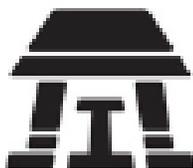
T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

JORGE EMMANUEL PAREDES ALEJANDRE

Directora: Dra. Leticia Hernández Valderrama

Dictaminadores: Dra. Laura Palomino Garibay

Lic. María Luisa Hernández Lira



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A todos aquellos familiares, amigos y a mi pareja, que me motivaron a terminar este proyecto, gracias por ayudarme a alcanzar uno más de mis sueños.

A mi directora de tesis, la Dra. Leticia Valderrama, por su paciencia, su enseñanza y guía. Gracias también por ser parte importante de mi crecimiento personal y profesional.

A la FESI, a la UNAM y todos sus maestros, compañeros e involucrados, por todo el conocimiento y la experiencia que me proporcionaron y que hicieron de mí el profesional que soy el día de hoy, muchas gracias.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1.- SÍNTOMA Y ANGUSTIA.....	8
Psicoanálisis ortodoxo.....	8
- Primeros discernimientos hasta antes de 1900.....	9
- La cuestión del cumplimiento de deseo a partir de 1900.....	11
- Algunas consideraciones sobre la pulsión desde 1915.....	14
- <i>Más allá</i> de 1920.....	18
- <i>Inhibición, síntoma y angustia</i> (1926).....	23
Lacan: el retorno a Freud a través del significante.....	32
CAPÍTULO 2.- FANTASMA Y FAMILIA.....	47
<i>Che voi?</i> o el deseo del Otro.....	48
La familia y el portavoz.....	57
CAPÍTULO 3.- CUERPO Y ENFERMEDAD.....	64
El cuerpo y la subjetividad.....	65
Dimensiones del dolor, lo traumático y la muerte.....	70
El “duelo” hospitalario y el proceso quirúrgico.....	74
OBJETIVO.....	90
METODOLOGÍA.....	90
ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	99
CONCLUSIONES.....	119
BIBLIOGRAFÍA.....	125

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se inscribe en la línea de las investigaciones psicológicas apuntaladas en la teoría psicoanalítica, en relación a una práctica efectuada en el área de Cirugía Pediátrica del Hospital Juárez de México donde se utilizó el Acompañamiento Terapéutico como dispositivo metodológico para intervenir con los pacientes de dicha área, en cuyos casos se atendió, de igual manera, a los padres de familia que los acompañaron en su experiencia hospitalaria. El propósito esencial de este escrito es realizar un análisis de los síntomas de los pacientes atendidos en el área de Cirugía Pediátrica del Hospital Juárez de México en relación a sus padres y su enfermedad, desde el Psicoanálisis.

En primera instancia, el interés que motivó esta investigación se basa en una observación, ya tan natural al psicoanálisis como se verá, referente al rol paterno y materno en el síntoma expresado de forma somática en el hijo “enfermo”. La hospitalización se incluye a este fenómeno y le presta una nueva dimensión en tanto el paciente no está sujeto al cuidado familiar sino que se le ubica intempestivamente en un contexto que le muestra una y otra vez lo real de su enfermedad.

Este escrito va de la mano con lo que mencionan Bellak y Siegel (1986), en su *Manual de psicoterapia breve intensiva y de emergencia*, los cuales refieren que todos los acontecimientos y eventos de nuestra vida presente están influidos por el pasado y, dado que, los factores congénitos, fisiológicos, cognitivos y subjetivos coexisten en una persona, formando una unidad, estos factores también estarían presentes en las situaciones críticas de la vida.

Estos autores mencionan que, en el caso de la cirugía, un evento traumático por sí mismo es que el paciente reciba la noticia de que necesita este procedimiento. Explican que, la cirugía despierta ansiedad y angustia ante lo futuro, y el renacer de viejos miedos que se fusionan con el todo presente creando

una discontinuidad. Los padres no estarían excluidos de esta vivencia, por lo que el terapeuta podría servir como puente entre todos los implicados (op. cit.).

En contraste con el contexto hospitalario, en una consulta psicoanalítica, con frecuencia se observa que el niño representa un síntoma de los padres. Dolto (1984), en su conocido *Seminario de psicoanálisis de niños*, explica este fenómeno de la siguiente manera: los padres proyectan en su hijo sus propias dificultades inconscientes, por lo que generalmente acuden con su hijo “trastornado” y etiquetado por la sociedad como “problema” (por dificultades del lenguaje, motricidad, encopresis, enuresis, tartamudez, etc.) cuando en realidad lo que desean es resolver su propia problemática inconsciente; a veces el niño simplemente se va del consultorio o pide que sus padres salgan, dándose cuenta que el problema no le pertenece. Por ello, la autora afirma que cuando se observa un niño problemático habrá que sospechar que también los padres necesitan terapia.

Siguiendo con esta idea, Mannoni (1992), menciona en *El niño retardado y su madre* que una enfermedad tomada como meramente “orgánica” puede tener de igual manera un correlato psíquico muy importante. Uno de los elementos más distintivos de su libro es el hecho de que la interacción del niño con sus padres va a producir también un choque entre la fantasía parental y el niño “real” que se posiciona a través del tiempo como aquel que no logra ser aquello que sus padres desean, y que encuentra en la enfermedad una forma de colocarse ante el deseo enigmático de sus progenitores. De esta manera, la autora observa que la fantasía de los padres podría tener un correlato importante en la enfermedad, o bien, que la enfermedad innata jugaría un papel decisivo en cómo se incluiría al niño en su mundo fantasmático.

Sin embargo, la realidad es mucho más compleja, y no solo abarca las consecuencias de un mal ejercicio de la autoridad y educación parental (porque lo que se pretende explicar no es que los padres sean culpables de la enfermedad del niño) sino que en términos de Pichon Rivière (1985), cada vínculo familiar

afecta de manera diferente a cada integrante, por lo que un cambio afecta a toda la estructura familiar.

Surgen motivos entonces para reflexionar en torno a la etiología de la enfermedad orgánica en relación a la dimensión familiar. Lo actual y lo pasado están ligados en todos los integrantes, sean hijos o padres, y esto también es válido para generaciones anteriores dado que los padres siguen o una vez fueron hijos. Aparte de este entramado familiar, no hay más de una respuesta al origen y mantenimiento de la enfermedad orgánica, puesto que cada sujeto es singular en su historia.

Pero, ¿cómo intervenir en este discontinuo pasado/presente de manera que se abarquen las realidades de ambas partes, tanto de padres como de hijos?

Una respuesta la encontramos parcialmente con Françoise Dolto (1984), la cual expresa en su *Seminario*, que el papel que debe tomar el terapeuta es el de permitir que el niño se exprese, que su deseo se formalice en el lenguaje, en lo simbólico, y que deje de estar inhibido a consecuencia del súper yo moralista, representado por el ambiente educativo en el que se desenvuelve el niño, y que reprime el deseo. En términos más profundos, la autora propone que se debe ocupar de la angustia que surja de las contradicciones entre lo que Lacan denomina como lo imaginario y lo real en la vida del niño, contradicciones que serían superables por todo ser humano a través de lo simbólico (y que no solo se refiere al lenguaje hablado).

De esta manera, se nos imponen unos términos provenientes del psicoanálisis, que en primera instancia podrían parecer ajenos a este escrito de naturaleza psicológica. Pero, no se pretende para esta tesis aplicar la metodología psicoanalítica en su lugar. Se pretende establecer un puente entre estas disciplinas para analizar un fenómeno complejo. Si la hospitalización y la cirugía implican una situación ante la cual emergen conflictos íntimos y muchas veces desconocidos por sus propios actores, debemos recurrir a la subjetividad para

reconocer el valor individual que representa esta problemática para cada sujeto en particular.

De esta manera, se hace necesario abordar el *síntoma* de una manera diferente a lo que entiende usualmente la medicina y la biología. Esto da cuenta de un malestar que no solo es del organismo del niño, de carne y huesos adoloridos, sino de una situación crítica y disruptiva ante la cual los padres muchas veces también se encuentran desarmados.

Por ello, se hizo indispensable trabajar con un dispositivo clínico que se pudiera adaptar al entorno hospitalario y a su vez interviniera en la complejidad de cada sujeto.

Hablamos por su puesto del Acompañamiento terapéutico (AT). Pulice (2012) uno de sus principales representantes, menciona que este dispositivo nace en Argentina en los años 60's como un intento de transformar las intervenciones en el ámbito de la salud mental tal y como se manejaban en los manicomios de esa época.

Hablando puntualmente de México, el autor refiere que se han llevado a cabo diversos congresos donde se aborda la enfermedad mental desde el AT, sin embargo, solo hay un diplomado registrado en la Universidad Autónoma de Querétaro y fuera de esta institución no hay en México formación profesional en este ámbito (op. cit.). Sin embargo, Macías (2013) reconoce que es una práctica que opera en gran diversidad de hospitales y psiquiátricos de la Ciudad de México, Monterrey, Guadalajara, entre otros espacios de asistencia pública.

Esta situación también demuestra su necesidad en el plano objetivo, pues las cifras estadísticas también representan en qué grado esta problemática se vislumbra en nuestra sociedad actual. En el caso de la institución donde se realizaron las intervenciones relacionadas con este trabajo, el Hospital Juárez de México, se encuentra que, en el año 2016 los datos estadísticos de esta institución

solo muestran en general que para las áreas pediátricas se realizaron más de 500 intervenciones quirúrgicas (Informe de Autoevaluación 2017, 2017).

Para observar mejor la importancia de las demandas en el área de Pediatría en el 2016, en una institución especializada de la Secretaría de Salud como lo es el Instituto Nacional de Pediatría, se encuentra que la demanda principal de los pacientes es la cirugía de cualquier tipo. Tan solo en este año se realizaron más de 5600 cirugías en esta institución, las cuales han aumentado en más de 400 intervenciones en comparación con años anteriores. Las principales causas de hospitalización son: tumores, malformaciones congénitas, enfermedades digestivas y respiratorias, así como los traumatismos (Agenda Estadística INP 2006-2016).

Ante este panorama, López y Fernández (2006) consideran que en el caso de los niños hospitalizados que reciben una intervención quirúrgica, los síntomas son más que estadísticas y enfermedad física: agresividad, falta de adhesión al tratamiento, trastornos del sueño, del apetito, respuestas de evitación, dependencia afectiva, angustia de separación, depresión, apatía o falta de interés son algunas manifestaciones que repercuten negativamente en la recuperación e incluso suscitan el reingreso. Señalan sobre todo que la situación quirúrgica justamente es una crisis que agrava los síntomas tanto somáticos como psíquicos y por ello requiere también una intervención acorde a ello.

Por lo anterior y dada la demanda en el área de cirugía pediátrica y a la cantidad y calidad de síntomas de carácter físico y psicológico que se presentan, se ha tendido abordar desde la subjetividad la problemática infantil y parental que se deriva del proceso de hospitalización. Se ha tomado como indispensable dar atención desde el ámbito de la salud mental para que, en conjunto con las instancias médicas que se ocupan de la enfermedad en lo real que aqueja el cuerpo del paciente, intervenir de igual manera en su dimensión simbólica e imaginaria, en la crisis que representa la intervención quirúrgica.

Siendo así, se nos hace indispensable procurarnos al AT como una metodología que nos permita discernir y dar respuesta a nuestros planteamientos. Adicionalmente, utilizar técnicas desde el enfoque psicoanalítico y psicológico contribuye a comprender la cualidad subjetiva que incide en la somatización de los pacientes, donde el síntoma y la angustia provienen no solo de bases orgánicas, sino que se anudan alrededor de eventos de la historia de vida del niño/adolescente y donde la instancia parental tiene mucho que decir al respecto. De igual manera, los trabajos realizados al respecto han sido pocos o escasos, por lo que se contribuye al conocimiento en contextos hospitalarios.

Por lo tanto, la propuesta para aproximarse al problema que se nos plantea se siguió de la siguiente manera para tratar de abarcar los aspectos más fundamentales. En el primer capítulo se confrontan conceptos primordiales, es decir, el síntoma y la angustia que, de acuerdo a los primeros estudios psicoanalíticos de Sigmund Freud, representan aquello que en la clínica afectan íntimamente al paciente por estar ligados a su historia particular, sobre todo en relación a la sexualidad. De igual manera, se explica cómo esta idea evolucionó en los escritos de Lacan hacia su concepción tripartita de lo Simbólico, lo Imaginario y lo Real, desplegando la idea de que el sujeto trata de huir de un goce mortífero con ayuda de su síntoma, un goce parcial metaforizado.

En el segundo capítulo, se traza el laberinto conformado por los avatares familiares y el fantasma que estructura la personalidad del infante al resolver la pregunta de *Que voi?* o *¿Qué me quiere?*, pregunta estructural que lo posicionará ante una instancia universal denominada por Lacan como Otro, encarnado primero por la madre y luego por la cultura, y que tendrá efectos en su vida adulta. Esto toma relevancia porque la hospitalización es un evento que conmueve el curso de su vida derivando en diferentes conflictos que afectarán también a la constelación familiar, cuyas relaciones son íntimamente afectadas por fantasmas inconscientes. Mannoni particularmente nos ofrece un estudio muy interesante sobre como las producciones fantasmáticas de los padres influyen en la enfermedad psíquica y/u orgánica del infante, y más allá de ello, explica como este fantasma provoca que la

enfermedad se mantenga o eclosione para sostener un deseo enigmático. Al respecto, Pichon Rivière nos ofrece una teoría que analiza el vínculo como una forma en que cada miembro puede afectar o “salvar” al sistema familiar a costa de eliminar o enfermar a uno de ellos.

El tercer capítulo anuda todo lo anterior para rodear el problema de lo somático en congruencia con lo que en Psicoanálisis denomina *cuerpo*, diferente de organismo, el cual conforma una investidura, una piel, hecha de palabras, de imágenes y de goce. Más allá de lo que plantea la Medicina, el cuerpo se impone a la explicación objetiva y sostiene un goce del que el sujeto no sabe nada. La enfermedad orgánica aparece aquí relacionada con una inadecuada salida ante conflictos que el sujeto no pudo sondear y que se expresan en lo orgánico, como falta de palabra o imagen que lo sostenga. Los casos psicósomáticos aquí abren una brecha para pensar la relación entre psique y cuerpo, y abren el debate hacia lo que debe considerarse el origen de la enfermedad. Se habla del duelo, del trauma y de lo mortífero como eventos que congelan al sujeto en una situación donde necesita ser movilizado con la palabra. Se pone de manifiesto lo que la hospitalización y la cirugía implican específicamente para el infante y sus padres. La literatura aquí es rica pero precavida en las conclusiones y más que nada aporta elementos para analizar en los apartados posteriores.

Después se explicitan los objetivos y la metodología de este estudio, para finalmente analizar los términos que dieron pie a nuestro cuestionamiento: la relación en el ámbito hospitalario, en una situación específica de intervención quirúrgica, del niño como síntoma parental con su enfermedad. Se exponen al final una reflexión final y las conclusiones.

CAPÍTULO 1.- SÍNTOMA Y ANGUSTIA

El *síntoma* en el mundo teórico y práctico de diferentes disciplinas ha sido construido de diferentes maneras. Galimberti (2006) en su *Diccionario de Psicología* define el síntoma de la siguiente manera:

“Indicio de un estado morboso. En medicina rige la distinción entre *signo* que es un fenómeno objetivo que el examinador asume como indicador de un proceso patológico, y el *síntoma*, fenómeno subjetivo que percibe el paciente y que después se decodifica” (op. cit., pág. 1021).

Sin embargo, para el psicoanálisis hay que tener en cuenta que el concepto no es análogo al de las ciencias médicas en tanto propone una concepción del psiquismo humano. En adición, y como se podrá entrever, resultó ser una teoría en constante construcción y que por lo tanto su concepción de síntoma no ha sido la misma a lo largo de su desarrollo.

Dado que el objetivo de este escrito no es revisar a profundidad todas las concepciones del concepto que nos toca y toda la diversidad de autores que lo desarrollan, nos “limitaremos” a esclarecer las concepciones que más nos parecen pertinentes para tratar de discernir el tema en la medida de lo posible. El fin de lo anterior representa un primer interés por comprender los aspectos primordiales de lo que analizaremos en el apartado posterior y además conocer de paso el desarrollo histórico del tema que nos interesa. Observemos que el contenido más grueso de este capítulo radicará en las concepciones freudolacanianas por armarnos de mejores elementos, en opinión del autor de esta tesis, para explicar lo experimentado en la práctica.

Psicoanálisis ortodoxo

Describamos primero una definición sintetizada otorgada por Laplanche y Pontalis (1996) en su *Diccionario de Psicoanálisis*:

“Freud [...] asimila la formación de síntoma al retorno de lo reprimido [...] En sentido amplio, la formación de síntoma comprende no sólo el retorno de lo reprimido en forma de «formaciones substitutivas» o de, «formaciones de compromiso», sino también las «formaciones reactivas»” (op. cit., págs. 164-165).

Esta definición puede parecer incomprensible en un primer momento. De principio se nos presenta que el síntoma es susceptible de formarse y por tanto debemos suponer que como tal posee un origen, un desarrollo y un fin. Justamente este apartado tiene como objetivo discernir la formación del síntoma en sus manifestaciones generales (compromiso, substitutiva, reactiva), cuestión que resolveremos siguiendo a Freud a través de sus desarrollos teóricos.

Tal es el viaje resultante por la obra freudiana que su complejidad no puede ser substituida por la fácil y garante síntesis de su contenido. En nuestra experiencia debemos saber que en psicoanálisis todo está unido y es imposible aislar una definición como la anterior sin antes entender ampliamente su sentido.

Por ello, dividiremos el estudio del síntoma en épocas de producción teórica de Sigmund Freud para mostrar una representación más ordenada y asequible. También motiva dicha división cierto giro en sus concepciones, que puede interpretarse como de cierta importancia histórica.

- Primeros discernimientos hasta antes de 1900

Para nuestros fines, ubicaremos una primera construcción teórica en el clásico *Estudios sobre la histeria* donde se pone de manifiesto la teoría del trauma psíquico como responsable de la formación del síntoma histérico. Breuer y Freud (1893-1895), creían que este trauma creaba un afecto de gran intensidad que no se descargaba adecuadamente (*abreacción*) y que se mantenía durante mucho tiempo así. De acuerdo a los autores, el recuerdo del trauma se mantenía alejado de la consciencia, mientras el afecto se expresaba en parálisis, convulsiones, tics,

ataques, etc., síntomas histéricos por excelencia sin ningún origen orgánico aparente y que actuaban como símbolos que remitían de algún modo a aquél trauma. El método catártico, creado por Breuer y aplicado por Freud, tenía el objetivo de abreactar los afectos “amarrados” y asociarlos con el recuerdo del trauma con ayuda de la hipnosis.

Buen avance en el entendimiento de la etiología de los síntomas histéricos, pues rescató el componente psíquico que interviene en tales, pero a Freud (op. cit.) no se le escapó que los síntomas desaparecían y eran sustituidos por otros.

Más tarde, después de varias desavenencias con Breuer, Freud (1896) en su escrito *La etiología de la histeria*, propone ir más allá del trauma sufrido, es decir más atrás, hacia eventos ocurridos en la infancia que junto con los traumas más o menos actuales pudieran explicar mejor los síntomas. Resuelve que desde el síntoma hasta el trauma original hay una serie de asociaciones, análogas a una cadena, cuyos eslabones son tantos como el paciente pueda decirlos. La aportación de Freud en este sentido es ir más allá del síntoma para ir en una búsqueda casi “arqueológica” de su causación. Freud se convenció de que el eslabón final respondía siempre a una vivencia de tipo sexual. El síntoma sería aquello que tras varias desfiguraciones representaría tal evento sexual “aberrante” para la consciencia. Sin embargo, Freud aún pensaba que el trauma era de hecho una seducción real por parte de un adulto hacia un niño. Aquí ya aparecen los esbozos de lo que sería más adelante la represión, pues explica que existe una defensa que actúa contra la emergencia posterior del recuerdo infantil inconsciente produciendo de alguna manera el síntoma en su lugar.

De acuerdo a Freud (op. cit.), en este texto, un recuerdo tiene que ser inconsciente para que produzca un síntoma (generalmente en la pubertad con el despertar de la sexualidad) pero para que se retire de la consciencia debe ser considerado inmoral, inadecuado y causa de desagrado para el sujeto, por lo que la acción defensiva será el mecanismo para no permitir el paso a la consciencia de tal recuerdo. Para el Freud de estos años:

“los síntomas histéricos son retoños de unos recuerdos de eficiencia inconsciente” (op. cit., pág. 210).

- La cuestión del cumplimiento de deseo a partir de 1900

Freud (1900) en su obra *La interpretación de los sueños* (primera parte, en la edición de Amorrortu), establece cierta similitud del síntoma con el sueño. Descubre que el sueño representa un cumplimiento de deseo encubierto. En esta época, Freud ya había desarrollado su propia manera de hacer análisis. El autor menciona que la asociación libre jugará un papel importante para descubrir las vías de asociación que conducen al sentido del sueño (desplazamiento y condensación) aplicables al síntoma. Los sueños diurnos o ensoñaciones de la vida cotidiana justamente los explicaría como cumplimientos de deseo disfrazados. Al síntoma, Freud también le otorgaría esta característica a partir de aquí, puesto que desarrolla la primera tópica *Icc – Prcc – Cc*. Explica que el sistema *Icc* (Inconsciente) está gobernado por mociones de deseo que solo encuentran satisfacción si se alucinan con representaciones distorsionadas durante el sueño, obra de una tal *censura* que no permite el paso de la representación del sistema *Icc* o *contenido latente*, al sistema *Prcc* (Preconsciente), al cual se manifiesta alterada en el *contenido manifiesto* del sueño, o sea, lo que recuerda el paciente del sueño, tal y como se le presenta en el fenómeno onírico. Llega a la conclusión de que si existe tal sistema *Icc*, entonces se debe suponer que existen otras formaciones que tengan los mismos mecanismos durante la vigilia, como lo observa en las afecciones neuróticas donde el sujeto no “sabe” lo que le ocurre.

Finalmente, Freud (1900) en *La interpretación de los sueños* (segunda parte, *Sobre el sueño*) confesaría que los síntomas neuróticos serían entonces deseos satisfechos de forma enigmática.

En este mismo texto, Freud (op. cit.) se basa en la premisa del *principio del placer* (con modificaciones posteriores, véase más adelante las concepciones de

Más allá del principio del placer) al que responden los procesos psíquicos. La premisa de Freud es que el inconsciente funcionaría por entero a este principio y por ello los sueños y los síntomas (así como los chistes, lapsus, etc.) se fundamentarían en una satisfacción de deseo. El principio del placer, a grandes rasgos, lo explicaría como aquello que tras un acumulamiento de tensión psíquica, y su consecuente sensación de displacer, tendería a reducirla, descargándola y produciendo placer. Otro es el *principio de realidad* que lo ubicaría con un interés contrario, es decir, sacrificar el placer a costa de las exigencias de la realidad externa para obtenerlo en una situación más adecuada y por lo tanto consciente (sistema Cc).

Siguiendo con el síntoma en la obra onírica, fantástica es la aseveración de Freud (op. cit.) al adelantarse a las concepciones más acabadas de su obra al decir que en el caso del síntoma histérico no sólo es un cumplimiento de deseo, ya que no participa únicamente la moción de deseo en el lcc sino también la del Prcc (una de autocastigo, por ejemplo) que es contraria a la primera. Al respecto dirá:

“un síntoma histérico sólo se engendra donde dos cumplimientos de deseo opuestos, provenientes cada uno de un diverso sistema psíquico, pueden coincidir en una expresión” (op. cit., pág. 561).

En posteriores años Freud (1901) ya sabía, en *Fragmento de análisis de un caso de histeria*, que el trauma sexual y la seducción real no era viable, sino que representaban las mismas formulaciones del paciente. En su conocido caso *Dora* escribe de forma muy atinada:

“Según una regla que yo había podido corroborar una y otra vez, pero no me había atrevido a formular con validez universal, un síntoma significa la figuración —realización— de una fantasía de contenido sexual, vale decir, de una situación sexual. Mejor dicho: por lo menos uno de los significados de un síntoma corresponde a la figuración de una fantasía sexual, mientras que los otros significados no están sometidos a esa restricción en su contenido. Pronto se averigua, cuando se emprende el trabajo psicoanalítico, que un síntoma tiene más de un significado y sirve para la

figuración de varias ilaciones inconscientes de pensamiento. Y yo agregaría que, a mi entender, una única ilación de pensamiento o fantasía inconsciente difícilmente baste para la producción de un síntoma.” (op. cit., pág. 42).

La idea de lo sexual originario se plasma con mayor distinción en los *Tres ensayos sobre teoría sexual* donde Freud (1905) observa que las antiguas formas de satisfacción perversas del infante (oral, sádica-anal, etc.) son desalojadas o transformadas de diferente manera tras pasar por el desarrollo psicosexual y el *complejo de Edipo*. Aquí expresa que la represión de las pulsiones sexuales es clave para entender la formación de síntomas, que en palabras del autor refiere que:

“Otro es el desenlace cuando en el curso del desarrollo algunos componentes, que en la disposición eran hiperintensos, sufren el proceso de la represión [...] Las excitaciones correspondientes se siguen produciendo como antes, pero un estorbo psíquico les impide alcanzar su meta y las empuja por otros caminos, hasta que consiguen expresarse como síntomas” (op. cit., pág. 217).

En el trabajo de Freud (1905) titulado *Mi tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis* establece de manera oficial el rol de la psicosexualidad infantil en la vida del adulto normal y neurótico, donde el conflicto entre la libido y la represión de las vivencias sexuales infantiles serían los responsables del desarrollo de síntomas, teniendo en cuenta que éstos ya no serían aquellos retoños de dichas vivencias en sí:

“sino que entre los síntomas y las impresiones infantiles se intercalaban las fantasías (invenciones de recuerdos) de los enfermos, casi siempre producidas en los años de la pubertad. Estas se construían, por un lado, a partir de los recuerdos infantiles, rebasándolos, y por el otro se trasponían directamente en los síntomas.” (op. cit., pág. 266).

Más tarde en *Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad* Freud (1908) se decide por aprobar dos concepciones generales sobre el síntoma.

- 1) “El síntoma histérico nace como un compromiso entre dos mociones pulsionales o afectivas opuestas, una de las cuales se empeña en expresar una pulsión parcial o uno de los componentes de la constitución sexual, mientras que la otra se empeña en sofocarlos.” (op. cit., pág. 145).
- 2) “Un síntoma histérico es la expresión de una fantasía sexual inconsciente masculina, por una parte, y femenina, por la otra.” (ibídem, pág. 146).

Aquí pone de manifiesto la condición bisexual inicial del ser humano, donde para ambos padres existen lazos amorosos que más tarde uno de ellos se reprimiría y la elección de objeto se completaría en la adolescencia (op. cit.).

Respecto a las fantasías, en este escrito, Freud (op. cit.) propone una tal “soldadura” entre una satisfacción erótica infantil a través de la acción (onanismo, por ejemplo), que primero se manifestaba de forma autoerótica como placer de órgano, y la representación- deseo (fantasía infantil) referida a uno de los objetos con los que mantenía una relación amorosa, que devenía en segundo lugar. Más tarde durante el periodo de latencia se suprimiría la acción y la fantasía se reprimiría, tornándose inconsciente. Las fantasías conscientes (ensoñaciones) del adolescente y el adulto, de acuerdo a la tesis freudiana, estarían estrechamente relacionadas: la primera siendo inconsciente resulta análoga al contenido latente de un sueño, y la segunda al contenido manifiesto. Freud propone en este texto que si la libido derivada de la fantasía inconsciente no puede sublimarse para encontrar otros medios más sanos de expresión se torna en síntomas que la representan simbólicamente.

- Algunas consideraciones sobre la pulsión desde 1915

Observemos que, junto con la fantasía, el concepto de pulsión y represión también es ya muy mencionado. Definamos brevemente entonces a la pulsión para entender mejor posteriores concepciones del síntoma. Freud (1915) dice en *Pulsión y destinos de pulsión* que:

“la «pulsión» nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante {Repräsentant} psíquico, de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal” (op. cit., pág. 117).

Freud (op. cit.) le atribuye varios elementos a la pulsión: *empuje o esfuerzo* (drang) que es el monto de trabajo o energía que le da su carácter continuo (en contraste con el estímulo que ocurre “de golpe” y se cancela); la *meta* que es la satisfacción o mejor dicho el cese de la excitación proveniente de la fuente; el *objeto* que es aquello con lo que se puede alcanzar la meta (ajeno o una parte del propio cuerpo), es cambiante y varias pulsiones pueden utilizarlo para satisfacerse; y la *fuentes* que es el origen somático del que parte, como en el caso de la pulsión sexual que parte de las zonas erógenas (boca, ano, genitales).

En este mismo trabajo Freud (op. cit.), distingue dos tipos de pulsión: yoicas o de autoconservación y sexuales. A ambas las describe en franca oposición, pues el interés del yo entraría en conflicto con la libido por lo que la pulsión sexual tomaría otros destinos. Plantea que en el desarrollo de la vida sexual las pulsiones sexuales pueden tener estos destinos:

- 1) *Trastorno hacia lo contrario* como en el caso del sadismo-masochismo donde se va de una meta activa a una pasiva y en el caso del amor hacia el odio (trastorno en cuanto al contenido) y viceversa que expresa también la *ambivalencia* esencial del ser humano en cuanto a sus objetos amorosos
- 2) La *vuelta contra la misma persona* que es en esencia un cambio de objeto como en el masochismo, que es un sadismo que se torna hacia el propio yo, pero cambiando papeles con el que inflige daño desde fuera en vez de ser el mismo sujeto el que se autoflagela
- 3) La *represión*
- 4) Y la *sublimación* (op. cit.).

Ahora, no desesperemos y demos a conocer unas precisiones muy importantes y que nos auxiliaran para entender la teoría lacaniana. En su texto *Lo inconsciente*, Freud (1915) aclara:

“una pulsión nunca puede pasar a ser objeto de la conciencia; sólo puede serlo la representación que es su representante. Ahora bien, tampoco en el interior de lo inconsciente puede estar representada si no es por la representación. Si la pulsión no se adhiriera a una representación ni saliera a la luz como un estado afectivo, nada podríamos saber de ella [...] Es que el hecho de que un sentimiento sea sentido, y, por lo tanto, que la conciencia tenga noticia de él, es inherente a su esencia. La posibilidad de una condición inconsciente faltaría entonces por entero a sentimientos, sensaciones, afectos [...] Toda diferencia estriba en que las representaciones son investiduras —en el fondo, de huellas mnémicas—, mientras que los afectos y sentimientos corresponden a procesos de descarga cuyas exteriorizaciones últimas se perciben como sensaciones” (op. cit., pág. 174).

Por lo tanto:

“la represión es en lo esencial un proceso que se cumple sobre representaciones en la frontera de los sistemas *Icc* y *Prcc* (*Cc*). Ahora podemos hacer un renovado intento por describir más a fondo ese proceso. Ha de tratarse de una *sustracción* de investidura [...] preconsciente, conservación de la investidura inconsciente o sustitución de la investidura preconsciente por una inconsciente” (op. cit., pág. 177).

Freud (op. cit.), continúa explicando que habría dos tipos de represión: una *primordial* y otra sería *represión propiamente dicha*. La represión primordial la define como la primera representación que es reprimida y se mantiene así porque no recibe investidura *Prcc* y que además actúa como atracción de elementos con los cuales asociarse. En el *Prcc*, continúa explicando, entonces se pondría en funcionamiento un proceso defensivo, sea dicho una *contrainvestidura*, que sería aquella operación para mantener lo reprimido primordial inconsciente. Esto lo logra

al investir otras representaciones que de alguna manera interfieren para que la representación lcc no se manifieste.

Continuando con *Lo inconsciente*, Freud (op. cit.) propone explicar la fobia bajo estos discernimientos diciendo que en ésta hay una contrainvestidura en una sustitución de objeto (el padre por el caballo en el caso de Hans; se verá con precisión más adelante). Hay que tener en cuenta que Freud aún pensaba que la libido de la representación lcc (amor al padre) al pasar al sistema Prcc – Cc se trasmudaba en angustia directamente (lo que es placentero para un sistema no lo es para el otro, pensaba). Llega a la conclusión de que en la histeria el órgano del cuerpo es contrainvestido desarrollando los síntomas conversivos; y en la neurosis obsesiva es contrainvestido un elemento opuesto a la representación inconsciente (véase más adelante, formación reactiva). Observa por ello que la represión propiamente dicha correspondería a este renovado intento de sustraer la investidura de una representación prcc o cc que se invistió a partir de la asociación con la icc primordial y, a partir de esta sustracción, tomar esa energía para realizar una contrainvestidura para que no se manifieste lo icc primordial.

Plantea que, dado que la pulsión insiste, lo reprimido tenderá a hacerse presente. El *retorno de lo reprimido* será entonces el causante de la formación de síntomas (op. cit.).

Diremos finalmente de lo anterior que, en una concepción más acabada del síntoma, Freud (1917) en su 22ª conferencia titulada *Algunas perspectivas sobre el desarrollo y la regresión* de sus *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, dice al respecto:

“los síntomas neuróticos son el resultado de un conflicto que se libra en torno de una nueva modalidad de la satisfacción pulsional. Las dos fuerzas que se han enemistado vuelven a coincidir en el síntoma; se reconcilian, por así decir, gracias al compromiso de la formación de síntoma. Por eso el síntoma es tan resistente; está sostenido desde ambos lados” (op. cit., págs. 326- 327).

Aclara en esta conferencia que cuando la libido no encuentra satisfacción en una acción permitida por el yo sufre una tal regresión a satisfacciones perversas (esto ya lo había dicho desde sus *Tres ensayos*) en el lcc, posible debido a la fijación de la libido, donde son deformadas de acuerdo a los mecanismos de desplazamiento y condensación. Ofrece la explicación de que las mociones pulsionales que aún insisten en satisfacerse (producto de que operan bajo el *principio del placer*) resultan contrainvestidas por representaciones elegidas por el yo pero que tienen una asociación con las inconscientes, resultando en un compromiso entre el yo y la libido insatisfecha. Por ello Freud menciona que el síntoma sería sustituto de una actividad sexual del pasado (fantasías, actos perversos, experiencias infantiles eróticas en general) a través de vías regresivas y como formación de compromiso con el yo defensivo (op. cit.).

- *Más allá de 1920*

Solo nos queda citar de paso algunas modificaciones sustanciales que hizo Freud a su tónica del aparato anímico y su nueva clasificación de pulsiones para entender completamente su concepto más consumado de *síntoma neurótico*.

En *Más allá del principio del placer*, Freud (1920) pone a prueba sus elucidaciones sobre el imperio del principio del placer y observa que las neurosis traumáticas escapan por entero a esta premisa, ya que se someten a una tal *compulsión a la repetición* (repetición del trauma en el sueño, por ejemplo) que él observa con mucho atino en el ejemplo del juego *fort-da*, una acción repetitiva de un niño que tras la partida de su madre utiliza un carretel atado para aventarlo y desaparecer simbólicamente a su madre exclamando “oooo” (del alemán fort = se fue) e inmediatamente jalando el cordón para reencontrarse con el objeto/madre perdido diciendo “da” (aquí está). Formula la hipótesis de que tal repetición sería originada por las mociones pulsionales inconscientes agresivas hacia la madre, de una situación displacentera (retirada de la madre) que se evoca a razón de controlarla activamente, al contrario de cómo se vivió, es decir, de forma pasiva

(como en los traumas de guerra, accidentes catastróficos, etc.). Explica que las defensas del yo, al servicio del *principio del placer* tratarían de reprimirlas para no causar dicho displacer (que se tolera con el *principio de realidad*, que se pretende en última instancia en la terapia) pero dada su intensidad el displacer generado en la primera parte trataría de ser disfrazado y opacado por el placer generado en la segunda (el retorno del juguete/madre), es decir, el individuo no está gobernado por el principio del placer sino que parecería que el displacer también tendería a manifestarse y no solo una, sino repetidas veces.

En este trabajo Freud (op. cit.), admite que esta repetición, mejor llamada compulsión, que atañe a personas neuróticas y “normales”, se observaría en los llamados “cruels designios del destino”, “el eterno retorno de lo mismo”, como en las relaciones personales o amorosas que terminan siempre en tragedia. En la terapia, la ubica en la neurosis de transferencia que representaría también una tendencia a repetir el pasado y haciendo que el propio analista figure en él.

Después de algunas hipótesis y reflexiones, Freud (op. cit.), introduce a la *pulsión de muerte* como la responsable de tal compulsión. Aquí el autor hace una nueva clasificación: las pulsiones sexuales y yoicas conformarían las pulsiones de vida, y se encargarían de formar cada vez más lazos y nuevas unidades (a la más pura forma de las células) utilizando la ligazón libidinal; por otro lado, las pulsiones de muerte, tratarían de retornar a un estadio anterior a la vida, un estado inorgánico en el que las tensiones se reduzcan a cero, lo que representa un *principio de nirvana*. Aquí descubre un nuevo carácter de toda pulsión en general, la de volver a un estado anterior. La diferencia radicaría en que la pulsión de vida o *Eros* regresaría a una forma de satisfacción de antaño para tratar desde ahí seguir obteniendo placer, necesario para conservar la vida y la especie (con la reproducción). Lo interesante es que el autor prevé que los fenómenos psíquicos se desarrollarían ante una tal mezcla entre ambos tipos de pulsiones en tal manera que susciten los aciertos y desavenencias de la vida humana. Freud encontraría en la repetición una característica de la insistencia de la pulsión por satisfacerse, pero su carácter compulsivo estaría más allá del principio del placer.

Pero este análisis lleva a Freud a una ideación mucho más rica, pues después de estos descubrimientos ya no puede sostener por completo la tesis de la primera tópica Icc- Prcc- Cc. Freud (1923) observa en *El yo y el ello* que el yo no sólo comunica con los estímulos externos e internos a través de la percepción, y de la evocación de recuerdos. Más allá de esto, plantea que el yo es la sede de los mecanismos de defensa, de los que el sujeto no tiene la menor idea y por tanto el yo también tiene un sustrato inconsciente, por lo que el conflicto psíquico no puede seguir manifestándose directamente entre tendencias inconscientes y conscientes. De esta manera, Freud presenta al *ello* como una instancia arcaica que contiene todo aquello inconsciente del sujeto, filo y ontogenéticamente hablando. Para él, lo inconsciente no solo sería lo reprimido o lo latente, sino la carga instintiva con que nacemos, el hogar de las pulsiones y del reservorio principal de libido. El yo se formaría a partir del ello por la necesidad de atender a los fenómenos de la realidad, que pueden satisfacer sus necesidades y como producto de la inserción gradual en la sociedad.

En este mismo escrito continúa explicando que la inserción en la sociedad se logra a partir de la educación parental y del paso por el complejo de Edipo. La moral, que la entiende como un derivado de la *castración* y la *ley de prohibición del incesto*, dejaría sus restos, a modo de sedimentos, en la psique del sujeto, derivando del yo una instancia llamada *superyó (ideal del yo)* sede de todos aquellos reproches que nos alejan de las “malas acciones” y que muchas veces se manifiesta como sentimientos de culpa. Sin embargo, a Freud no se le pasa que si la educación parental fue muy severa, el superyó como heredero del complejo de Edipo, también lo será, atormentando al sujeto. El superyó también lo define como aquella identificación o ideal que sigue el infante de ser como el padre, o como la madre en el caso de la niña, y con lo que mide su yo en la edad adulta para obtener el amor y reconocimiento de los demás (que obtenía antaño por ser simplemente *su majestad, el bebé*). Aquí también Freud recupera la idea de la bisexualidad primordial y le da un lugar en tanto también existe en el varón un vínculo amoroso con el padre y uno hostil contra la madre y viceversa en la niña,

que al final se reprimen o subliman para identificarse con el sexo que biológicamente les corresponde (op. cit.).

Freud (op. cit.) llega a la conclusión de que el ello sería totalmente inconsciente tratando de satisfacer las mociones pulsionales de Eros y de muerte; el yo tendría una parte inconsciente al servicio de las defensas, y otra preconscious y consciente que comunicaría con el exterior a través del sistema percepción- consciencia, regularía las relaciones entre lo externo y lo interno, la motilidad y la satisfacción de la libido sexual sublimándola en libido desexualizada, que utilizaría en actividades como el trabajo, el pensamiento, etc.; finalmente el superyó sería la instancia parental interiorizada, con nexos tanto inconscientes (sentimiento de culpa/ necesidad de castigo/ masoquismo: como acción “silenciosa” de la pulsión de muerte) como conscientes (moralidad) que actúa sobre el yo tiranizándolo como imperativo categórico. Para el asunto del superyó, Freud también indica que la ganancia de la enfermedad sería también un ejemplo de las mociones autopunitivas del sufrir aparentemente sin razón alguna pero que representa un castigo paradójicamente placentero.

Finalmente, Freud (op. cit.) resuelve que las pulsiones de vida y muerte tienen consecuencias en el curso psíquico normal y se corresponde con una mezcla más o menos equilibrada entre estas dos tendencias. Expresa que cuando el yo logra dirigir esta mezcla pulsional derivada de ambas instancias aledañas, el ello y el superyó, se dice que no hay conflicto y por ello es casi imposible observar por separado ambas pulsiones. Sin embargo, puntualiza que las neurosis y otros trastornos graves serían consecuencia de una *desmezcla* de pulsiones, donde una puede sobrepasar sus investiduras a costa de la otra, por lo cual pudo deducir su contraste. El orgasmo es el fenómeno que expone como ejemplo, en el cual la tensión sexual se descarga en gran parte, en cuyo caso a falta de Eros sobreviene la pulsión de muerte trasmutando el placer en dolor, aspecto que sitúa en la perversión sádica (pulsión destructiva: pulsión de muerte vuelta hacia el exterior) en mayor intensidad a diferencia del dolor erotizado de las tendencias sadomasoquistas en un neurótico “usual”, donde hay placer y dolor simultáneos.

Por ello, Freud piensa que una descarga total del Eros puede causar la muerte psíquica.

Para apreciar mejor la relación entre los dos tipos de pulsiones y la nueva tónica, dejemos hablar al autor y después pasemos a nuestras últimas reflexiones para aterrizar en el síntoma. Freud (1940) dice en su *Esquema del Psicoanálisis*:

“Ni hablar de que se pueda circunscribir una u otra de las pulsiones básicas a una de las provincias anímicas. Se las tiene que topar por doquier. Nos representamos un estado inicial de la siguiente manera: la íntegra energía disponible de Eros, que desde ahora llamaremos libido, está presente en el yo-ello todavía indiferenciado y sirve para neutralizar las inclinaciones de destrucción simultáneamente presentes. (Carecemos de un término análogo a «libido » para la energía de la pulsión de destrucción). En posteriores estados nos resulta relativamente fácil perseguir los destinos de la libido; ello es más difícil respecto de la pulsión de destrucción. Mientras esta última produce efectos en lo interior como pulsión de muerte, permanece muda; sólo comparece ante nosotros cuando es vuelta hacia afuera como pulsión de destrucción. Que esto acontezca parece una necesidad objetiva para la conservación del individuo. El sistema muscular sirve a esta derivación. Con la instalación del superyó, montos considerables de la pulsión de agresión son fijados en el interior del yo y allí ejercen efectos autodestructivos. Es uno de los peligros para su salud que el ser humano toma sobre sí en su camino de desarrollo cultural. Retener la agresión es en general insano, produce un efecto patógeno” (op. cit., pág. 147).

Y respecto a la libido sigue:

“Es difícil enunciar algo sobre el comportamiento de la libido dentro del ello y dentro del superyó. Todo cuanto sabemos acerca de esto se refiere al yo, en el cual se almacena inicialmente todo el monto disponible de libido. Llamamos narcisismo primario absoluto a ese estado. Dura hasta que el yo empieza a investir con libido las representaciones de objetos, a trasponer libido narcisista en libido de objeto. Durante toda la vida, el yo sigue siendo

el gran reservorio desde el cual investiduras libidinales son enviadas a los objetos y al interior del cual se las vuelve a retirar, tal como un cuerpo protoplasmático procede con sus pseudópodos. Sólo en el estado de un enamoramiento total se trasfiere sobre el objeto el monto principal de la libido, el objeto se pone en cierta medida en el lugar del yo” (ibídem, págs. 147-148).

Uniendo lo anterior a los discernimientos sobre la investidura libidinal:

“Creemos discernir que la energía nerviosa o psíquica se presenta en dos formas, una livianamente móvil y una más bien ligada; hablamos de investiduras y sobreinvestaduras de los contenidos, y aun aventuramos la conjetura de que una «sobreinvestadura» establece una suerte de síntesis de diversos procesos, en virtud de la cual la energía libre es traspuesta en energía ligada” (ibídem., pág. 161).

Observemos de paso que ahora el yo es considerado por Freud como sede del reservorio de libido.

Entonces ¿cómo se formaría un síntoma en tales circunstancias ateniéndonos a los vericuetos pulsionales de la vida anímica? Veamos cómo lo explica Freud en el siguiente apartado.

- *Inhibición, síntoma y angustia* (1926)

Resumamos los conceptos más importantes que encontramos en torno a la investigación sobre el síntoma antes de avanzar más. A mí consideración son los siguientes: neurosis (de histeria, obsesiva, fóbica), represión (defensa), angustia, fantasía, sexualidad infantil, pulsiones (parciales; de vida y muerte), libido, deseo, desplazamiento y condensación, investidura y conrainvestadura, placer- displacer, lcc- Prcc- Cc (primera tópica), ello- yo- superyó (segunda tópica), complejo de Edipo, ganancia de la enfermedad, formación (sustitutiva, reactiva, de compromiso), compulsión a la repetición.

Todo este anudamiento histórico y teórico habrá sido necesario para comprender la naturaleza del síntoma tal y como lo queremos concebir en este apartado, lo que nos aportará las herramientas suficientes para analizar y ajustar a nuestro criterio las modificaciones que se le hicieron a la teoría después de que Freud sembrara con mucho ingenio las bases y relaciones con los más diversos e interesantes fenómenos de la psique humana.

Sin más dilación, ubiquemos las elucidaciones del texto póstumo que versa sobre el síntoma y otros fenómenos de igual o mayor importancia. Hay que aclarar que este apartado compete por entero a este texto a menos que se indique lo contrario.

Inhibición, síntoma y angustia es un texto donde Freud (1926) intenta aclarar las relaciones entre estos tres conceptos fundamentales. Digamos rápidamente que entiende por *inhibición* una restricción de una función del yo y un *síntoma* una modificación en extremo considerable de dicha función o de varias, que expresa a su criterio, un carácter patológico en la neurosis. Observa, sin embargo, que una inhibición también puede fungir como un síntoma. La *angustia* por su lado la ligaría a la inhibición al observar que cuando surge la primera, la segunda puede desarrollarse. En la inhibición del deseo sexual es donde nota especialmente en la histeria una angustia que aparece durante el acto sexual, cuya consecuencia sería explicada por el autor como una desviación de la libido de la función sexual con su consecuente sensación de disgusto o asco.

Siendo así, Freud (op. cit.) indica que una inhibición puede ser de dos tipos: específica o general. Es “específica” cuando su intención es muy concreta. Cuando un órgano queda inhibido, dice, se debe a que se erotiza, es decir, eleva su libido, y sufre una inhibición en su funcionamiento, como cuando se inhibe la capacidad de escribir o andar. El sentido de estos fenómenos es vital para Freud, incluso lo ejemplifica con el caso de la fobia, cuando se evita pisar la “madre tierra” (en la agarofobia, por ejemplo) se repara en no tener un conflicto con el ello, para evitar reprimir de nuevo un deseo incestuoso prohibido. A Freud no se le pasa que con el superyó también la instancia yoica tiene que lidiar, pues un sujeto bien

puede autocastigarse no haciendo un mérito laboral que le puede dar éxito o provecho, es decir, renuncia a esa función, la inhibe, para no tener problemas con el superyó. En estos casos, para él una *inhibición específica* es aquella que procura prevenir un conflicto con otras instancias del aparato psíquico.

Por su parte, una *inhibición general* la explicaría como aquella que se manifiesta cuando un sujeto realiza una función mental que gasta gran cantidad de libido, como cuando atraviesa un duelo o reprime constantemente fantasías sexuales prohibidas. Su hipótesis sería que como su gasto de energía libidinal es tan excesivo, se ve forzado a restringir este gasto en muchas otras funciones. La depresión y la melancolía seguirían, a su entender, este tipo de inhibiciones (a comer, a salir, a cuidarse, etc.) (op. cit.).

En este escrito, Freud (op. cit.) llega a la conclusión de que la angustia puede actuar como una señal que pretende desviar la carga libidinal de la pulsión y finalmente reprimir la representación inconsciente indeseada (y no como pensaba antes, que la libido se transmutaba en angustia directamente). A este tipo de angustia la llama *angustia señal*. Sin embargo, percibe que a veces esto no se realiza perfectamente, por lo que argumenta que la pulsión se manifestaría de forma desplazada, disfrazada e inhibida. Esta acción sustitutiva de moción pulsional, menciona, no es placentera, por lo que continúa manifestándose de forma compulsiva. Esta vía alternativa es lo que él identifica como *formación de síntoma*, pues éste se formaría a partir del fallo de la represión sobre la moción pulsional y ahora se manifestaría deformada y displacentera. De lo anterior, infiere que la represión también actuaría cuidándose de que tal sustitución no se manifieste en la acción: el yo justamente estaría al servicio de la realidad externa y del control de lo que deviene consciente.

Freud (op. cit.) da cuenta de que el síntoma es un producto del conflicto defensivo, pero no es propiamente del yo. Es un “extraño” que hace mella en el aparato psíquico y como tal puede asociarse con otros elementos para provocar caos. Dado lo anterior aclara que la lucha del yo contra la pulsión sigue en la lucha contra el síntoma.

Freud (op. cit.) continúa explicando que cuando el yo actúa para restablecer la homeostasis en el aparato psíquico ocurre muchas veces que procura obtener ventajas del síntoma. Pasado cierto tiempo, el yo crea lazos de conciliación, por así decirlo, con el síntoma y este pasa a ser admitido por el yo, ya sea que el síntoma responde a las demandas del superyó o para impedir una satisfacción real de la pulsión en el mundo exterior. Este fenómeno es considerado por el autor como una *ventaja secundaria de la enfermedad* porque representa una forma en que el yo puede conciliar las demandas del ello y el súper yo, es decir, aunque el sujeto aparentemente sufra, en el fondo le otorga satisfacción a diferentes demandas, como ocurre en los síntomas histéricos.

Otra posibilidad la observa en la neurosis obsesiva donde el yo aprovecha los síntomas de la higiene, la escrupulosidad y la moral como características que elevan el narcisismo de dichos neuróticos para creerse mejores personas que los demás. Esto lo relacionaría con los delirios de grandeza del paranoico (op. cit.).

Sin embargo, Freud (op. cit.) sigue puntualizando que la pulsión insiste en satisfacerse en el síntoma que aún sigue representándola (pero que no obtiene placer por su deformación causada por la represión) y advierte que de no ser así el yo acogería el síntoma de manera definitiva. En su lugar, aparece la angustia para intentar reprimir o desviar el impulso de nuevo. Esto representaría para Freud una lucha secundaria contra el síntoma que se manifestaría de manera diferente en cada neurosis.

Freud (op. cit.) ejemplifica lo anterior con la fobia de Hans a los caballos en el caso de la histeria de angustia. Descubre en análisis que la moción pulsional es un intenso odio al padre, fruto del complejo de Edipo, pero esta representación sería reprimida a causa de la angustia. De acuerdo a su hipótesis, esta angustia representaría una angustia más esencial: la angustia de castración (miedo a que el caballo muerda sus genitales = miedo que el padre lo castre). Por ello se crearía la inhibición a salir a la calle para evitar la aparición de la angustia.

Para el padre del Psicoanálisis, el síntoma en la fobia de Hans es el *desplazamiento* que sufre la representación del padre de Hans por el caballo. Deduce que la moción hostil es trastornada contra la propia persona de Hans (vuelta contra la propia persona) por la angustia de castración que desencadena la imagen del caballo que no es otra que la desfigurada de la del padre castrante, angustia arcaica que se activaría debido al paso por el complejo de Edipo. Resumiendo: el desplazamiento es el síntoma, la angustia es la reviviscencia de la angustia de castración y la represión del *ser castrado por el padre* es el resultado (op. cit.).

Aunado a lo anterior, el deseo hostil no sería el único que se impondría, pues Freud (op. cit.) esclarece que Hans también expresa un deseo de tierno amor hacia su padre. La conflictiva quedaría expuesta entonces entre este deseo tierno y el hostil, lo que Freud llama *ambivalencia*. El mismo complejo de Edipo, dice, se resuelve “normalmente” cuando el deseo tierno se sobrepone al agresivo. La fobia sería en este caso la solución a esta conflictiva pulsional, con la creación del síntoma (desplazamiento), y por lo tanto como *neurosis infantil*.

A estas alturas del texto, Freud (op. cit.) llega a una agudísima conclusión: la angustia origina la represión (y no al contrario como antes pensaba). Con la señal de angustia, explica, que no es más que un pequeño monto de la angustia antes experimentada, el yo se defiende para no experimentar la angustia que se percibe como expectativa real. Esto hace pensar a Freud que el peligro no proviene de la satisfacción pulsional en sí (como se creía antes, que lo reprimido debía ser algo insoportable o displacentero para la persona) sino de la consecuencia de ésta en la vida real (la castración). A su parecer, en la fobia se proyectaría un peligro en el exterior para poder escapar de él, ya que si se mantuviera consciente el deseo agresivo o libidinoso no se podría escapar del peligro interior que supondría saber que se va a ser castrado por el padre. Es más fácil para Hans escapar del caballo, en todo caso.

Este ejemplo debe reservarse para el caso de la histeria de angustia (fobia). Siguiendo con el asunto del síntoma, Freud (op. cit.) opina que éste se crea a

partir de cierta represión de lo que insiste en manifestarse, que representa en realidad algo que ya había sido reprimido (fantasía, deseo, etc.), en lo cual figura lo que él llama *retorno de lo reprimido*. La consecuencia que él encuentra es que este retorno se manifiesta de forma *sustitutiva* o de forma *reactiva*. De forma reactiva cuando el conflicto cede más al lado de la defensa y de forma sustitutiva cuando se aboga por la satisfacción del impulso.

En la *neurosis obsesiva* Freud (op. cit.) encuentra una preferencia a la defensa súper yoica, la cual mantiene reprimidos los impulsos sexuales y destructivos. De acuerdo a sus elucidaciones, los síntomas obsesivos que se realizan de forma compulsiva llegan pronto a ser una fuente de satisfacción sustitutiva, dado que el yo tiende a la síntesis y el equilibrio. La frustración se vuelve placentera por el bien de todas las instancias psíquicas. De lo anterior se desprende que las neurosis obsesivas estén al servicio de la formación reactiva como principal mecanismo de defensa, dado que los impulsos derivados del ello no se acepten por el superyó, el cual se constituye con gran severidad en este tipo de neurosis. Freud observa que la regresión a la etapa sádica- anal es visible en el análisis de esta neurosis porque hay una desviación de la satisfacción de expulsar y retener las heces, manifestándose en el desarrollo de conductas moralistas, ahorrativas y rígidas como formaciones reactivas.

Freud (op. cit.) propone dos caminos más por los cuales se manifestaría la neurosis obsesiva: la *anulación de lo acontecido* y el *aislamiento*. La primera consiste en realizar una acción que apunta a la defensa contra la moción y después realizar otra que anule a la primera (como cuando se hace un halago a una persona e inmediatamente después se dice “pero...” enunciando un prejuicio que le quita rigor al primer acto); la segunda apuntaría a una represión del afecto que conlleva una idea, fantasía o acción que deviene consciente y vivirla aislada, sin asociación con otros aspectos relacionados y sin sentir nada particular al respecto (los pacientes refieren pensar cosas terribles pero no sentir nada al respecto y resistiéndose a la asociación).

A la luz del pensamiento freudiano, la neurosis obsesiva recurriría a los ceremoniales de expiación para escapar al castigo del superyó, instancia que representa la figura parental y, por tanto, encargada de ejercer la castración, por lo que el sujeto encontraría en su formación reactiva una manera de resarcir la culpa por sus deseos incestuosos y agresivos. Por el contrario, la histeria respondería sustituyendo la satisfacción pulsional, encontrando en el síntoma conversivo la forma de satisfacer la pulsión de forma simbólica (recordemos la fantasía inconsciente que está de por medio) (op. cit.).

Como conclusión, Freud (op. cit.) refiere que el síntoma intenta resolver entonces tanto las demandas defensivas como las que insisten en satisfacerse y más aún sirven para evitar un peligro que se vive como real o inminente y para ello el yo se sirve de la angustia para activar su defensa ante mociones pulsionales que puedan suscitar dichos eventos angustiosos. El síntoma, de acuerdo a él, se formaría por las vías de desplazamiento, condensación y conversión, y su función expresar la moción pulsional y satisfacerla de forma sustitutiva, reactiva o mantenerla en equilibrio.

La *angustia señal*, continúa exponiendo, es una reproducción menor de una angustia anterior de mayor magnitud: el nacimiento. Observa que la angustia en el nacimiento sobreviene cuando el recién nacido necesita de otro que anteriormente no era percibido porque era parte de él (la madre). Su desvalimiento, dice, es evidente, porque da cuenta de que ahora debe respirar por su cuenta y rogar (gritar) por atención y cuidado. De esto deduce que las mociones pulsionales llegan a tal tensión que producen displacer. El nacimiento, para Freud, será el arquetipo de la angustia, porque durante el estado angustioso se vuelve a experimentar este desamparo biológico y psíquico, cuestión que Freud encuentra también en las neurosis de guerra donde las tensiones superan el umbral y no hay manera de defenderse del trauma psíquico que se repite, sobre todo en el sueño (op. cit.).

Este desamparo implica para Freud (op. cit.) una huella que se asocia después a la desaparición de la madre, que es la que colma las necesidades del

niño y le procura cuidado. El aumento de tensiones de displacer como al hambre, la soledad y el extrañamiento de la madre es aquello que a juicio del autor causa una angustia terrible al niño. La angustia señal posteriormente sería una especie de conquista del sujeto sobre su conservación, porque previene caer en este desvalimiento con una señal para que el yo pueda actuar para evitar una angustia mayor, traumática y automática como la del nacimiento.

Aquí Freud (op. cit.) llega a una nueva conclusión: la angustia de castración en la etapa fálica sería entonces una reproducción de la separación con la madre, a la vez que el pene castrado representa que la única forma de unirse con una madre sustitutiva (la pareja) a través del coito estaría imposibilitada. Por ello, la angustia siempre seguiría este principio de acuerdo a la etapa que curse el niño: la angustia ante el desvalimiento psíquico en los neonatos; la angustia de pérdida de objeto en los primeros años de la niñez; la angustia de castración en la etapa fálica; y la angustia a las demandas del superyó en la etapa de latencia.

De esta manera Freud (op. cit.), manifiesta que la angustia cambia con el paso del tiempo y en el hombre llamado normal la angustia de periodos infantiles de antaño ya no tiene efecto alguno en el presente, han quedado superados. Sin embargo, a Freud no se le pasa el hecho de que para la gran mayoría de neuróticos que abarca nuestra sociedad actual, muchos de estos peligros infantiles encuentran su efecto trasmudado en el síntoma y por ello la angustia neurótica parece desmedida e inadecuada porque no damos cuenta de su sentido oculto. Para Freud la angustia de castración será aquella de más importancia, porque los anteriores tipos de angustia (de nacimiento y de separación del objeto) se viven como *angustia real* que se conquista tras obtener el cariño y protección de los padres. La angustia de castración surgiría de la fantasía del niño porque en realidad la castración no es real (en un sentido estricto) sino que el niño inconscientemente prevé que podría ser una consecuencia de la rivalidad con el padre hacia sus deseos incestuosos. Justamente lo que Freud propone es que la formación de síntomas es una forma de evitar el peligro que supone dar rienda suelta a las pulsiones del ello. En este aspecto, la pulsión no es peligrosa por sí

misma, sino que el yo prevé que al satisfacer sus demandas habría un peligro inminente como lo es la castración. Freud encuentra que la angustia señal servirá a propósito de reprimir dichas pulsiones, inhibirlas en su fin, procurar que permanezcan en el ello o que por otra vía encuentren satisfacción (como en el caso de regresión, formaciones reactivas, aislamiento, vuelta contra sí mismo, etc.).

Para Freud (op. cit.), la angustia es una reacción contra un peligro, sea este interno (pulsional) o externo (real); puede ser una señal del yo para evitar una angustia traumática como repetición de un peligro de antaño, o bien, devenir en ataque cuando las excitaciones producidas por el peligro ponen al sujeto en una situación de desvalimiento, similar a las del niño pequeño ante el displacer producido por no tener la capacidad de descargar estas excitaciones y sobre todo porque supone una separación (en la niñez explícita, y en la adultez implícita y desviada) con la madre.

El síntoma, a su juicio, trataría de evitar la repetición de los eventos traumáticos y la angustia respectiva porque a través de la señal de angustia se prevería el retorno de lo reprimido y su consecuente desfiguración por un fallo de la represión en alguno de los aspectos de la pulsión (la representación o el afecto) manifestándose de forma sustitutiva en la histeria, reactiva en la neurosis obsesiva, o en forma de compromiso, satisfaciendo al mismo tiempo las demandas del ello y del superyó paradójicamente (op. cit.).

De esta manera, Freud (op. cit.) se topa de nuevo con la idea de defensa o *resistencia*. El autor explica que la resistencia se presenta en las tres instancias psíquicas (yo, ello y superyó). Freud indaga 5 tipos de resistencias, de las cuales el yo será la morada de tres de ellas: la represión, la resistencia de transferencia (vínculo con el analista) y la ganancia secundaria de la enfermedad (integración del síntoma en el yo). La resistencia del ello sería a su entender lo que se debe superar en el análisis a través de la reelaboración y es ni más ni menos que el carácter compulsivo y repetitivo de la pulsión que insiste en satisfacerse. La

resistencia del superyó la explicaría como aquella que hace nacer el sentimiento de culpa y representaría una resistencia al éxito personal.

A continuación, encontraremos en la teoría lacaniana que el asunto del síntoma no acaba, y se expande a un nivel más complejo, pero a la vez más rico, que nos introducirá al problema del lenguaje en la problemática neurótica y posteriormente a una concepción psicoanalítica de la enfermedad orgánica.

Lacan: el retorno a Freud a través del significante

Hemos recorrido el desarrollo teórico de Freud, siguiendo la pista tras el *síntoma*, desde su origen hasta sus efectos en la conformación de la psique humana. Como vimos, Freud se sirvió de los conocimientos y teorías de su época para desarrollar su propia explicación del psiquismo humano, y Lacan no fue la excepción (como veremos más adelante) pero, a nuestro parecer, admitiendo que Lacan ofrece una concepción bastante original del psicoanálisis, la planteó sin alejarse demasiado de lo que Freud inició años atrás al abogar por la existencia de aquello que seguimos llamando *inconsciente*.

Tengamos por seguro que no pretendemos, una vez más, de explicar toda la teoría en su conjunto, sino que por ahora nos centraremos en lo más significativo de la enseñanza lacaniana respecto del síntoma. Tengamos presente también que debido a la dificultad de entender la teoría en tan pocas páginas nos apoyaremos de algunos autores que nos permitan comprender mejor.

El objetivo del apartado sigue siendo el mismo: recapitular el desarrollo histórico- teórico del concepto de síntoma en psicoanálisis. Esta vez le toca hablar a Lacan.

Recurramos una vez más a Evans (1997) que en su *Diccionario de introducción al psicoanálisis lacaniano* menciona:

“Lacan sigue a Freud al afirmar que los síntomas neuróticos son formaciones del inconsciente, y que siempre constituyen una transacción entre dos deseos conflictivos. La originalidad de Lacan reside en que entiende los síntomas neuróticos en términos lingüísticos” (pág. 182).

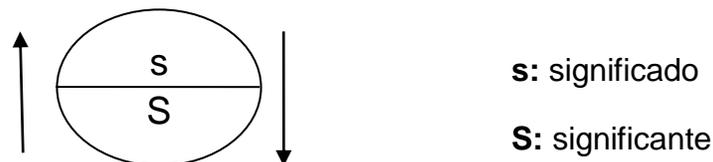
En relación con lo anterior, Lacan (1953) en su escrito *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis* menciona que el síntoma representa un *significante*. Dice específicamente:

“el síntoma se resuelve por entero en un análisis del lenguaje, porque él mismo está estructurado como un lenguaje, porque es lenguaje cuya palabra debe ser librada” (pág. 258).

No perdamos de vista esta característica del síntoma. Veremos que Lacan la retoma de una u otra forma en toda su teoría de diferentes maneras. A nuestro vocabulario se nos ha anexado el término de “significante” para referirnos al síntoma. Describamos primero qué es el significante para Lacan.

De acuerdo a la interpretación de Dor (1994), en su texto *Introducción a la lectura de Lacan El inconsciente estructurado como un lenguaje*, Lacan partiría del discernimiento de F. de Saussure sobre el signo lingüístico. Dor menciona que este último autor entiende al signo como una relación entre un concepto, que parte de cierta abstracción, y una imagen acústica, que entrevé no sólo el sonido físico sino la huella psíquica que nuestro organismo capta en lo sensorial de dicho sonido, llamando entonces *significado* al concepto y a la imagen acústica como *significante*. Ambos estarían en mutua relación.

Dor continúa explicando que el signo saussuriano se representaría de la siguiente manera:



En este texto introductorio, el autor nos manifiesta que el signo para Saussure sería entonces una unidad lingüística y se uniría a otras para constituir los diferentes efectos del lenguaje. Sin embargo, aclara, para Lacan el descubrimiento del inconsciente da cuenta de que esto no es así. Los trabajos de Freud sobre el sueño y cualquier formación del inconsciente referirían, según él, que cualquier significante puede ser independiente del significado (op. cit.).

Recordemos que en *La interpretación de los sueños* Freud (1900) descubre que en el sueño manifiesto se observarían elementos que aluden a otros que pertenecen al contenido latente por vía asociativa.

Siguiendo con las dilucidaciones de Dor (1994) en su mismo texto introductorio, él dirá que, dado que los significantes parecen estar siempre en asociación con otros, Lacan las entendería como una *cadena de significantes*. Refiere que el significante se comportaría, por decirlo así, de manera “privilegiada”, por lo que Lacan propondría un nuevo modelo modificando el de Saussure:

$$\frac{S}{s}$$

Lo que hace básicamente Lacan, a consideración de Dor (op. cit.), es poner al significante arriba con una S mayúscula, para denotarlo con mayor relevancia, y al significado lo pone abajo. Menciona que la línea que los separa justamente aludiría a que estos son independientes uno del otro y dice que los mecanismos que señala Freud en la labor onírica (y en toda formación inconsciente), el desplazamiento y la condensación, Lacan los ubicaría en términos lingüísticos como metonimia y metáfora respectivamente.

Dor (op. cit.), propone un ejemplo simple, el de “beber una copa” es una *metonimia* de “beber vino”. Se ha desplazado un significante (S1: vino) por otro (S2: una copa) permaneciendo el significado de vino como bebida alcohólica (s1) y siendo descartado el significado de lo que es una copa como recipiente (s2). Por

ello Dor menciona que la metonimia es designar un objeto con otro nombre, con cierta relación con el primero, es decir, una nominación por contigüidad.

Para ilustrar la *metáfora*, el autor usa un ejemplo de formación de síntoma. Describe el caso de una señorita que en su noche de bodas experimentó frustración por la impotencia del marido, después del cual desarrolló un síntoma donde temblaba en el intento de escribir. En análisis se descubre que la noche de bodas en la paciente se detonó el recuerdo de varias experiencias, donde el más originario fue el de su padrastro acosándola sexualmente ($\frac{S1}{s1}$), situación ante la que sintió impotencia. Además, recordó otra experiencia donde literalmente ella temblaba ante el episodio psicótico de un hombre, y una más donde esperaba con frustración la respuesta de una carta que tuvo que escribir a razón de dar con su padre verdadero. Dor explica que la escena incestuosa con el padrastro ($\frac{S1}{s1}$), que representa una excitación sexual frustrada (al igual que la de la noche de bodas) tendría relación con el temblor de manos ($\frac{S2}{s2}$), dado que a través de toda una cadena de sucesos decepcionantes y angustiosos conectados metonímicamente, finalmente en el síntoma aparecerían condensados, expresando encubiertamente su deseo incestuoso que le provoca culpa, por lo que el temblor sería la manera de expresarlo sin repercutir en su moral. En este caso, dice el autor, la metáfora es una sustitución significativa porque designa con otro significante toda una situación, en este caso un deseo prohibido. En el ejemplo es una situación que si se llevara a cabo iría en contra de la ley, por lo que la paciente viviría su síntoma de forma pasiva y dirigiendo la cólera que tenía hacia su padrastro contra sí misma, en vez de consumir el acto.

La metáfora y la metonimia, dice Dor (op. cit.), es la forma en que Lacan demuestra la superioridad del significante sobre el significado, y una manera de teorizar lo que Freud trataba de explicar respecto a su tesis del sueño (y de todas las formaciones del inconsciente, incluido el síntoma) como la expresión desfigurada de un deseo de naturaleza sexual. Por ahora, diremos respecto al síntoma aquella famosa frase que en este libro recupera Dor de los *Escritos* de

Lacan (1957), específicamente el texto titulado *La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud*:

“si el síntoma es una metáfora, no es una metáfora decirlo” (pág. 508).

Continuemos abordando el asunto del significante diciendo que aludir a la lingüística nos habla de una dimensión de lo humano, que es lo *simbólico*, es decir, el ser humano como ser parlante y social.

Evans (1997), nos recuerda que Lacan utilizaría el término Simbólico para representar uno de los tres órdenes del psiquismo, siendo los otros dos el orden Imaginario y lo Real. Evans expone el concepto lacaniano de lo Simbólico de la siguiente manera en su *Diccionario introductorio*:

“Puesto que la forma básica de intercambio es la comunicación en sí (el intercambio de palabras, el presente de la palabra), y como los conceptos de LEY y ESTRUCTURA son impensables sin el LENGUAJE, lo simbólico es en lo esencial una dimensión lingüística [...] Lo simbólico es el reino de la Ley que regula el deseo en el complejo de Edipo. Es el reino de la cultura en tanto opuesto al orden imaginario de la naturaleza” (op. cit., pág. 179).

Y continúa:

“El efecto totalizador, omniabarcativo, del orden simbólico lleva a Lacan a hablar de lo simbólico como un universo [...] Una vez que ha aparecido el orden simbólico, crea el sentido que siempre ha estado allí” (ibidem, pág. 180).

Parafraseando estas explicaciones, podríamos decir que lo Simbólico implica que el ser humano vive en un universo lingüístico que le pone límites, leyes, que estructuran su psiquismo.

Por ello, Lacan (1962-1963) en el *Seminario X* dice que:

“un significante es lo que representa a un sujeto para otro significante” (pág. 165).

En relación con lo anterior, siguiendo con la definición de Evans (1997), este autor menciona que:

“Lo simbólico es también el ámbito de la alteridad radical al que Lacan designa como el Otro. El INCONSCIENTE es el discurso de este OTRO, y por lo tanto pertenece totalmente al orden simbólico [...] Mientras que lo imaginario se caracteriza por relaciones duales, lo característico de lo simbólico son estructuras tríadicas, porque la relación intersubjetiva es siempre "mediada" por un tercer término, el gran Otro” (op. cit., pág. 179).

Pero qué significa esta “mediación” del *gran Otro* en una relación intersubjetiva, dual, imaginaria. La respuesta la encontramos en el texto esencial de Lacan (1949) titulado *El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica* donde Lacan plantea que el yo freudiano no sería aquel que mediara con la realidad, sino con una supuesta realidad, imaginaria en todo caso. Esto lo observa en el efecto enajenante que experimenta el bebé de 6 a 18 meses aproximadamente al ver su reflejo en el espejo. De acuerdo a Lacan, en esa etapa de la vida, el bebé ya tiene desarrollado suficientemente su aparato óptico, no siendo así su capacidad locomotora (y en general, su autonomía respecto de los padres). De acuerdo con el autor, pese a esta *fragmentación corporal* que percibe el niño, la imagen en el espejo, es decir, su *imagen especular*, resulta encantadora, pues le otorga una *unidad* y completud que él no posee en la realidad. Para Lacan esta imagen es el *yo ideal*, el narcisismo primario de Freud (Introducción al narcisismo, 1914), y como tal es una imagen, una *imago*, que se le propone al niño como algo virtual aunque él no lo tome así (de aquí el término Imaginario). De acuerdo a la hipótesis de Lacan, esta imago se interiorizaría por un mecanismo explicado por Freud: la *identificación*.

En este mismo texto, Lacan (op. cit.), explica que el niño experimenta su reflejo junto a alguien que le dice que en realidad es él mismo. De acuerdo a Lacan, la madre media en esta experiencia y le dice a su retoño “ese eres tú” (“¡qué bonito niño(a)!”), etc.). La madre, explica, es el primer Otro, “tesoro de

significantes”, que le da su reconocimiento a esa *imagen especular* con la que se identifica el niño. Por ello Lacan dice que el deseo es el deseo del Otro, porque el Otro media y significa esa imagen de acuerdo a su propio deseo, que en el caso de la madre es de que su hijo sea el *falo* anhelado que la complete. Lacan continua explicando que en esta interacción se va formando el yo (*moi*) freudiano que sería para Lacan esta imagen especular í(a) con la que se identifica el niño y que representaría propiamente una identificación con un *otro* imaginario, que abarcaría más tarde no sólo la imagen en el espejo sino al semejante, otras personas importantes con las que se identifica como un *otro* equivalente (por ejemplo, los hermanos), y pone de relieve que así se explicaría lo que Freud (1914) designaba en *Introducción al narcisismo* como el efecto de la investidura de la libido objetal y su retorno como libido yoica. Observemos, dado lo anterior, que esa es la diferencia entre el otro del Imaginario y el Otro de lo Simbólico.

Evans (1997) define al Otro de esta manera:

“El gran Otro designa la alteridad radical, la otredad que trasciende la otredad ilusoria de lo imaginario, porque no puede asimilarse mediante la identificación. Lacan equipara esta alteridad radical con el lenguaje y la ley, de modo que el gran Otro está inscrito en el orden de lo simbólico. Por cierto, el gran Otro es lo simbólico en cuanto está particularizado para cada sujeto” (op. cit., pág. 143).

Y continúa:

“Es la madre quien primero ocupa la posición del gran Otro para el niño, porque es ella quien recibe el llanto y los gritos primitivos de la criatura, y retroactivamente los sanciona como un mensaje particular. El complejo de castración se constituye cuando el niño descubre que este Otro no es completo, que en el Otro hay una FALTA” (Ídem).

De estas definiciones podemos deducir que, si el Otro es particular para cada sujeto, esto podría significar que cada sujeto vive el mundo del lenguaje de diferente manera y por tanto no hay dos historias que se cuenten igual, incluso si experimentan vivencias similares.

Regresando al texto de *El estadio del espejo*, Lacan (1949) menciona que sin la mediación del Otro el bebé se quedaría atrapado en su propia imagen, en el otro, lo cual es un peligro tremendo. Lacan plantea que a pesar de la imagen de completud, el bebé sigue percibiendo su desventaja como ser que nace desvalido a diferencia de muchos animales. Esto le causaría un sentimiento de frustración y enojo, y es la verdadera causa, según Lacan, de la agresión, porque el otro no solo es enajenante sino que se percibe externo, en el mismo lugar que el sujeto, lo cual generaría una intención de destruirlo para que sobreviva su propia unidad, lo que ocasionaría problemas con la realidad exterior, con las normas de la cultura, de la familia, la escuela, etc. Lacan refiere en este escrito que el niño observaría que por sí mismo él no es ideal, tiene que estudiar, desarrollar hábitos y valores que le permitirían ser reconocido por el Otro de nuevo, es decir, debe aceptar las reglas de la cultura para obtener reconocimiento, esto es, que su deseo será deseo del Otro y por tanto perseguirá un *ideal del yo*, el cual Freud (El yo y el ello, 1923) ubicaba en el superyó, como una auténtica zanahoria inalcanzable.

Ahora, para comprender más adelante lo Real en el síntoma, entremos en detalles más complejos. Recordemos que, en *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud (1926) propone al síntoma como aquella formación del inconsciente que evitaría experimentar la angustia de castración. Pues bien, Lacan (1962-1963) en el *Seminario X* analizará este texto y tratará de desarrollarlo con la ayuda de la filosofía y sus propios desarrollos sobre lo simbólico.

Para recuperar lo primordial de este texto nos basaremos en Harari (2007), sin olvidar a Lacan, específicamente en su texto *El seminario "La angustia" de Lacan: Una introducción*, donde rescatemos por entero el *cuadro matricial* que construye en base a las elucidaciones de Lacan un tanto avanzado su seminario:

	<i>Dificultad</i> →		
<i>Movimiento</i> ↓	Inhibición	Impedimento	Embarazo
	Emoción	Síntoma	Pasaje al acto
	Turbación	Acting out	Angustia

Fig. 1. Cuadro matricial de la angustia (Harari, 2007, pág. 48).

Harari (op. cit.), menciona que Lacan sugiere en este seminario que en la matriz se puede ejemplificar la relación entre los tres conceptos de Freud. Desde la inhibición hacia la derecha propone entender cada fenómeno en términos de la dificultad del sujeto para realizar una función; y hacia abajo, indicaría que el fenómeno tiene mayor movimiento, ya sea locomotor o que aluda metafóricamente a éste. De ello, teoriza que la *inhibición* presente menos dificultad y menos movimiento, es decir, el sujeto simplemente evita hacer algo (como Hans, que no salía a la calle). En el adulto, explicaría, la inhibición representaría los restos de una experiencia pasada (la angustia de la fobia al caballo, por ejemplo), un síntoma “puesto en el museo” que en la vida adulta, por ejemplo, un miedo aceptado o rasgos del carácter ante los que no puede uno más que disculparse (“así soy yo, qué le vamos a hacer”). Por ello, dirá Harari, ante una inhibición, generalmente, no se acude a terapia, porque el mismo sujeto le da un significado que considera que “no tiene importancia”. Se necesita más movimiento y dificultad para solicitar un análisis.

Lacan (1962-1963) explica en dicho seminario que el *impedimento* surge cuando el sujeto ciertamente está inhibido, pero porque se topa con algo que no lo deja avanzar, como su *imagen especular* en la que queda capturado, enajenado (como en las discusiones, donde ambos hablan al *otro* pero ninguno escucha, no hay mediación). El *embarazo* implica para Lacan su etimología, “enbaricare”, que aludiría a ponerse detrás de algo para esconderse, es decir, el sujeto detrás de la “bara” o barra, \$ (que como se verá después alude al sujeto barrado o en falta).

Siguiendo hacia abajo, por la dimensión del movimiento, Lacan (op. cit.), ubica la *emoción* como reacción catastrófica, característica que comparte con la angustia, pero no es suficiente para delimitarla.

Harari (2007) explica que Lacan refiere al síntoma como una intersección entre lo que es estar impedido y emocionado, que lo designa como cierta pérdida de la acción volitiva.

Para entender mejor el siguiente término del cuadro matricial, Evans (1997) define en su ya citado *Diccionario introductorio al acting out* de la siguiente manera:

“el *acting out* se produce cuando la negativa del Otro a escuchar hace imposible el recuerdo. Cuando el Otro se ha vuelto "sordo", el sujeto no puede transmitirle un mensaje en palabras y se ve obligado a expresarlo en acciones. De modo que el *acting out* es un mensaje cifrado que el sujeto dirige a un Otro, aunque el sujeto mismo no es consciente del contenido de este mensaje, ni siquiera se percata de que sus acciones lo expresan” (op. cit., pág. 49).

El pasaje al acto, por su parte, lo explica así:

“un pasaje al acto es una huida respecto del Otro, hacia la dimensión de lo real. El pasaje al acto es una salida de la red simbólica, una disolución del lazo social” (Ibídem, pág. 148).

De acuerdo a Harari (2007), siguiendo con su *Introducción* al seminario X, en el acting out hay un impedimento en recordar, pero en la dimensión del movimiento hay turbación por lo que se recurre a la acción sin consciencia. En el pasaje al acto, dice, el sujeto se muestra en una situación embarazosa de la que solo quiere huir, por lo que la emoción le obliga a realizar, también a través de la acción, una retirada intempestiva.

Al respecto, dirá Lacan (1962-1963) en este seminario:

“En su naturaleza, el síntoma no es como el acting out, que llama a la interpretación, puesto que demasiado a menudo se lo olvida, lo que el análisis descubre en el síntoma es que el síntoma no es llamada al Otro, no es lo que muestra al Otro. El síntoma, en su naturaleza, es goce, no lo

olviden, goce revestido, sin duda [...] no los necesita a ustedes como el acting out, se basta a sí mismo” (op. cit., pág. 139).

Y continúa diciendo:

“Es del orden de lo que les enseñé a distinguir del deseo como goce, es decir, que éste último se dirige hacia la Cosa, una vez atravesada la barrera del bien [...] o sea, del principio del placer, y por eso dicho goce puede traducirse como un *Unlust-* para quienes todavía no lo hayan oído, este término alemán significa *displacer*” (Ídem).

Una vez más encontramos nuevos términos: el goce y la Cosa. Entendemos que el síntoma no es un mensaje al Otro sino un goce dirigido a la Cosa.

Nasio (2008) nos ofrece su lectura del goce en *Cinco lecciones sobre la teoría de Jacques Lacan*. El goce lo entiende entonces como aquello que en el síntoma aparece como lo displacentero, lo que duele, lo que se sufre de forma aparentemente innecesaria. En el pensamiento freudiano, dirá Nasio, el goce no aparece con tal designación, pero Lacan lo implementaría tratando de explicar aquello que Freud (El yo y el ello, 1923) mencionaría acerca de la satisfacción paradójica en el síntoma, donde el yo percibe cierta representación como displacentera pero para el ello y el superyó figuraría como un compromiso de sus demandas, satisfechas de forma encubierta. En este sentido la satisfacción paradójica podría encontrarse incluso en el sufrimiento, que implicaría una descarga incompleta, parcial, por lo que, al aumentar la tensión pulsional de nuevo, se repetiría.

Nasio (op. cit.) en su texto *Cinco lecciones* ya citado, entiende el goce como esa energía que mueve el inconsciente, proveniente del cuerpo, que se manifiesta de tres modos, a su consideración: como *goce fálico* (relacionado con las formaciones del inconsciente); el *plus de goce*, que es ese goce residual que se queda en el aparato psíquico para mantener la tensión y volver a aumentarla; y el *goce del Otro* que es un goce hipotético que el neurótico trata de impedir dado que

representaría la descarga completa, es decir, el goce máximo, el acto prohibido del incesto para el niño en la fase Edípica, y que en el obsesivo representaría la muerte y en la histeria la locura. Nasio nos recuerda que este goce supremo es una ilusión, que alimenta el deseo por lo prohibido, pero que no se consuma realmente.

Al respecto de la relación del goce con el placer, Lacan (1999) dirá en una conferencia nombrada *Psicoanálisis y Medicina*:

“¿Qué se nos dice del placer? — que es la menor excitación, lo que hace desaparecer la tensión, lo que más la atempera, es decir, lo que nos detiene necesariamente en un punto de lejanía, a muy respetuosa distancia del goce. Pues lo que yo llamo goce en el sentido en que el cuerpo se experimenta, siempre es del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Indiscutiblemente hay goce en el nivel en que comienza a aparecer el dolor, y sabemos que es solamente a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada” (op. cit., pág. 95).

Y respecto al deseo, prosigue:

“¿Qué es el deseo? El deseo es de alguna manera el punto de compromiso, la escala de la dimensión del goce, en la medida en que, de una cierta manera, permite llevar más lejos el nivel de la barrera del placer. Pero ése es un punto fantasmático, quiero decir, donde interviene el registro imaginario, que hace que el deseo esté suspendido a algo cuya realización no es por su naturaleza verdaderamente exigible” (Ídem).

Respecto a lo anterior, Chemama (2008) explica en su escrito *El goce, contextos y paradojas*, justamente que el deseo queda a merced del significante que engaña, es decir, que en los juegos de metáfora y metonimia algo que se dice puede aludir a otra muy diferente, incluso contraria. Como en el fort-da, menciona, el pequeño utiliza significantes para significar la ausencia, para simbolizarla y poder apropiársela para obtener algo de placer en el juego.

Recordemos que Freud (Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad, 1908) menciona que el deseo se satisface en la alucinación, en las primeras fantasías del niño y en el sueño esencialmente porque el objeto de su satisfacción, de placer, se ha perdido (para siempre) porque la primera satisfacción deja una huella que el sujeto va a tratar de evocar, pero sin poder igualarla jamás. Chemama (op. cit.), observa que Lacan comprende la pérdida, la falta, como aquella que causa el deseo, ese constante anhelar insatisfecho. Para Lacan, nos dice Chemama, si el goce es contrario al deseo es porque trata de poner un objeto para representar la falta (lo que, en la modernidad, la publicidad y la moda nos ofrece a cambio de una considerable inversión).

Evans (1997), menciona que el principio del placer hace que el sujeto goce lo menos posible, pero lejos de ello, el goce es transgresor e insiste en ir más allá del principio del placer, hacia la Cosa.

Respecto a esto, Zizek (2008) nos recuerda en su obra *Cómo leer a Lacan* que el Otro no solo hace presente su deseo en el sujeto, sino que también puede gozar del cuerpo del infante. Menciona que en el niño, justamente, no solo se vuelve presa del deseo del Otro, ser el falo que lo complete, sino también de su goce, del abrazo materno que engulle al niño, sin ninguna ley, que sólo goza de su cuerpo y no da espacio para hacer surgir el deseo. El goce del sujeto, al igual que el deseo como deseo del Otro, sería goce del Otro. Lo anterior lo explica en el comportamiento del adulto, cuando realiza actos que cree hacer por su voluntad, esa voluntad ilusoria que parte del yo (moi), y que en realidad respondería a ese Otro gozante que se complace en observarlo (o así lo “cree” el sujeto), como Dios, el Universo, o todo poder que crea es omnipotente y omnipresente.

Entendamos mejor la cuestión del Otro aquí. En este aspecto, Braunstein (2006) refiere en su texto *El goce: Un concepto lacaniano* que:

“El sujeto, el que Lacan introduce en el psicoanálisis por haberlo oído hablar en él, se produce entonces como función de articulación, de bisagra, entre dos Otros, el Otro del sistema significante, del lenguaje y de la Ley, por un lado, y el Otro que es el cuerpo gozante, incapaz de

encontrar un lugar en los intercambios simbólicos, apareciendo entre líneas de texto, supuesto” (op. cit., pág. 25).

Este autor considera, respecto a las intelecciones de Lacan, que la madre, como objeto incestuoso, aparece desde muy temprano como Otro que se encarga del cuerpo del niño, de atender sus necesidades, de limpiarlo, de hacerle experimentar sus primeras experiencias de placer intenso, en fin, de supeditarle a su deseo, su goce y a su fantasma. Continúa diciendo que, al mismo tiempo, y durante el crecimiento del niño, la madre procura coartar este goce cada vez más, remitiéndolo a lo prohibido y a la castración cuando la función paterna medie para separarlos. Más tarde, dice, a la manera en que lo entendía Freud (Síntoma, inhibición y angustia, 1926), si esta experiencia fue muy placentera, el sujeto tratará de evitar el goce a través de formaciones reactivas en la neurosis obsesiva; si fue displacentera, este goce se ubicará como proveniente del Otro, experimentará asco ante lo sexual pero su propio cuerpo se revestirá de goce en el fenómeno de la conversión, en el caso de la histeria (op. cit.).

Aquí encontraría sentido lo que Harari (2007) advierte respecto al Seminario X en su *Introducción*, en referencia a que la madre entonces se presenta como la Cosa, que Lacan no se refiere a la madre biológica, sino aquella que se muestra como omnipresente, irrepresentable, la que con su presencia hace surgir la angustia del niño porque existe la amenaza del *goce del Otro*, de gozar y unirse con la madre infinitamente y desaparecer como sujeto de deseo. Para Lacan, dirá Harari, la angustia no surge ante la castración, porque piensa que ésta forma parte de la estructura del sujeto, funciona como ley en contra del incesto y el parricidio, y en general lo inmiscuye en las normas de la cultura y la sociedad. La castración la representaría Lacan como $(-\phi)$, como una falta fundante del sujeto que establece la ley. La angustia, nos dice Harari respecto a Lacan, no sería más que la falta de la falta, es decir, que $(-\phi)$ falta y en su lugar ha aparecido algo más: la Cosa. Por ello, Lacan también diría que la angustia *no es sin objeto*. Lo anterior entendido como lo que Freud (1919) ubicaba en su texto *Lo ominoso* como aquello que debiendo haberse quedado en la obscuridad, velado, emerge. La Cosa, dirá Harari (op. cit.),

como aquello que debía mantenerse tras la falta, es decir, tras la castración, aparece representada por un objeto que es extrañamente familiar.

Nos atrevemos a resumir ciertos puntos cruciales para no perdernos. En su dimensión simbólica, el síntoma entrama una metáfora. Para la cuestión de lo real, el síntoma es goce revestido, una tal paradoja que encuentra una satisfacción a través de un semblante, una máscara, que se percibe como displacentera. En la histeria, el goce se dirige a un órgano; en la obsesión hacia las ideas repetitivas, rituales, etc.; en la fobia, se trataría de escapar del goce ubicándolo en el exterior. La dimensión imaginaria tendríamos que ubicarla del lado del deseo, de lo que Lacan llamará el *fantasma*.

Justamente, en el siguiente capítulo nos encargaremos de entender este concepto, ya que el síntoma no solamente es la expresión de un conflicto inconsciente, sino producto de una interacción con el ambiente familiar y social que tendrá consecuencias en la manera en que goza y desea un sujeto. En especial en el niño, esta interacción propone la base de la estructuración de su personalidad, como veremos a continuación, y que más allá de ello, nos ofrece algunas pistas para dilucidar las implicaciones del deseo parental en la enfermedad del infante.

CAPÍTULO 2.- FANTASMA Y FAMILIA

Nos hemos preocupado por entender el síntoma y comprendimos su carácter de compromiso y sufrimiento. Nos enteramos de las vías asociativas que sigue y de su función de prevención de la angustia como aniquilamiento del sujeto, como un goce absoluto.

Es tiempo de seguir, pero ahora lo haremos por una vía que pareciera ser opuesta a la que nos ocupó anteriormente, pero encontraremos que tiene suficiente relación como para darle importancia.

Si algo nos aclara Mannoni (1992) en su libro *El niño retardado y su madre* es que el niño no solo muestra a través de sus síntomas la conflictiva familiar, sino que mucho de ese conflicto proviene de otro lugar. Nos explica que en el caso de niños con “retardo”, el fantasma materno juega un rol importante, pues el nacimiento de un niño “enfermo” colisiona con las expectativas narcisistas maternas (en mayor medida) del niño esperado o deseado. El autor menciona que cuando el niño no cumple la expectativa materna, la madre suele tomarlo como una herida narcisística, es decir que con el niño, al ser una parte de ella y al no coincidir con su fantasía, pierde bruscamente toda señal identificatoria con él y por lo tanto no lo puede reconocer o amar. Esta relación madre-hijo, dice, está cargada de desconocimiento, de muerte, que va a ser disfrazada con un amor excesivo o una búsqueda de justicia e igualdad social implacable.

En este texto Mannoni (op. cit.), expresa que usualmente cualquier hijo no cumple las expectativas en primera instancia, pero con padres suficientemente “normales” esta desilusión se compensaría por otros medios. Aun así, existirían, según él, padres que no soportan adecuadamente este acontecimiento y encausan al niño a cumplir sus propios deseos inconscientes, como resarcir sus errores (o justificarlos, orientándolos a repetir los mismos patrones), de formas diversas y a veces algo torcidas e incluso uno de esos destinos puede ocasionar

la enfermedad, o bien, si ésta es innata o desarrollada en cierto momento, la empeora.

En este punto la frase lacaniana tan famosa que ya conocemos hace eco en nuestros oídos. Cómo entender en este punto que todo deseo es deseo del Otro. Y si es así, cómo se expresa este deseo. El fantasma viene a aclarar este asunto.

***Che voi?* o el deseo del Otro**

Antes que nada, debemos aclarar desde un principio que no se trata esta vez de condenar a los padres, pues esto alimentaría una escena imaginaria, tan cotidiana a nuestro parecer, de hacerlos responsables de las desdichas del pequeño. Por el contrario, debemos pensar que todo padre o madre, abuelo, etc., fue una vez menor, y como una cadena han sido influenciados a su vez por generaciones pasadas. Si hay un culpable, se pensaría en la primera pareja humana, y aun así nos quedaríamos cortos, pues así como el conocimiento y la cultura se han modificado poco a poco, el fantasma de cada miembro familiar también sufre la misma suerte.

Una vez dicho esto, creemos haber desarrollado suficientes herramientas teóricas para entender a continuación la idea del fantasma. Como ya vimos en el Capítulo 1, para Freud (1908) en *Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad* la fantasía es una soldadura entre una acción onanista, de autoerotismo, y una fantasía incestuosa (o destructiva), consciente en su momento y vivida como alucinación, como satisfacción de deseo, y después se tornaría inconsciente, aunque también se manifestaría en los sueños diurnos de forma distorsionada a la manera del fenómeno onírico. También es interesante retomar aquello de que detrás del sufrimiento sintomático, se encuentran diversos fantasmas que se han distorsionado por vías asociativas, ya sea sustitutivas, reactivas o de compromiso.

Laplanche y Pontalis (1985) realizan una lectura del concepto freudiano de *fantasía* en su conocido texto *Fantasía originaria, fantasía de los orígenes, origen de la fantasía*, donde distinguirían una categoría especial: las fantasías originarias o fundamentales, las cuales serían los prototipos generalizados para el ser humano sobre sus orígenes. Explican que la *fantasía de seducción* de un adulto respondería por el origen de la sexualidad; la *escena primaria*, por el nacimiento del sujeto; la *fantasía de castración*, por la diferencia de los sexos. Los autores explicarían que la fantasía originaria estaría unida a la sexualidad infantil en tanto el infante con sus propias teorías y afectos, respecto a su desarrollo libidinal (zonas erógenas, objetos de la pulsión) e intelectual, respondería con un mito o una verdad distorsionada a aquellas preguntas que le intrigan, no solo con una *escena* o imagen, sino con una frase, representando su carácter simbólico e imaginario, como en la frase “pegan a un niño”.

Pero como ya aprendimos anteriormente, Freud (1926) en *Síntoma, inhibición y angustia* considera darle mayor importancia a la *castración*, como aquello a lo que teme el varón hasta tal punto de presentar síntomas (como la fobia de Hans), o en la niña que le da relevancia en tanto tiene lo que se llama *envidia del pene*. En este punto, Masotta (2008) considera en su escrito *Lecturas de psicoanálisis Freud - Lacan* que Freud es un poco misógino en este aspecto, pero que por otro lado Lacan, en su explicación del complejo de Edipo, le otorga a la teoría un sentido más equitativo al complementarla con su concepción de lo Simbólico.

Apoyándonos en este texto de Masotta (op. cit.), respecto a su interpretación de la teoría lacaniana, resulta ser que, en el complejo de Edipo, entre los dos y los cinco años, la madre, que desde el nacimiento de su pequeño encuentra en el hijo anhelado aquello que a ella misma le falta y desea, el falo, se encuentra en una relación dual imaginaria con su hijo. En dado momento sucede que el padre realiza su mediación separando a ambos e instaurando la falta en el hijo, que hasta ese momento se creía el falo de la madre. El niño entra así en el registro simbólico, acata las leyes de la cultura, de la prohibición del incesto, lo

que a final de cuentas es una *castración* del deseo materno, del falo, constituyendo así la falta fundamental de todo ser humano (-φ).

Puntualicemos, como lo hace Massota (op. cit.), que el *Falo* no es el pene, el cual tiene que ver con lo Imaginario, más precisamente con la teoría infantil de que todos los seres humanos tienen pene, que es imposible que falte incluso en la mujer, elevando esta concepción a una ley. El varoncito, menciona el autor respecto a la hipótesis freudiana, al saber que la madre no tiene pene llegará a la conclusión, fantasmática por supuesto, de que se lo han cortado, y el teme así a la *amenaza de castración* por parte del padre, y la niña, continúa explicando, al verse en falta desde el principio, llegará a la conclusión de que la madre, que tampoco tiene, no le otorgó el preciado objeto, lo que la decepcionará y buscará resarcir su falta en el padre, como promesa de un hijo entre ambos y no de la búsqueda de su pene, porque no existe una pulsión genital que busque la unión de los sexos, sino pulsiones con cierta labilidad ante el objeto.

Massota (op. cit.), sigue con su lectura hablando acerca de que el falo tiene su dimensión imaginaria, como objeto separable del cuerpo, y su dimensión simbólica, donde la madre, y gracias a su propio paso por el Edipo, realiza la equivalencia simbólica hijo = falo. Esto, dirá, tiene efectos estructurantes, pues desde la perspectiva del hijo, él es el falo en tanto percibe que la madre lo demanda, él siente que la completa imaginariamente de alguna manera, por lo que comienza a tomar fuerza el fantasma incestuoso. Aclara que aquí la *diferencia de los sexos* no aparece expresa, el hijo cree que todos tienen, incluso una imagen recurrente en él será la de la *mujer fálica*.

Sin embargo, siguiendo con la explicación del autor, el hijo real nunca será lo que desea en el fondo la madre, su deseo se ha vuelto inconsciente y se ha mudado en el deseo de tener un hijo. Massota observa en la obra de Lacan que la madre, como primer Otro, abraza a su hijo, pero “mira siempre hacia otro lado”, se percibe entonces en otro momento como deseante de “algo más”, representando que es Otro en falta (A tachada, en Lacan), es decir que la primera triangulación implica al hijo, la madre y el falo. Después, el padre ejercería su *función paterna* y

castra simbólicamente el *deseo materno*, es decir, impone la *Ley*, la de la interdicción del incesto, de acatamiento a las reglas sociales, lo que representa al hijo como *Sujeto en falta* (\$). El padre ahora se percibiría como el portador del falo, pero no es el falo, sino que lo *tiene*, impone la ley pero él también la acata, él también está en falta (si no es perverso o psicótico, claro). La segunda triangulación se completaría así con la aparición del padre en el lugar del falo. Finalmente, Massota explica que el varón tomaría como su ideal (*ideal del yo*) al padre y buscaría a una pareja con cierta relación asociativa con su madre. La niña también buscará a la madre en su pareja; recordemos que sólo cambió su objeto de amor en tanto descubre que la madre no tiene el falo y ella no lo es, es decir, busca en el padre aquello que no encontró en la madre, pero la madre sigue siendo su primer objeto de amor (op. cit.).

A estas alturas, Dolto (2006) nos recuerda en su texto *En el juego del deseo* que en el complejo de Edipo lo deseable es que el niño haya alcanzado cierto dominio motriz, lingüístico y de reconocimiento de la autoridad de los padres. La entrada al jardín de niños, dirá, será una situación que puede causar angustia si no se ha alcanzado este estado. La autora nos menciona que pueden aparecer fobias si no se atiende rápido y empeora, si los educadores señalan o se burlan del niño, presentará síntomas más graves, como tartamudeo, enuresis, e incluso síntomas psicossomáticos que pueden derivar en la atención hospitalaria. A su parecer, en terapia, puede pasar que los padres se dan cuenta de que muchas de sus angustias de la infancia tienen que ver con las de su hijo, en cuyo caso también habrá que trabajar con los padres por separado.

En conclusión, la importancia del complejo de Edipo entonces se reflejaría en sus efectos sobre el niño para acatar las leyes de la sociedad y para lograr vínculos sanos con sus semejantes y los representantes de la autoridad. Observemos que en la familia es donde se realiza la mayoría del trabajo. El deseo del Otro es lo que haría mella en la vida del infante y estructuraría la del adulto. Lo que no hemos dicho aún es cómo es interpretado este deseo por el infante. Veremos a continuación sus implicaciones.

Recuperemos la cuestión del Otro aquí y desarrollémosla, pues para el niño, como ya se vio, la angustia implica estar frente a lo ominoso, ante la Cosa, que es aquello de la madre, como Otro gozante, que resulta inquietante, que se muestra familiar pero que en el fondo puede ser hostil, como nos decía Harari (El Seminario "La angustia", de Lacan: una introducción, 2007). Zizek (2008) en su ya citado libro *Cómo leer a Lacan*, menciona que para escapar al goce, el niño aboga por discernir el deseo del Otro que está del lado del principio del placer. Esta pregunta, dice el autor, que dirigiría el niño al Otro cuando descubre que él no es el falo que lo completa es *¿Qué me quiere?, Che voi?*, qué es lo que quiere el Otro en mi relación particular con él, y más allá de ello, entonces cuál es mi deseo, de dónde proviene. La lectura de Zizek nos recuerda la hipótesis lacaniana de que estar ante la incógnita "x" del deseo del Otro resulta entonces angustiante porque entonces aparece la Cosa, como incertidumbre siniestra, devoradora. Sin embargo, el sujeto escaparía de la angustia dando respuesta a este deseo. La respuesta, nos recuerda, es el fantasma.

Zizek (op. cit.), nos dice también en este escrito que para Lacan el fantasma escenifica el deseo como deseo del Otro. Sería la única manera de que el niño se presente como objeto de deseo para ese Otro, cosa que no es posible en la realidad. Continúa mencionando que la cuestión no es, por ejemplo, que una niña, al frustrarse por no comer una tarta de frutas, fantasea que la come, sino que al fantasearlo, implica de principio que los padres la miraron comerla, y ella observa que gozan al verla hacerlo. De acuerdo a su lectura, el fantasma cumple esa función en tanto implica una relación íntima con las personas amadas, pero eso sería lo importante, *no hay relación sexual*, como menciona Lacan, porque es imposible (pertenece a lo Real), que dos sujetos que buscan el objeto perdido, incestuoso, se unan sexualmente, dado que ambos engañados, en-amorados, se crean una ficción, que en los adultos, resultaría necesaria para el coito, pero en el fondo, el objeto de deseo, la primera satisfacción, estaría perdida para siempre.

Siguiendo con *Cómo leer a Lacan*, Zizek (op. cit.) nos aclara que es necesario el fantasma para que esta relación pueda darse, escenificarse,

engañarse y obtener placer con ello, en vez de entregarse al goce absoluto y traumático, ya de por sí imposible del incesto. En este primer aspecto, explica, para Lacan el fantasma sería un escape de lo Real, de lo que está más allá del principio de placer, del reconocimiento de nuestra *falta*, y por lo tanto implica engañarnos con la falsa completud que nos ofrece la imagen especular. Representaría la ilusión del yo (*moi*) de que es dueño y señor de sus actos y pensamientos. Zizek menciona que la *realidad*, que no es lo mismo que lo Real, implicaría que el sujeto está dominado por eso que Freud llamaría *realidad psíquica*, y que Lacan retomaría con la idea del fantasma, como aquel que da un guión de fondo, que es desconocido, con el que el sujeto se enfrenta de forma ficticia a la vida cotidiana.

En este mismo escrito Zizek (op. cit.), continúa explicando que existe un segundo aspecto acerca del fantasma. Recordemos que el fantasma es un derivado de aquello que Freud entiende como *fantasía fundamental*, aquella que Laplanche y Pontalis (1985) explican como la escena donde el niño da respuesta a una cuestión del origen de la sexualidad y de su ser.

Esta fantasía fundamental o *fantema* (para Lacan), continuando con Zizek (Cómo leer a Lacan, 2008), justamente se mantiene inconsciente, como *represión primaria*, porque paradójicamente sería aquello Real que el sujeto no podría soportar si se cumpliera, pero que desea, y en tanto lo desea significa que nunca lo conseguirá porque el deseo alude a la falta del objeto y no a su goce. Por ello refiere que el fantasma también representa una mascarada que encubre la falta, es decir, la castración, y que permite mantener la esperanza de la unión con el Otro, de ser el falo que lo complete. Esto explicaría a su entender el hecho de que las personas que se enfrentan a una situación que habían deseado inconscientemente y que se hace realidad, terminan por abandonar la escena, en una suerte de pasaje al acto, cosa que no sucede con el fantasma, hasta cierto punto consciente, implicado en el constante esfuerzo de los amantes por crear un ambiente “romántico” en el acto sexual, sea cual fuere el significado de esto, sin el cual no es posible obtener satisfacción.

Aquí Miller (2007) nos refiere, en un escrito titulado *Dos dimensiones clínicas: síntoma y fantasma*, que en la clínica el síntoma es de lo que se queja y habla más el paciente, pero del fantasma fundamental no dice nada. La esencia del tratamiento, dirá, es justamente que el paciente pueda atravesar su fantasma de manera que no resulte traumático, pero tampoco que repita la ficción con el terapeuta, a menos que se simbolice con ayuda de la *interpretación* y la *escucha*.

Mannoni (1987) nos dice en *El niño, su "enfermedad" y los otros* que en el caso de los niños, el deseo del Otro lo atraviesa desde antes de nacer. La madre, de acuerdo a la autora, le confiere el estatuto de falo a su hijo deseado y le confiere todas sus expectativas futuras, lo carga de un peso que generalmente tiene relación con su propia infancia. Continúa explicando que el pequeño se ve inmerso en un mundo de lenguaje que lo domina, pues tiene que reparar los fracasos pasados de los padres hasta cumplir sus ideales. Por ello, dice la autora, cuando analizamos los síntomas de un niño, irremediabilmente se inmiscuye la historia de los padres, encarnando a ese primer Otro que posteriormente alcanzará una dimensión particular de lo lingüístico y lo cultural. Sin embargo, la autora advierte que la relación del niño con los padres no siempre se entiende por los hechos verdaderos, es decir, que más allá de cómo se desarrolle su infancia, su fantasma se construye en base a hechos que no siempre sucedieron o que, si sucedieron, los transforma de cierta manera acorde a su deseo. La autora admite que esta es la tesis a la que llega Freud cuando se entera de que sus pacientes le mienten con supuestos traumas infantiles y de que Lacan diga que el significante es lo que engaña. Por lo anterior, Mannoni llega a la conclusión de que, tanto lo dicho en dado momento que resulta traumático o causar culpabilidad, y tanto lo no dicho, que hace que el imaginario del niño cree sus propios mitos y fantasmas, puede implicar el origen de síntomas psíquicos o somáticos.

Este fue el caso de Hans que ya habíamos estudiado en el primer capítulo. Mannoni (op. cit.), ofrece en este escrito su lectura del caso de Hans, que sufre superficialmente de una fobia (el síntoma manifiesto), que observan sus padres y Freud, detrás del cual se encentraría una pregunta por su nacimiento, por la

procreación, una respuesta que el padre evita y que la madre llena con mitos y amenazas de abandono. Hans, dice la autora, no puede más que recurrir a otra figura femenina, una sirvienta, con la que puede hablar abiertamente del asunto, por lo que Freud se convertiría con su intervención en ese padre simbólico que le devela el secreto de sus deseos edípicos y agresivos. Pero más allá de ello, Mannoni observa que Freud hace emerger la problemática de cada uno de los padres. Al hacer preguntas sobre lo sexual, los padres quedan en una situación embarazosa que no acaban de responder adecuadamente, pues representaría lo que en realidad los angustia, por lo que su hijo sería el síntoma de sus problemas no resueltos. La madre en particular, bajo la lectura de Mannoni, que deseaba tener a un hijo ingenuo y sin ningún atisbo de "perversión", en este caso, termina por abandonarlo al sentirse excluida del trabajo realizado por su esposo, Freud y Hans mismo. Su deseo era repelido: su hijo como falo ya no era accesible a pesar de sus constantes esfuerzos por no revelar a su hijo su condición y potencial masculino de procreación, lo cual dejaba a Hans con un conflicto de identificación con su padre. Su fobia, concluye la autora, sería la expresión de su angustia ante la incógnita por el deseo del Otro.

Siguiendo con *El niño, su "enfermedad" y los otros*, Mannoni (op. cit.) nos explica que en el caso del *fort - da*, el asunto esencial en el comportamiento del niño es la desaparición de la madre. La madre, explica, desaparece, pero regresa después: si bien su partida es displacentera para el niño, tiene los medios para simbolizar este hecho a través del juego, donde en una suerte de repetición, regocijo y omnipotencia, el niño es capaz de controlar activamente la situación displacentera con la palabra. En este sentido Mannoni dice que la madre se va, pero la palabra queda.

Anclándolo a nuestro conocimiento, podríamos decir que la palabra evita caer en la incertidumbre "x" del deseo materno. En este sentido, Mannoni (op. cit.), nos dice que el fantasma implica esos significantes con los cuales se construye la escena imaginaria donde el niño ocupa el lugar que el deseo del Otro le dicta, en este caso, el de que su madre se deshaga de él y que lo vuelva a encontrar.

Pero aquí entra la cuestión del deseo, porque esas palabras finalmente ¿de quién provienen? Mannoni (op. cit.), responde que el niño utiliza las mismas palabras que su madre, el primer Otro, para significar su partida y su regreso. En este sentido, los significantes lo determinarían, determinan su juego y aun así implica en el acto la aparición de esa madre simbólica, ausente en lo Real pero presente en la palabra. El niño, dice Mannoni, ya no goza del Otro pero puede dar respuesta a su deseo, escenificándolo.

Ahora, podemos hacer una puntualización en todo este asunto de fantasma, porque puede haber riesgo en que se confunda la noción del niño como falo, como fantasma o como síntoma. Rodolfo (1996) en su obra *El niño y el significante Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana* menciona respecto al fantasma, que tiene que ver con el deseo materno donde el niño completa a la madre imaginariamente. Diferente es a su parecer cuando el niño es falizado, pues esto significaría que recibe cierta carga de libido por parte de los padres, aquellos padres que de hecho desean que su hijo sea aquello que ellos nunca pudieron ser, y por tanto el hijo no será como un cacho del cuerpo parental, un objeto parcial de la pulsión (de goce) sino que le abrirá las puertas a encontrar su propio deseo como sujeto constituido. En el fantasma, dice Rodolfo, por el contrario, sí se cumple la condición contraria, es decir, el hijo se toma como una parte de sí, como completando el narcisismo de los padres, donde el niño representaría un fantasma para sus padres, y la relación es de un Otro a un objeto. De igual manera, continúa diciendo el autor, es diferente un síntoma neurótico a que el niño represente un síntoma, que por lo regular es necesario para que la familia deposite sus inseguridades, miedos, o conflictos ambivalentes, incluso provenientes de generaciones anteriores.

Lo que debemos rescatar de esta situación, para el tema del fantasma en particular, es que el deseo del Otro y el fantasma como su respuesta en lo Imaginario tienen efectos en la conducta de los sujetos, la cual a su vez tiene relación con los propios fantasmas de sus padres. Aquí se abre la noción de familia, hogar por excelencia de las primeras relaciones sociales y afectivas. De

esta manera volvemos al principio, como en una banda de Moebius, pero entendemos ahora lo que representa el fantasma, cómo se desarrolla, y porqué es importante considerarlo en toda expresión humana.

En el caso específico de los niños, estamos de acuerdo con Mannoni (1987) en su texto *El niño, su "enfermedad" y los otros*, ya mencionado, cuando dice que:

“todo estudio sobre la infancia implica al adulto, a sus reacciones y a sus prejuicios” (op. cit., pág. 30).

Por lo que:

“el niño tiene que pasar por conflictos que son necesarios para él. Son conflictos identificatorios y no conflictos con lo real [...] no se trata de una situación biológica, o anima, de “lucha por la vida”, sino de una situación imaginaria que poco a poco tiene que llegar a simbolizarse” (Ídem, pág. 29).

Aún con estas observaciones, debemos entender cómo se une el fenómeno fantasmático en la familia con el síntoma, ya que esto nos auxiliará para explicar la situación hospitalaria del niño y lo que se juega en su enfermedad. Justamente, Pichon Rivière nos ofrece una teoría con la cual podemos entender esta relación mejor.

La familia y el portavoz

Evidentemente, a través del concepto del *complejo de Edipo* el psicoanálisis nos abre un camino por el cual podemos estudiar las relaciones familiares a través de la triangulación madre-padre-hijo. En la realidad, podemos observar fácilmente que incluso un abuelo o tía puede fungir como padre o madre.

Sin embargo, hay que puntualizar que, en la actualidad, la teoría se ha expandido a los fenómenos grupales donde, si bien, aun se respeta la triada esencial, se han aportado interesantes observaciones e hipótesis. Tal es el caso de la enseñanza de Pichon Rivière cuya concepción del grupo resulta una

explicación muy útil para entender la dinámica que circula dentro del grupo. El grupo es así estudiado como un todo con sus particularidades, tal y como Freud (1921) propone en su texto *Psicología de las masas y análisis del yo* al considerar que:

“desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social” (op. cit., pág. 67).

Por ello Pichon Rivière (1985) explica en su escrito *Teoría del vínculo* que no debemos conformarnos con las elucidaciones y formaciones inconscientes del paciente. Menciona que debemos analizar, en el caso de la familia, su estructura, porque la estructura patógena del sujeto ha surgido de ella y de cierta manera tienen características análogas.

El autor continúa explicando que la estructura familiar también se puede analizar a través de las interrelaciones particulares entre sujetos. Refiere que el conflicto, desde la perspectiva del sujeto (análisis psicosocial) lo implica a él y a un objeto de amor, y en este contexto Pichon habla de “vínculo” (op. cit.).

Los vínculos familiares, según él, abarcan las principales estructuras neuróticas:

- El vínculo histérico, en el que el sujeto se comunica con el cuerpo y la plasticidad
- El obsesivo, que a través de control y la culpa se interrelaciona
- Y el fóbico, que se dinamiza a través del miedo

Y propone otros tipos como:

- El vínculo depresivo, designado por el sujeto atado a la tristeza
- El paranoico, donde la persecución es clave para entender el comportamiento
- El hipocondríaco, que se traduce en la relación con el otro a través de la enfermedad

- Y el despersonalizado o negado, en el que se niega el afecto o se le atribuye a otra persona (op. cit.).

De acuerdo a lo anterior Pichon (op. cit.), explica que un vínculo puede considerarse normal si se ha diferenciado del objeto, es decir, que el sujeto no mantiene una relación dependiente con él, e incluso ambos podrían tener una libre elección de objeto. Indica que un vínculo patógeno puede implicar en el extremo una simbiosis, una relación parasitaria que consume lentamente al huésped.

Llama la atención que sobre estos temas Pichon Rivière habla más de la psicosis apoyándose de la teoría kleiniana. Klein [citada por Hinshelwood (1992) en su *Diccionario del pensamiento kleiniano*]:

“consideraba que los síntomas simbolizaban las relaciones objetales básicas que daban origen a la angustia [...] analizó a sus pacientes y expuso sus descubrimientos en función de las relaciones objetales del yo que se debate por dominar la angustia” (págs. 547- 548).

Como podemos observar, nos encontramos de nuevo con la angustia y se nos agregan las *relaciones objetales* vinculadas de alguna manera con dicha angustia. Recordemos que Freud (1915) proponía en *Pulsión y destinos de pulsión* que el objeto es aquello con lo que se satisface la pulsión, y que este no es estático, sino que diversos objetos pueden cumplir esta función.

En *Una contribución a la psicogénesis de los tics*, Klein (1925) realiza una primera impresión acerca de un síntoma más o menos común en los niños. La autora explica, entre otras cosas, que este síntoma es originado gracias a tempranas relaciones de objeto, entendiendo por objeto uno u otro de sus padres, que a su vez son representados simbólicamente por otras personas (profesor, amigos, etc.). A su entender, estas relaciones se representarían en diversas fantasías inconscientes descubiertas por su análisis de la vida cotidiana del niño y según ella darían cuenta de la labor psíquica que éste desarrolla al exteriorizar comportamientos agresivos o con un componente de angustia muy marcado hacia

situaciones que recuerdan a eventos traumáticos (*escena primaria*: avistamiento en la infancia de la relación sexual entre los padres; por ejemplo).

Al hablar entonces de relación de objeto Pichon Rivière (Teoría del vínculo, 1985), propone hablar del vínculo que mantiene unido dicha relación y más allá de ello, nos habla de sus particularidades. Como la teoría kleiniana resulta interesante pero no nos atañe en este escrito, la dejaremos de lado para marcar lo esencial que queremos recuperar de la enseñanza de Pichon Rivière para nuestras reflexiones finales.

Entonces, en el tema que nos ocupa, nos sirve de base aquel fenómeno que designa Pichon Rivière (op. cit.), como “patoneurosis”. Este concepto implica para él que, dada una enfermedad orgánica previa, la estructura del sujeto y sus diferentes vínculos familiares podrían darle sentido a su padecimiento otorgándole su particularidad subjetiva y, a su vez, modificarían su vínculo con su enfermedad, como objeto interno, al que le atribuirían características persecutorias, punitivas, entre otras. Tal es el ejemplo que toma el autor, el de la parálisis cerebral, donde el sujeto con cierta disposición hipocondriaca culpa a su cerebro por las deficiencias intelectuales, lo vive como un objeto interno que lo ataca narcisísticamente, por lo que lo niega, empeorando los efectos orgánicos.

Esto podemos relacionarlo con las dimensiones imaginaria y simbólica porque ya hemos visto que cuando se establece un evento traumático en el cuerpo, lo Real, el sujeto puede defenderse poniendo en juego elementos del Imaginario en la relación dual (vínculos) con los otros, sus familiares, entramados en la cadena significativa particular de la cultura, de ese Otro y su deseo enigmático representado en el fantasma, y el síntoma como mensaje y como goce.

Otro recurso que utiliza Pichon Rivière (1985) en su texto ya citado, *Teoría del vínculo*, y que podemos ubicarlo dentro del ámbito imaginario, es su teoría de los roles. El autor parte del estudio de las relaciones de objeto para tratar de explicar en parte el efecto de la transferencia. De acuerdo a él, en la familia cada sujeto adquiere un rol con características particulares que lo ubica como parte

integrante y funcional del grupo y por ello es indispensable, según su hipótesis, que los roles estén bien definidos, porque así se podría mantener la cohesión y la ansiedad equilibradas. Pero advierte que cuando esto no es así, ocurren importantes cambios en la estructura familiar.

De esta manera, en su texto *El proceso grupal Del Psicoanálisis a la Psicología social* (primer volumen), Pichon Rivière (1997) analiza cómo ante un evento de crisis y desestabilización, la familia puede depositar toda su ansiedad en un solo miembro familiar que inconscientemente es el en-cargado y receptor del desequilibrio familiar. A este sujeto enfermo, depositario de la ansiedad familiar, lo llama *portavoz* y, según el autor, adoptaría inconscientemente el rol de *chivo emisario* para que la ansiedad no destruya a la familia completa. Al mismo tiempo, dice, la familia comienza a segregar al portavoz en un intento de desaparecer la enfermedad familiar. Pichon observa astutamente que cuando el portavoz se cura puede suceder que otro miembro familiar cae enfermo “en su nombre” siendo ahora el nuevo depositario. Aclara que estos fenómenos son manifiestos y se pueden observar directamente.

En una explicación más profunda el autor propone un esquema de cono invertido donde la parte superior indicaría dichos elementos manifiestos que él llama *dimensión explícita*. Posteriormente, propone una *espiral dialéctica* en tanto que con la labor analítica y la aportación de la familia se llega poco a poco al vértice, donde se encuentra el motivo de la ansiedad que lo conceptualiza como *dimensión implícita*, donde se encerrarían situaciones *universales*, como ansiedades, miedos, fantasmas, etc., (op. cit.).

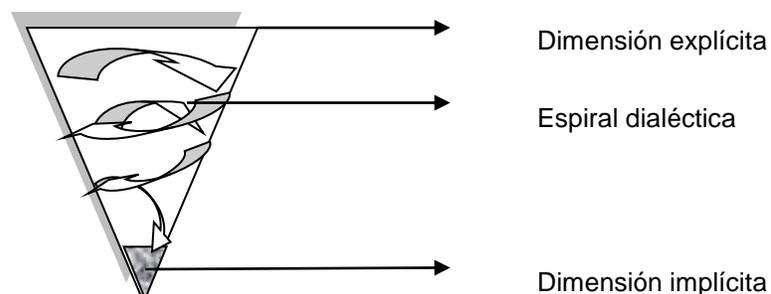


Figura 2. Representación del esquema de cono invertido (Pichon-Rivière, 1997, pág. 63).

Pichon Rivière (op. cit.), expone en este libro que los universales contemplan el miedo del grupo a perder la estructura lograda, y por tanto, miedo y resistencia al cambio, además de la inseguridad, los roles patógenos, los secretos familiares (que todos saben pero nadie dice). Propone también el universal de liderazgo, ya sea aquel que es un *líder positivo* que está a favor del cambio, y el *líder negativo*, conservador. Considera también a las ideologías familiares que no concuerdan con las ideologías individuales, las relaciones triangulares cerradas o subgrupos, entre otros. A la larga, Pichon encuentra que la estructura familiar y la individual son la base de los fantasmas del sujeto enfermo, los cuales distorsionarían la imagen que tiene de sus familiares, creando el *malentendido*.

Como podemos observar, la comprensión de las relaciones familiares es útil para dar cuenta del origen del conflicto individual en situaciones de crisis y que podemos aplicar a la que nos concierne, la hospitalización pediátrica. Además, nos ofrece una visión original sobre los cambios en la dinámica familiar tras la enfermedad de uno de sus miembros.

Ahora anclamos nuestro conocimiento reciente con el ya estudiado en el primer capítulo. Nos preocupaba entender el síntoma. Descubrimos que es expresión de deseos en conflicto, de mociones pulsionales de diferente índole escenificadas en sus respectivos fantasmas, desfiguradas por la represión, y con motivo de evitar la angustia. Entendemos ahora con lo expuesto anteriormente que dicho conflicto puede provenir de un miembro fundamental de la familia, como el padre o la madre (o ambos) ante una situación traumática, como la muerte, la enfermedad, o cualquier aspecto de lo Real que implique el desvelamiento de la ficción que había gobernado su vida hasta este momento. Tornemos nuestra mirada ahora hacia el depositario de esos deseos conflictivos, hacia el pequeño que pregunta *Che voi?*Cuál será su respuesta. Descubrimos también que entonces el hijo enfermo se transforma en el síntoma de los padres, en el depositario de su ansiedad, tratando de responder a sus deseos, envolviéndose

en un goce sufriente que empeora su condición y trasciende las explicaciones médicas, preso de los fantasmas parentales que se tornan mortíferos en tanto expresan la angustia ante lo siniestro, ante lo no-dicho.

De esta manera, nos espera de nuevo una cuestión relevante, y es que ya es demasiado decir que lo imaginario y lo simbólico hacen eco en la enfermedad orgánica que no podemos concluir esta tesis sin explicarlo.

Ahora, avanzaremos al siguiente capítulo para seguir comprendiendo el fenómeno hospitalario en el niño. Evidentemente, en el hospital no sólo se juegan los síntomas y fantasmas familiares, sino que la confrontación con lo Real del cuerpo está siempre presente ocasionando angustia e intensificando los fenómenos ya estudiados. Veremos que el cuerpo no solo es un cacho de carne y que más allá de ello, representa un pilar fundamental de la subjetividad del sujeto.

CAPÍTULO 3.- CUERPO Y ENFERMEDAD

Continuemos con nuestro interesante recorrido. Comenzamos por discernir lo más superficial que se nos presenta en la clínica y exploramos a profundidad la sutileza y la complejidad del síntoma. Después, aterrizamos en el hecho de que el fenómeno sintomático en el niño tiene su origen en el fantasma desarrollado en relación con los padres, incluso nos enteramos de que muchas veces los fantasmas parentales son el origen del conflicto. No olvidamos que el fantasma posee una naturaleza inconsciente y por tanto no hablamos de intenciones volitivas, sino de deseos sexuales y de muerte encubiertos en una dimensión imaginaria con motivo de recusar la falta, la castración estructural de todo ser humano y evitar la angustia.

Ahora bien, dejamos implícitamente, no sin propósito, la idea de que los eventos de crisis pueden propiciar mal-entendidos en el ámbito familiar (y en cualquiera en general). Tengamos entonces en cuenta la principal crisis de nuestro interés, uno de los motivos de nuestro escrito actual: la enfermedad.

Pero ¿cómo hablar de enfermedad cuando recurrimos al Psicoanálisis? Efectivamente, la Medicina sería aquella que mejor nos indicaría la naturaleza de las patologías y sus más nefastos efectos sobre el cuerpo humano. Sin embargo, no tardamos en dar cuenta de que Freud (1915), hace ya un siglo en *Pulsión y destinos de pulsión* nos habla de mociones pulsionales que se apuntalan justamente en las necesidades del cuerpo. La teoría lacaniana también nos ilustra con mucho acierto que existen tres dimensiones anudadas, que no sólo plantean al cuerpo real como lo orgánico, como “cacho de carne”, sino como cuerpo imaginario y cuerpo apalabrado o simbólico.

¿Por qué negarnos entonces a explicar la enfermedad del niño desde la subjetividad? Sin embargo, no podemos entenderla sin antes entrar de lleno en aquel elemento que la sostiene, es decir, el cuerpo mismo. ¿Qué es el cuerpo para el psicoanálisis?

El cuerpo y la subjetividad

En la historia del ser humano, conceptos que causaron muchos interrogantes son los referentes a la relación entre el cuerpo y la mente. Galimberti (2006) define en su ya citado *Diccionario de Psicología* a este *dualismo psicofísico* como:

“Separación entre alma y cuerpo introducido por R. Descartes al efectuar una diferenciación entre *res cogitans* y *res extensa*, es decir, entre *sustancia pensante*, en cuyas meditaciones existe todo posible sentido del mundo y de cada yo personal y subjetivo que habita en el mundo, y *sustancia extensa* que, por sus características, es medible y cuantificable” (op. cit., pág. 357).

Y continúa en otro lugar describiendo la postura contraria, es decir, la referente a la *psicosomática*:

“En un sentido más amplio se entiende la concepción que superando el dualismo psicofísico, que según el modelo cartesiano separa el cuerpo de la mente, ve al hombre como un todo unitario en el cual la enfermedad se manifiesta en el nivel orgánico como síntoma y en el nivel psicológico como desajuste” (Ibídem, pág. 923).

Sin embargo, habrá que referirnos de manera más “profunda” a este concepto y es que ha sido tan debatido desde tiempos de antaño que a la fecha disciplinas como la medicina psicosomática, el psicoanálisis y las posturas neurofisiológicas, difieren en la manera de conceptualizar este término.

Sirvámonos, pues, de un ejemplo proveniente de la literatura para anclar este término a la concepción psicoanalítica, que es la que nos ocupa en este escrito. Vayamos por un momento al Infierno de Dante, donde el poeta se encuentra en camino a la séptima fosa del Malebolge, cediendo por un momento al cansancio de trepar de piedra en piedra, su maestro, Virgilio, le anima de esta manera:

“Ahora es preciso que sacudas tu pereza, me dijo el Maestro; que no se alcanza la fama reclinado en blanda pluma, ni al abrigo de colchas: y el que sin gloria consume su vida, deja en pos de sí el mismo vestigio que el humo en el aire o la espuma en el agua. Ea, pues, levántate; domina la fatiga con el alma, que vence todos los obstáculos, mientras no se envilece con la pesadez del cuerpo...” (La Divina Comedia, 1997, pág. 144).

Aquí, a manera de análisis, nos sirven dos elementos para intentar hacer una analogía entre los sabios versos que Dante pone en voz de Virgilio y la naturaleza del proceso psicósomático:

1. Dante sucumbe a la “pesadez del cuerpo” que provoca que la vida del hombre fluya sin gloria y no deje registro de sí mismo.
2. El alma (o psique) puede influir en esta “pesadez”, dominándola, pero al mismo tiempo puede ser corrompida (“se envilece”) por la misma.

De igual manera, el cuerpo puede mostrar signos, síntomas de “pesadez”, que lo dejan “mudo”, paralizado, destruyendo todo deseo de seguir. Ante la palabra, Dante se levanta:

“Levantéme entonces, demostrando más resolución de la que verdaderamente sentía en mi interior, y dije: -<<Vamos, ya me siento fuerte y atrevido. >>” (Ídem).

Podemos decir entonces que el deseo regresa con la palabra. La psique domina al cuerpo con la palabra (con lo simbólico) pero también puede sucumbir ante él por la falta de esta. Lacan ya está implícito en esta formulación, pues la “pesadez” del cuerpo, los síntomas, la enfermedad, sobrevienen como palabras perdidas, ante una situación difícil, que literalmente deja “sin palabras” a quien la experimenta.

La palabra perdida, podríamos pensarla como una falta de simbolización, la subjetividad que se “congela”, que sucumbe a la “pesadez”.

Recordemos que el fenómeno conversivo en la histeria demuestra en parte este hecho, aunque su causa, como vimos, es propiamente la represión y no una falta de simbolización. No entraremos aquí en detalle al dilema de si el fenómeno psicossomático implica o no dicha simbolización de un conflicto psíquico pues no es el objetivo de nuestra tesis. Más allá de ello, debemos entender que el soma está en fuerte interrelación con la psique y que cualquier evento en uno de ellos afecta al otro.

Por ello, McDougall (1991) se refiere a lo psicossomático en su libro *Teatros del cuerpo* como una expresión arcaica que utilizaría significantes no verbales, como en la más temprana infancia, donde las funciones del cuerpo y las zonas erógenas tendrían mayor relevancia. Esto lo observa la autora en bebés que son alejados de su madre por un tiempo o que tienen algún tipo de trauma y que, como consecuencia de lo anterior, presentan un hiperfuncionamiento gástrico o colitis. De igual manera lo observa en los adultos que responderían psicossomáticamente por falta de recursos psíquicos que les permitieran afrontar un evento impactante de la forma habitual o incluso neurótica, con sus correspondientes síntomas histéricos, obsesivos, etc. Por ello dice que el tratamiento psicoanalítico puede resultar difícil en estos casos, porque la simbolización es indispensable, pero los sujetos que recurren habitualmente a este modo de expresión se resisten a hablar profundamente de ello y prefieren quejarse de su enfermedad.

Aún con ello, McDougall (op. cit.) explica en este escrito que, para la mayoría de los sujetos, la enfermedad orgánica se desarrolla sin máximas consecuencias, como una gripe o tics nerviosos, y son sensibles de simbolizarse, e incluso muchos de ellos desaparecerían durante la psicoterapia sin haberlos analizado a fondo. En todo caso, la autora precisa que la alexitimia y el pensamiento operatorio parecen ser características de sujetos con eventos psicossomáticos recurrentes, aunque no se tomen como grandes afecciones. Adicionalmente menciona que una relación anormal con la madre es causa de muchas de estas dolencias, especialmente cuando ésta tiene conflictos internos y

no “lee” adecuadamente las necesidades y demandas del pequeño, que termina frustrándose y angustiándose. Por ello menciona que el sujeto no expresa adecuadamente sus emociones y afectos, pues develarlos implicaría retornar a esos eventos traumáticos, que no puede manejar por no tener las herramientas simbólicas necesarias. Aquí McDougall pone de manifiesto la diferencia con la conversión, donde el órgano afectado resulta un símbolo del conflicto que se refiere a un fantasma imposible de realizar. La somatización, para ella, implicaría un lenguaje del cuerpo, sin palabras, un jeroglífico, el conflicto expresado en lo real directamente sin haber pasado por un registro verbal ni imaginario, pero por ello, susceptible, con mucho trabajo terapéutico, de construirse en estos términos.

Es aún más interesante lo que menciona esta autora en su énfasis de la relación con la madre, pues menciona que la somatización también es signo de una inadecuada independencia de ésta, que reactiva también un fantasma arcaico de *fusión con la madre*, o sea, de perderse en la madre, de ser uno con ella o de volver a la vida intrauterina. McDougall nos recuerda que esta fusión es deseada inconscientemente, pero sólo deseada, es decir, que si fuera realidad ocasionaría la angustia del sujeto, sería la *destrucción de su identidad*. Menciona que el bebé está entonces confuso, pues se angustia por que su madre se aleja o porque lo quiere todo el tiempo presente; una paradoja que debe ser resuelta. La autora asevera que por ello es importante hacer esa separación factible y progresiva (sobre todo, a nivel simbólico, como vimos anteriormente con Lacan) y no intempestiva o desarrollando una relación simbiótica. En los pacientes psicósomáticos ella observa que poseen una tendencia a considerar a los objetos de amor como partes de sí mismos, como si fueran un solo cuerpo, una sola vida o incluso un solo sexo (como en el caso de los bisexuales u homosexuales). Explica que estos pacientes combaten de esta manera su dificultad para diferenciarse de los demás (de su madre durante la infancia) pero si comienzan a sentir ansiedad, por la separación o la unión sexual, comienzan los efectos psicósomáticos, como el asma o la eyaculación precoz (op. cit.).

La opinión de la Dra. Martha Békei (1988), transcrita en un artículo titulado *Lo psicosomático: mesa redonda*, es que está de acuerdo con las características del sujeto psicosomático referidas anteriormente. Además, menciona que, si bien es necesario que la madre no esté presente todo el tiempo para que el niño simbolice su falta, esta ausencia debe ser equilibrada con los momentos en que está presente en una comunicación empática con su hijo (y en esto sigue a Winnicot). Refiere que hay casos distintos donde el desarrollo se perturba por inconsistencias de la madre, por ejemplo:

- La madre que desea estar todo el tiempo con el niño captada por un anhelo de fusión que no permite al niño significar su ausencia y dar espacio al deseo.
- La madre severa, que bloquea su libido y por tanto repercute negativamente en el desarrollo psicosexual temprano de su hijo y de su producción fantasmática.
- La madre narcisista, que ve por sus propias necesidades, ocasionando que su hijo ya no las exprese adecuadamente, descentrándose de los fenómenos internos que experimente y enfatizando lo exterior en su búsqueda de amor.
- Y las madres depresivas, que sólo mantienen contacto mecánico con su hijo, sin investir libidinalmente, solo con una motivación de responsabilidad, de saciar sus necesidades biológicas, sin cariño.

Ante estos cuidados irregulares, continúa explicando la Dra. Békei (op. cit.), el niño mostrará síntomas como vómito, insomnio, llanto constante, entre otros. Advierte que muchas veces el niño se somete al deseo materno y se “tranquiliza”, mejor dicho, paraliza, pues su yo no tendría elección por su dependencia inicial. Los efectos a su parecer pueden ser catastróficos si la indiferencia de la madre se mantiene, y puede llegar a ocasionar una psicosis.

Lo importante aquí para la Dra. Békei (op. cit.), es observar la importancia de la relación madre- hijo a través del cuerpo. Respecto a esto menciona que la simbolización de la ausencia de la madre y la fantasmaticización de las primeras

actividades autoeróticas serían indispensables y si fueran coartadas o inhibidas, sus manifestaciones en ciertas situaciones imprevistas o prolongadas, que deberían expresarse psíquicamente, retornarían a su origen, al cuerpo (op. cit.).

Podemos imaginar una situación catastrófica donde se ponga en juego la vida del niño. Sería lógico pensar que los padres no siempre pueden contenerse o darle seguridad al niño en estas situaciones, y pueden ser presas de ideas irracionales o conductas de indiferencia o sobreprotección que, como ya hemos visto, agravarían la situación.

A este punto, comenzamos a entender que el cuerpo tiene diversas dimensiones y que su afección orgánica, real, tiene efecto en la vida cotidiana del sujeto reactivando traumas o fantasmas arcaicos. Nuestra vulnerabilidad como seres humanos ciertamente está presente en estos momentos de crisis. Veremos a continuación aquello a lo que se enfrenta el sujeto cuando su cuerpo es vulnerable.

Dimensiones del dolor, lo traumático y la muerte

Lo primero que pensamos cuando relacionamos cuerpo y enfermedad, tal vez, sea el dolor, el sufrimiento, la desdicha y finalmente la muerte. También, habitualmente se ha de pensar que este *dolor* es puramente neurofisiológico, sin nada que ver con la psique. No hace falta mucho pensar para descubrir que mucho del dolor que experimenta el sujeto puede provenir de una situación donde no hizo falta un golpe, quemadura o infección. El origen de muchos dolores no existe aparentemente, y son motivo de gran preocupación.

De acuerdo a Nasio (2007) en su libro *El dolor físico* explica que el *dolor por lesión* no solo tiene su dimensión real como excitación violenta de algún tejido u órgano sino también incluye la dimensión simbólica e imaginaria. El sujeto, según el autor, no solo percibe que algo anda mal con su cuerpo, sino que al ubicar la parte del cuerpo que duele se haría una representación mental de ella, usualmente con cierto significado particular que le otorgaría su dimensión

simbólica. Menciona de igual manera que imaginariamente el sujeto miraría la parte doliente por separado, como si ésta fuera un agresor que trataría de socavar a su yo.

En este escrito refiere Nasio (op. cit.) que hay que considerar un fenómeno más complejo, pues la psique, para el psicoanálisis, no olvida del todo, pues las *huellas mnémicas* que ya había descrito Freud (1950) en el *Proyecto de psicología* son a consideración de Nasio la explicación del porque los eventos del pasado no se olvidan, mucho menos aquellos que irrumpen de manera violenta, pues de igual manera, se registran en el inconsciente con sus consiguientes efectos a largo plazo, creando desde dolencias psicosomáticas hasta patrones de conducta compulsivos o dirigidos al fracaso y a un insistente sentimiento de culpa.

Continuando con *El dolor físico*, Nasio (op. cit.), ofrece la hipótesis de que, al entrar una gran cantidad de energía de forma imprevista, el aparato psíquico sufre un desequilibrio y el principio del placer ya no puede regularlo. Menciona que en estas circunstancias el más allá del principio del placer es entonces el que toma mayor importancia, y la compulsión a la repetición sería su consecuencia. De acuerdo al autor, una agresión física en el cuerpo, dependiendo del sujeto, podría quedar fijada al inconsciente como representación y cuya investidura, al ligarse con elementos de la realidad en asociación con dicha representación o con representaciones reprimidas de antaño, podría producir efectos psíquicos negativos para el sujeto (como el síntoma neurótico).

Lo anterior podría explicar, según Nasio (op. cit.), por qué cada persona vive su dolor de forma diferente, pero el autor advierte que, si cada dolor está relacionado con uno antiguo, no podríamos precisar cuál fue el primer “gran dolor” que afrontamos como seres humanos. Recordemos que Freud (1926) en *Síntoma, inhibición y angustia* le da prioridad a la castración, pero sigue sus orígenes a la primera separación entre madre e hijo, en el nacimiento. Incluso consideró que, a través de los misteriosos caminos de la genética, ese dolor originario se podría transmitir de generación en generación. Lo que subraya Nasio es que todo afecto o dolor que vivamos en la actualidad siempre refiere a otro más arcaico (op. cit.).

Un evento traumático, como lo considera Tutté (2006) en su artículo titulado *El concepto de trauma psíquico: un puente en la interdisciplina*, sería aquel que se relaciona con el término de *lo arcaico*, es decir, las impresiones tempranas de la infancia, en este caso, aquellas que no pudieron ser tramitadas por el yo por ser aún inmaduro, y que tiene problemas para ser representadas y por lo tanto no son verbales, permanecen en el psiquismo como quistes que son potencialmente traumáticos cuando surgen situaciones de crisis. Tutté piensa que esto explicaría por qué no toda la gente responde de la misma manera a eventos catastróficos. Es interesante como este autor encuentra su fundamento en las neurociencias, explicando que estos vestigios de eventos pasados displacenteros pueden ser registrados en la memoria de dos maneras, tanto en la *memoria declarativa*, registrados de forma representable y comunicable, así como en la *memoria procedimental*, como esquemas afectivo- motrices. De acuerdo a él, en la memoria procedimental se encontrarían los nodos potencialmente traumáticos de la infancia que se activarían en eventos disruptivos posteriores y que se “recuerdan” de manera sensorial, como olores, sensaciones o emociones descontextualizadas. A su parecer, esto representaría un apoyo interdisciplinario de la concepción freudiana de las manifestaciones inconscientes que funcionan *après coup*, o sea, retroactivamente, remitiendo a hechos pasados, pero no puramente tangibles sino entretejidos con el fantasma del sujeto, únicamente simbolizados, con ardua labor, en psicoterapia.

En este sentido, García (2005) aclara en su texto *Actualidad del trauma*, para unir fantasma y trauma, que usualmente se ha pensado que estos dos términos no coexisten, pues si hay un evento exterior que “traumatiza” por ser particularmente violento no habría que pensar que las fantasías sexuales tuvieran alguna implicación. Este pensamiento, dice el autor, se basaría en el abandono de la teoría del trauma por Freud y su nueva predilección por las fantasías histéricas. Pero García recalca que lo que se entiende por trauma en psicoanálisis no es, ni ha sido, equivalente al término médico que lo consideraría una agresión violenta. Para el psicoanálisis, continua el autor, esta “agresión” es suficiente pero no necesaria. Explica que un trauma puede suponer simplemente alguna impresión o

sorpresa que experimente el sujeto. Algo que ya habíamos designado como *lo ominoso*, como aquel hecho extraño que resulta de esta manera porque involucra algo que es familiar pero distorsionado, algo que alude al pasado de forma enigmática y que produce angustia (Freud, *Lo ominoso*, 1919). García explica que el problema radica en que esto que es siniestro para un sujeto no lo es para otro, y propone el caso de un niño que tiene un fantasma sádico y de repente presencia un evento violento, en la calle o en su escuela, por lo que este evento se convierte en trauma, aunque no le haya pasado necesariamente a él. Esto implica para García que un cambio repentino, donde la psique no tiene suficiente tiempo para operar con la representación y el afecto que produce el evento violento, activaría el fantasma sádico por asociación por lo que el trauma no sería solo externo, sino que habría movimiento en lo interno pulsional.

Por ello, Evans (1997) nos dice en su *Diccionario de introducción al psicoanálisis lacaniano* que esto es lo que Lacan denomina Real en tanto lo *imposible* de simbolizar, un agente extraño de goce que se inmiscuye en la cadena significante, que hace hablar al sujeto una y otra vez sobre lo mismo sin poder resolverlo, pero como implica un goce indescifrable y desenfrenado, es motivo de sufrimiento para el sujeto. Explica que es una incógnita intolerable porque está más allá de lo que el sujeto puede decir o imaginar, pero ésta lo arrastraría a la repetición sin sentido.

Evans (op. cit.), también nos dice respecto a la enseñanza de Lacan, que el goce desenfrenado es motivo de angustia por estar dirigido a la Cosa¹, que designa el incesto, equiparable a la unión arcaica que experimento por vez primera el lactante con su madre. Para el neurótico, menciona, la muerte o la locura, son destinos equiparables que remiten a este goce infinito (e imposible) o *goce del Otro*, y por ello, son temidos por igual.

¹ “En alemán "cosa" se dice de dos maneras: *das Ding* y *die Sache* [...] *Die Sache* es la representación de una cosa en el orden simbólico, opuesta a *das Ding*, que es la cosa en su "muda realidad", la cosa en lo real [...] *das Ding* es el objeto del deseo. Es el objeto perdido que debe volver continuamente a reencontrarse. es el Otro prehistórico, inolvidable: en otras palabras, el objeto prohibido del deseo incestuoso, la madre [...] La Cosa se le presenta entonces al sujeto como su Bien Soberano, pero si el sujeto transgrede el principio de placer y alcanza este Bien, lo experimenta como sufrimiento/mal [...] porque el sujeto no puede soportar el bien extremo que *das Ding* puede brindarle” (Evans, 1997, pág. 59)

Podemos deducir entonces que, ante este goce indescifrable, es lógico pensar que el sujeto se defiende de alguna manera. Ya Lacan (1962-1963) nos dijo en su *Seminario X* que el fantasma es la respuesta al deseo del Otro y defiende al sujeto de la Cosa, pero ¿qué pasa si este deseo se interpreta como un deseo mortífero?

Por ello, cuando hablamos de dolor o trauma, no sólo debemos centrarnos en el hecho neurobiológico, sino que estos fenómenos competen a la psique tanto como al organismo o cuerpo real. Y más allá del hecho violento o impresionante que los suscite, debemos agregar un factor importantísimo. En palabras de Nasio (2007) del mismo texto *El dolor físico*:

“solo hay dolor sobre un fondo de amor [...] el dolor es una reacción afectiva a una pérdida. Siempre se trata de la pérdida de una unidad” (op. cit., pág. 50).

Esto nos abre la cuestión a la noción de *duelo* como pérdida. En el siguiente apartado, descubriremos la situación particular que encubre la situación hospitalaria, donde los síntomas físicos y psíquicos son expresiones de fenómenos más complejos, que involucran todos los conceptos que hemos estudiado hasta ahora, condensados de alguna manera en un contexto complejo. La extensión de esta tesis da cuenta de lo complicado que resulta entender a un solo sujeto en la “normalidad”. Cuesta poco creer que se complique aún más ante la hospitalización de un niño de cara a un proceso quirúrgico.

El “duelo” hospitalario y el proceso quirúrgico

Lo psicossomático probablemente no explique por completo a los sujetos hospitalizados, pero el hecho de que ciertas particularidades de la historia del sujeto agraven la enfermedad física nos hace sospechar cierto lazo con la vía corporal. Por tanto, habremos de dilucidar un evento en especial que obliga, por

así decirlo, al sujeto de lenguaje a quedarse sin palabras, repercutiendo en un estado de por sí penoso.

Por ello, Bellak y Siegel (1986) explican en su *Manual de psicoterapia breve intensiva y de emergencia* que la situación hospitalaria y el proceso quirúrgico corresponderían a un tipo de trauma, porque resultaría una situación intempestiva, un momento de crisis donde el paciente se subordinaría al médico, desaparece como sujeto para suscribirse a un discurso que solo percibe el cuerpo en su dimensión biológica (lo real a costa de lo simbólico).

En relación a lo anterior, Almonte y Orozco (2012) refieren en su artículo *Reflexiones psicoanalíticas y éticas acerca del trasplante* que, a pesar de que una cirugía sea exitosa, podría ocurrir que en el periodo de recuperación ocurran diferentes repercusiones y conflictos, ya que puede acontecer que el cuerpo del paciente no reaccione al tratamiento o a la recuperación postquirúrgica, por razones que superan las hipótesis fisiológicas. La subjetividad, mencionan los autores, ocupa su importancia en tanto el sujeto no puede ser reducido a carne y huesos, y entra en juego la significación del cuerpo y de la enfermedad.

Un ejemplo que ofrecen los autores en este artículo se refiere al trasplante de mano realizado a Clint Hallam en 1998, donde el paciente se sentía “desconectado” de ella, la sentía ajena y extraña, y sin más optó por amputarla a fin de ya no soportar la constante hinchazón que experimentaba, como si su cuerpo y su mente estuvieran de acuerdo en eliminar al “intruso”, a pesar de que los estudios médicos no daban cabida a pensar que cuestiones fisiológicas provocaban el rechazo (op. cit.).

Marcelli y De Ajuriaguerra (1996) nos dicen en su libro *Psicopatología del niño* que en la intervención hospitalaria se desarrollan diversas manifestaciones de enfermedad mental, donde los médicos tratan al paciente en su dimensión orgánica, meramente biológica, con fármacos o intervenciones quirúrgicas. Mencionan que, en el caso del niño, cuando se requiere hospitalización por tiempo

indefinido debido a una enfermedad grave, crónica e incluso fatal, desarrolla importantes estados psicopatológicos.

En general, los autores mencionan en este texto que el niño se vería enfrentado a tres eventos: la *regresión* a un estado de dependencia y cuidados corporales análogos a la lactancia; un sentimiento de *culpa*, debido en gran parte al discurso familiar (“no te cuidaste bien, por eso te enfermaste”); una *herida narcisística* donde la percepción del cuerpo como unidad se corrompe por debilidad, imperfección o defecto. El caso de la cirugía, Marcelli y De Ajuriaguerra (op. cit.) están de acuerdo en que representa un trauma que puede incidir negativamente sobre todo en los primeros meses del neonato, por lo que la presencia de la madre sería indispensable. Advierten que, si no se explica adecuadamente la naturaleza de la enfermedad y el procedimiento quirúrgico, el niño puede llenar esos vacíos con sus fantasías y representarse para sí mismo al médico y su labor como un evento sádico, que le causaría angustia por incentivar la castración.

Finalmente, los autores citados declaran que muchos de los requerimientos de cirugía también se deben a “accidentes” repetitivos que podrían aludir a un comportamiento suicida por parte del niño debido a problemáticas en el ámbito familiar. Sin embargo, piensan que se debe analizar correctamente en qué circunstancias el niño enfrenta su hospitalización y cirugía, pues mucha de la problemática radicaría en su situación actual con sus referentes inconscientes, como en el caso de aquellos niños que entran en la pubertad y reciben una cirugía en el área genital y cuyos efectos podrían ser vitales en la representación de su género o potencia sexual. Por otro lado, continúan explicando que la *culpabilidad paterna* también se vislumbraría en tanto los padres creen fantasmáticamente que han fallado, que su genética ha sido la culpable o se apegan obsesivamente al cuidado del niño sin tratar con su angustia o su sentir. Incluso mencionan que algunos padres se muestran indiferentes, pero sería porque la ansiedad los socavaría y se sienten impotentes, sobre todo la madre en tanto se vería minada su función maternal protectora y cuidadora (op. cit.).

Recordemos en este punto que Mannoni (1992), en *El niño retardado y su madre*, menciona que esta problemática tiene que ver con el falo, deseo materno, representado por el hijo, que estando enfermo no cumple con las expectativas familiares (maternas, con mayor peso), teniendo en cuenta que el niño sería parte del narcisismo de los padres. Desde el *estadio del espejo*, dirá Mannoni, el niño descubre que su imagen le otorga una unidad, que la enfermedad le quita bruscamente, suscitando esa vieja sensación de *cuerpo fragmentado*.

Reiteremos lo que menciona Nasio (2007), en su libro *El dolor físico*, acerca de que, cuando hay una lesión corporal, el sujeto fantasmaliza la dolencia y que toda representación se crea a partir de una pérdida (como en el fort-da). Por ello, el autor dice que cuando un sujeto se enferma de alguna cosa en particular por vez primera es cuando se origina esa representación (distorsionada) y es susceptible de crear efectos diversos, como lo vimos en el apartado anterior.

Nasio (op. cit.), nos aclara que esta pérdida debe estar en un trasfondo de amor, es decir, la pérdida estaría en relación a un vínculo amoroso. El autor nos da cuatro tipos de vínculos amorosos que el sujeto tendrá que elaborar en caso de pérdida (*duelo*):

1. Vínculo de relación con un ser amado (*objeto de amor*): sean los padres, la pareja, etc.
2. Vínculo de amor con el cuerpo propio: amor, cuidado y preservación del cuerpo.
3. Vínculo con la propia imagen: que sería el amor a uno mismo (narcisismo primario).
4. Vínculo amoroso: aquel que implicaría el gusto por ser amado y experimentar el enamoramiento.

Además, el autor nos menciona, en este mismo escrito, que los padres indiscutiblemente sienten dolor cuando su hijo lo experimenta, y más allá de una *identificación* implica, como lo explicamos en el segundo capítulo, el despertar de fantasmas de antaño en respuesta al disturbio que experimentan por ver o sentir

peligrar aquello que su hijo representaría tanto para cada uno de ellos como para la familia en general (como pudimos observar con Pichon-Rivière) (op. cit.).

Tenemos que hablar entonces de aquello que se pierde o que se cree perder. Hablemos del duelo.

La pérdida del objeto amoroso ya había sido estudiada por Freud (1917) en *Duelo y melancolía*. En este texto, menciona que este objeto abarcaría otro tipo de pérdidas de igual manera “amadas”. La definición que ofrece Freud de *duelo* ya entrevé esto:

“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.” (op. cit., pág. 241).

Esto nos da a entender que ante una pérdida “significativa” el sujeto reacciona normalmente con el duelo.

Pero, qué significa “una pérdida significativa”. Freud (op. cit.) considera en este texto simplemente que, al estar el objeto amoroso investido libidinalmente, cuando se pierde, el *trabajo de duelo* iniciado por el yo, bajo su *examen de realidad* (de que justamente ya no existe el objeto), emprende su desinvertimiento progresivo y doloroso. Menciona que el duelo es consciente en parte, porque el sujeto sabe cuál objeto perdió y qué ha perdido de él, a diferencia de la *melancolía*, donde sabe también qué objeto perdió, pero no sabe qué es lo que perdió en el objeto de amor (su mirada, su tacto, su olor, etc.) y lo que representa, es decir, se mantiene inconsciente. No se calma su dolor, aunque sus amigos y familiares lo traten de convencer de que ya no existe más este objeto.

Freud (op. cit.), dice respecto al *trabajo de duelo* que:

“El examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto. A ello se opone una comprensible renuencia [...] Lo normal es que prevalezca el acatamiento a la realidad. Pero la orden

que ésta imparte no puede cumplirse enseguida. Se ejecuta pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y de energía de investidura y entretanto la existencia del objeto perdido continua en lo psíquico” (op.cit., págs. 242-243).

Sin embargo, siguiendo con *Duelo y melancolía*, Freud (op. cit.) le da mayor importancia a la melancolía, que implica sentimientos ambivalentes inconscientes. Explica que la ambivalencia, sin embargo, no es propia de la melancolía. Explica que en la neurosis obsesiva, la pérdida de un objeto de amor produce culpa y pensamientos recurrentes de esta naturaleza. Freud atribuye lo anterior a la agresión que se mantenía inconsciente, dirigida originalmente contra la persona amada, pero que se vuelca contra la propia persona.

Hay que recordar que Freud (1915), en *Pulsión y destinos de pulsión*, menciona que este fenómeno es uno de los destinos de la pulsión (*vuelta contra la misma persona*) y que es un mecanismo de conrainvestidura a la manera de la formación reactiva.

Continuando con *Duelo y melancolía*, Freud (1917), observa que, en la melancolía, a diferencia del duelo, se presenta un empobrecimiento del yo. Básicamente, lo observa en los autoreproches y merecimientos de castigo que derivarían del súper yo. Llega a la conclusión de que estos reproches son los que usualmente estarían dirigidos al objeto amoroso, pero que se han vuelto inconscientes. Considera que los sentimientos ambivalentes ante el objeto amoroso son muy comunes, y su pérdida ocasiona que dichos sentimientos afloren. Asimismo, continúa explicando que, para no descargar estas tendencias sobre el objeto, el yo del melancólico se identificaría con dicho objeto. Por ello, Freud indica que el suicidio atendería a esta explicación, en tanto el sujeto intenta en realidad matar al objeto de amor causante de su desdicha (op. cit., pág. 249). También ofrece la hipótesis de que el recorrido de la libido, del objeto al yo, se explica porque la elección de objeto fue narcisista y cuando se pierde este objeto hay una *regresión narcisista* de la libido.

Hay que comprender a estas alturas que el *narcisismo* para Freud (1914), definido en su estudio *Introducción al narcisismo*, es referido como la parte libidinosa, sexual, del yo, que se encuentra junto con el *interés* del yo o egoísmo (al servicio de la pulsión de autoconservación; más tarde ambas conformarían la *pulsión de vida*). A su entender, esta libido yoica podría investir a los objetos y asimismo replegarse de nuevo sobre el propio yo como en la melancolía. Concluiría que, el aspecto económico de la libido entonces se manifestaría como una balanza, pues mientras más libido se invierte en los objetos menos quedaría para el propio yo (como en el enamoramiento) y viceversa.

Esto viene a tener importancia para el duelo en el hospital porque en este escrito Freud (op. cit.), indica que la economía libidinal está en juego en las afecciones orgánicas. Refiere que en la enfermedad las relaciones libidinales con los objetos del mundo exterior son disminuidas: se deja de tener interés en el trabajo y el amor y el sujeto retira sus investiduras de objeto sobre su yo. Incluso explica que la libido puede investir un órgano como en el caso de la hipocondría. Lo interesante que encuentra aquí Freud es que la distribución de la libido puede causar diversos efectos, tanto si hay una regresión como un estancamiento. Para él, la cuestión en las neurosis es que esta distribución depende de los fenómenos de la libido de objeto por lo que las neurosis narcisistas serían consecuencia de las alteraciones de la libido yoica, de ahí que Freud las separe teóricamente.

Otro aspecto importante que también considera Freud (op. cit.) en su *Introducción al narcisismo* es que la libido cuando se retrotrae en las neurosis, por frustración en la realidad por ser inmoral o inapropiado en ese momento, invertiría a los objetos irreales de la fantasía.

Podemos entonces imaginarnos la cantidad de fantasías derivadas de un proceso hospitalario por ser no solo traumático sino sumamente frustrante por no tener acceso a diversas actividades o acciones motoras que por lo regular son accesibles en la vida cotidiana. De esto podemos deducir que perder la salud en este contexto puede representar un verdadero duelo con todas las implicaciones de las predisposiciones neuróticas del sujeto.

Freud (op. cit.), continúa explicando que un duelo podría implicar una tristeza muy particular en el sujeto respecto a sí mismo, es decir, ocurre un empobrecimiento de su yo, un rebajamiento o también *herida narcisística*. El *sentimiento de inferioridad*, de acuerdo a Freud, seguiría esta línea al quedarse el yo sin suficiente libido por estar estancada en los objetos. Refiere que cuando se restituye el objeto o se cumple un *ideal*, el yo se enriquece de nuevo. Eso explica también a su parecer el porqué de la *dependencia* al objeto que logre “rescatar al yo” en tiempos donde se encuentra empobrecido.

Rescatando la relación madre – hijo que ya habíamos descrito en el apartado anterior, podemos extendernos en su vínculo con el síntoma en tanto el niño es perjudicado por un duelo no elaborado por los padres. Mannoni (1996) menciona en su libro *La primera entrevista con el psicoanalista* que, en el sentido de la pérdida, una madre depresiva podría depositar la agresión y la culpa que esto conlleva en el niño, de tal manera que, si el yo de la madre está empobrecido y el hijo representa una parte de su narcisismo, éste último se erigiría como el sostén de vida de la madre. Declara la autora que de esta manera el niño puede recaer también en la patología o la falta de adaptabilidad a entornos externos como la escuela, cumpliendo así el deseo materno, supliendo esa falta y ocasionando que la madre tenga que encargarse de su hijo, restituyendo así su narcisismo y tener algo a lo que aferrarse para vivir o incluso utilizando a su hijo como fetiche para calmar su angustia. En este sentido, Mannoni concluye que un niño enfermo podría servir a un deseo inconsciente de esta naturaleza, sobre todo si la función paterna en la familia no es reconocida por la madre, es deficiente o falta por completo.

Por otro lado, Mannoni (op. cit.), nos dice en este texto que los fantasmas de la madre pueden influir de manera peculiar en la enfermedad del niño al responder con mitos a las preguntas que el niño dirige al Otro al enfrentarse a lo Real, a temas como la muerte o el sexo, por ejemplo. La autora nos dice que si no se han simbolizado estos temas en la madre o la pareja parental se desarrollará un síntoma, o mejor dicho un mensaje, en su hijo, que vendría a comunicar de una

forma patógena y enigmática este conflicto no elaborado. Por ello Mannoni piensa que una madre cargada de culpa y deseo de castigo puede corresponderse con un hijo que cumpla su deseo a manera de que presente agresión en un comportamiento errático, o por medio de la afección orgánica real o psíquica (Mannoni, El niño, su "enfermedad" y los otros, 1987). De esta manera, podemos deducir que el hijo se vuelve verdugo y el Otro materno víctima, en una cierta relación que podemos suponer es sado – masoquista.

Sin embargo, el duelo por pérdida de salud puede tener diferentes lecturas para su resolución. Pensemos en el fenómeno de "miembro fantasma" en el caso de las amputaciones donde pareciera que se mantiene imaginariamente el objeto perdido a fin de no sustituirlo. Por ello tal vez habría que analizar una alternativa al duelo en la que se deba aceptar la pérdida y no solo cambiar el objeto por otro. Allouch (2011) retoma este aspecto en su texto *La erótica del duelo en tiempos de la muerte seca* para elaborar una teoría interesante, en tanto formula la hipótesis de que lo que duele no es solamente la pérdida del objeto de amor, sino aquella "parte de sí" que se lleva consigo. Aferrarse a aquella parte, de acuerdo al autor, significaría la muerte del propio sujeto, viviendo sin vivir, triste eternamente, por lo que dejar de aferrarse a esa parte, de hacer un "sacrificio gratuito", acabaría con el duelo. En este sentido, Allouch infiere que solo habría duelo cuando existe la presunción de un cacho de sí mismo que se ha llevado el objeto de amor perdido. A su entender, si el sujeto no renuncia a esa parte, aquella vuelve como fantasma o incluso alucinación, que lo perseguirá, atormentándolo. Incluso menciona que a las siguientes generaciones les tocará "cerrar" ese duelo si no se pudo realizar el sacrificio gratuito.

Probablemente en el duelo por pérdida de la salud o del bienestar cotidiano también haya que dejar de aferrarse a la imagen de completud corporal y asumirse como enfermo para permitir que los significantes se deslicen hacia elaborar o permitir la cura. Esto lo reflexionaremos más tarde.

Reyes (2011) menciona en su escrito titulado *Del cuerpo en el psicoanálisis, enfermedad somática y escenarios psíquicos*, que el dolor también encentraría su

lugar en el duelo por enfermedad y tiene una dimensión social, sobre todo porque el discurso médico actual se habría centrado en la patología y por tanto su principal objetivo sería erradicarla con todo y sus manifestaciones. La autora observaría que el dolor físico en la enfermedad se trata de anestesiar para que el sujeto no sufra, pero se pregunta ¿qué hay del dolor del alma? Llega a la conclusión de que parece ser que la sociedad intenta reprimir de igual manera este tipo de dolor, tratando de erradicarlo. Explica que el médico en el hospital muchas veces apoya esta situación al mostrar indiferencia ante el problema de lo psíquico, pero aclara que desde tiempos de Freud se ha tendido a insistir sobre el tratamiento de la enfermedad psíquica con tanto ahínco como la orgánica.

Nasio (1996), en *El libro del dolor y del amor*, explica que el dolor de la pérdida implica un real sin sentido que tiene que ser simbolizado por la palabra. Este dolor, dice, implica una *conmoción* de la vida pulsional, provocando que el yo concentre la libido en un solo punto, el de la imagen del objeto perdido. Esto implica para el autor que se ama al objeto mucho más de lo que se amó antes, sabiendo al mismo tiempo que no está presente, y que incluso nunca volverá. Explica que esto puede provocar que el yo idealice tanto al objeto que la libido se estanque sobre su representación en vez de desinvertirlo gradualmente en el trabajo de duelo. El duelo se volvería crónico y patológico. El autor considera que esto puede pasar en el caso de las pérdidas más inesperadas y traumáticas, o cuando el objeto de amor estaba sobreinvertido de gran manera, significaba un gran monto de libido para el narcisismo y estructura del sujeto. Por ello, ningún duelo sería igual a otro. A su consideración, cada duelo se vive a la manera en que el sujeto le asigna al objeto perdido un significado y un cierto monto de amor.

El autor hace la puntualización de que los autoreproches de la melancolía no son únicos de esta enfermedad. El obsesivo también se culpabilizaría en las depresiones. Nasio observa que la pérdida inconsciente que Freud le adjudicó solo a la melancolía también se manifestaría en todas las formas del duelo porque, en su experiencia, siempre se juega un aspecto de lo reprimido en toda relación con un objeto amoroso (op. cit.).

Recordemos de igual manera que Nasio menciona que todo dolor remite a dolores de antaño (Nasio, *El dolor físico*, 2007).

Siguiendo con *El libro del dolor y del amor*, Nasio (1996) encuentra que la cuestión de la identificación con el objeto tampoco sería exclusiva de la melancolía pues en el duelo la libido quedaría coagulada en el yo junto con la imagen del objeto, identificándose indefinidamente con él.

Si bien la pérdida de objeto puede referirse a varias circunstancias, el autor distingue el duelo de la *humillación*, que más arriba hemos designado como *herida narcisista*. De acuerdo a Nasio (op. cit.), la humillación ocurriría cuando la imagen del sujeto es corrompida o desfigurada, haciendo perder el propio valor de sí, de una posición social o un rol privilegiado. Continúa diciendo que, si el objeto perdido representaba una parte del narcisismo del sujeto, la imagen del yo se corrompería, estaría incompleta, fragmentada. El autor menciona que la pérdida de la *integridad corporal* entrevería lo anterior, pues ocurriría que los órganos estarían representados en la psique del sujeto, por lo que, al presentarse la enfermedad, la libido se desviaría hacia la representación del órgano afectado y podría agravar la condición del sujeto en función del significado que éste le otorga a esa parte del cuerpo en particular.

Nasio (op. cit.), continúa explicando en este escrito que, en el duelo normal, el desinvestimiento gradual tendría que finalizar con un sobreinvertimiento, que en otras palabras significaría una nueva manera de amar al objeto perdido, sin idealizarlo, aceptando su pérdida real, aunque no necesariamente perdido en lo simbólico. Refiere que el recuerdo persistiría, pero ocuparía un nuevo lugar en la psique del sujeto. Menciona que, en el caso de lo orgánico, el sujeto tendría que considerar que la salud puede recuperarse a pesar de que la intervención quirúrgica haya modificado el cuerpo, y por tanto su imagen. En este caso, el autor indica que el sujeto debe sobreinvertir una nueva representación de su cuerpo y continuar cuidándolo y amándolo.

A pesar de estos discernimientos sobre el duelo y la melancolía, encontramos otras manifestaciones que responden a las diversas vías que encuentra la irrupción de un Real traumático para manifestarse en un sujeto particular. Al respecto hemos descrito la pérdida en el sujeto neurótico. Sin embargo, debemos admitir que existen alternativas, puesto que el desarrollo de la estructura de personalidad del sujeto no siempre obedece a un único modelo. Veamos qué ocurre en otras estructuras.

Dor (2006), específicamente en su libro *Estructuras clínicas y psicoanálisis*, discierne las estructuras de personalidad elementales que propusieron Freud y Lacan: neurosis, perversión y psicosis. La neurosis, explica, implicaría a un sujeto barrado (\$), o sea en falta, cuyo deseo en relación al Otro (barrado también) sería imposible (neurosis obsesiva) o insatisfecho (histeria), y utilizaría el mecanismo de la *represión* para evitar que este deseo inconsciente sea revelado, aunque falle en el sentido de que se metaforiza en el síntoma y se sostendría en el fantasma. Continúa diciendo que la perversión, por su parte, implicaría el reverso de la neurosis pues el sujeto utilizaría el mecanismo de la *renegación*, es decir, sabría que la falta en el Otro existe, pero la niega proponiéndose como el objeto que completa su falta, o sea como el falo (u *objeto a*), por lo que negaría también la ley paterna (castración). Por último, Dor describe a la psicosis, la cual implica la *forclusión*, el cual sería el hecho más extremo ante la castración ya que la ley paterna no se inscribiría en la estructura, dejando al sujeto a merced del Otro omnipotente, sin barra, que lo va a acosar, en el peor de los casos, a través de lo ominoso que representa la Cosa, como en los casos clínicos de delirio. Estas estructuras, de acuerdo a la lectura del autor, son las que definirían al sujeto el resto de su vida, es decir, que no se podría pasar de la neurosis a la psicosis o la perversión y viceversa. Sin embargo, advierte que un sujeto de cualquier estructura puede realizar actos perversos o tener alucinaciones, porque estas manifestaciones aparecerían en circunstancias muy específicas, pero no representarían a la estructura en sí.

Con lo anterior, ampliamos la gama de casos en los que se puede presentar una pérdida. Incluyamos entonces los casos donde la pérdida del objeto implica que el sujeto caiga en un delirio donde las personas del exterior tienen la culpa de haberlo perdido. Bleichmar (2010), refiere en su artículo titulado *Una reformulación del duelo patológico: múltiples tipos y enfoques terapéuticos*, que el duelo patológico que presenta un sujeto que experimenta delirio sería la consecuencia de que el objeto perdido representaba una fuente de equilibrio del narcisismo de dicho sujeto, regulando así su angustia y conteniéndolo para no enfermar.

Tal es el ejemplo que propone McDougall (1991), en su ya citado escrito *Teatros del cuerpo*, de la señora A., que sufría una afección psicósomática a través de una rectocolitis hemorrágica que se suscitaba cada vez que su hija se separaba de ella de algún modo. Bajo el análisis de la autora, ella encuentra que la señora A., se alejó de su madre en la adolescencia saliendo de su hogar, pero cuando nació su hija le demandó este amor materno perdido, convirtiendo a su hija en su vida misma, aguantando durante 25 años un matrimonio que despreciaba con tal de no perjudicar a su pequeña. McDougall observa que las hemorragias ocurrieron cuando su hija se fue a la universidad y cuando la paciente decide casarse. La autora llega a la conclusión de que la paciente desarrolló un *duelo psicósomático* pues, a falta de palabras, el cuerpo expresaba la ira y la tristeza ante el abandono de su hija, pues la señora A., no daba espacio a pensar y sentir, aferrándose arduamente a trabajar obsesivamente en un negocio que ella creó para tal propósito. Literalmente, dice McDougall, la herida ocasionada por la pérdida de su hija sangraba.

En otro texto, *Las mil y una caras de Eros: la sexualidad humana en busca de soluciones*, McDougall (2005) refiere que los efectos psicósomáticos son una manifestación más psicótica que neurótica a pesar de que piensa que se derivan de una expresión infraverbal (*protolenguaje*) de manifestaciones pre genitales arcaicas. Esto lo observa en los frecuentes fantasmas de fragmentación corporal y despersonalización que presentan estos pacientes, como ser devorado o vaciado, disolverse, explotar, entre otros. En el análisis, McDougall encuentra que estos

fantasmas son dirigidos en realidad a la madre como deseos de devorarla, vaciarla, etc. Implica para ella que en realidad el hecho de que lo erótico sería equivalente a lo agresivo en este tipo de afecciones. Explica que lo anterior puede ser la causa de que cualquier eclosión afectiva en estos sujetos implicaría tal intensidad que la palabra se desligaría del afecto, el cual se manifestaría en lo orgánico cada vez que en la vida del sujeto surgiera una conmoción parecida. Por ello, McDougall está de acuerdo en que el *pensamiento operativo* y la *alexitimia* encuentran su sentido en tanto estos pacientes literalmente no encontrarían palabras para expresar su dolor, que se manifestaría con toda su potencia en la enfermedad y ante el cual sentirían su efecto fatal, reforzado habitualmente por el discurso médico a través de la explicación genética.

Si aceptamos esta hipótesis, podemos encontrar una similitud con el caso de la *hipocondría*. Para D'Alvia (1995), en *El cuerpo en psicoanálisis*, la hipocondría implicaría un estancamiento libidinal en el órgano, y se acompañaría de un delirio persecutorio respecto a una enfermedad imaginaria que amenazaría con destruir al sujeto.

Villagómez (1986) explica un ejemplo de lo anterior en su artículo *Psicosomática en Psicoanálisis*, el de la enfermedad conocida como *latricotilomania* que correspondería a la pérdida de cabello. El autor menciona que esta afección se observaría en niños carentes de cariño o en adultos con un nivel de ansiedad elevado. También propone el fenómeno de la *pseudo parasitosis cutánea* donde el sujeto piensa que su enfermedad orgánica deriva de parásitos imaginarios.

Podemos pensar que las tendencias perversas expresadas en la enfermedad como resultado de una pérdida responden al rechazo de la falta, propio de esta estructura como renegación de la castración, tal y como explica Dor (Estructuras clínicas y psicoanálisis, 2006). Villagómez (1986), también lo ejemplifica con algunas enfermedades muy frecuentes como las alergias y urticarias de la piel que serían a su parecer una suerte de exhibicionismo

expresado somáticamente en respuesta a cierto desamparo. El rascado excesivo también satisface tendencias sádico- masoquistas.

Con lo anterior, podemos observar que el cuerpo también puede expresar el duelo. Tal vez podamos pensar en el fenómeno psicósomático como un duelo corporal crónico. McDougall (2005) en este sentido expresa, también en su libro *Las mil y una caras de Eros*, que este fenómeno implicaría un fantasma primordial de *fusión* con la madre, que se sostiene gracias a una madre que incluye a su hijo como una parte de sí misma y con el consentimiento implícito del padre. Para la autora es evidente que el infante tiene que aceptar la pérdida de la madre, pero advierte que los sujetos psicósomáticos parecen mantener esta ilusión a partir de su enfermedad, pues a través de ella expresarían dolores y conflictos de antaño que involucrarían el vínculo erótico y destructivo con la madre.

Lacan (1964) por su lado, en su *Seminario XI*, habla simplemente de *fenómeno psicósomático*, y no de un trastorno o personalidad psicósomática, y lo explica como el efecto de los significantes cuando se “holofrasean”, es decir, donde los significantes se solidifican. Tal vez esto se refiera a cuando no tienen capacidad de deslizamiento, por lo que el sujeto no podría asociar libremente sin recurrir a su expresión somática, tal y como Lacan lo ejemplifica en este seminario con los experimentos de Pavlov, donde el experimentador, el Otro, tendría efectos en el cuerpo del animal al provocar que responda en un registro (visual, por ejemplo) de la misma manera que en otro (auditivo), fijando estos significantes. Aun así, advierte el autor que el animal no podría neurotizarse porque no sería un ser parlante y como tal no se preguntaría por el deseo del Otro, pero sin embargo hace notar que habría que pensar en lo psicósomático en relación a esta repetición en distintos registros a través de la percepción. Relacionado a lo anterior, Lacan (1988) en su *Conferencia en Ginebra sobre el síntoma*, plantea al fenómeno psicósomático con cierto parecido a un jeroglífico, un código a descifrar, un fenómeno que se inscribe en el cuerpo y se fija, se “congela”, y del cual se tiene que discernir qué goce se obtiene de esta fijación.

Aquí, Fuentes (2013) observa, en su texto *El fenómeno psicosomático, entre la medicina y el psicoanálisis* que, a diferencia del síntoma neurótico, el fenómeno psicosomático sería experimentado por el sujeto como ajeno. Menciona que el sujeto no encontraría ningún mensaje oculto en su enfermedad y se resistiría a asignarle un sentido. Probablemente, porque no tenga sentido realmente.

Esto a nuestro entender, podría significar que la enfermedad, y todo lo que tiene que ver con el organismo biológico tiene que ver con el significante, pero no siempre su sentido puede descifrarse. Incluso, podríamos decir que tendríamos que ayudar a construir uno nuevo, menos complejo y que pueda metaforizarse.

Ahora nos parece evidente que un proceso de duelo puede representarse a través del cuerpo y que si se recurre a esta vía de expresión es porque existe un Real desbordable sin sentido que inscribe algo en el sujeto y lo “congela”.

Desde luego, el fenómeno psicosomático no implica una explicación equivalente para el caso de la hospitalización pediátrica, pero no por ello nos rehusamos a encontrar similitudes y nexos que podemos utilizar para discernir el fenómeno específico de la hospitalización posquirúrgica, sobre todo cuando está en juego la relación entre la enfermedad, el cuerpo, el dolor, el trauma y el goce.

Con estas últimas consideraciones, terminamos el cuerpo teórico para dar inicio a la sección de este escrito correspondiente a la metodología. En esta sección retomaremos la situación hospitalaria en el contexto específico de una práctica de acompañamiento terapéutico llevada a cabo como servicio social del autor de la presente tesis. A continuación, el objetivo del presente trabajo en relación con dicha experiencia hospitalaria.

OBJETIVO

Analizar los síntomas de los pacientes hospitalizados del área de Cirugía Pediátrica del Hospital Juárez de México con relación a sus padres y su enfermedad, desde el Psicoanálisis.

METODOLOGÍA

Este trabajo, como ya se dijo, se basa en una práctica de Servicio Social, realizada en el Hospital Juárez de México. Un grupo de 12 psicólogos de la FES Iztacala, incluyendo al autor de la presente tesis, supervisados por la Dra. Leticia Hernández Valdarrama (directora de esta tesis), fueron actores en esta práctica. El objetivo particular fue el de intervenir en escenarios extraordinarios a la labor psicológica, basados en la realidad nacional y global ante la limitada presencia de intervención en el ámbito de la salud mental en el contexto hospitalario.

El hospital Juárez de México es una institución que guarda dentro de sí a un equipo multidisciplinario muy bien preparado y ofrece una valiosa oportunidad a quienes quieran ayudar de manera ética y profesional a los pacientes de las diversas áreas.

El complejo hospitalario se encuentra sobre la Av. Instituto Politécnico Nacional número 5160, en la colonia Magdalena de las Salinas, delegación Gustavo A. Madero, Ciudad de México. Cuenta con diversos pisos y estancias que abarcan las especialidades médicas, administrativas y de enseñanza. Posee un auditorio, estacionamiento y comedor. El área de Psicología podría dividirse en dos áreas: una se encuentra a la entrada del hospital, pasando todos los controles de vigilancia, junto a las áreas de archivo y estadística. Ahí se encuentra la jefatura de la Unidad de Salud Mental a cargo de la psicoanalista Michelle Charlier Kuri, quien aceptó nuestra labor como parte de acreditación de nuestro servicio social. La segunda sección del área de Salud Mental, se encuentra fusionada con el área de rehabilitación y terapia física por la cual se puede acceder desde la

entrada de emergencias y cirugía ambulatoria, la cual se localiza a un costado del complejo. Ahí personalmente nos recibió y apoyo en nuestra experiencia la Psic. María de Lourdes Barragán.

Realizo esta ruta descriptiva para abarcar de forma completa y fiable la experiencia hospitalaria desde varias ópticas, en este caso la que ocupa al profesional de la salud mental. Además, porque desde este momento se puede dar cuenta del lugar que ocupan las áreas psicológicas en esta institución en particular.

El área de Medicina Pediátrica fue asignada por la institución a causa de que había una demanda importante en esa zona, por lo que se dividió al grupo en parejas para atender las diferentes subsecciones: Nefrología, Terapia intensiva, Infectología, Medicina Interna, Pediatría ambulatoria y Cirugía Pediátrica (sección sobre la que versa este escrito). Se acudió a la institución dos veces a la semana durante un plazo de 6 meses aproximadamente.

El Acompañamiento Terapéutico (AT) se utilizó como dispositivo de intervención en la práctica de donde se recabaron los datos.

El dispositivo de AT es definido por Rojas y Vega (2012), en su escrito *Consideraciones sobre las dificultades iniciales para implementar un dispositivo psicoanalítico en el medio hospitalario*, como:

“... proceso que implica la presencia del acompañante que se constituye en terapéutica al intervenir mediante la palabra y los actos, en diferentes situaciones en las que el paciente requiera sostén y contención [...] es decir, que el tratamiento o la intervención, es un proceso que busca simbolizar, o sea llevar al registro del lenguaje lo que duele - sea el cuerpo del paciente o sea la reactualización de lo doloroso de su historia - se trata de introducir al registro simbólico lo que fue excluido por estar inscrito como un sufrimiento en el cuerpo, es decir, de que esa simbolización permita al paciente subjetivar lo que le está ocurriendo” (op. cit., pág. 118).

El AT fue elegido como herramienta terapéutica porque se adecua al contexto hospitalario en varios sentidos:

- La labor del profesional no se puede realizar en un consultorio. Esto implica que no hay suficiente privacidad para un tratamiento más complejo.
- El acompañamiento puede adecuarse al lugar, acompañando al paciente que se encuentra recostado y a los padres en el pasillo externo o en la sala de espera.
- El tiempo no está a merced del psicólogo: en el hospital las intervenciones médicas se realizan a diversas horas y el alta del paciente puede producir que de tajo una terapia psicológica quede incompleta. La flexibilidad del AT le otorga contención al paciente, por lo que cada sesión se abre explorando la problemática que vive y en la misma ocasión se cierra para que el sujeto no se vaya a casa con problemáticas no resueltas.
- El AT es una intervención breve, por lo que se puede atender la alta demanda.

Schneeroff y Edelstein (2004) mencionan en su *Manual didáctico sobre Acompañamiento Terapéutico* que a pesar de que el AT se utiliza con mayor ahínco en pacientes psiquiátricos, de forma ambulatoria en el medio cotidiano del hogar y el exterior, o bien dentro del Hospital Psiquiátrico, las características de este dispositivo se adecuan a la crisis propia del contexto hospitalario, donde la contención de la angustia, los miedos y las inseguridades es prioritaria.

Adicionalmente, Rossi (2003) refiere en su artículo *El acompañamiento terapéutico y los dispositivos alternativos de atención en salud mental*, que el AT comprende una ética relacionada con la del Psicoanálisis, la Antipsiquiatría y la Psiquiatría comunitaria. Menciona el autor, que el AT nace históricamente en los años 60's en Argentina como parte de un movimiento para cambiar la concepción sobre la locura. Esta revolución, de acuerdo Rossi, apoyaba la idea de reconocer al paciente psiquiátrico como sujeto en vez de servir al propósito psiquiátrico de la época, acallando y recluyendo al paciente sin ninguna posibilidad de reconocimiento subjetivo. Por ello el autor menciona que la ética del AT en este sentido no comparte el objetivo de moralizar o educar al paciente sino de

recuperar el vínculo social del que muchas veces el sujeto psicótico es desalojado por producir angustia a sus familiares debido a los síntomas que conlleva su malestar. Aun así, menciona que actualmente el AT puede ser utilizado en situaciones críticas, de emergencia o en contextos donde la sesión en consultorio no es accesible.

Rossi (op. cit.), menciona en este escrito, respecto a las situaciones críticas o *urgencias subjetivas*, que:

“el Acompañamiento permite un abordaje alternativo al exclusivo manejo psiquiátrico. La contención subjetiva, por el recurso de la palabra como suplencia del acto, posibilita el manejo de la contingencia mediatizando para dar un “tiempo” (ante el impulso) y “otro espacio” (frente a la angustia o la desorientación) para que el sujeto se restablezca” (op. cit., pág. 104).

Bellak y Siegel (1986), en su *Manual de psicoterapia breve intensiva y de emergencia*, entienden a la cirugía como un trauma. Por ello, los autores reconocen que la situación de hospitalización pos quirúrgica es un elemento importante en tanto le otorga un matiz diferente a la problemática de la que se pretende ocupar.

Para el propósito de este escrito, tal situación se tomará como aquella que agrava los síntomas y por tanto permite a su vez retomar más elementos a reflexionar y analizar.

Para los pacientes y los padres, también fue necesaria la psicoeducación, tal y como la recomiendan López & Fernández (2006) en su artículo *Hospitalización infantil y atención psicoeducativa en contextos excepcionales de aprendizaje*, pensando en explicar todos aquellos detalles relacionados con los efectos de la cirugía, la anestesia, el procedimiento, etc., siempre en términos entendibles de acuerdo a su edad. También, en consonancia con lo que mencionan Bellak & Siegel (1986) en su *Manual de psicoterapia breve* ya citado, la exploración de los miedos y fantasías fue esencial, pues los autores explican que

identificando y modificando los conceptos erróneos de la cirugía que posee un paciente sería una forma de liberar la angustia.

En este aspecto, la comunicación con médicos y enfermeras fue muy importante para comunicar adecuadamente al paciente la situación de su enfermedad.

Hablando estrictamente de la recolección de datos, la estrategia utilizada fue la entrevista a profundidad, la cual se implementó en las sesiones de acompañamiento. Rodríguez, Gil y García (1996) definen la entrevista como:

“una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información de otra o de un grupo (entrevistados, informantes), para obtener datos sobre un problema determinado” (op. cit., pág. 167).

Las entrevistas también servían a propósitos institucionales, pues la información recolectada fue escrita en formatos que formaban parte del archivo personal de cada paciente. De esta manera, cada sesión era registrada para que quedara constancia del trabajo realizado en el expediente médico, por lo que esta evidencia quedó a merced de la institución.

En lo general, con ayuda del AT y la entrevista a profundidad se buscó entender el problema de cada paciente sondeando sus relaciones familiares, sus conocimientos, creencias, sentires y pesares, así como su forma de vivir, de actuar y/o reaccionar ante dicho problema.

En lo particular, en la primera entrevista se recababan diversos datos:

- Datos generales: Nombre, edad, sexo, religión, fecha de nacimiento, número de cama, fecha de ingreso.
- Diagnóstico médico del paciente.
- Motivo de consulta o problemática psicológica.

En el reporte por sesión, se escribió la evolución del acompañamiento. Además, se anexaron las impresiones del acompañante, así como sus

sugerencias respecto a posibles rumbos del tratamiento. El formato requería también la enunciación de un “diagnóstico” basado en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (por sus siglas en inglés, DSM IV).

El trabajo con los pacientes no fue un esfuerzo individual sino en equipo. La Dra. Leticia Hernández Valderrama se encargó de ofrecer asesoría individual y grupal con los siguientes objetivos:

1. Supervisión de casos como apoyo para una intervención más efectiva.
2. Ampliar el conocimiento de la práctica con la exposición de la experiencia en grupo.
3. Explicitar las impresiones personales de los acompañantes para simbolizar el encuentro con el dolor, la angustia e incluso la muerte, propias del contexto hospitalario, con el propósito de conservar la estabilidad emocional de los acompañantes.

Este último punto lo fortaleció al indicarnos que debíamos desarrollar por escrito cada caso atendido, aparte del requerido por la institución, donde registramos la experiencia subjetiva de cada uno de nosotros como acompañantes. La supervisión también la efectuó con retroalimentación escrita, ofreciendo asesoramiento respecto a las experiencias y cuestionamientos que surgían.

En cuanto a las características de los sujetos, se puede citar de manera general lo siguiente:

- Edad: en pacientes, desde neonatos hasta jóvenes menores de 18 años de edad. En padres de familia, se intervino en edades cuyo valor mínimo fue de 23 años, y como máximo 45 años.
- Lugar: Área de Cirugía Pediátrica en el Hospital Juárez de México. Se intervino con pacientes y padres por separado: a los pacientes se les visitó estando ellos en cama y a los padres estando ellos sentados al

lado del paciente o bien en el pasillo aledaño o la sala de espera exterior.

- Número de sesiones: fue variable, en tanto cada sujeto permanecía en el hospital en función de su padecimiento, el curso de la cura médica y de la programación de sus procedimientos quirúrgicos. La mayoría fue atendida una sola sesión, debido a que esta área estaba designada a los pacientes que ya habían sido intervenidos quirúrgicamente. Su recuperación por lo regular ocurría antes de la siguiente sesión.
- Situación médica: Diferentes padecimientos que culminaron en la necesidad de una intervención quirúrgica. A los pacientes se les atendió en el área de Cirugía Pediátrica después de haberseles realizado dicho procedimiento (a algunos todavía se les requeriría intervenciones consecuentes). Entre los padecimientos más frecuentes se encontraban: apendicitis, problemas gastrointestinales, malformaciones congénitas y traumatismos.

Hablando propiamente del acompañamiento, el acercamiento en general se realizaba de la siguiente manera:

- Se establecía el primer contacto con el familiar que estuviera presente (solo estaba permitido uno en piso) para la presentación de los acompañantes. Se indicaba nuestro nombre y el tipo de profesionales que éramos (sobre todo porque el uso de la bata era indispensable) y nuestro objetivo (“venimos a acompañarlo en esta experiencia”) explicando que correspondía a un servicio del hospital por parte de la Unidad de Salud Mental.
- Se desarrollaba el rapport para amenizar la entrevista y disminuir la ansiedad.
- Los datos requeridos para el formato institucional eran cuestionados en primera instancia y eran anotados.

- Se pasaba directamente a preguntar acerca de su estadía en el hospital, el diagnóstico médico del niño, en qué circunstancias de su historia particular apareció la enfermedad, etc. No se realizaban más anotaciones hasta que la sesión fuera terminada.
- Si el niño estaba en condiciones de hablar, un acompañante se quedaba con él y otro con el familiar, hablando fuera de la sala para que ambos se pudieran expresar libremente.
- La sesión se cerraba a los 25 minutos aproximadamente. Esto dependía de la necesidad de cada paciente.
- La supervisión se realizaba al final del día y se trabajaban las cuestiones e impresiones de los acompañantes.

Para esta tesis se considerarán los datos recabados de esta experiencia, datos sobre la historia y la relación de los pacientes con sus padres, con el fin de saber lo que gira en torno a sus síntomas y la enfermedad. Para ello, se pretende esbozar los momentos en los que se puede vislumbrar dicha relación.

Por tanto, tampoco se pretendió realizar una transcripción estática de las entrevistas, dado que no concierne a este escrito. Las notas de cada sesión de entrevista fueron escritas después de cada intervención y se omitió realizarlas durante cada una para no interrumpir o alterar el discurso de los sujetos. Por supuesto, la omisión de la transcripción entera de cada acercamiento obedece también a la protección de la identidad de cada sujeto.

Aunque se considera que la intervención a través del acompañamiento terapéutico pudo haber tenido implicaciones favorables para la recuperación de los pacientes, la dirección de este escrito encuentra su fin en responder a qué hay alrededor del síntoma que aqueja al paciente pediátrico, qué relación tiene con sus padres y con su historia familiar.

Para el análisis de la experiencia, varios casos se exponen a manera de fragmentos discursivos, de “viñetas”, donde se identificaron tales relaciones entre el niño/ adolescente, los padres y el síntoma. Estos fragmentos representan los

resultados de la práctica empírica del AT. Veremos que no partimos solo con una intensión ingenua ante tales, sino que nos ayudamos del cuerpo teórico para reflexionar y analizar las observaciones obtenidas durante dicha práctica, a la luz de las aportaciones de Freud, Lacan, Nasio, McDougall, Mannoni, entre otros autores. El análisis, por supuesto, se integra finalmente con mi experiencia supervisada como acompañante y le da un lugar particular a cada caso, es decir, su dimensión subjetiva. Mis propios cuestionamientos y dificultades también estarán expuestos, pues implica introducir la importancia de la ética que nos aporta el Psicoanálisis, al otorgarle relevancia a la supervisión de casos y otorgarle voz y apoyo al propio acompañante. La supervisión en este sentido aportó un equilibrio a mi labor, ayudó a respetar los límites de mi intervención y a encontrar nuevas posibilidades de acción. Posteriormente, incluyo las reflexiones finales se exponen a modo de conclusión y se plantean diferentes propuestas para futuros trabajos.

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

Es momento de llegar a una parte vital de este escrito. Hemos dado un vistazo a la complejidad que representa el ser humano y como tal nos permite ver y comprender un poco la verdad (*no toda*, como se dice frecuentemente).

A través de este viaje nos hemos encontrado con diversas explicaciones que en esencia hablan de la familia, del amor y del dolor. Nos empeñamos en demostrar teóricamente que el niño nos habla a través de su síntoma, que éste es un lenguaje extraño y olvidado, y al que muchas veces los padres no saben responder sino con su propia angustia y dolor. Encontramos un tono más lúgubre en las situaciones de hospitalización y discernimos el goce que se esconde tras esa escena, donde no solo participan carne y huesos rotos, malformados o adoloridos, sino también una imagen del cuerpo abolida, congelada, y la palabra acallada y en las sombras.

Ni Freud ni Lacan nos hablaron de una apendicitis, una malformación intestinal o un síndrome mortal, sin embargo, se empeñaron en darnos un mensaje que ha sobrevivido por más de un siglo: *debemos aprender a escuchar*.

Lo anterior no significó escuchar las pulsaciones del corazón, las palpitaciones del vientre o las distorsiones de la respiración. Significó escuchar más allá de lo obvio. Significó encontrarnos con esa *otra escena* donde el guion es muy diferente de lo que deseáramos. Y eso es lo paradójico: ¿qué es realmente lo que deseamos?

Escuchar el inconsciente siempre nos remite a esa pregunta ¿dónde está el deseo?, ¿de qué (quién) se trata?, y ¿por qué no se dice?

Lo diremos sencilla y llanamente: no todo deseo es permitido. No sabemos exactamente qué desea el sujeto, pero sabemos que está vedado, inaccesible, y que está relacionado de alguna manera con su niñez y sus padres. Conocemos el hecho de que este deseo indecible se distorsiona hasta hacerse efectivo en un

síntoma, un fantasma o un acto, y que un evento, o más bien, un afecto muy intenso, pueden activarlos de manera que ocasione serias desavenencias.

La realidad es que no nos enfrentamos a un paciente con un trastorno en el corazón, el estómago o el cerebro, sino a un sujeto que se siente desamparado, frágil, angustiado y adolorido, y que tiene una historia y una familia que hasta el momento de su hospitalización no había sido consciente de los sesgos, de las heridas y los vacíos que reinaban de forma silenciosa en su vida, y que hoy en día, acostado en una camilla rodeado de aparatos ruidosos, no los sabe nombrar por haber estado ocultos todo este tiempo.

En mi práctica como estudiante de psicología he intervenido en varios contextos, sin embargo, el ámbito hospitalario ha sido el que más me ha puesto a prueba. La propia institución está hecha para la intervención médica y el rol del profesional de la Salud Mental se vuelve complicado, incluso su localización habla mucho de la importancia que se le da, por lo menos, a la Psicología y al Psicoanálisis.

Las áreas de la Salud Mental están dispersas y por lo menos una de ellas es difícil de encontrar, pues implica recorrer un laberinto de pasillos un tanto alejados del área de hospitalización, donde al final de ellos se encuentran una serie de consultorios para consulta psicológica. Las áreas están alejadas de los pacientes y en general están insertas en otras áreas como si las hubieran incluido tiempo después o de manera un tanto forzada. En el área de hospitalización el psicólogo solo interviene a petición del médico o del paciente a través de la solicitud de una "interconsulta".

Podemos también incluir la visión de los familiares, que por lo regular se quedan fuera del hospital para apoyar a quienes tienen permiso de entrar en cada turno, por lo regular uno de los padres del niño.

El hospital está rodeado de otros centros de salud, así como de comercios locales y ambulantes de comida, farmacias, papelerías, incluso una funeraria.

Básicamente, estos consorcios ofrecen lo indispensable para la espera y el buen o mal término de la experiencia hospitalaria, pero también podemos pensar que no solo bordean al complejo hospitalario, sino que también implican las nociones que bordean el problema que tratamos aquí. Vemos que la subsistencia humana, autoconservación, es lo esencial, pero tampoco el tema de la muerte está lejos, y se encuentra siempre como una posibilidad.

La corta distancia da cuenta de la inmediatez con la que se necesitan los bienes. Hace pensar sobre las regresiones de los pacientes, donde se retorna a esa época donde los cuidados maternos acuden al llanto del infante. ¿Y qué es el hospital sino un regazo o un útero a su manera? Los familiares esperan afuera como esperando obtener buenas noticias tras un parto muy doloroso y lleno de complicaciones.

En el caso de la cirugía, por si misma representa un trauma (Bellak & Siegel, 1986). Para el sujeto enfermo implica un encuentro con lo real del cuerpo. Como ya hemos visto el sujeto no lo experimenta sólo: la familia lo acompaña, no necesariamente con su presencia física. En Pediatría, este efecto es más intenso, porque el niño aun depende en muchas cosas del adulto y su psicosexualidad va a ser atravesada por esa nueva experiencia.

Ante tales afectos y tendencias, podemos pensar en que la pulsión de muerte ronda la experiencia hospitalaria, de forma silenciosa como nos la describió el padre del Psicoanálisis en *Más allá del principio del placer* (Freud, 1920). Tal como esa funeraria que ronda el hospital, de esa manera ronda el silencio, cada vez más frecuente si hablamos de enfermedades terminales.

Tal es el caso de una bebita de 2 meses cuyo diagnóstico de una asociación VACTERL (que implica una serie de malformaciones digestivas y esqueléticas) supuso una dura prueba para una pareja joven de padres que provenían de un entorno rural. La asociación VACTERL tiene muy mal pronóstico, pues la mayoría de los casos resultan finados en los primeros meses de vida. Las malformaciones de esta pequeña eran bastante complicadas y requerían de

cirugías constantes, además de mantenerla conectada en todo momento. Los padres, visiblemente ansiosos, trataban de sobrevivir a la experiencia de haber tenido su primera hija bajo estas circunstancias.

En el discurso de la madre no había más que futuras proezas de la recuperación de su hija gracias a su constante vigilancia y cuidado. No había espacio para demostrar dolor, enojo o culpa. Para el padre, aún más complicado era demostrar sus sentimientos, pues su vivencia en el contexto rural no le permite tal demostración de sus flaquezas, además de que no es usual para él que le pregunten sobre sus afectos.

Al ahondar en el caso, la madre reconoce que no sabe qué hacer. Acaricia, apapacha y le habla a su hija con desesperación, esperando que su “labor” materna acelere el proceso de recuperación, como si aún siguiera en parto, intentando traerla a la vida, pero a su vez aún conectada a su hija.

- ¿Cómo se siente, que su hija esté en esta condición?
- Pues mal.
- ...
- No me gusta hablar de lo malo porque mi hija puede recibir todas estas “cosas negativas”.

La bebé se encuentra visiblemente más intranquila con la madre, llora constantemente y no puede dormir. Pareciera que sufre y llora por ella, cargando su mal-estar, encargándose de expresar vía sintomática lo que la madre calla.

Con el padre es diferente. Él no habla. Solo le da palmaditas en el pecho y le susurra una melodía. No puede cargarla porque está conectada. La bebé se duerme, se tranquiliza y se queda inmóvil. El padre solo desea que no sufra y ella capta su deseo.

- ¿Cómo se siente?
- Cansado
- ¿Cómo ha visto a la bebé?

- Un poco mejor, más tranquila.
- Con usted se queda más tranquila que con su mamá, verdad.
- ¡Sí! (sonríe).
- ¿Por qué cree que sea así?
- No sé... tal vez porque yo soy más tranquilo.
- ¿Qué le desea a su hija?
- Pues que ya no sufra, ya queremos llevárnosla a nuestra casa.

En consonancia con lo anterior, recordemos que Mannoni (1992) nos explica en *El niño retardado y su madre* que el hijo representa una parte del narcisismo de los padres, y sería una nueva oportunidad para resarcir los errores de su infancia, pero una falla en esta identificación imaginaria, corrompida por la enfermedad, podría hacer surgir agresión, por falta de correspondencia con su deseo, y por el otro, la angustia, cuando se confronta la idea de perder al hijo amado y quedar en falta.

Al conocer que el VACTERL tiene una relación con la genética, los padres guardan un atisbo de culpa, ya no pueden guardarse más y comienzan a demandar una escucha.

- Fuimos a ver a una doctora y ella nos explicó que la enfermedad es hereditaria, pero que ocurre una vez cada mucho tiempo, y que teníamos que realizarnos pruebas para ver si no hay algo en nosotros - dijo la madre.
- ¿Y qué piensa de esto que les dijeron?
- Pues al principio pensé que él o yo teníamos la culpa por tener algo malo en nuestra sangre.

Lo “malo” era aquello que la madre temía transmitir a su hija, pero no quería hablar de ello. Al preguntarle por el apoyo que recibía de su marido, ella respondió:

- Me apoya mucho... pero tuvimos un problema, ya que se le olvidó anotar la hora que le pusieron la medicina a la niña y muchas veces se le olvida.
- ¿Han hablado acerca de eso?
- No, casi no hablamos... estamos muy poco tiempo juntos.
- ¿Y cuando están juntos?
- Nos dormimos o hablamos de lo que dijo la doctora.

La madre se muestra con el tiempo más obsesiva acerca del control que tiene que tener el tratamiento de su hija, y se muestra impaciente al ver que con sus cuidados no puede “acallar” a su bebé.

- Estoy muy cansada, en la noche la bebé se quejó mucho. Se durmió después de mucho rato.
- ¿Logra dormir cuando se acaba el turno?
- No, todo el tiempo estoy pensando en mi hija.
- ¿Tiene con quién hablar?
- Solo con mi mamá.
- ¿Y su esposo?
- No, no queremos hablar de lo malo.
- ¿Pero qué es lo “malo” para usted?
- Pues... que se vaya a poner peor, que le pase algo.
- ¿Cómo qué?
- Que se nos vaya antes de tiempo (llora).

A través del tiempo, ambos padres comienzan a descubrir que si no expresan su sentir y se comunican va a perjudicar su relación de pareja. Hablan de la impotencia que sienten, del silencio que crean entre ellos como pareja y del futuro incierto. Al hablar de lo “malo”, la posible muerte de su hija, lloran y se dan cuenta de que esa posibilidad siempre estuvo presente, pero se defendían con el silencio, con la ansiedad, con los cuidados, con la obsesión del tratamiento médico.

En este aspecto, Freud (1900) nos decía desde *La interpretación de los sueños* que en el sintoma participan tendencias opuestas que coinciden en una expresión. Relacionándolo con el caso que nos ocupa podemos decir que lo “malo”, como aquello velado a la consciencia, entraría en conflicto con el deseo parental.

Cuando hablan de lo “malo” (¿lo ominoso?) significan esta experiencia, amarran su goce y lo implementan al curso vital de sus vidas en vez de sucumbir a la angustia de la cual se protegen por momentos con sus síntomas e inhibiciones, tal y como lo explica Freud (1926) en *Síntoma, inhibición y angustia*.

Cuando la madre expresa su enojo hacia su esposo al no seguir al pie de la letra las indicaciones del médico, está demandando que su esposo tenga el mismo control. De cierta manera lo llama a compartir el mismo síntoma obsesivo, donde los cuidados rutinarios, rituales, transmitirían “lo bueno” a su hija para lograr su recuperación. En este caso, si la instancia superyoica es tan tiránica en estas expresiones sintomáticas, como nos dice Freud (op. cit.), en su texto ya citado, sería para aplacar un deseo insoportable. En este caso, las sesiones son escasas para llegar al reconocimiento de este deseo, pero es notable que el sentimiento de culpa aquí tenga un papel importante en tanto se sienten responsables de la enfermedad de su hija. El nombre que le otorgaron, que significa “una luz...”, ¿acaso operaría sobre la “oscuridad” de sus vidas?

- ¿Qué harían en caso de que su hija falleciera?
- Nos regresaríamos a nuestra casa, estaríamos muy tristes, pero ya estamos conscientes de que es una posibilidad y nos trataríamos de apoyar.
- Y en el futuro, ¿tendrían otro hijo?
- Sí, tal vez. Después de un tiempo lo intentaríamos.
- ¿Qué nombre le pondrían?
- Queríamos ponerle el mismo nombre... pero creo que cargaría mucho peso.
- Así es, no se trata de sustituir a su hija.

- No, pensaremos en otro, pero ahorita sí nos esperaríamos un tiempo.

En supervisión, en tiempos más actuales, entendí que esta intervención fue un tanto intempestiva. Afortunadamente, los padres optaron por reflexionar este punto, pues entendían que podía ser una posibilidad muy cercana su fallecimiento, pero que no por ello iban a desperdiciar esos momentos con su hija.

Cuando comienzan a hablar entre ellos, comienzan a trabajar su culpa, comienzan a resignificar su deseo, a responsabilizarse y no depositarlo en la bebé. Podemos recordar aquí la enseñanza de Pichon Rivière (1997) donde un elemento de un grupo puede erigirse como portavoz de la ansiedad general del grupo y enfermar por el “bien común”. Ciertamente, si la madre es motivo de sollozos y el padre ofrece la ocasión de acallarlos ya dice algo. Tanto si es para que responda a los cuidados como para que no se queje por ellos ya implica una demanda parental que intenta lidiar con lo que representa su hija enferma para cada uno.

Con el curso del acompañamiento, los padres hablan con más franqueza e interactúan más con la bebé. La madre comprende que puede cuidar a su hija sin descuidar a su esposo ni a sí misma, descansando lo suficiente para tener energía para enfrentar la situación, tratando a la niña como su hija y no como su “enferma”. Esto incide en el comportamiento de la pequeña, puesto que ya no solloza y patalea como antes, incluso dirigiendo su mirada hacia su madre, poniendo atención a las palabras cariñosas que le dirige ésta, en vez de apapachos sistemáticos y ansiosos. El padre, por su lado, encuentra la ocasión de jugar y hablarle a su hija, en vez de silenciarla con arrullos. El deseo de los padres comienza a figurarse como uno en pro de la vida siendo conscientes también de la muerte. Tres meses más pudieron amar a su hija, incluso pudieron cargarla, al presentar una efímera mejoría. Finalmente, el organismo de la bebé no pudo aguantar más cirugías. Un día antes, en sesión, su padre hablaba sobre su infancia y como deseaba que no le pasaran las mismas cosas desfavorables que él vivió. La bebé estaba tranquila ese día, se notaba débil, pero apacible. No hay duda de que murió sabiendo que sus padres la amaban.

Qué decir del significante en esta historia enternecedora. A partir de esto debemos recordar que el sujeto no solo es organismo biológico. Es donde se convierte en cuerpo apalabrado, es decir, atravesado por el lenguaje. Cuando los padres son conscientes de lo que significa su hijo para ellos comienzan a responsabilizarse de su deseo. Mientras lo acallen, la pulsión tomará al hijo como objeto de goce, depositando en él toda esa tendencia destructiva bajo la cubierta de una acción protectora (Mannoni, El niño retardado y su madre, 1992). En este panorama, el bebé de algunos días de nacido aún no ha recibido la castración. Pero los padres si pueden limitar su goce ofreciéndoles un espacio de escucha, de simbolización de la experiencia hospitalaria traumática. Finalmente, los padres de la bebé comprendieron que ella podía tener un hermanito que no la sustituyera en caso de que ella falleciera. Esta acción significativa frena la repetición de la experiencia para el hijo venidero.

Ahora, hablando de mi experiencia, yo sentía durante las sesiones un deseo muy grande de curar a la bebita. Me alegraba cuando presentaba una gran mejoría después de una cirugía y me lamentaba cuando reincidía en una infección o en un estado crítico. Pensaba en cómo resignificar una experiencia que, pensaba, era sumamente difícil afrontar. En supervisión, pude reflexionar acerca del objetivo de la escucha, pues prácticamente me encontraba sufriendo junto con los padres, como un espejo de su dolor. Fuera de esa relación dual, imaginaria, había que incluir el significante, el cuestionamiento, la palabra, para poder ofrecerles un espacio donde pudieran metaforizar, decir de otra manera, esta experiencia que les dejó huella, sin instalar la repetición o dejarlos a merced de su propia angustia.

Este fue el caso de una bebita que no podía hablar de su dolor más que a través de su cuerpo y del llanto. La cuestión del cuerpo en este aspecto puede resultar muy perturbadora. Los pacientes hospitalizados en general no saben decir algo sobre él con excepción de lo que les duele.

Mientras haya síntoma hay posibilidad de engaño a través del significante, aunque no sea enteramente la solución, dado que hemos visto que empeora el

estado de salud del paciente. Sin embargo, los momentos de angustia, a la manera de la angustia automática que describió Freud (Síntoma, inhibición y angustia, 1926), dejan marcas imborrables. Lo traumático se juega en el hospital diariamente.

Lo primero que observé que mencionan los niños al respecto del momento en que los enviaban al quirófano es la reacción y las palabras de los padres. “Échale ganas”, “aquí te esperamos”, “primero Dios, todo va a salir bien”, frases de consuelo dichas por padres que lloran, que expresan ansiedad y miedo, disfrazados bajo una sonrisa torcida. Los niños perciben sin dificultad el estado de los padres. Saben a través de ellos que algo puede salir mal a pesar de que desean su bien.

Al respecto, un preadolescente de 12 años de edad que había sido operado del apéndice recuerda que antes de la operación imaginaba que iba a “quedarse sin aire”. Describe que sus padres lo apoyaron mucho en esa situación, pero aun así captaba su preocupación, y antes de ser operado, la mirada de su madre fue una señal de lo angustiada que se encontraba.

- ¿Qué fue lo que pensaste antes de entrar a la cirugía?
- Pues... tenía miedo.
- ¿A que le tenías miedo?
- A que saliera mal la operación... no sé.
- ¿Hubo algo específico que pensaras?
- Pues, pensaba que me iba a faltar el aire.
- ¿Por qué pensabas que te ibas a quedar sin aire?
- Porque a un tío que tenía también lo operaron y mi mamá me dijo que fue porque se quedó sin respirar, no aguanto.

Tal cual una pesadilla, la cirugía puede representarse como una situación de angustia que incapacita al sujeto. Recordemos que Lacan (1962-1963)

menciona en su seminario X que la angustia es lo que no engaña, lo que surge ante una situación donde no se sabe cuál es el deseo del Otro, una incógnita x que nos retorna al momento donde el cuerpo se vive como fragmentado, donde nuestra imagen pelagra y nos acerca a nuestra destrucción.

La hospitalización y la cirugía implican una experiencia difícil, la salida de la escena, una vía regia hacia lo real que detiene todo deslizamiento significativo. De vuelta a la camilla, el sujeto no regresa idéntico. Metaforizando un poco los términos, pareciera que la cirugía no implica un solo corte en lo real como corte literal de carne y huesos sino también en lo imaginario, como una herida narcisista, una imagen que muchas veces ya no es ideal por la cicatriz y la debilidad del cuerpo, o un "corte" en lo simbólico, que detiene el discurso del sujeto ante el trauma quirúrgico y el dolor que ello conlleva.

Muchas veces el niño no sabe qué hacer respecto a su síntoma y esa es la esencia de la hospitalización: se siente encarcelado, arrancado de su hogar y su intimidad, así como obligado a permanecer en un lugar donde aguantar el dolor es sinónimo de ser buen paciente y buen hijo. Con la cirugía también se va un paso más allá (del principio del placer): implica una barrera imposible de pasar, un real devorador al cual el niño no puede escapar, ni poner palabra.

Con lo anterior, reflexionándolo en el asesoramiento tal vez la diferencia entre la hospitalización y la experiencia quirúrgica es que, aunque en ambos el sujeto está a merced de lo que el Otro decida (médicos, padres, institución, etc.) quedando en calidad de objeto, la cirugía deja marca en el cuerpo, pero también un agujero, un real que desborda ante la incertidumbre de no saber lo que cambio dentro. En la hospitalización puede haber dolor, miedo, angustia, malestar continuo, cuando es consciente. La cirugía deja un agujero, que no es visible. Una duda, una pregunta, una incertidumbre. Por eso nunca está de más explicar a los pacientes, por más pequeños que sean, acerca de lo que pasará en cirugía. Aliviar un poco la angustia ante lo que vivirán cuando se les transporte en camilla, cuando se les anestesia y la importancia de la cirugía para su salud, en un

lenguaje que les permita entenderlo, en el caso de los niños. En especial en los más pequeños

Al respecto de la cirugía, una niña de 7 años se muestra renuente a las preguntas, y solo puede expresar su sentir a través de una fantasía sádica, donde planea una firme venganza contra sus padres y los doctores, sometiéndolos a condiciones similares a las cuales ella tenía que atenerse debido a un trastorno gastrointestinal.

- ¿Cómo te sientes aquí en el hospital?
- Muy aburrida, ya me quiero ir.
- ¿Qué haces todo el día?
- Pues me quedo acostada, dibujo o veo la tele.
- ¿Qué es lo que harás cuando salgas?
- Voy a castigar a todos.
- ¿A quiénes?
- A todos. A los doctores, a mis papas y también a ustedes (se ríe).
- Pero ¿por qué nos vas a castigar?
- Porque se portaron mal.
- ¿Qué nos vas a hacer?
- Los voy a meter a la cárcel y los voy a dejar sin comida, y les voy a poner muchas inyecciones.

Esto implica que no solo los padres son los que sienten alguna clase de culpa respecto a la enfermedad de su hijo, sino que los niños se sienten traicionados por sus padres, quienes son simbolizados como objetos de amor y de protección, y que ahora los obligan a recibir tratamientos dolorosos bajo una auténtica cárcel- cuna. En estas situaciones, la agresión interna que viven a través de su enfermedad y la agresión externa de parte de los tratamientos y la estancia hospitalaria, conducen al niño a soportar el dolor pasivamente, para luego figurarse vía fantasmática la situación inversa. Me hace pensar sobre aquel preso que nos cuenta Freud (La interpretación de los sueños, 1900), el cual soñaba que volaba y atravesaba los barrotes de su prisión para finalmente ser libre. Solo que

ahora no solo se juega el hecho de librarse de esta vivencia, sino de tomar represalias contra todo aquel partícipe, incluyéndome a mí como acompañante terapéutico.

La niña de esta viñeta ciertamente habla de esta venganza entre risas, pero su cólera es muy visible. Su deseo es transparente y tal vez tenga que ver con lo que Freud (1905) designaba en sus *Tres ensayos* como un niño, es decir, como perverso polimorfo. Sin embargo, considero que al escucharla ella encuentra en la palabra, y no en el acto, la descarga, aunque incompleta, de sus pulsiones agresivas. Pensándolo en la actualidad en mi asesoramiento, hubiera sido más pertinente elaborar su enojo, atendiendo a la comprensión de la situación y los comportamientos de todos los implicados.

En este aspecto, la historia familiar es muy importante para entender el curso de los acontecimientos de la enfermedad, aunque muchas veces los pacientes y los padres lo viven por separado.

Respecto a una pequeña de 4 años que sufría de Neumonía, menciona su padre lo siguiente:

- Mi hija no me habla. Yo la cuido mucho y la abrazo, pero ella no me dice nada.
- ¿Por qué piensa que hace eso su hija?
- Creo que me está castigando, porque cuando le pusieron el catéter le dije que no se sentía nada, que no pasaba nada. Antes era una niña muy alegre, pero con lo de la cirugía se puso muy triste, pero a partir de lo del catéter ya no habla.
- ¿Cómo se sintió usted cuando la operaron?
- Muy mal, estaba muy preocupado porque su abuela por parte de mi esposa murió de neumonía hace 10 años.

Hablando un poco más, el padre habla acerca de la familia al hacerle yo la observación de que se mostraba muy cariñoso con su hija:

- Hemos tratado de estar unidos. Antes no lo éramos, tuvimos muchos problemas. Peleamos mucho con nuestra hija mayor porque antes no éramos cariñosos con ella y luego con la muerte de la abuela, mi esposa quedó muy triste y tuvimos muchas discusiones de pareja. Aparte, mi esposa fue secuestrada hace dos años. A partir de eso, fuimos más unidos, porque ella se puso muy mal. Por eso, me duele que mi hija no me hable, yo la amo mucho.

Mannoni (El niño, su "enfermedad" y los otros, 1987), nos menciona que la enfermedad del niño siempre tiene que ver con los padres, pues en ella se vislumbra aquellas expectativas que los padres depositan en el niño para reparar aspectos de su pasado. La paciente es la menor de tres hijos, siendo la hija mayor la única que no fue planeada. La abuela materna muere de neumonía, cinco años después de que nace el segundo hijo, varón, ante la cual la madre entra en depresión y tiene varios conflictos con su esposo. Finalmente nace la paciente, pero cuando cumple dos años su madre es secuestrada durante dos días y el choque es tan traumático que consigue "unir" a la familia, o más bien a formar esa triada entre el padre, la madre y la hija menor, que presenta la misma enfermedad que la abuela muerta. La hija mayor se encuentra enfadada con los padres, les recrimina que no le dieron cariño. Del segundo hijo, el padre casi no menciona nada, solo que es tranquilo, y le muestra una devoción completa y un cariño exacerbado hacia su hija pequeña. ¿Qué representa aquí la niña para sus padres? ¿Por qué la niña, con su síntoma, parece querer recordarles el fantasma de la abuela al adoptar la misma condición?

Mannoni (op. cit.), en el texto citado, tiene un paciente similar que comienza a presentar los síntomas somáticos de la abuela paterna recién fallecida, ante lo cual descubre que la madre del niño le mintió diciéndole que en realidad se fue de viaje. Al parecer, la madre de este caso tenía ciertos roces con su suegra, la cual tenía problemas del corazón. Al dejar a su hijo con la abuela, sabiendo que podría ocasionarle problemas por su comportamiento inquieto, se entera que durante esta experiencia fue que la abuela falleció. La culpa de la madre, dice la autora,

depositada en el hijo le da la oportunidad de tener a alguien que la castigue recordándole su deseo infame.

En el caso que nos ocupa, no sabemos qué representó para la madre la muerte de su propia progenitora. De cualquier manera, su hija parece demostrarle algo que irremediablemente refiere a la muerte de la abuela y también reacciona a la mentira del padre con mutismo, haciéndolo sufrir también a él.

Pareciera que el niño se encuentra en una posición muy desfavorecedora por su dependencia hacia sus padres. Por otro lado, los adolescentes adolecen no solo de su transición hacia la adultez, sino que, por no ser “mayores de edad” los que se encuentran en Cirugía Pediátrica, deben lidiar una vez más frente a la pérdida de la niñez y la castración, pues a pesar de que el hospital ubica a los adolescentes en un cuarto y a los niños y bebés en otro, la simple derivación a una zona pediátrica implica que no se les reconoce como mayores.

Un joven hospitalizado de 17 años, que adolecía de un problema intestinal, se quejaba de que lo habían ubicado en una camilla para niños, pues claramente sus pies sobresalían del barandal.

Al principio pensé que esto ocasionaba que él se sintiera avergonzado y que los pacientes de la sala se burlaran de él. Sin embargo, en supervisión me di cuenta de que el paciente en realidad no se quejaba de ello y que yo lo suponía en base a observaciones muy superficiales. Aquí abro un paréntesis para exponer la importancia del rol del supervisor, pues a partir de mis supuestas observaciones yo llegaba a conclusiones que no tenían nada que ver con el sujeto en cuestión. El supervisor logra en ese sentido poner límites al imaginario del acompañante al persistir en escuchar la palabra del paciente y adecuarse al caso por caso, sin hacer generalizaciones o interpretaciones de las cuales yo incluso me sentía muy seguro (¿tal vez para calmar mi propia angustia?).

Volviendo al caso, este joven tenía en verdad otra preocupación:

- Quisiera que me preguntaran cómo estoy. No me gusta que me digan “échale ganas” y cosas así. Me siento muy mal del estómago, solo cuando vomito me siento un poco mejor.

Y aquí la diferencia entre lo traumático, del lado del goce, y lo fantasmático, del lado del deseo. Toda esta sesión hablaba entre lágrimas y llega a relatar un sueño de la noche anterior:

- Yo estaba acostado en una cama con mi madre en un lugar que parecía un hotel muy lujoso. Mi hermana me tomaba fotos como si fuera famoso y había mucha gente alrededor viéndonos.
- ¿Por qué crees que tu hermana te tomaba fotos?
- No lo sé, no me llevo bien con ella. Siento que es una persona... no sé, pienso que es asquerosa. No se baña, siempre tiene la ropa sucia y rota. Además, se burla mucho de mí, me dice que soy un chillón.

Considera a su hermana una persona que le causa “asco”, aludiendo a su forma errática de vivir, siendo ella misma desaliñada, despreocupada de los deberes del hogar y los escolares, entre otras cosas. En este contexto, su padre ya había fallecido, víctima de la delincuencia, y siendo el único hombre se vio obligado a tomar la responsabilidad paterna:

- Recuerdo un parque al que fuimos con toda la familia. Yo me sentía muy triste porque veía a todos los niños jugando con su papá y yo no porque no tenía. Entonces me dijo un tío que me calmara, que ahora yo era el hombre de la casa y tenía que cuidar a mi mamá y mi hermana.

Fue así como se erigió como varón responsable, ayudando al negocio familiar. Pienso que incluso su nombre fue vital para constituir su rol ya que su padre le puso su propio nombre, e incluso le enseñaba su oficio. Este paciente tenía tanta angustia a la cirugía que antes de ella pensaba terminantemente que se iba a morir.

Sin ánimos de ofrecer una interpretación psicoanalítica por no ser accesible desde mi posición, me pregunto entonces si ¿la enfermedad de este joven adolescente no estaría relacionada con el resurgimiento de las tendencias edípicas durante esta etapa, activadas ante la muerte del padre y su consiguiente papel como “hombre de la casa”?

Durante el acompañamiento, la muerte de su padre era el tema que más le apenaba, sumido en un llanto inconsolable y turbulento. Su madre ya no estaba tanto tiempo para él, pues se dedicaba todo el día al negocio familiar. Las salidas familiares eran ya casi inexistentes y solo pudo convivir con su madre ayudándole en el negocio después de su escuela.

Fue a través de la escucha, que él comprendió que como hijo no tenía la responsabilidad de ocupar ese lugar. Cuando se le cuestionó por la experiencia vivida por su hermana del fallecimiento del padre, reconoció que nunca le había preguntado (su hermana es algunos años mayor). Este joven no recordaba como tal la muerte de su padre pues contaba con 3 años de edad, apenas perfilándose al complejo de Edipo. Finalmente, en la siguiente sesión mencionó que se decidió a hablar con su hermana para mejorar su relación y ante la respuesta positiva de ella se sintió motivado a seguir.

En este aspecto, la depresión siempre es una entidad nosológica que se observa en pacientes hospitalizados. Como menciona Freud (1917) en *Duelo y melancolía*, no solo la enfermedad obliga a deslibidinizar los objetos de amor, sino que situaciones adversas que toleramos más o menos bien en nuestra vida diaria aumentan su efecto negativo por desequilibrar la economía psíquica. Al reflexionarlo en supervisión, respecto a sus síntomas digestivos, surgió la pregunta: ¿Qué es realmente aquello que no puede digerir?

Entonces, no hay duda de que la pérdida de la salud implica ya de entrada un duelo, pues el sujeto es arrancado del curso “normal” de su vida y lo obliga a centrarse en su dolencia. Sin embargo, por lo regular el entorno familiar aún está presente. Muchas veces basta con asistir a consulta médica y resistir el

tratamiento, que en el mejor de los casos implica tomar pastillas cada cierta hora, o en el peor aguantar el dolor de una inyección.

Sin embargo, siempre pueden existir experiencias más complejas. Si la enfermedad es ya un duelo y la cirugía un trauma, cómo tramitarlos en el contexto de otra pérdida. Es el caso de un joven de 16 años que presentaba un diagnóstico de espalda bífida. Este joven se quejaba de dolores en la espalda después de su operación y se imaginaba que su espalda “se iba abrir”. En su situación familiar apareció rápidamente la situación conyugal de sus padres:

- ¿Podrías hablarme de tu familia?
- Tengo dos hermanos y una hermana, yo soy el mayor. También tengo 2 hermanastros.
- ¿Hermanastros?
- Si, mis papás se divorciaron hace 2 años y mi papá vive con otra señora.
- ¿Con quién vives?
- Con mi mamá y mis hermanos.
- ¿Y qué piensas del divorcio de tus padres?
- Pues raro, ya casi no veo a mi papá y mi mamá no me deja hablar con él cuando llama por teléfono. Pero cuando me enfermé me vino a visitar, y habló con mi mamá y se pusieron de acuerdo para cuidarme.

Hablando con el padre, menciona que conoció a su exesposa desde muy chico. Pasaron por muchos problemas y finalmente el padre conoció a otra mujer con la que tuvo un hijo y por el cual decidió divorciarse.

- No había visto a mi hijo desde hace mucho tiempo. A veces le llamo a escondidas de su madre porque ella no deja que lo vea. Quisiera estar más tiempo con él, pero como tengo que dar pensión y sostener a mis hijos todo el tiempo estoy trabajando. Pedí permiso para cuidar a mi hijo en la mañana y logré que mi exesposa me dejara verlo, porque también me pidió apoyo para pagar el hospital y ayudarlo en sus tratamientos.

Este paciente se quedó bastante tiempo en el hospital. Los médicos mencionaban que la cirugía fue exitosa, sin embargo, él tenía siempre algo que lo detenía para darse de alta. Cuando mejoraba y le mencionaban que ya se retiraría del hospital surgía una infección, o bien se hinchaba la cicatriz o incontinencia urinaria. Con la escucha, el joven se empezaba a preguntar el porqué de esta situación:

- ¡Ayer me dijeron que tenía que pasar 11 días más para darme de alta! Estoy muy aburrido, ya me quiero ir a mi casa.
- Cada vez que ya te van a dar de alta pasa algo
- Sí, ya estoy muy desesperado.
- ¿Qué harás cuando regreses a casa?
- No sé. Quiero ir con un amigo a comprar unas micheladas.
- ¿Y la escuela?
- No sé si quiero regresar. Me gustaría también ir a trabajar.
- ¿De qué quieres trabajar?
- Me gustaría manejar un tráiler o ser soldado.
- ¿Quieres irte lejos?
- Siempre me ha gustado viajar y conocer otros lugares. Aunque también me gustaría ser administrador y tener mi empresa.
- Pero encerrado en una oficina ya no podrías viajar, es como lo contrario.
- Sí, no sé qué hacer.

El padre se había salido de la escuela a su edad para trabajar y tomaba bastante en compañía de sus amigos. Al preguntarle cómo se sentía al ver que su padre estaba ahí para cuidarlo el mencionó:

- Es bueno porque ya podemos hablar más. Me cuenta mucho de su vida, de cuando era chico.

Paradójicamente, el padre reporta que no sabe de qué hablarle a veces, porque su hijo parece no querer escucharlo y quiere descansar. ¿Acaso este joven encuentra en la enfermedad el único modo de convivir con su padre a pesar del

malestar orgánico? ¿Es esta una forma de negar su duelo y alejarse del deseo materno que le insta a desconocer a su padre? La madre por su parte se niega a las entrevistas conmigo arguyendo el deber de cuidar a su hijo.

CONCLUSIONES

Desde mi posición de acompañante, escuchar tantas historias, tanto dolor y angustia, en un espacio pequeño y sin privacidad, detonó en mí más de una vez cierta ansiedad y un sentimiento de deuda. La primera responde sin lugar a dudas a la labor “ambulatoria”, si se me permite la expresión, en la que había que deambular por las camillas para hablar en el momento preciso con el paciente, ya que hay que convivir con diversos profesionales como enfermeras, médicos y educadoras, ante las cuales hay que ceder en cierto momento de la sesión para no comprometer los tratamientos del paciente. La expresión de la subjetividad en este sentido no es la más adecuada y aunque no es totalmente limitante en la mayoría de los casos, resulta en una intervención muchas veces intermitente porque los pacientes de esta área en especial no se quedaban mucho tiempo, por lo que mayormente podía acompañarlos una sola sesión. De esto último también deriva este sentimiento de deuda, pues mi deseo en todo caso apuntaba a la disminución de su sufrimiento, pero como lo he podido entender gracias a la supervisión y el asesoramiento, no se trata de una labor psicoterapéutica que trata de abarcar el conflicto de cada sujeto, que es de una complejidad inabarcable, incluso si hubiera tenido todo el tiempo disponible para un tratamiento. El tiempo en realidad era el de cada paciente, y aunque, naturalmente, muchos de ellos presentaban resistencia a hablar, o intelectualizaban su sufrimiento con proezas de fe religiosa o de un positivismo inescrutable, a veces estas defensas cedían un poco y hablaban sobre su verdadero sentir, y entonces pude observar el valor del acompañamiento terapéutico al darle a cada uno su propio espacio para hablar de lo que ellos quisieran y ver como resignificaban su situación en tanto los cuestionaba sobre los significados que atribuían al evento específico de la hospitalización y la cirugía y cómo se incluían respecto a su vida fuera del hospital.

Como profesional me vi enfrentado a esta situación, donde cada paciente fue tan fugaz que diariamente me encontraba al final de la jornada pensando qué sería de la vida de tal o cual paciente y si volvería a verlo para acompañarlo en su

sufrir, pensando diversas soluciones, analizando su situación, para mejorar la escucha la próxima vez. Esa vez no llegaba, no siempre. Como en toda ocasión, personalmente, me preguntaba si hice lo suficiente, si pude ayudar de alguna manera, si al menos el paciente pudo interesarse en resolver algo que lo ha hecho sufrir. Lo cierto es que se necesita ser resistente para continuar con este ciclo, que fuera de ser repetitivo o compulsivo, debe ser motivo para tener consciencia de hasta dónde podemos hacer y respetar el tiempo y lo particular de cada sujeto.

En cuanto a mí, como profesional, mi subjetividad también se vincula tras cada encuentro. Las situaciones que yo viví fuera del hospital también repercutieron en mis intervenciones. Hacer frente al dolor de los padres y de los niños y adolescentes hospitalizados es una tarea difícil, por lo que las asesorías y el trabajo académico sirvieron para hacer lo que yo a su vez intentaba con los pacientes. Y es que uno como persona no puede ayudar si no ha superado su propia angustia. Pensemos que esto es el comienzo del mal entendido con el deseo de los padres, porque su propia angustia los lleva a querer tapar la falta con cualquier tipo de consuelo, con frases pre-elaboradas (“todo va a salir bien”) y con la tenaz idea de soportar y tragarse todo el dolor, la ansiedad, el miedo y las fantasías tormentosas que no los dejan dormir, con el equivocado pero sincero deseo de no “contagiar” a su hijo con tan “malos pensamientos”.

Con el acompañamiento surgen nuevas formas de expresar el dolor. Cuando los padres apresan con palabras lo que sienten la repetición de estas frases y comportamientos obsesivos vas dejando lugar a otros mucho más beneficiosos para su hijo. Se vuelven más reflexivos, más creativos, y más amorosos en el mejor de los casos (no todos, por su puesto, puesto que no siempre se puede crear una demanda de acompañamiento). Cuando les cuestionaba ¿qué sientes?, ¿cómo llegaron a esto?, ¿qué es ser padre o madre para ti?, ¿qué significa el nombre de tu hijo?, podían reflexionar acerca de ello, y con la escucha, encontraban un espacio para escucharse a su vez ellos mismos.

Para el niño justamente implica resignificar la experiencia traumática o angustiante en una donde efectivamente son conscientes de que sus seres

queridos están cuidándolos, que se preocupan y hacen todo lo posible, pero que finalmente lo hacen porque lo aman.

Para llegar a ello el acompañante también debe aprender a respetar el tiempo de cada paciente. Ni diagnósticos, ni interpretaciones salvajes. Una escucha activa que siembra el campo de lo que florece como un deseo de vida. Ciertamente también se lidia con el propio egoísmo al crear fantasías de curación o de prestigio profesional, como pude experimentar más de una vez. Pero, sobre todo, no confundir lo propio con lo ajeno, respetar la subjetividad del otro, pues de esta ética depende la esencia del acompañamiento.

Desde la Psicología no es una regla irrefutable que el profesional tenga que analizar su propia angustia, ya sea en psicoterapia o supervisión. Pareciera que esto está relegado a los estudiantes como una guía y contención en sus primeras experiencias clínicas. La aportación que nos hace el Psicoanálisis es justamente la de incluir el propio análisis para poder separar nuestra problemática interna de la del paciente, y así no depositarla a la manera que explica Pichon Rivière en el vínculo familiar. Personalmente viví el deseo de curar al paciente, de cambiarlo por “su bien” (¿Qué Bien es ese?) y de saber de su vida para elaborar teorías que den sentido a su comportamiento en una cómica identificación a un Holmes o un Freud.

Esto tiene que ver, pienso yo, con una ética del profesional de la salud mental, porque no se trata de “abrir” heridas y profundizar, como un cirujano, y cerrar tan abruptamente como se rasgó, en especial porque nuestro tratamiento no viene con una sala donde reposar y darle los nutrientes y medicamentos necesarios al paciente para soportar la siguiente intervención. Y aunque desde la Psicología o el Psicoanálisis no se tenga la última palabra sobre la relación entre la mente y el cuerpo, desde este campo de trabajo, muchos médicos me comentaron la importancia de nuestra labor, diciéndome que han observado que muchos pacientes, experimentando una mejoría física, pero habiendo vivido la situación hospitalaria de una manera apabullante, sobrepasando las barreras del deseo y la palabra, retornaban en el cuerpo real las experiencias no ligadas y

regresaban con regularidad al hospital para someterse a la repetición del procedimiento y por tanto del mismo trauma, a la manera compulsiva de los terrores nocturnos de las neurosis de guerra, de las que Freud ya nos hablaba hace mucho tiempo.

Por ello, hablar del sentido que tiene la práctica hospitalaria desde las áreas de la salud mental es sumamente importante. No voy a pretender dado lo expuesto de que en todos los casos sea indispensable. Sin embargo, pensar que no tiene ninguna relevancia, aunque sea una sola sesión de intervención, también es ingenuo. En todo caso recibir ese apoyo es mucho mejor que no recibirlo. El sentido a mi entender es concientizarse de que el ser humano no solo es carne y huesos, que no es solo una conjunción de sustancias y fenómenos de alguna manera cuantificables, con cierta probabilidad de vida de acuerdo a la gravedad de su enfermedad. La salud abarca infinidad de elementos a considerar y en el caso de la cirugía, el paciente no se va solo con cicatrices en la piel, sino en el alma.

Análogo al *Inferno* de Dante, lo que causa terror no solo es ver que un sujeto se da de bruces con otro o que cuelga de él una capa dorada de tal peso que lo lentifica en su vivir, lo que realmente horroriza es el hecho de que lo tenga que repetir indefinidamente.

La meta no es anestesiar el dolor y recetar la pastilla de la felicidad, sino vía el lenguaje apresar ese goce traumático y obligarlo a marchar por la cadena significativa para que se pueda metaforizar y otorgarle un sentido con el cual el sujeto pueda soportar su sufrimiento, pues la vida no es toda alegría, pero tampoco toda desilusión. Es una propuesta. La de volver a la Tierra para responsabilizarse de su deseo. De ya no caminar por el sendero del castigo, o el vano recorrido de la culpa y la demanda de absolución, ni mucho menos esa promesa irreal del paraíso ideal.

La propuesta a la Psicología aplicada al contexto hospitalario desde la que partió esta práctica, desde antes de llegar al hospital, dentro del aula con la Dra.

Leticia Hernández, fue la de tomar en cuenta la subjetividad particular de cada paciente y lo inconsciente que determina y empeña su comportamiento. A respetar sus tiempos y no dejarse llevar por el ansia a intervenir y cortar profundamente como un cirujano sádico o castrar repetidamente como imperativo superyoico, a la manera de un mal educador.

El sentido que nos sugirió que tenía esa práctica fue justamente que, como profesionales de la salud mental, podemos intervenir para que cada sujeto encuentre la manera de llegar a esta meta, dejando como “mínimo” el deseo de llegar a ella, ofreciendo un espacio de escucha y una puerta abierta para cuando este deseo conduzca al sujeto a buscar ayuda para su propia conflictiva, pero esta vez sin recurrir al goce traumático de la enfermedad orgánica.

Por ello, la experiencia quirúrgica debía (y debe) ser atendida por personal de la salud mental. Si como hemos visto, el ejercicio psicoterapéutico implica la simbolización de ese real traumático que está al servicio de la repetición, de la pulsión de muerte, el Psicoanálisis nos pudo ofrecer herramientas teóricas y prácticas para entender e intervenir en el contexto hospitalario, ofreciendo un espacio de escucha, el cual desde la Psicología pudimos retomar para acercarnos a la problemática derivada de la subjetividad del paciente en vez de intervenir únicamente en el campo de lo cognitivo conductual.

Estos espacios extraordinarios de intervención nos ofrecen una oportunidad a todos los profesionales de la salud mental para incluirnos cada vez más en este tipo de prácticas y buscar alternativas al consultorio, o bien, a la excesiva inclusión de los jóvenes profesionales en otros ámbitos que no representan su interés por la Psicología Social Aplicada, la Psicología Clínica, la Psicología de la Salud o el mismo Psicoanálisis.

Asimismo, y a modo de propuesta, podríamos considerar incluir otras estrategias de resignificación de la experiencia quirúrgica, sobre todo basándonos en los medios que lo simbólico nos puede ofrecer, es decir, en la lectura, el dibujo, la música, la poesía o incluso con contenido multimedia. Este material podría

complementar el acompañamiento otorgando elementos para que el paciente pueda reflexionar o “apresar” su experiencia por medio del lenguaje. Nos hace pensar sobre todo en las explicaciones de Bettelheim (1994) acerca de las ventajas de contar cuentos infantiles a los niños en general, generando que sus contenidos simbólicos y fantasiosos pudieran encontrar una descarga más adecuada con ayuda de la relación interpersonal con el locutor y en la generación de cierta “capacidad de alivio” de sus propios conflictos subjetivos.

También se sugirió en la práctica, sesiones de grupo preoperatorios basados en los conocimientos adquiridos en la universidad (grupo operativo y psicodrama) con el objetivo de disminuir la angustia en los pacientes pediátricos y en los padres de familia ante la inminencia de la cirugía, sin embargo, esta idea no pudo llevarse a cabo, dado que los horarios de los padres y los pacientes no siempre concordaban, y por lo general la cirugía se agendaba con el hospital y se presentaba la familia hasta ese día. Este programa se podría implementar siempre y cuando se adapte a estas condiciones, probablemente a través de una intervención más individualizada y breve después de que se realice la cita con el personal médico o administrativo, o incluso por medio de llamada telefónica o videoconferencia.

Por supuesto, habría que integrar también a los demás profesionales de la salud para trabajar en conjunto. Las áreas pedagógicas, médicas, de enfermería y sociales están también participando en este tipo de instituciones, por lo que habría que tomarse el tiempo para crear vías de comunicación para realizar una intervención más integral. Durante mi experiencia tuve oportunidad de asistir a grupos de exposición de casos, pero solo se expresaban en términos de la salud mental. Tal vez realizando reuniones grupales interdisciplinarias se podría enriquecer mucho la labor profesional.

Por último, habría que ser reiterativos en la importancia de la supervisión de los acompañantes, dado que es una labor que requiere apoyo para ejercerse con la mayor ética y disposición posible. Incluso el acompañante puede auxiliarse con su propio proceso terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

- Alighieri, D. (1997). *La Divina Comedia*. (Y. S. Aranda, Trad.) México: Editorial Época S. A.
- Allouch, J. (2011). *La erótica del duelo en tiempos de la muerte seca*. Buenos Aires: El cuenco de plata.
- Almonte, G. G., & Orozco, G. M. (2012). Reflexiones psicoanalíticas y éticas acerca del trasplante. *Revista de Psicología Trujillo*, 14(2), p.p. 260- 267.
- Békei, M., Chevnik, M., Chiozza, L., Gorlero, J. C., & Kowensky, L. (1988). Lo psicósomático: mesa redonda. *Revista de Psicoanálisis*, 5(45), 1129-1159.
- Bellak, L., & Siegel, H. (1986). *Manual de psicoterapia breve intensiva y de emergencia*. México: El Manual Moderno.
- Bettelheim, B. (1994). *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Barcelona: Crítica Grijalvo Mondadori.
- Bleichmar, H. (2010). Una reformulación del duelo patológico: múltiples tipos y enfoques terapéuticos. (B. M. Gonzales, Trad.) *Aperturas psicoanalíticas*(35), Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=647&a=Una-reformulacion-del-duelo-patologico-multiples-tipos-y-enfoques-terapeuticos>.
- Braunstein, N. (2006). *El goce: Un concepto lacaniano*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Chemama, R. (2008). *El goce, contextos y paradojas*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- D'Alvia, R. (1995). El cuerpo en psicoanálisis. *Revista de Psicoanálisis APA*, 4, 119-130.
- Dolto, F. (1984). *Seminario de psicoanálisis de niños*. México: Siglo XXI editores.
- Dolto, F. (2006). *En el juego del deseo* (9 ed.). México: Siglo XXI Editores.
- Dor, J. (1994). *Introducción a la lectura de Lacan: El inconsciente estructurado como un lenguaje*. Barcelona: Gedisa.
- Dor, J. (2006). *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Evans, D. (1997). *Diccionario de introducción al psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.

- Freud, S. (1896). La etiología de la histeria. En *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 3, págs. 185-218). Buenos Aires: Amorrortú Editores.
- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. En *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 4). Buenos Aires: Amorrortú Editores.
- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños (segunda parte) Sobre el sueño. En *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 5, págs. 345-612). Buenos Aires: Amorrortú Editores.
- Freud, S. (1901). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 7, págs. 1-108). Buenos Aires: Amorrortú Editores.
- Freud, S. (1905). Mi tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis. En *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 7, págs. 259-272). Buenos Aires: Amorrortú Editores.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos sobre teoría sexual. En *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 7, págs. 109-224). Buenos Aires: Amorrortú Editores.
- Freud, S. (1908). Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad. En *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 9, págs. 137-148). Buenos Aires: Amorrortú Editores.
- Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo. En *Obras completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 14, págs. 65-98). Buenos Aires: Amorrortú Editores.
- Freud, S. (1915). Lo inconsciente. En *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 14, págs. 153-214). Buenos Aires: Amorrortú Editores.
- Freud, S. (1915). Pulsión y destinos de pulsión. En *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 14, págs. 105-134). Buenos Aires: Amorrortú Editores.
- Freud, S. (1917). Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III). En *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 16). Buenos Aires: Amorrortú Editores.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En *Obras completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 14, págs. 235-256). Buenos Aires: Amorrortú Editores.
- Freud, S. (1919). Lo ominoso. En *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 17, págs. 215-252). Buenos Aires: Amorrortú Editores.

- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. En *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 18, págs. 1-62). Buenos Aires: Amorrortú Editores.
- Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 18, págs. 63-136). Buenos Aires: Amorrortú Editores.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 19, págs. 1-66). Buenos Aires: Amorrortú Editores.
- Freud, S. (1926). Síntoma, inhibición y angustia. En *Obras completas* (L. López-Ballesteros, Trad., 2da ed., Vol. 9, págs. 2833- 2883). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1940). Esquema del psicoanálisis. En *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 23, págs. 133-210). Buenos Aires: Amorrortú Editores.
- Freud, S. (1950). Proyecto de psicología. En *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 1, págs. 323-446). Buenos Aires: Amorrortú.
- Freud, S., & Breuer, J. (1893-1895). Estudios sobre la histeria. En *Obras Completas* (J. L. Etcheverry, Trad., Vol. 2). Buenos Aires: Amorrortú Editores.
- Fuentes, A. (2013). El fenómeno psicosomático, entre la medicina y el psicoanálisis. *Letras*(6), 46-50.
- Galimberti, U. (Ed.). (2006). *Diccionario de Psicología*. México: Siglo XXI Editores.
- García, G. (2005). *Actualidad del trauma*. Buenos Aires: Grama Editores.
- Harari, R. (2007). *El Seminario "La angustia", de Lacan: una introducción* (2da ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Hinshelwood, R. D. (1992). *Diccionario del pensamiento kleiniano*. Buenos Aires: Amorrortú Editores.
- Hospital Juárez de México. (2017). *Informe de Autoevaluación 2017*. México: Secretaría de Salud. Obtenido de www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/pot/Informe_Autoevaluacion_JuGo_03_2017.pdf

- Instituto Nacional de Pediatría. (2016). *Agenda Estadística INP 2006-2016*. México: Secretaría de Salud. Obtenido de https://www.pediatria.gob.mx/archivos/agenda_estadistica.pdf
- Klein, M. (1925). Una contribución a la psicogénesis de los tics. En *Obras Completas Amor, culpa y reparación y otros trabajos (1921-1945)* (Vol. 1, págs. 116-136). México: Paidós.
- Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En *Escritos* (Vol. 1, págs. 86-93). Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Lacan, J. (1953). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos* (Vol. Tomo 1, págs. 227-310). México: Siglo XXI editores.
- Lacan, J. (1957). La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. En *Escritos* (Vol. Tomo 1, págs. 473-512). México: Siglo XXI editores.
- Lacan, J. (1962-1963). *El seminario de Jacques Lacan Libro 10 La angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1964). *El seminario de Jacques Lacan Libro 11 Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1988). Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. En *Intervenciones y textos* (Vol. 2, págs. 115-144). Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- Lacan, J. (1999). Psicoanálisis y Medicina. En *Intervenciones y textos* (Vol. 1). Buenos Aires: Manantial.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1985). *Fantasía originaria, fantasía de los orígenes, origen de la fantasía*. Barcelona: Gedisa.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- López, N., & Fernández, C. (2006). Hospitalización infantil y atención psicoeducativa en contextos excepcionales de aprendizaje. *Revista de Educación*(341), p.p. 553-577.
- Macías, T. M. (2013). El acompañamiento terapéutico con orientación psicoanalítica. Elementos principales y la narrativa de un ejercicio de su aplicación. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(4), 1214- 1236.

- Mannoni, M. (1987). *El niño, su "enfermedad" y los otros*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Mannoni, M. (1992). *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires: Paidós.
- Mannoni, M. (1996). *La primera entrevista con el psicoanalista*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Marcelli, D., & De Ajuriaguerra, J. (1996). *Psicopatología del niño* (3ra ed.). Barcelona: Masson.
- Masotta, O. (2008). *Lecturas de psicoanálisis Freud - Lacan*. Buenos Aires: Paidós.
- McDougall, J. (1991). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Julián Yérbenes.
- McDougall, J. (2005). *Las mil y una caras de Eros: la sexualidad humana en busca de soluciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. (2007). *Dos dimensiones clínicas: síntoma y fantasma*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- Nasio, J. D. (1996). *El libro del dolor y del amor*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Nasio, J. D. (2007). *El dolor físico*. Argentina: Gedisa Editorial.
- Nasio, J. D. (2008). *Cinco lecciones sobre la teoría de Jacques lacan*. Buenos Aires: Gedisa Editorial.
- Pichon- Rivière, E. (1985). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pichon-Rivière, E. (1985). *Teoría del vínculo* (5ta ed.). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pichon-Rivière, E. (1997). *El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología social (1)*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pulice, G. (2012). Del "Mito de origen" a la situación actual del acompañamiento terapéutico en Latinoamérica. En T. A. Silva (Ed.), *Conexiones clínicas de acompañamiento terapéutico* (págs. 15- 37). Puerto Alegre: Site AT.
- Reyes, A. M. (2011). Del cuerpo en el psicoanálisis. Enfermedad somática y escenarios psíquicos. En M. M. Aguilar, & L. M. Macías (Edits.), *Cuerpo y psicoanálisis* (págs. 53-63). Querétaro: Fontamara.

- Rodríguez, G. G., Gil, F. J., & García, J. E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Rodolfo, R. (1996). *El niño y el significante Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*. Buenos Aires: Paidós.
- Rojas, H. M., & Vega, M. B. (2012). Consideraciones sobre las dificultades iniciales para implementar un dispositivo psicoanalítico en el medio hospitalario. En V. L. Hernández, & T. L. Lozano, *Psicólogos y psicoanalistas en hospitales* (págs. 113-121). México: El Manual Moderno.
- Rossi, G. (2013). Acompañamiento terapéutico: lo cotidiano, las redes y sus interlocutores. En T. M. Macías, *El acompañamiento terapéutico con orientación psicoanalítica: Elementos principales y la narrativa de un ejercicio de su aplicación* (Vol. 16). México: Revista electrónica de Psicología Iztacala.
- Rossi, G. P. (2003). El acompañamiento terapéutico y los dispositivos alternativos de atención en salud mental. *Area de Psicoanálisis*, 49-53.
- Schneeroff, S., & Edelstein, S. (2004). *Manual didáctico sobre Acompañamiento Terapéutico*. Buenos Aires: Akadía Editorial.
- Tutté, J. C. (2006). El concepto de trauma psíquico: un puente en la interdisciplina. *Aperturas psicoanalíticas*(23). Obtenido de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000382>
- Villagómez, P. O. (1986). Psicósomática en Psicoanálisis. *Dermatología Venezuela*, 24(2), 217-224.
- Zizek, S. (2008). *Cómo leer a Lacan*. Buenos Aires: Paidós.