

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**FANTASÍAS INFANTILES
ANTE LA PÉRDIDA INMINENTE DE UN PADRE**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
MARÍA DEL CARMEN ROMERO CÓRDOVA

DIRECTOR: MTRA. MA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA

REVISOR: MTRA. CRISTINA HEREDIA ANCONA.

SINODALES:

DRA. CARMEN MERINO GAMIÑO

LIC. ASUNCIÓN VALENZUELA COTA

LIC. LETICIA BUSTOS TIJERA



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

El esfuerzo para lograr esta tesis está dedicado :

A **Dios**, a Él sea la honra, la gloria y el honor, me dio el regalo de la vida y mi salvación, es mi Señor, mejor amigo y consolador.

A mis alas:

Mi padre, el hombre que más admiro, compañero de juegos en mi infancia, que con su sabiduría ha guiado mis pasos hacia el deseo de un futuro mejor y me ha dado el regalo de su amor y experiencia.

Mi madre, quien con amor me ha refugiado en su seno en mis momentos de angustia, me ha enseñado el valor de ser mujer y a quien me quiero parecer cuando también sea madre.

Papis: todo lo bueno que hay en mí proviene de ustedes.

Mi hermana Miriam: mi compañera, amiga y vecina de toda la vida, pero sobre todo la chica más bella que conozco, quien me enseña todos los días el valor de los lazos de sangre pero sobre todo, de los lazos de amor hacia la familia y con quien he recorrido este largo camino a la madurez. Te quiero mucho.

Mi hermano Juan (El Santo): quien me hace reír con su agudeza y a quien admiro por su inteligencia y fortaleza, el joven más creativo y talentoso que conozco y a quien espero ver convertido en un gran hombre.

A mis raíces:

A la memoria de mi "abue" Mari: la mujer más valiente del mundo, quien con su coraje, trabajo y amor me regaló la posibilidad de superarme, de quien aprendí el valor del estudio, ¡este logro también es tuyo abue!.

A la memoria de mi abuelita "Tita", a quien me hubiera gustado conocer por más tiempo y a quien quiero por lo que hizo por mi padre.

A la memoria de mi abue "Carmen" por su generosidad hacia mi familia.

A la memoria de mi abuelo Guadalupe, de quien recuerdo su buen humor y cariño hacia mi familia.

Por todos ustedes soy una persona feliz. Gracias.

También quiero agradecer a la gente que amo.

A mis amigos y amigas que han marcado mi vida:

Mony: porque compartimos como hermanas esta etapa difícil en la maduración de un proyecto profesional, pero sobre todo de vida, gracias por tu amistad, apoyo incondicional y sabiduría.

Nanyeli con quien crecí en el camino de convertirnos en psicólogas y mujeres, gracias por tu coraje y amistad, contigo aprendí el valor de expresar mi deseo y luchar por él.

A las pequeñas Sam y Caro: que llenaron nuestras vidas de ternura y alegría.

Angie: a quien admiro por su valentía en el proceso de convertirse en profesional pero sobre todo en el proceso de ser mujer, gracias por tu candidez y tu amistad.

A Nadia de quien aprendí que es posible concretar los sueños y cumplir metas. Gracias por tu amistad.

A Edit (Edipo): Por su nobleza y sencillez, aprendí a ser como ella una GRACIA persona.

A mi Cris: Porque alguna vez llenaste el otoño de regalos y me ayudaste a reencontrarme con mi primer amor. Gracias por el consuelo de tu guitarra, por la compañía de tu locura y por abrazarme con los dos brazos cuando lo necesité. Siempre te llevo en mi corazón.

A Leo: el hombre que respeto y admiro profundamente y de quien aprendí que la base del éxito es la disciplina del deseo. Gracias por ayudarme y empujarme a crecer, por tus palabras de aliento y por creer en mí. Eres parte importante de este logro de principio a fin.

A Benji: porque ser una constante en mi vida, el chico de ojos verdes con quien he crecido espiritual y emocionalmente, y he confiado la mayor parte de mis experiencias más importantes. Eres de gran apoyo, gracias por tu amistad, tu nobleza y sonrisa porque llenan mi corazón y mi alma.

A mi primo Miguel mi primo favorito y a su pequeña Michelle, gracias por tu gran apoyo en el trabajo de campo, pero sobre todo por confiar en mí y por el cariño que me regalas, porque me da la fortaleza para seguir adelante siempre.

A mi amiga Edith S. por regalarme una amistad duradera y sincera, gracias por las risas, agudezas y lágrimas que compartimos en nuestra adolescencia y que ahora son base de una amistad fuerte.

A mi amiga Gisele con quien crecí emocionalmente en bachillerato y compartí muchos momentos chuscos pero también tristeza que ahora son un tesoro invaluable. Gracias por tu amistad.

A mi amiga Sarahí, gracias por tu ingenuidad , originalidad y coraje, también por los momentos en que superamos pruebas y reímos a carcajadas.

A mis amigas del C.I.P.: Mariana, Bere, Priscila, Rebe y Paty, que me ayudaron a crecer en el ámbito laboral y me apoyaron todo el tiempo con su amistad y conocimiento, las quiero mucho.

A mi Iglesia Emmanuel donde he crecido espiritualmente y me ha apoyado en mi formación, un agradecimiento especial a los niños y hermanos que me regalaron de su tiempo al apoyarme en los trabajos de campo durante la carrera.

A mi pastor, el Dr. José S. Vélez, el primer psicólogo que conocí y admiré, y a quien le agradezco su apoyo en mi formación tanto espiritual como profesional.

Quiero expresar mi agradecimiento a todos los profesores que he conocido a lo largo de mi vida y con quienes me he formado.

Quiero agradecer especialmente a la maestra Fayne Esquivel, directora de esta tesis, cuyo profesionalismo y experiencia guiaron adecuadamente mi trabajo, pero sobre todo por su constante preocupación por mi formación profesional, su apoyo y amistad sinceros.

También a la Dra. Carmen Merino, por sus comentarios en cuanto a la metodología y quien me enseñó cómo elaborar un trabajo humano y ver mi tesis desde otro punto de vista.

A las sinodales: Lic. Asunción Valenzuela C., Mta. Cristina Heredia A., Lic. Leticia Bustos J., por su tiempo, apoyo y comentarios para enriquecer mi tesis.

Finalmente, pero en un lugar importante:

Quiero agradecer a “Toño” y “Luli”, los protagonistas de este trabajo, por compartir sus fantasías y juegos conmigo y porque me enseñaron a ser niña que juega otra vez.

También a su padre “Antonio” por su tiempo y disposición.

Dedico este trabajo a la memoria de “Ina”, quien dio lo mejor de si a sus pequeños hasta el último momento.

INDICE

	página.
I. Resumen	
II. Introducción.....	1
III. Marco teórico	
1. La enfermedad terminal.....	5
a. El enfermo terminal y su familia.....	14
2. El niño frente a la pérdida inminente de un padre o una madre.....	16
3. Concepto de muerte en el niño.	
a. Primera infancia.....	23
b. Infancia Media	25
c. Adolescencia.....	28
4. Duelo	
a. S. Freud	31
b. S.Ihlenfeld.....	33
c. J. Bowlby.....	37
d. M. Klein.....	41
e. Duelo según Klein.....	50
5. Fantasía.....	55
a. Fantasía y juego	62
IV. Método.....	64
V. Resultados.....	74
a. Antecedentes familiares.....	75
b. Familiograma.....	81
c. Línea de Tiempo.....	82
d. Caso de Lulú.....	84
e. Caso de Toño.....	105
VI. Discusión.....	127
VII. Conclusión.....	139
VIII. Referencias.....	141
IX. Anexos.....	144

I. RESUMEN

La presente investigación tuvo como principal objetivo explorar la experiencia afectiva de pérdida de los hijos de pacientes terminales, que al ser anticipada y gradual presupone gran impacto en la estructuración psíquica del niño. Se elaboraron dos estudios de caso, una niña de 6 años y un niño de 5 años, cuya madre padecía Leucemia en estado grave. El medio por el cual se tuvo acceso a tal experiencia fueron las fantasías expresadas en actividades como el juego, dibujo y narración. Al ser el objeto de estudio una experiencia subjetiva, se utilizó la metodología cualitativa mediante: la entrevistas y observación participante, para su análisis se elaboraron fichas anecdóticas de las entrevistas, de la narración de las sesiones y de las interpretaciones que se basaron en el marco teórico psicoanalítico de las relaciones objetales, específicamente de Melanie Klein.

algo sospechoso
est
pasado
averiguamos
en
el
otro
capítulo
bamos
al
otro
capítulo

a

"Algo sospechoso está pasando,
averiguamos en el otro capítulo,
vamos al otro capítulo" Lulú

II. INTRODUCCIÓN

Durante su existencia, el ser humano enfrenta diversos eventos que van marcando su vida; uno de ellos es la muerte de un ser querido, en este caso la de un progenitor. Ahora bien, la muerte de uno de sus padres es una de las experiencias más difíciles por la que puede atravesar un niño y la forma en que éste elabore tal evento influirá su vida adulta. Esto en términos de una pérdida por accidente o abandono donde el evento es totalmente inesperado.

Sin embargo existe una población infantil específica que ha de enfrentar la muerte de un padre o una madre de una manera especial: los hijos de pacientes que se encuentran en la fase terminal de una enfermedad (como cáncer y SIDA, entre otras). Es especial en la medida que la pérdida es gradual y no solamente implica la del padre enfermo, sino también del sano y de su dinámica familiar que se ve claramente alterada.

La pérdida de un padre no es aprehendida de la misma manera por un niño, un adolescente o un adulto, puesto que en cada etapa de la vida se presentan diversas situaciones y características que tiñen tal experiencia; de ello se deduce que la manera de abordar cada caso será específica.

La dinámica afectiva que gira alrededor de la enfermedad terminal ha llamado la atención en el campo de la Psicología, enfocada tanto en el paciente, como en su familia. Ha surgido una disciplina que se especializa en dar atención en la elaboración del duelo del paciente y en algunos casos, a la familia en general: la Tanatología, sin embargo, aún queda pendiente la investigación a profundidad sobre la experiencia afectiva de los hijos de pacientes terminales, que se encuentran en la etapa de la infancia y preadolescencia.

En el área de la Psicología se han realizado algunos estudios alrededor de las características de los niños que pierden a un progenitor de una manera gradual, todos consideran distintos aspectos relacionados a tal experiencia, como la ansiedad generada alrededor de tal evento. Sin embargo, los resultados entre un autor y otro pueden ser contradictorios como por

ejemplo Rosenheim & Reicher (1985), compararon el nivel de ansiedad entre niños, hijos de pacientes terminales a quienes se les informó acerca de la naturaleza de la enfermedad de su padre con aquellos que no fueron informados. De acuerdo a los resultados obtenidos concluyen que los niños informados presentan un nivel de ansiedad menor que los niños que no cuentan con tal información, por lo que proponen hacer partícipe al niño, facilitándole el duelo anticipatorio y evitando problemas emocionales.

Saldinger et al. (1999) elaboraron un estudio comparativo entre niños que perdieron a su padre por enfermedad terminal y niños que lo perdieron en un accidente o por infarto; demostraron que la anticipación de la muerte del padre no se asocia a resultados más favorables en la salud mental, cuestionando así la aplicabilidad de la literatura del duelo anticipatorio a las circunstancias que enfrentan los niños ante tal pérdida.

Otras investigaciones como la de Christ. et al (1991) se enfocaron en elaborar y perfeccionar un programa de intervención breve para facilitar la **adaptación del niño** a la enfermedad terminal y la muerte de un padre; y el objetivo del programa era reducir las secuelas negativas a largo plazo. Años más tarde, Christ, Siegel, Freund, Langosch, Hendesen, Sperber, Weinstein (1993) realizaron una investigación cuyo interés giraba en torno a los componentes emocionales y psicológicos de la angustia resultante de la experiencia de tener un padre con una enfermedad terminal; encontraron que el estrés experimentado por los niños es mayor durante el periodo terminal de la enfermedad que después de la muerte. Los niños más pequeños eran más ansiosos, depresivos y con menos defensas que los niños más grandes, quienes eran capaces de controlar la expresión de la tristeza. Estos hallazgos fueron obtenidos durante la evaluación del programa de intervención Guía- paterna propuesta en años anteriores, dicha intervención se ofreció a familias donde uno de los padres se encontraba en la fase terminal de una enfermedad y consistía en guiar la adaptación del niño, mediante la participación del padre sano que era guiado para obtener el conocimiento, insight y el apoyo que le facilitaría al niño la tarea de enfrentamiento a las presiones de la enfermedad y la muerte eventual.

Una de las aportaciones importantes de tal estudio, es el interés dirigido específicamente a dar atención a los niños que enfrentan la enfermedad terminal de un padre ya que en sus observaciones claramente se observa que estos niños son una población de alto riesgo.

Existen otras investigaciones cuya área de interés es la adaptación psicosocial de los hijos de pacientes terminales durante la infancia. Siegel et al. (1992) compararon una muestra de niños que tienen un padre en etapa terminal con otra de niños que no se encuentran en tal situación. Esta investigación empleó instrumentos psicométricos para medir: sintomatología depresiva, ansiedad, autoestima y competencia social. Como resultado de tal investigación se encontró que los hijos de pacientes terminales tenían mayores niveles de depresión y ansiedad y baja autoestima, por otro lado los padres reportaron más problemas conductuales y menor competencia social en sus hijos. Una contribución importante de esta investigación es su intento por sensibilizar a los clínicos para poner mayor atención a tal población.

Como se puede observar en las investigaciones citadas el interés se ha ido enfocando a los resultados conductuales del estrés vivido por un niño cuya familia enfrenta el cuidado del padre enfermo, la adaptación de los niños a las condiciones imperantes alrededor de la enfermedad del padre o también a la evaluación de programas terapéuticos que en algún momento pudieran ayudar al niño a enfrentar y adaptarse a tales condiciones. Sin embargo, al examinarlos se puede notar que quedan interrogantes abiertas acerca de la experiencia infantil de la pérdida gradual de un padre.

De este modo, nos encontramos ante la necesidad de profundizar en tal experiencia y considerar principalmente todo aquello que se encuentra detrás de los síntomas, de los problemas conductuales y emocionales de estos niños. Lo cual implica dirigirnos a la experiencia subjetiva de los hijos de pacientes terminales, que al ser subjetiva, nos traslada a terrenos complejos que pueden ser penetrados a través de medios indirectos con ayuda de una metodología que permite organizar las observaciones de las producciones y expresiones del niño para llegar al análisis del medio por el cual tales experiencias se representan: la fantasía.

Se tomó como objeto de estudio la fantasía porque a través de ella es posible acercarnos a la experiencia subjetiva, en este caso, específicamente de pérdida inminente de una madre. De acuerdo a Klein (Heinmann, P.,1967) “la fantasía es un espacio donde se representa el contenido particular de las pulsiones así como los afectos que dominan la actividad psíquica del niño en ese momento específico”.(pág. 83)

Aún cuando la fantasía es una experiencia subjetiva, puede estudiarse y acceder a ella por medio de la narrativa (verbalmente: historias alrededor del juego con títeres o el dibujo), por síntomas (en el caso del niño que presenta enfermedades psicósomáticas) el comportamiento (la relación con los objetos-juguetes) y sueños. De acuerdo a Isaacs una fantasía no puede ser observada directamente sólo es deducida (Heinmann, J. 1967, p.72).

En la presente investigación se exploran dos casos: Toño de 5 años, y Lulú de 6 años, Irma, su madre se encontraba en etapa grave de Leucemia. El objetivo principal de la exploración de estos casos fue aproximarnos a la experiencia subjetiva de *pérdida gradual* del primer objeto de amor: la madre; a través del análisis de las fantasías desplegadas en el juego y dibujo durante las sesiones de juego que se llevaron a cabo.

A partir de este ejercicio analítico se apunta a describir de qué manera vivenciaban y aprehendían tal situación, más allá de medir aspectos psicológicos y conductuales. Todo lo anterior con la finalidad de ofrecer una mirada de lo que implica para un niño desarrollarse en un ambiente de pérdida inminente y posteriormente abrir líneas de investigación en México para dar atención psicológica a esta población específica.

III. MARCO TEÓRICO

1. La Enfermedad Terminal

Intentar una aproximación a la comprensión de la experiencia de un niño cuyo padre o madre se encuentra en fase terminal, implica recorrer un largo camino explorando los factores que se juegan en torno a esta. Es importante describir inicialmente qué es la enfermedad terminal, así como las dinámicas que de ella se derivan y afectan a la familia, y especialmente al niño. El propósito de esta revisión es retomar información de diversas fuentes como libros, anuarios e investigaciones relacionadas al tema.

De acuerdo a Férez García (1998), se calcula que aproximadamente, en nuestro mundo fallecen 50 millones de personas al año, y alrededor del 87% de estas defunciones se deben a enfermedades crónicas o terminales. En los últimos años ha aumentado el número de casos de enfermos terminales, debido a la tecnificación de la medicina, el aumento del nivel de esperanza de vida, así como el aumento de factores desencadenantes de enfermedades crónicas como son el tabaquismo, alcoholismo, obesidad, entre otras.

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2003), en el 2001 las principales causas de mortalidad general en México fueron enfermedades crónicas como: las enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, padecimientos hepáticos y cerebro vasculares; en conjunto fueron motivo de 6 de cada 10 defunciones.

Se ha observado que en los últimos once años, algunas de las causas de muerte de la población mexicana han mostrado incrementos en su participación porcentual: las defunciones por diabetes mellitus (que aumentaron en 5.2%); por enfermedades del corazón, (3.4%); por tumores malignos (3%); y por enfermedades hepáticas (en 2.1%), principalmente.

En el caso de la población de mujeres de 15 a 29 años de edad, fallecen 12 de cada 100 por tumores malignos. Y para el rango de 30 a 59 años, los tumores malignos fueron la primera

causa de muerte (26.6%), le sigue la diabetes mellitus (16.3%) , las enfermedades del corazón (11.0%) y las enfermedades del hígado (6.7%).

En los varones, las causas de muerte cambian en importancia de acuerdo con la edad. En el grupo de 15 a 29 años, los accidentes (37.3%) y agresiones (17.4%), son las principales causas de muerte; le siguen las lesiones auto inflingidas intencionalmente.

En el grupo de 30 a 59 años, de cada 100 defunciones de varones, 18 fueron ocasionadas por enfermedades del hígado, 15 por accidentes, 11 por enfermedades del corazón y 10 por diabetes mellitus.

Como se puede observar las causas de mortalidad dentro de la población en edad productiva antes citadas son principalmente enfermedades crónicas, es decir, enfermedades de larga duración y que frecuentemente son degenerativas.

Se considera “terminal” a la fase final de muchas enfermedades crónicas progresivas, cuando se han agotado tratamientos disponibles y se alcanza el nivel de irreversibilidad.

Las enfermedades más frecuentes que devienen terminales son¹:

Cáncer: De acuerdo al Diario Estadístico 2002 de la Secretaría de Salud; se registraron 1,250 defunciones hospitalarias en la población general en edad productiva debido a algún tumor maligno.

Dentro de la población de mujeres en edad productiva fallecieron un total de 687; los cinco principales tipo de cáncer fueron: leucemia, tumor maligno del cuello del útero, tumor maligno de la mama, linfomas y mieloma múltiple y tumor maligno de ovario.

¹ Únicamente se mencionan las estadísticas de los rangos edad de 15 a 44 años y de 45 a 59 años considerándolos como los rangos de edad productiva de la población, que es la que se aborda en el presente estudio, ya que por lo general en estos rangos de edad las familias cuentan con hijos en edad infantil.

En el 2002 se registraron a nivel nacional 5, 635 casos positivos de cáncer ginecológico, siendo 3,326 in situ, 1,450 invasor y 859 de otro tipo. Tan solo en el D.F. se detectaron 290 casos positivos, siendo 225 In situ y 62 invasores.

En cuanto al cáncer de mama, se detectaron 3, 929, 958 casos a nivel nacional y en el D.F 198, 084 casos.

En la población de hombres, se registraron un total de 563 defunciones hospitalarias en edad productiva. Los principales de tipo de cáncer fueron: leucemia, linfoma y mieloma múltiple, tumor maligno de tráquea y bronquios, y tumor maligno de estomago y tumor maligno de colon y recto.

DEFUNCIONES HOSPITALARIAS POR CÁNCER 2002.

Sexo	defunciones
hombre	563
mujer	687

SIDA: Ocupa el lugar número 11 dentro de las principales causas de mortalidad hospitalaria a nivel nacional, y en el Distrito Federal el décimo. Debido a esta enfermedad se registraron en el año 2002, seiscientos ochenta y ocho defunciones hospitalarias en edades de 15 a 44 años y 126 defunciones en edades de 45 a 59 años para ambos sexos.

En la población de mujeres, hubo 160 defunciones y en la población de hombres 653. Dando un total de 813 muertes por esta causa.

DEFUNCIONES HOSPITALARIAS POR SIDA, 2002.

SEXO \ EDAD	15 a 44 años	45 a 59 años	Total por sexo
Hombre	549	104	653
Mujer	139	21	160
Total por edad	688	125	813

Enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central (SNC) y demencia: Se calcularon en el 2002, un total de 23 muertes por esta causa. De las cuales 14 fueron de hombres y 9 de mujeres en edad productiva.

DEFUNCIONES HOSPITALARIAS POR ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, 2002.

SEXO \ EDAD	15 a 44 años	45 a 59 años	Total por sexo
Hombre	9	5	14
Mujer	9	0	9
Total por edad	18	5	23

Cirrosis hepática y otras enfermedades crónicas del hígado: Es la cuarta causa de mortalidad hospitalaria registrada en el 2002 con 2,035 defunciones a nivel nacional. En el Distrito Federal se registraron 282 decesos por esta causa. Siendo mayor la incidencia de este padecimiento en hombres con 1,153 defunciones en edad productiva.

DEFUNCIONES HOSPITALARIAS POR CIRROSIS HEPÁTICA Y OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEL HÍGADO, 2002

SEXO \ EDAD	15 a 44 años	45 a 59 años	Total por sexo
Hombre	552	601	1,153
Mujer	5	10	15
Total por edad	557	611	1,168

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (con insuficiencia respiratoria progresiva): Décimo lugar dentro de las principales causas de mortalidad hospitalaria en el 2002 con 909 defunciones a nivel nacional, en el Distrito Federal ocupa el décimo séptimo lugar con 103 muertes, de las cuales 58 fueron de hombres y 45 de mujeres.

DEFUNCIONES HOSPITALARIAS POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA ,
2002.

SEXO \ EDAD	15 a 44 años	45 a 59 años	Total por sexo
Hombre	13	45	58
Mujer	13	32	45
Total por edad	26	77	103

Enfermedad renal crónica (Nefritis y Nefrosis): Tiene el octavo lugar dentro de las principales causas de mortalidad hospitalaria con 1,187 defunciones a nivel nacional. De las cuales 308 corresponden al D.F. Se registraron un total de 552 muertes en el rango de 15 a 59 años. Correspondiendo 314 a hombres y 238 a mujeres.

DEFUNCIÓN HOSPITALARIA POR ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (NEFRITIS Y NEFROSIS),
2002.

SEXO \ EDAD	15 a 44 años	45 a 59 años	Total por sexo
Hombre	177	137	314
Mujer	139	99	238
Total por edad	316	236	552

Enfermedades hipertensivas: ocupa el lugar décimo tercero a nivel nacional en causas de muerte hospitalaria con 786 defunciones, de las cuales 121 corresponden al D.F., siendo así la sexta causa de mortalidad.

En el rango de edad de 15 a 59 años se registraron 202 muertes, en las que 97 corresponden a hombres y 105 a mujeres.

DEFUNCIÓN HOSPITALARIA POR ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS, 2002.

SEXO \ EDAD	15 a 44 años	45 a 59 años	Total por sexo
Hombre	33	64	197
Mujer	38	67	105
Total por edad	71	131	202

Enfermedades isquémicas del corazón: Ocupa el séptimo lugar a nivel nacional entre las causas de mortalidad hospitalaria en el 2002 con 1,298 defunciones, de las cuales 370 corresponden al D.F, donde ocupa el quinto lugar. Se registraron 296 muertes en los rangos de 15 a 59 años, de las cuales 199 fueron hombres y 17 mujeres.

DEFUNCIÓN HOSPITALARIA POR ENFERMEDADES ISQUÉMICAS DEL CORAZÓN, 2002.

SEXO \ EDAD	15 a 44 años	45 a 59 años	Total por sexo
Hombre	48	151	199
Mujer	24	73	97
Total por edad	72	224	296

Diabetes mellitus: es la segunda causa de mortalidad en México según el registro del 2002, con 3,287 defunciones a nivel nacional. En el Distrito federal se registraron 8, 143 muertes, ocupando el primer lugar en las causas de muerte hospitalaria. En edades de 15 a 59 años se registraron 948 muertes, de las cuales 725 fueron de hombres y 223 de mujeres.

DEFUNCIÓN HOSPITALARIA POR DIABETES MELLITUS, 2002.

SEXO \ EDAD	15 a 44 años	45 a 59 años	Total por sexo
Hombre	265	460	725
Mujer	7	216	223
Total por edad	481	942	948

Aun cuando no se cuenta con un censo específico de los niños que pierden a su padre o su madre por estas causas, sin embargo, lo anterior nos puede alertar de la cantidad de niños que en el 2002 perdieron a alguno de sus padres por una enfermedad crónica y que posteriormente derivó en fase terminal.

Cada año se reportan más diagnósticos de estas enfermedades, lo que debe llamar la atención no únicamente a médicos, sino también a todos los profesionales de la salud mental, debido a que implica un número importante de niños que se están enfrentando a una experiencia de pérdida realmente impactante en todos los sentidos y actualmente no existe suficiente información y por consiguiente atención para esta población infantil.

Cuando se habla de una situación terminal, se dice que la vida de una persona está llegando a su término, convirtiéndolo en un ser que está muriéndose. Es un estado clínico irreversible, ya que dentro del progresivo deterioro orgánico, ninguna acción terapéutica puede evitar la degradación de los hechos fisiopatológicos hacia la muerte.

De acuerdo a Brugarolas citado en Férez:

“La enfermedad terminal, mejor enunciada como el ‘síndrome terminal de la enfermedad’, se define como el estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo. Se presenta comúnmente como el proceso evolutivo final de las enfermedades crónicas progresivas cuando se han agotado los remedios disponibles.” (p.22)

En estos casos sólo cabe hablar del cuidado terminal, el cual se concentra únicamente en el alivio del dolor y en el apoyo psicológico tanto para el paciente como en su familia.

Según Brugarolas, el diagnóstico del síndrome de enfermedad terminal se realiza bajo los siguientes criterios:

- a.) **Enfermedad causal de evolución progresiva:** Son aquellas enfermedades en las que ya se han agotado los tratamientos convencionales.
- b.) **Pronóstico de supervivencia inferior a un mes:** Este juicio se dictamina basándose en los datos clínicos de la enfermedad causal. Los criterios clínicos para establecer el pronóstico de vida inferior a un mes son: mal estado general e insuficiencia orgánica (única o múltiple) grave. Aunque hoy día, la cifra más aceptada de perspectiva de vida de estos pacientes es la fijada a un plazo no superior a seis meses.
- c.) **Estado general grave inferior al 40% en la escala de Karnofsky:** Se da la incapacidad del enfermo de cuidar de si mismo (debilidad, higiene, etc) y de atender cualquier actividad exterior (lectura, conversación, etc.). También suele ir acompañado de un deterioro progresivo de las funciones orgánicas básicas (alimentación, descanso, vida de relación)
- d.) **Insuficiencia de órgano, única o múltiple:** Puede ser insuficiencia pulmonar (disnea, cianosis, etc.), renal (uremia, edemas, etc.), hepática (ascitis, ictericia), cerebral u otras. En el caso de la enfermedad terminal por cáncer, la insuficiencia de órgano depende del lugar de fijación de la metástasis que compromete directamente la vida (hígado, pulmón, cerebro, etc.).
- e.) **Ineficacia comprobada de los medicamentos:** Una vez agotados los tratamientos disponibles, sin resultados razonablemente favorables, es cuando se hace el diagnóstico de enfermedad terminal (muerte inminente).
- f.) **Ausencia de otros tratamientos alternativos útiles para la curación:** Cuando los tratamientos convencionales ya no son eficaces y no existen tratamientos alternativos, se genera (en el enfermo, en la familia e incluso en el mismo personal sanitario) la idea de que se ha llegado a una fase intratable de la enfermedad, que es “la antesala del fin”. Aquí mas que curar (cure) hay que cuidar (care).
- g.) **Complicaciones irreversibles finales:** Aunque el proceso terminal puede durar más o menos tiempo, e incluso cabe la posibilidad que hayan existido errores en el diagnóstico, llega un momento en el que se produce una complicación irreversible que conduce a la muerte. Entre las complicaciones irreversibles más comunes cabe citar:

infecciones graves, fallo respiratorio, hipotensión severa, embolia pulmonar o cerebral, coma metabólico, hemorragia grave, entre otras.

Cuando se cumplen estos criterios no se suele indicar tratamiento quirúrgico, reanimación cardiorrespiratoria, uso de ventilación artificial, hemodiálisis renal u otras estrategias médicas, con base a que resultan ineficaces y conllevan posibles riesgos para el paciente.

Siendo un paciente por el cual ya no se puede hacer nada por curarle, este requiere seguir un tratamiento por dos razones principalmente: 1) para disminuir el dolor, (brindarle una mejor calidad de vida) y 2) retrasar lo más posible el deceso.

Promover una buena calidad de vida para el paciente terminal involucra los siguientes puntos:

1. **La comunicación:** Se debe dar una información veraz, sencilla y clara al paciente y a sus familiares; decir siempre la verdad, respetar la voluntad del enfermo o de la familia, asesorar psicológicamente a los miembros de la familia y respetar la intimidad del paciente.
2. **Tratamiento y cuidados especiales:** El cual consta de tratamiento para el dolor con el uso de analgésicos, sedantes, antibióticos, así como del uso de psicofármacos para controlar la ansiedad y depresión. Los cuidados especiales implica brindar atención a las necesidades básicas del paciente como la hidratación, la alimentación, la administración completa y exclusiva de nutrientes, agua, electrolitos, complementos proteicos e hidratos de carbono por vía endovenosa, yeyunal nasográstica, y por último auxiliar en la higiene.
3. **Organización para continuar los cuidados:** el enfermo terminal necesita una atención continuada, compañía de seres queridos (acompañamiento); permanecer en un ambiente propicio (ambiente confortable y tranquilo que permita la presencia de la familia en todo momento); prevenir la asistencia médica. La atención puede ser dada en el hogar, en centros especializados (residencias y hospicios), y hospitales.

a. El enfermo Terminal y su familia.

El enfermo terminal se puede definir, por tanto, como aquel paciente que no ha respondido a ninguna de las medidas curativas que se conocen (incurabilidad) y que le han sido aplicadas por la ciencia médica (fracaso terapéutico de los recursos médicos), y por consiguiente ha llegado a un estado de irreversibilidad y de muerte próxima e inevitable.

Como afirma Moragas citado en Férrez: “Los enfermos terminales son aquellos para los cuales la medicina no puede ofrecer ninguna posibilidad de curación, sino solamente alivio en la enfermedad que les llevará a la muerte en un plazo menor de seis meses”. (p.36)

Actualmente existe una amplia investigación en torno al paciente terminal, considerándolo en las esferas biológica, social y psicológica, lo cual ha ido modificando los modos y las formas en que es atendido su dolor, tanto físico como emocional; por ejemplo, Elizabeth Kubler Ross, al trabajar con pacientes terminales observó el impacto emocional que conlleva el diagnóstico terminal. Describe cinco fases por las cuales pasa un paciente que es diagnosticado como enfermo terminal, estas son: negación, ira, pacto, depresión y aceptación. El paciente puede ir transitando por ellas de un modo repetitivo, avanzando y regresando a la anterior, hasta llegar, en el mejor de los casos, a la última (Kubler-Ross, 1985, p.42). Menciona que así como el paciente, también sus familiares y amigos cercanos experimentan este proceso ante la anticipación de la muerte.

El trabajo de Kubler Ross, brindó la oportunidad tanto al equipo médico como a la familia del paciente, de acompañar y comprender la experiencia emocional por la que atraviesa el enfermo ya sea este adulto o niño.

Sin embargo, en relación a la familia, se observa que la tendencia de la mayoría de las investigaciones y literatura relacionadas al tema, es el dar énfasis a la participación y el papel que le corresponde dentro del tratamiento y cuidados para el paciente terminal, dejando en segundo plano la experiencia afectiva que enfrenta la pareja, el padre, o bien, finalmente el hijo del enfermo.

Es necesario dirigir la atención a los familiares del paciente ya que, después de él, son quienes sufren grandes pérdidas; además de la dolorosa pérdida del miembro de la familia, también se enfrentarán a la pérdida de su antigua estabilidad familiar, esto es, que toda su dinámica se verá alterada, y han de padecer los estragos que se derivan de todo el proceso, desde el diagnóstico, el tratamiento, el deterioro físico y mental del paciente, y la espera de la muerte inminente del miembro de la familia.

De lo anterior podemos anticipar que no sólo la familia influye en la calidad de vida que se le proporciona al paciente, sino también que el paciente terminal (i.e., lo que se desprende de su condición) influye en la calidad de vida de la familia (i.e. en sus dinámicas).

Al enfrentarse a las circunstancias que se derivan de la experiencia de tener un familiar en fase terminal, los miembros de la familia ven directamente afectados en todas sus esferas, sobre todo -como se verá más adelante- los niños.

Férez cita algunas de las actitudes que generalmente adoptan los familiares del enfermo, una vez conocido el diagnóstico terminal, suelen encontrarse las siguientes:

- ✦ Rechazo, negación de la enfermedad y una larga travesía en busca de un médico o alguien más que dé otro diagnóstico, lo que implica una reducción en la calidad y cantidad de tiempo en el cuidado del niño.
- ✦ Puede estar desorientada o sentir miedo dependiendo de la información que ha recibido.
- ✦ Evasión, angustia y huida que se manifiesta en un abandono progresivo del enfermo, hasta ser total por cansancio físico y emocional
- ✦ Actitud de hiperprotección, paternalismo y dedicación máxima.
- ✦ Complot de silencio, negándole al paciente el derecho a ser informado de su situación. Esto también se extiende hasta el niño, que por lo general su participación no es incluida en este saber.
- ✦ Depresión en la familia, especialmente entre los miembros más pequeños, ante la enfermedad.

- ⊕ La deshumanización social o falta de apoyo social que dificulta la relación familia-paciente.
- ⊕ Autocompasión de los familiares por la enfermedad, dejando al enfermo en un segundo plano, más aun, al niño (p. 63).

Es indiscutible que el equilibrio y la dinámica familiar cambian ostensiblemente con un enfermo terminal en casa, ya que implica que el paciente necesitará de cuidados de tiempo completo, y la economía familiar se verá fuertemente afectada, debido a que la hospitalización, el cuidado en casa, tratamientos, asesoría y medicamentos exigen gastos importantes.

Así, se puede suponer que el ambiente familiar en el que se encuentra inmerso el niño, hijo de un paciente terminal, es de estrés constante, descuido, cambios radicales en las rutinas y roles, lo que inicialmente limita la posibilidad de mantener sentido de control sobre su entorno, entre otros problemas.

2. El niño frente a la pérdida inminente de un padre.

De acuerdo a investigaciones recientes, se considera que los niños, hijos de pacientes terminales, son una población de alto riesgo (Siegel, Karolyyn, Mesagno Frances Palamara, Karus Daniel, Christ. H. Grace, Banks Karel, Moyniath Rosemary,1992.; Christ, Grace H. Sieguel, K. Freund, B. Langosch, D. Hendersen, Sh. Sperber, D., Weinstein, L. 1993; Saldinger Amy, Cain Albert, Kalter Neil & Lones Kelly,1999), según mencionan estos autores, no cuentan con la madurez necesaria en sus recursos internos para afrontar todos los cambios y pérdidas dentro de un clima emocional difícil; de acuerdo a estos estudios, los hijos de pacientes terminales presentan problemas serios en su conducta, salud física y emocional.

Existen investigaciones donde se destaca la falta de atención que se ha dirigido a los niños por parte de sus familias y de clínicos en general. Básicamente, los autores atribuyen este descuido al hecho de que se desconoce la percepción que tienen los niños de la enfermedad que sufre su padre o su madre, por ejemplo, en el artículo de Lewis F. M., et al (2000),

observan que al ser diagnosticada una madre con una enfermedad que amenaza su vida, la habilidad de la familia de lograr sus objetivos centrados en el niño se ve comprometida.

En esta investigación logran desglosar algunos de los mitos que se forman a partir de suposiciones que las familias elaboran sobre la experiencia del propio niño, lo cual de evidencia de que los padres, desconocen la percepción que tienen los niños sobre la enfermedad y del estado de su padre o madre enfermo.

Los mitos observados fueron los siguientes:

1. “Las familias comprenden la experiencia del niño cuya madre padece de cáncer”.
2. “Las familias tienen la capacidad de asistir al niño a través del cáncer de su madre”.
3. “Los niños se sienten cómodos hablando con sus padres acerca de la enfermedad”.
4. “El estado de ánimo y ansiedad de la madre son filtrados y manejados sin afectar al niño”.
5. “Los niños son capaces de interpretar el cáncer de mama de la manera menos dolorosa para él”.
6. “El compromiso paternal de un padre puede ser compensado por la práctica paterna del otro”.
7. “La tensión en el matrimonio derivada de la enfermedad, es un asunto privado entre la madre diagnosticada y su marido, sin afectar al niño” (p. 203).

Se puede llegar a pensar que al no informar al niño sobre éste evento se le protege tratando de evitarle el sufrimiento que la familia sobrelleva; sin embargo, un niño puede ser realmente sensible a tal experiencia, al grado de ser capaz de darse cuenta de lo que ocurre en casa. Algunos investigadores como Saldinger et al. (1999) en su experiencia clínica, sugieren que los niños generalmente toman conciencia de la severidad de la enfermedad, al observar el deterioro progresivo y el incremento en la discapacidad de su padre; incluso los niños más pequeños generalmente reconocen este descenso por hechos como las múltiples hospitalizaciones, pérdida de peso, incremento en la fatiga y la inhabilidad para realizar sus funciones paternas previas.

Los hijos de pacientes terminales experimentan pérdidas en muchos sentidos: las separaciones debidas a múltiples hospitalizaciones, limitación de la disponibilidad física y emocional de ambos padres y en el funcionamiento de su rol, cambios en las rutinas, cambios en el clima emocional de la familia, y frecuentemente un decremento de la economía (y lo que de ello se desprende), debido a que estos recursos son destinados a prolongar la supervivencia del paciente, asegurando cuidados adecuados, y tomando decisiones difíciles para considerar la continuación o el cese del tratamiento.

Ante tales cambios, el niño llega a perder el sentido de predictibilidad y estabilidad sobre su ambiente, pérdidas a las cuales los niños son realmente sensibles, y sumado a lo anterior “el hijo de un enfermo terminal eventualmente sufrirá el trauma adicional de una pérdida paterna permanente”. (Saldinger, et. al 1999, p. 40)

De las pérdidas que los niños enfrentan, quizá la más crítica es tener que separarse de ambos padres, tanto del que se encuentra en un proceso terminal, como del que se ocupa de sus responsabilidades como cuidador. Aun cuando estén presentes, la habilidad de los padres para atender a los niños se ve comprometida debido a que ellos mismos pasan por su propio duelo al enfrentar la muerte inminente. (Siegel et al. 1992, p. 329).

Pero, ¿qué información existe en torno a la experiencia de esta población infantil? Se han elaborado algunas investigaciones que se enfocan hacia los aspectos emocionales y adaptativos de la experiencia de un niño que se percata del deterioro gradual de un padre terminalmente enfermo, de cómo reacciona frente a las pérdidas y cambios que subyacen a esta situación, lo que arroja una luz de cómo manifiestan su vivencia.

Por ejemplo, la investigación de Saldinger et al. (1999) demuestra que no hay diferencia en cuanto a la afectación en la salud emocional entre niños que han vivido la pérdida repentina de un padre, de los que lo han perdido por enfermedad terminal. De hecho, este autor concluye que los niños que viven la pérdida por enfermedad terminal presentan mayores problemas de salud física y mental que aquellos que pierden repentinamente a alguno de sus padres.

En su estudio sobre hijos de pacientes terminales, Siegel et al. (1992) sugieren que estos niños presentan una reducción en sus recursos de enfrentamiento internos y externos incluso antes de la muerte del paciente. Registraron baja autoestima, baja competencia social y más síntomas depresivos y de ansiedad en comparación a los niños de su comunidad.

Christ, et. al. (1993) reportan que los niños que evaluaron en su investigación mostraron altos niveles de ansiedad durante las entrevistas. Expresaban intensa tristeza, ira, culpa y miedo extremo acerca de la condición actual del paciente y del padre sano, miedo a la disolución de la familia cuando el paciente muriera, y preocupaciones generales acerca del futuro.

Entre los miedos y problemas más comunes en estos niños, encontraron los siguientes:

Miedo a los síntomas que observan en el padre enfermo: en el cáncer, por ejemplo, tanto los síntomas como las reacciones al tratamiento llegan a ser severos y los niños pueden presenciar el deterioro causado por la enfermedad y los efectos colaterales del tratamiento. Explican que los niños de seis a once años, al encontrarse en la etapa de latencia en la cual la identificación es un proceso crucial, al observar los síntomas en su padre o madre, es probable que generen reacciones somáticas.

Miedo a la muerte del padre enfermo: la mayoría de los niños informaron que estaban preocupados de que el paciente pudiese morir, sin embargo, algunos de los niños más pequeños inicialmente negaron sentirse ansiosos o preocupados, pero, al final de la entrevista, la ansiedad se hacía evidente cuando hacían declaraciones como “no quiero que mi papá muera”. También se encontraron con que la negación ayudaba a los niños a mantener sus rutinas y funcionamiento diarios, pero conforme avanzaba la enfermedad, los niños ya no eran capaces de mantener esta negación frente a la pérdida inminente.

La duración de la enfermedad, es considerada un elemento importante para mantener la negación, ya que de acuerdo a la información obtenida, las situaciones en las cuales el padre o la madre había tenido la enfermedad virtualmente durante toda la vida del niño, la

etapa terminal era particularmente angustiante y confusa, debido a que ellos esperaban que, como era habitual, todas las exacerbaciones vinieran seguidas de remisiones. Estos niños típicamente expresaban gran incredulidad y angustia en esta etapa.

Para otros niños, la enfermedad del padre había involucrado años de lucha con múltiples complicaciones y hospitalizaciones de emergencia. Tales complicaciones impredecibles frecuentemente requerían largos periodos de separación de casa, los cuales son especialmente angustiantes para los niños más pequeños, debido a la incertidumbre que las separaciones evocan. La depresión y síntomas fóbicos eran respuestas muy comunes a esto. Mientras que otros niños fueron confrontados a un corto periodo de enfermedad terminal caracterizado por deterioro rápido, el cual, en la mayoría de los casos conduce a ansiedad y pánico o a un estado hipervigilante.

Sentimientos de culpa: Un sentimiento de culpa y responsabilidad por la enfermedad de su padre fue un problema común observado en estos niños. Las incertidumbres relacionadas a la etiología del cáncer, así como los factores emocionales y psicológicos que intervienen en el curso de la enfermedad pueden ser confusos. Los autores explican que tales incertidumbres pueden causar “creencias erróneas” en los niños acerca de su papel o el de los otros en la situación. Los niños más pequeños frecuentemente reflejaron pensamiento mágico preoperacional, al presentar culpa por la enfermedad de su padre, lo cual les provocaba reacciones emocionales intensas; incluso los niños más pequeños se preguntaban si ellos habían causado de algún modo la enfermedad de su padre o si la habían exacerbado. Con los más grandes, esos sentimientos podrían ser negados y admitidos en la misma entrevista.

Otro miedo importante era el de **perder también al padre sano**: los niños frecuentemente expresaron gran preocupación acerca de la vulnerabilidad del padre sano. Su ansiedad al respecto era comprensible, ya que observaban la fatiga, irritabilidad, tristeza, depresión y ansiedad del padre sano. Especialmente los niños pequeños tenían una gran necesidad de

asegurarse de que las reacciones del padre sano hacia la enfermedad del paciente y el tratamiento, eran temporales.

Los niños más pequeños tendieron a mostrar más preocupación acerca de los cambios en el funcionamiento diario, mientras que los más grandes estaban preocupados con las nuevas responsabilidades y limitaciones que podían tener lugar en su funcionamiento. Tal ansiedad era reflejada frecuentemente en desordenes del sueño, quejas somáticas, incapacidad para concentrarse en la escuela y completar sus tareas, incremento del conflicto con padres y hermanos, y conflicto o abandono tanto de pares como de adultos.

Las reacciones conductuales eran manifestadas en tres áreas: en casa, con los padres y hermanos; en la escuela, en relación al rendimiento escolar, actividades extracurriculares y los pares; y la comunidad, esto es en actividades formales e informales.

En cuanto al **desempeño escolar**, se observó que durante la enfermedad terminal del padre, la habilidad de concentrarse en la escuela y mantener el funcionamiento fue alterada. Sólo pocos fueron capaces de ver esto como una consecuencia inevitable de su reacción, la mayoría estaban asustados por su pérdida de concentración e incapacidad de dominar como antes sus tareas educacionales.

Finalmente los autores concluyen que para muchos de estos niños el estrés experimentado antes de la muerte es mayor que el experimentado posteriormente; observaron que los niños son más sensibles que un adulto a los estresores particulares asociados a la muerte anticipada, debido a que tienen “menos” recursos internos para enfrentarse a ella y son más vulnerables a los componentes traumáticos de la enfermedad, acarreados por la exposición al deterioro físico y mental del padre moribundo.

Las investigaciones mencionadas anteriormente describen los síntomas fisiológicos y emocionales, alteraciones en la conducta, y problemas en el desempeño diario del niño entre otras dificultades, es decir, abordan principalmente las manifestaciones externas u observables que se derivan de la condición terminal de un padre de familia, y advierten la

influencia que tienen los factores ambientales sobre la vida emocional del niño; sin embargo, no proporcionan una explicación o un panorama sobre los procesos que se desencadenan en “el interior” del niño que advierte pérdidas en su entorno y que definitivamente no es ajeno ni inmune a ellas, tampoco explican porqué tales conductas y síntomas tienen lugar y cual podría ser su significado, dejando a un lado detalles que pueden ser valiosos cuando se apunta a tratar de comprender y acompañar a un niño a través de esta experiencia.

Por lo anterior, parece necesario tomar en cuenta los “elementos internos” del niño, ya que la “percepción” de esta experiencia también se encuentra íntimamente relacionada a: la maduración del concepto de muerte, la relación del niño con sus padres (vínculo), la posibilidad de elaborar un duelo así como las fantasías que se ponen en juego ante tal realidad externa.

Cuando se habla de un niño que se encuentra en medio de la experiencia de la proximidad de la muerte, se debe tener presente que el ser humano, desde que nace hasta que muere, sufre diversos cambios, no solamente en el aspecto físico o en las habilidades, sino también en la capacidad cognitiva, en la esfera psicológica y social. La experiencia de un niño de cuatro años difiere de uno de ocho o de catorce, y que siempre habrá diferencia entre un niño y otro, aún teniendo la misma edad o perteneciendo a la misma familia, ya que también participan elementos contextuales que imprimen en la experiencia un sello de “única e irrepetible”.

A continuación, se exponen las teorías e investigaciones que brindan información en relación a los elementos internos básicos que participan en la experiencia infantil de la pérdida de un padre, los cuales son: maduración del concepto de muerte, el vínculo, el duelo, y finalmente la fantasía (el objeto de estudio).

3. Concepto de muerte en el niño.

El desarrollo del concepto de muerte, es un proceso natural influido por varios factores del entorno familiar y cultural del niño, así como por sus pautas cognitivas y psicológicas. Brevemente se exponen las características principales del contenido del concepto de muerte de acuerdo al nivel de maduración cognitiva que corresponde a cada etapa del desarrollo, las cuales son: primera infancia (de los dos a los seis años), infancia media (de 7 a 11 años) y adolescencia (12 a 18 años aproximadamente).

a. Primera infancia, (2 a 6 años).

Un niño no puede tener un concepto de lo que es la muerte hasta que no aparece el pensamiento, y esto se hace evidente por la aparición de la función simbólica, la cual tiene lugar entre los 18 y 24 meses de edad. Sin embargo, para que esto ocurra se requiere de una función denominada como “permanencia del objeto” que se produce al final del primer año (Piaget, 1969) como resultado de la maduración del bebé, para el cual anteriormente los objetos que no estaban a la vista no existían.

Pero, a partir de esto, se registra una representación interna del objeto o imagen total. Los objetos exteriores existen independientemente y poseen entidad propia, el niño empieza a valerse de símbolos que representan la que tiene del mundo. Estos signos evolucionan a símbolos aceptados por sus familiares y otras personas, cuando significan algo para ellos, es así como J. Piaget atribuye al niño de 12 a 24 meses el principio del pensamiento.

A los dos años, el niño ya ha progresado de un estado totalmente indiferenciado a uno que se caracteriza por la separación entre él y su mundo, y reconoce a su madre y las personas que generalmente lo cuidan, de aquellas que son extrañas.

Piaget denomina pre-operacional a esta primera etapa del pensamiento en la edad preescolar. El niño preescolar concibe el mundo desde una perspectiva limitada: la de su propia experiencia.

El pensamiento preoperacional se caracteriza principalmente por ser egocéntrico y mágico, por ello, es que el niño-como origen de toda actividad en su mundo- se siente responsable de sus consecuencias, de sus ideas y fantasías, de manera que un suceso exterior lo puede interpretar como resultado directo de sus deseos, atribuyéndose un poder que muchas veces resulta “aterrador”, ya que a esta edad tampoco diferencia entre pensamientos y acciones, “Un niño pequeño puede creer que su ira causó la muerte de su hermana cuando repentinamente ella muere en un accidente” (Kaplan & Josilin, 1993).

Al describir el contenido del pensamiento preescolar, Piaget introduce los conceptos de animismo, artificialismo, y participación. **Animismo**, es el aspecto del pensamiento que atribuye conciencia a cosas o aspectos naturales; objetos inanimados están vivos como las personas: El **artificialismo** se refiere a la idea que tiene el niño de que todos los objetos están contruidos con un propósito determinado, y la **participación**, describe la idea de que todos los actos humanos y los procesos naturales interaccionan entre sí.

La capacidad cognitiva preoperacional del niño se acelera considerablemente con la aparición de la función simbólica, sin embargo, su razonamiento se encuentra obstaculizado por la centralización, irreversibilidad y egocentrismo.

El concepto de interrupción permanente de la vida, como fenómeno universal no es consistente con los procesos de razonamiento de la fase preoperacional. El concepto de muerte de un niño equivale a menos vida, menor capacidad de movimiento (Yudkin, 1967).

Nagy (1948), en su famoso estudio en el que consultó a 378 niños en Budapest sobre las emociones que les suscitaba la idea de la muerte, se encontró con que los niños menores de cinco años no eran concientes de la irreversibilidad de la muerte; la describían como un viaje, un sueño, o un suceso temporal.

En 1967 Gartley y Bernasconi informaron de hallazgos similares entre niños de 5 a 6 años en Nueva Escocia. Por otro lado sólo un 20 % de los niños de 5 a 6 años de edad entrevistados en la zona del oeste medio, en 1972 concebían la muerte de sus mascotas como un proceso reversible, mientras que aproximadamente un tercio de los niños de la edad mencionada atribuían conciencia a los animales después de la muerte.

El niño preescolar, que es incapaz de observar el mundo desde una perspectiva externa o que no puede concebir pensamientos sin las experiencias directas, posiblemente encontrará dificultades en hacerse una idea de lo que significa la muerte, puesto que no la ha experimentado. Para él o ella, estar muerto es una especie de continuación de la vida, una simple merma de la vitalidad que puede ser interrumpida, al igual que el sueño. Su pensamiento mágico confunde la fantasía y realidad y, por consiguiente, sucesos tales como la muerte de un padre, mascota o amigo se interpretan como consecuencia de sus deseos, una postura tal vez cargada de culpa.

b. Infancia Media, (7 a 12 años)

El niño de siete años empieza a considerar el mundo desde un punto de vista exterior; su lenguaje es más comunicativo y menos egocéntrico; los padres pasan a ser menos omnipotentes y menos omniscientes y cada vez, menos objeto de identificación y ternura. Entra en el mundo de la escuela, donde los modelos de identificación son los profesores y otros adultos. La sociedad le demanda la sublimación de sus impulsos agresivos y sexuales. El pensamiento mágico aún persiste, pero es mayor su habilidad para percibir la realidad.

El pensamiento del niño de siete años continúa desarrollando su sentido de juicio moral; al principio posee ideas muy firmes acerca de la honradez- la justicia ha de ser una norma que se debe seguir con precisión-.Piaget habla de una etapa absolutista en el juego de las canicas, en las que las reglas son sagradas e inmutables.

Gradualmente, el niño se va dando cuenta de que las reglas son de origen humano, y que puede participar en su origen y modificación. Paralelamente a la fase caracterizada por el “juego de canicas”, el niño tiende a determinar la culpabilidad según la cantidad de daño infringido, es decir, romper diez tazas es peor que romper sólo una, tendencia que Piaget denomina “realismo moral”, en la que la culpabilidad está determinada por la cantidad absoluta o el grado de prejuicio (Ginsberg, 1969). Sin embargo, el niño empieza a considerar la intención, hasta llegar al punto en que se distingue claramente entre destrucción por accidente o a propósito.

El niño de siete a once años experimenta cambios dramáticos en las características de su entendimiento, a la vez que aumenta su capacidad de razonar lógica y objetivamente. Este periodo denominado de “operaciones concretas” está marcado por una mayor habilidad del pensamiento, debido a la transición de la estática a la dinámica, centralización, a descentralización, y de la irreversibilidad a la reversibilidad.

El niño en la fase operacional concreta es capaz de percibir las transformaciones de los objetos, centrarse en aspectos simultáneos de una situación y percibir los detalles, también puede clasificar objetos según sus características, aunque sigue ligado a su entorno inmediato: sólo es capaz de resolver un problema si se hallan presentes físicamente sus elementos.

Nagy (op. cit) llegó a la conclusión de que unos dos tercios de los niños de edades comprendidas entre cinco y nueve años personificaban la muerte como un ser con existencia propia o la identificaban con una persona muerta. La muerte es invisible, pero acecha escondida en la noche, especialmente en las zonas pobladas de cadáveres, como los cementerios.

Los ejemplos de Nagy pertenecientes a este grupo de edades incluyen algunos que reflejan la muerte como un castigo por malas acciones, lo que demuestra la persistencia del pensamiento mágico y egocentrismo del niño.

¿En qué punto reconoce el niño que la muerte puede sucederle a él? En el estudio de Gartley y Bernasconi (1967) se encontraron con que se consideraba a la muerte como algo lejano y que no afectaba a los niños, en un grupo de encuestados de 5 a 7 años y medio. Los niños de edades entre 7 y 8 años reconocían la muerte como una posibilidad inmediata.

Koocher (1974) encontró una gran variedad de respuestas a su pregunta “¿Cuándo vas a morir?”, comprendidas entre un límite inferior de “a los siete años” por parte de un niño de seis, hasta un máximo de “a los trescientos años”, respuesta de un niño de nueve años. Aunque el término medio de estos grupos concretos y pre operacionales eran bastante parecidos, el grupo preoperacional manifestó la mayor variedad de respuestas, basadas más en la fantasía que en la realidad.

Se ha debatido mucho acerca de si el niño gravemente enfermo a esta edad puede conceptualizar su propia muerte, se piensa con bastante fundamento que se da cuenta de la gravedad de su estado, aun cuando no sea capaz de hablar de ello (Spinetta, et al. 1973, 1974). El niño gravemente enfermo de seis a diez años manifiesta ansiedad y preocupación ante la amenaza de la integridad de su cuerpo y funcionamiento del mismo. Spinetta (1973), establece que “aunque las preocupaciones de un niño leucémico de seis a diez años puedan no consistir en una expresión abierta de la muerte, los temores y ansiedades más sutiles son reales a pesar de todo, dolorosos, y estrechamente relacionados con su enfermedad”.(p.843).

¿Qué es lo que piensan los niños que le va a suceder cuando mueran? El hombre muerto del que habla Naggy, se lleva a los niños a veces al cielo, a veces simplemente a otra parte. Los informes de Gartley y Bernasconi sobre 60 niños católicos revelan que “todos entendían los conceptos del cielo e infierno, y a la edad de siete años hablaban del purgatorio denotando claramente entender lo que significaba”, con lo que reflejaban con bastante claridad las consecuencias de la educación religiosa. Aproximadamente la mitad del grupo de niños de siete a doce años estudiados por McIntire (1972), decían que “su perrito sabía que le echaban de menos”, lo que se interpretó como creencia en una conciencia posterior a la muerte, y sin embargo, de diez a doce años, el 93 % de los niños católicos manifestaron creer en la continuación espiritual desprovista de conciencia.

Cuando se les preguntaba lo que pensaban que les ocurriría al morir, otro grupo de niños, cuyas edades oscilaban entre los seis y quince años, manifestaron: ser enterrados (52%), ir al cielo, infierno o a un juicio (21 %), tener un funeral (19%), detalles específicos del modo en que se produciría (10%) estar dormidos (7%), reencarnación (4%) y cremación (3%).

La etiología de la muerte, tal como la concibe el niño de esta edad, no es consistente: como respuesta a “¿Qué es lo que hace que las cosas se mueran?”, el niño que se encuentra en la fase de operaciones concretas y pertenece a la clase media sugiere diversos modos de provocar la muerte: armas, venenos u otros medios. Sus respuestas van encaminadas a causas específicas más que a procesos generales.

Las respuestas de niños de edades entre seis y diez años ante la pregunta de “¿Porqué la gente muere?”, reflejan su procedencia socioeconómica. Los habitantes de ciudades manifestaron causas agresivas de muerte, como accidentes, violencia, guerra y suicidio, cuatro veces más frecuentemente que los habitantes de zonas no urbanas, asistentes a la escuela de la iglesia local, de la misma edad. La costumbre de ver la televisión era similar en ambos grupos encuestados (McIntire, 1972).

El concepto de permanencia de la muerte parece ser que aparece gradualmente, pero sólo es completamente comprendida por los niños englobados en la infancia media. Contestando a ¿Cómo harías volver a la vida a un muerto?, los niños mayores de siete años reconocían la muerte como definitiva. Si se trata de un árbol lo puedes regar, si es una persona, la puedes llevar a toda prisa al hospital de urgencia; pero si realmente está muerto, no hay nada que puedas hacer.

La evolución del concepto de muerte como cese permanente de la vida y como un fenómeno universal e inevitable se verifica durante la fase operacional concreta. Sin embargo, los obstáculos del razonamiento al pensamiento abstracto, principalmente la persistencia del egocentrismo, animismo y pensamiento mágico, frenan la consumación. Las experiencias psicosociales del niño en su casa y en su comunidad influyen claramente en el desarrollo del concepto de la muerte.

c. Adolescencia.

Los adolescentes se distancian cada vez más de sus padres para interesarse por sus compañeros de actividades y demás jóvenes ajenos a la familia. Al final de la adolescencia se produce una multitud de episodios de enamoramiento como actividad preliminar a la elección de pareja. Desarrolla gradualmente la capacidad de introspección y auto evaluación, a pesar de lo cual en los adolescentes se producen a veces episodios de regresión a etapas anteriores del desarrollo, egocentrismo, pensamiento mágico, rabietas y de dependencia.

El futuro y la mortalidad les son cada vez más evidentes, y la negación de su propia mortalidad se manifiesta en la adolescencia por las actividades que ponen en peligro la vida, tales como conducir a grandes velocidades y la experimentación con sustancias que alteran la conciencia.

El adolescente realiza “operaciones formales” – que es como Piaget denomina esta etapa con el concurso del pensamiento abstracto; no está atado al razonamiento limitado y concreto del aquí y ahora, sino que su mente puede imaginar las múltiples posibilidades inherentes a una situación determinada, y puede enfrentarse a problemas de complejidad creciente.

El adolescente puede considerar cierto número de posibilidades hipotéticas asociadas a una situación determinada en la resolución de un problema, apreciando diversos aspectos del mismo en lugar de limitarse a detalles sueltos, como le ocurría en la fase de operaciones concretas, “ Lo posible y lo ideal cautivan mente y sentimientos” (Grinsberg, 1969). Al final de la adolescencia las pautas de pensamiento del individuo están casi completamente desarrolladas.

Gracias a su maduración cognitiva, el adolescente comparte con el adulto la idea de que la muerte es un fenómeno universal e inevitable por el cual termina lo que nosotros entendemos por vida. La capacidad que posee para razonar en abstracto hace posible que piense en su propia muerte, y para luchar contra las emociones que le producen dichos pensamientos se vale de la negación.

Los niños del grupo de Nagy reconocieron la muerte como el fin de la vida corporal a partir del noveno año. En un grupo de adolescentes de trece a dieciséis años, el 20% se manifestó creyente de la persistencia del conocimiento después de la muerte; el 60%, de la continuación espiritual, y un 20%, del cese definitivo (McIntre, 1972). En contraste, tan sólo un 7% de los chicos de otro estudio similar utilizaron la palabra “Dios” en sus respuestas y solo un 21% se refirió directamente a algún tipo de continuación de la vida después de la muerte, tipo cielo o infierno (Koocher, 1974).

Los mecanismos de defensa del adolescente para enfrentarse con la ansiedad que produce la idea de la muerte imitan a la de los adultos de su mismo entorno, y sin embargo el más normal sigue siendo la negación. La preocupación sobre la propia mortalidad es bastante real, y ha de ser manejada si se pretende vivir con un cierto grado de tranquilidad. De un total de 700 trabajos realizados por estudiantes de bachillerato sobre el tema “¿qué pasa por tu cabeza al hablar de la muerte?”, las respuestas variaban entre la conciencia a la negación a admitirla, de la curiosidad al desprecio y la desesperación (Maurer, 1966).

De acuerdo a lo expuesto, el ser humano tiene un concepto de muerte maduro hasta la pubertad, en la presente investigación se considera que la muerte significa básicamente separación, y aún cuando un niño en edad preescolar e incluso escolar no cuenta con un “concepto de muerte maduro”, es capaz de percibir y reaccionar ante la separación, ausencia o pérdida de un ser amado, y esta experiencia será integrada de acuerdo a su propia maduración y desarrollo psíquico aunado a todo el aspecto contextual-histórico.

De lo anterior se deriva la importancia de hacer un estudio de caso, ya que entre dos niños incluso de la misma edad, la experiencia de pérdida gradual de un padre no puede ser idéntica, las fantasías que cada uno elabore se relacionan a su historia de vida particular aun teniendo elementos básicos en común.

Como ya se mencionó, el interés de esta investigación va más allá de ubicar la etapa en que se encuentra la maduración del concepto de muerte del hijo del paciente terminal o basar la experiencia del niño solamente en aspectos cognitivos. Principalmente, se relaciona al “Trabajo de duelo”, concepto que necesariamente se tiene que abordar al hablar de la muerte, separación y la ausencia, y que a continuación se expone.

4. Duelo.

a. S. Freud.

El “trabajo de duelo”, concepto desarrollado por Freud en 1915, es un tema central dentro del presente trabajo en el intento de comprender la experiencia por la que atraviesa el hijo del paciente terminal, siendo el duelo el proceso que se dispara ante una pérdida objetal.

Se define al trabajo de duelo como “el proceso intrapsíquico consecutivo a la pérdida de un objeto de fijación y por medio del cual el sujeto logra desprenderse progresivamente de dicho objeto” (Laplanche, J., Pontalis, J. & Lagache, D., 1996, p. 435).

En trabajos de corte psicoanalítico se ha abordado el duelo tanto en su dimensión normal como patológica (depresiva, maniaca y melancólica), y se le vincula a factores como el nivel del desarrollo de las estructuras mentales del sujeto así como la cualidad de la relación previa con el objeto perdido, considerando la importancia que tiene para el doliente como un objeto altamente catectizado (p.e. una figura paterna).

De acuerdo a Freud, el trabajo de duelo es un proceso normal a través del cual, ante una pérdida significativa, el doliente ha de desprenderse de su objeto perdido, proceso en el que experimenta un profundo dolor, explica que “cada uno de los recuerdos, cada una de las esperanzas mediante la cual la libido se hallaba ligada al objeto, son presentificadas, sobrecatectizadas y sobre cada una de ellas se realiza el desprendimiento de la libido” (Freud, 1915, p. 246).

Se dice que un sujeto ya ha elaborado el duelo cuando ha podido desprenderse del objeto perdido y se encuentra listo para nuevas catexis (nuevas relaciones).

También Freud expone que un duelo puede deformarse en un duelo patológico o en melancolía, lo cual interferirá en el funcionamiento del doliente; según esto, en el duelo patológico pasa a primer plano el conflicto ambivalente; en la melancolía se pasa a una etapa suplementaria : el yo se identifica con el objeto perdido.

Una razón importante por la que se da énfasis al estudio de este proceso, es el hecho de que el psicoanálisis ubica la etiología de la depresión y melancolía en la infancia, en la cual suelen encontrarse datos de múltiples vivencias de pérdida y abandono.

Freud no amplió el tema del duelo en niños, aunque documentó algunas observaciones que realizó en relación a la *separación* del niño con su objeto de amor, por ejemplo, en el juego de “Fort Da” expresado por su pequeño nieto Ernest de 18 meses, donde observa que en ausencia de su madre, el niño lograba expresar simbólicamente su vivenciar a través del arrojar y jalar el carrito de hilo (Freud, 1920). Años después Freud (1927) se refiere a dos pacientes que siendo niños habían perdido a sus padres, uno a los dos y otro a los diez años. Expresa entonces que en sus vidas anímicas una corriente no había reconocido la muerte, ésta había sido escotomizada, pero había otra que había dado cabal razón de ese hecho. Coexistían una junto a la otra la actitud acorde al deseo y la acorde a la realidad.

Posterior a Freud, varios autores han abordado el tema y han elaborado puntos de vista divergentes. Una de los principales desacuerdos se ubica en relación a la capacidad de los niños para responder a una pérdida objetal con un trabajo de duelo.

Tales diferencias dependen del concepto que se tiene de lo que es el duelo así como la teoría en el que se desarrolle tal concepto; por ejemplo, para Krueger (1983), el ser humano no es capaz de elaborar un duelo sino hasta la prepubertad, ya que para él, el duelo requiere una comprensión madura en relación a la finalidad de la muerte, posición que concuerda con la de Nájera (1970) o Wolfenstein (1969), quien sostiene que la evidencia clínica indica que el niño no se encuentra preparado para elaborar un duelo, su hipótesis es que el proceso de duelo sólo es posible hasta la adolescencia ya que ésta sirve como “duelo de prueba”. Es decir sólo hasta la adolescencia el individuo aprende a *decatectizar* un objeto amoroso.

Según esta hipótesis, al perder a uno de sus padres los niños tienden a retener la intensa libidinización de la imagen del padre perdido hasta la adolescencia, al mismo tiempo que reconocen superficialmente el hecho de que el padre ha muerto.

En general estos autores llegan a la conclusión de que una respuesta patológica a una pérdida durante la niñez es inevitable, ya que el yo es débil e incapaz de realizar el arduo trabajo de elaborar la pérdida.

Anna Freud (1960), sostiene que un niño puede experimentar un duelo sólo cuando él o ella ha desarrollado la “prueba de realidad y la constancia de objeto”, y define el trabajo de duelo como “el esfuerzo que hace el individuo para aceptar un hecho ocurrido en el mundo exterior (una pérdida de objeto catectizado) y para llevar a cabo cambios correspondientes en el mundo interior (retiro de la libido del objeto perdido, identificación con el objeto perdido)”. (Freud, A., 1968, p.58).

Boyd Webb (2002) menciona que no se puede afirmar que el niño que enfrenta la pérdida de una persona significativa presente un duelo, ya que no comprende que la pérdida es significativa para su vida y, de este modo, los sentimientos de tristeza, rabia y anhelo posterior a la muerte los califica como “reacciones de pena”.

Para estos autores, entre otros, la posibilidad de presentar un duelo depende de que el niño tenga un concepto de muerte lo suficientemente maduro como para captar el carácter irreversible de esta (lo cual no es posible sino hasta los 9 o 10 años aproximadamente).

En el otro extremo encontramos a los autores que sostienen que un niño es capaz de llevar a cabo un trabajo de duelo aún a edades muy tempranas y que es un proceso normal y necesario para la integración psíquica del niño como Sonia Ihlenfeld, Melanie Klein y J. Bowlby, aunque con sus diferencias de forma y fondo en cuanto a sus propuestas³.

b. S. Ihlenfeld.

En su artículo “Duelos en la Infancia” (1998), Sonia Ihlenfeld menciona que la infancia se caracteriza por múltiples separaciones que un niño debe atravesar, las cuales implicarán

³ Como base teórica de esta tesis se encuentra la formulación de Klein, sin embargo se mencionan a Bowlby e Ihlenfeld debido a la relevancia de los datos clínicos que proporcionan, que resultan útiles para apoyar el argumento de que un niño es capaz de elaborar un trabajo de duelo.

pérdidas objetales y al mismo tiempo “un empuje” para el desarrollo individual a partir de los vínculos primarios (los padres).

Las separaciones, (que se ubican en ciertas edades) van a implicar modificaciones en la característica de los vínculos, la separación que tiene lugar no es definitiva en la realidad, el niño se va independizando de sus padres y dejando aspectos de sí mismo, sin embargo, estas situaciones provocan dolor y crisis tanto para el niño como para los padres. Pero, cuando la separación padre o madre /hijo se da en la realidad, “la conmoción suele ser tan intensa, pues con su psiquismo en formación los necesita como soporte narcisista, como sostén identificador, como figuras receptoras de sus movimientos pulsionales” (p. 40).

Tanto unas como otras pérdidas, implicarán un proceso de duelo, pero la movilización que provocan en la organización psíquica es distinta, y esto lo explica a través del trabajo de Freud en relación a la separación y la angustia primaria resultante.

Según Freud, la “angustia primaria” tiene lugar cuando el niño se encuentra solo, cuando está en la oscuridad, cuando ve a una persona ajena en lugar de la que le es familiar y se reduce a una única condición de que “se echa de menos a una persona amada (añorada)” (p. 49).

Cuando el niño es separado de su objeto (figura materna), el yo inmaduro del niño registra dos peligros: a.) el de la pérdida del objeto con la añoranza que esto le despierta y, b.) el de desvalimiento. Posteriormente la separación cobra otro sentido, esto es la de los genitales, vinculando la separación con la problemática de la castración y de la situación edípica.

Esas pérdidas son tolerables para el yo del niño y necesarias para la estructuración psíquica, pero ante la pérdida real de un padre la situación será diferente: “el dolor provocado por la añoranza del objeto perdido, queda unido a vivencia de desvalimiento, de fragilidad yoica, de inermidad, lo que da lugar a una cualidad de angustia diferente, a la que surge frente a la resignación del objeto en la situación edípica, es decir, esta vinculado a lo que Freud describe como angustia primaria” (p.42).

Al ser esta una pérdida intolerable, el yo utiliza recursos defensivos- la escisión y la negación- los que pueden ser moratorias necesarias para la elaboración de lo sucedido (Pelento, 1998 citado en Ihlenfeld, 1998). Estos mecanismos pueden actualizarse reiteradamente en distintos contextos de su existir cuando la pérdida ha sido muy temprana o no han existido condiciones adecuadas para su encauzamiento, convirtiéndose en un obstáculo para su integración psíquica, es decir, da lugar a un duelo patológico.

La autora menciona que ante un evento de muerte, el niño no vive sólo una pérdida, sino varias: “a la pérdida del objeto se le agrega la pérdida de la ilusión narcisística de la omnipotencia infantil tanto en lo que se refiere en sus posesiones afectivas como en el saber de los límites, de la irreversibilidad de las ausencias, de la finitud vital, incluso de su propia posibilidad de muerte” (p. 43)

De acuerdo a Ihlenfeld hay elementos importantes que se ponen en juego en el duelo de un niño, estos son: el proceso identificatorio, la posibilidad de contar con un entramado representacional para elaborar la pérdida, así como las fantasías que se originan y ligado a lo anterior el duelo del padre o madre sobreviviente.

El “proceso identificatorio” es básico en la estructuración del niño, así como la movilización de éste a partir de las representaciones que le son brindadas. Posterior a la muerte, en un proceso de duelo normal, inicialmente el niño internaliza masivamente al objeto perdido, dando lugar a una fusión, quedando borrada la discriminación yo-objeto.

Sin embargo, con ayuda de las representaciones proporcionadas por los adultos acerca de la vida y la muerte, así como la posibilidad de contar con un espacio de simbolización, el yo del niño se irá discriminando paulatinamente del objeto incorporado y al ir diferenciando los estados de vida y muerte, el proceso identificatorio se dirige a las funciones vitales del objeto (gestante, protector y edípico) tomando a la vez carácter dinámico.

Un aspecto relevante que retoma la autora es la importancia que tiene la participación y comprensión de un adulto, debido a que es quien tiene la tarea de proveer un medio para

que el niño “vehiculize” las representaciones que elabora entorno a este evento, principalmente a través de las palabras.

Cuando no se le brinda al niño un entramado representacional que de cuenta de lo ocurrido, puede suceder que el proceso quede en parte paralizado, obstaculizando su funcionamiento normal, expresándose en diversas dificultades como por ejemplo en la incapacidad de asimilación y conservación de conocimientos, enfermarse con mucha frecuencia, o no expandirse a la vida. Se trata entonces de un proceso identificatorio rigidizado, que encerrará al niño en mecanismos repetitivos que le dificultan el despliegue de la simbolización necesaria para la elaboración paulatina de la pérdida.

La autora explica que un elemento clave en la experiencia del niño frente a la muerte de un padre, va a ser el cómo elaboran ésta pérdida aquellos adultos que rodean al niño, especialmente, el padre sobreviviente: “para un niño... (el trabajo de duelo) constituye siempre una particular exigencia de trabajo psíquico para el que necesitará de la disponibilidad personal y mental de los adultos con quienes convive” (p. 49)

Un niño que pierde un padre se desenvuelve en un ambiente que también se encuentra atravesado por la pérdida del ser querido. El padre o la madre sobreviviente van a descargar sobre el hijo la manera en que esté viviendo su pérdida. Se dice que el padre sobreviviente tiene por delante un doble trabajo de duelo: el que corresponde a la pérdida de su pareja y el de reubicarse en un papel distinto, el de un padre de hijos huérfanos “lo cual también lo remite a angustias primarias de añoranza por el objeto protector, y de desvalimiento frente a la ausencia” (p.49).

En resumen, de acuerdo a Ihlenfeld, un niño es capaz de elaborar un duelo en tanto se le proporcione un espacio para simbolizar lo ocurrido, se le permita “vehicular” sus fantasías al exterior y logre “tomar” aspectos vitales del padre muerto para identificarse y así proseguir con su estructuración; es un trabajo que implica ineludiblemente la participación de los adultos que le rodean, los cuales deben ser concientes de la importancia de asistir al niño en el transitar de su duelo y le brinden ayuda para comprender poco a

poco la irreversibilidad de la ausencia y los afectos naturales que despierta la situación como el dolor y la ira.

c. J. Bowlby

Bowlby (1980) y Klein (1934, 1940) sostienen que un niño sólo está en condiciones de registrar la vivencia de separación con la angustia concomitante y equiparan las reacciones ante la separación a las observadas en el duelo.

En relación a los efectos de la pérdida dentro del desarrollo temprano, Bowlby proporciona una base teórica para el supuesto de que los niños pequeños pueden tener un duelo posterior a una separación, o pérdida de una figura de apego. También apoya la hipótesis de la relación entre el duelo infantil no resuelto y la patología adulta, como Freud lo había propuesto tiempo antes.

John Bowlby elabora su teoría en torno a la formación del vínculo madre-hijo, y retoma la idea de Melanie Klein acerca de la posibilidad de que un niño puede mostrar las reacciones propias del duelo, así como la de elaborarlo con una serie de elementos como los mecanismos de defensa, sin embargo él lo retoma desde el punto de vista biológico; pretende que la posición psicoanalítica, en cuanto a la teoría de las pulsiones, sea congruente con la biología actual de modo que la teoría sea un tanto más sencilla en su desarrollo y exposición.

Una muestra de esta visión biologicista es el hecho de que para él la relación madre-hijo esta basada en una serie de sistemas conductuales característicos de la especie, los cuales desde el inicio está activados o desactivados por los estímulos que surgen de otras personas y que facilitan la proximidad y la interacción niño-madre, y tiene una función vital a nivel biológico.

Lo que es importante rescatar del trabajo de Bowlby es la exploración y análisis que realiza de varios trabajos clínicos y de investigación que dejan entrever cómo se evidencia el trabajo de duelo en los niños, así como la importancia que da al vínculo del niño con una figura de apego en tal proceso, principalmente su padre o su madre. (Bowlby, 1980).

Hace una breve discusión de los puntos en los cuales considera que puede ser que se origine la divergencia en cuanto a la cuestión del trabajo de duelo en los niños, que según este autor, uno de ellos se debe a que los clínicos o investigadores únicamente destinan el concepto de duelo a aquel proceso posterior a la pérdida que tiene buenos resultados, dejando fuera del concepto los tipos de duelo patológico, entonces como los clínicos observaban que el curso de las reacciones de los niños ante una pérdida era -en comparación a los adultos- regularmente patológico y por que suponían que no podían elaborar un duelo sino hasta que tuvieran una edad más madura debido a que su yo era muy débil para tolerar el esfuerzo que requiere el trabajo de duelo, desechaban la idea de la elaboración de duelo en la infancia.

Por otro lado cuenta con trabajos como el de Robert y Erna Furman (R.A. Furman, 1949; E. Furman, 1974) quienes afirman como resultado de sus observaciones, que al proporcionar información franca, es posible que el duelo de los niños pequeños frente a la pérdida de un progenitor sea tan sano como el de un adulto; lo que se ve corroborado por descripciones de varios niños de dos o más años de edad, cuyo proceso de duelo por la muerte de un progenitor fue observado y registrado.

En su trabajo “Grief and mourning in infancy and early childhood” (Bowlby, 1960), destaca las notables similitudes entre las respuestas de los niños pequeños a la pérdida de la madre y las repuestas de los adultos quienes han sufrido una pérdida por muerte de un ser querido y según Bowlby, es importante comprender la naturaleza de la conducta de apego y su papel en la vida humana, para conocer las semejanzas entre un adulto y un niño, en cuanto a la respuesta ante la pérdida de un ser amado⁴.

Robertson (1953) citado en Bowlby, habla de la experiencia del niño que es separado de su madre:

⁴ No se puede hablar de duelo ante la separación si la pérdida no es significativa para el doliente, esto es, dependerá de la calidad del vínculo que existía, en este caso, entre el niño y su padre o madre moribundo.

“El niño se siente tan abrumado como cualquier adulto al que la muerte le ha arrebatado una persona amada. Para el niño de dos años, con su falta de comprensión y total incapacidad para tolerar la frustración, es como si su madre hubiera muerto. No conoce la muerte sino sólo la ausencia, y si la única persona capaz de satisfacer su necesidad imperiosa está ausente, bien podría estar muerta, tan abrumadora es su sensación de pérdida. (p.34)

Así para esclarecer cualquier confusión, Bowlby define el duelo como: “[...] el término [...] para denotar una serie bastante amplia de procesos psicológicos que se ponen en marcha debido a la pérdida de una persona amada, cualquiera que sea su resultado” (Bowlby, 1980 p.40).

De acuerdo a la visión biologicista de Bowlby, el proceso de duelo y su subsiguiente resolución o desviación se podría equiparar a un proceso fisiológico de sanar o enfermar: “Los procesos de duelo pueden seguir un camino que con el correr del tiempo lleva a un restablecimiento más o menos completo de la función, esto es, a una renovación de la capacidad para restablecer y mantener relaciones amorosas, o bien, seguir un curso que implica un mayor o menor menoscabo de estas funciones; así como los términos sano y patológico pueden aplicarse a los distintos caminos que siguen los procesos biológicos de curación, del mismo modo, cabe aplicarlos a los distintos caminos que siguen los procesos de duelo” (p. 284).

Para él, en un duelo sano hay procesos defensivos de clases similares y de menor intensidad, explica que lo patológico no son los procesos defensivos sino más bien su alcance, intensidad y tendencia a persistir. Para Bowlby la diferencia entre duelo patológico y sano es la misma que propone Linderman, al relacionar sus contrapartes sanas, los diversos procesos patológicos del duelo los considera como exageraciones o deformaciones de procesos normales: “Cuanto más detallado es el cuadro que obtenemos del duelo sano, más fácil nos resulta identificar las variantes patológicas como resultado de la intervención de procesos defensivos que han desviado su curso”. (p. 53)

Bowlby divide el duelo en tres etapas caracterizadas por las reacciones afectivas del doliente, aunque sus estudios se refieren a niños en edades tempranas, considera que en todo duelo suelen darse estas etapas:

1.- *etapa de protesta*: llanto, gran pena frente a la pérdida de la madre y por esfuerzos para traerla de nuevo mediante los limitados recursos del bebé.

2.- *fase de desesperación*: desesperanza cada vez mayor, retraimiento y esfuerzos cada vez menores por recuperar a la madre, aparece desesperación y desorganización de la conducta, habiendo una dolorosa falta de capacidad que impide el poder iniciar conductas organizadas.

3.- *fase del desapego*: aceptación del ambiente de separación y del cuidado cualesquiera figuras substitutas que se encuentran presentes, pero con una marcada indiferencia hacia la madre cuando esta regresa. (p.44)

Describe la reacción de un niño de tres años al ser separado de su madre de la siguiente manera:

“Su respuesta inicial es de protesta y de imperiosos esfuerzos por recuperar a la madre perdida... con altibajos en esa actitud puede prolongarse una semana o más. En ese periodo lo que parece alentarlos en sus esfuerzos es la esperanza de la expectativa de que su madre regresará. Sin embargo tarde o temprano la desesperanza se impone; el anhelo de recuperar a la madre no disminuye, pero la esperanza de que dicho anhelo se cumpla se desvanece. Por fin cesan las ruidosas e inquietas exigencias del niño. Se vuelve apático y retraído, en una actitud de desesperanza interrumpida quizás solo por un gemido intermitente y monótono: experimenta una desdicha inenarrable” (p.46).

Cuando un niño no cuenta con una figura substituta para apegarse posterior a una pérdida, se puede dar lugar a la patología, lo cual también se va a relacionar a la calidad del vínculo que el niño tuvo con su figura de apego anterior. Las cuatro variantes de duelo patológico en el adulto que propone Bowlby, se relaciona a la tendencia que los individuos que dan

tales respuestas hayan experimentado la pérdida de un progenitor en la niñez o en la adolescencia, y estas son:

- a.) anhelo inconsciente de la persona perdida.
- b.) reproche inconsciente contra la persona perdida, combinado con auto reproches conscientes y a menudo incesantes.
- c.) cuidado compulsivo de otras personas.
- d.) persistente incredulidad de que la pérdida sea permanente. (p. 39)

Bowlby destaca que lo más importante dentro del proceso de duelo es el tolerar la desorganización y poder llevar a cabo la organización dirigida a un nuevo objeto, sugiere que en el duelo patológico persiste en la búsqueda de unión con el objeto definitivamente perdido.

d. M. Klein

Melanie Klein, por su parte, presenta una teoría que también considera al niño capaz de elaborar el duelo incluso a edades muy tempranas, sin embargo difiere en varios aspectos a la teoría de Bowlby; al ser la teoría kleiniana la base que se retoma para el trabajo de investigación es importante hacer una breve pero clara exposición de los puntos básicos de su propuesta, así como su trabajo en torno al duelo.

La teoría de Klein se encuentra dentro de la tradición que se designa como “la teoría de las relaciones objetales”, guiada por Ferenczi. Esta escuela niega explícitamente el concepto de narcisismo primario y sostiene que existen relaciones objetales, aunque primitivas, desde el inicio. Esta tradición, tiene mayor compatibilidad con la aproximación etológica que la tradición de la “psicología del yo”. La teoría kleiniana presenta una explicación referente al desarrollo a través de estudios de la infancia, sobre todo de la niñez temprana; los comentarios están limitados a puntos de vista sobre el origen de la relación materno-infantil.

De acuerdo al diccionario de psicoanálisis el concepto relación de objeto u objetal “es un término que se utiliza para designar el modo de relación del sujeto con su mundo, relación que es resultado complejo, y total de una determinada organización de la personalidad, de

una aprehensión más o menos fantaseada de los objetos y unos tipos de defensa predominantes” (Laplanche, et al. 1967, p.p 359-363).

Klein (1959) y Fairbairn (1952) muestran que las relaciones objetales existen dentro de la personalidad del mismo modo entre la personalidad y el mundo externo, y que el mundo interno de las relaciones objetales determina, de modo fundamental, las relaciones de los individuos con las personas del mundo externo.

Este mundo interno de objetos es básicamente el residuo de las relaciones del individuo con las personas de las que ha dependido para satisfacción de las necesidades primarias en la infancia y durante las primeras etapas de la maduración. “El niño al incorporar a sus padres, los siente como personas vivas dentro de su cuerpo, del modo concreto en que él experimenta estas fantasías inconscientes. Ellas son en su mente objetos internos o internalizados. Así se edifica el mundo interno en la mente inconsciente del niño, correspondiendo a las experiencias reales y a las experiencias del mundo exterior, aunque alterado por sus propias fantasías e impulsos” (Klein, 1995, p. 280).

Fundamentalmente Melanie Klein propone dos posiciones, la esquizo-paranoide y la depresiva, las cuales considera subdivisiones de la etapa oral, ocupando la esquizo-paranoide los tres o cuatro primeros meses de vida del bebé, seguida por la depresiva que ocuparía la segunda mitad del primer año.

Elige el término “posición” para destacar que el fenómeno que estaba describiendo no era simplemente una “etapa” o “fase” transitoria, “posición implica una configuración específica de relaciones objetales, ansiedades y defensas, persistente a lo largo de la vida” (Segal, 2003, p.17). Una posición nunca llegaría a reemplazar por completo a la otra, la integración que se logra nunca es total y las defensas que se despliegan ante un conflicto depresivo producen regresión a fenómenos con manifestaciones esquizo-paranoides, de este modo el individuo puede oscilar siempre en ambas posiciones.

Para Klein, la forma de integración de las relaciones objetales durante la posición depresiva queda como base de la estructura de la personalidad, lo que sucederá en el desarrollo posterior es que las ansiedades depresivas se modifican y atemperan gradualmente.

Posición Esquizo Paranoide.

De acuerdo a Klein, hay suficiente yo al nacer como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer relaciones objetales en la fantasía y en la realidad, aunque este yo al principio se encuentra muy desorganizado, pero con tendencia a integrarse.

Sus primeras relaciones se establecen con objetos parciales (pecho, pene) las cuales van a ser predominantemente fantaseadas. El pecho es escindido en bueno (gratificador) y malo (frustrador), a través de la proyección e introyección de la pulsión de vida y muerte. La calidad de las relaciones objetales está tipificada por las fórmulas biológicas del chupar para incorporar, y más tarde, morder y comer para incorporar.

El yo del bebé se encuentra desde el principio expuesto a la ansiedad que se origina tanto en su interior (polaridad de las pulsiones de vida y muerte) como en el exterior (realidad externa). Una manera de enfrentar la ansiedad provocada por la pulsión de muerte es deflexionarlo, que según Melanie Klein (en concordancia con Freud) consiste en proyectar una parte de la pulsión de muerte al objeto externo y la otra retenerla en el yo y convertirla en agresión. “El yo escinde y proyecta fuera su parte que contiene la pulsión de muerte, poniéndola en el objeto externo original: el pecho” (Segal, 2003, p. 30).

Al realizar esta proyección de la pulsión de muerte sobre el objeto pecho, el miedo original a la pulsión de muerte se transforma en miedo a un perseguidor. Parte de la pulsión de muerte que queda en el yo se convierte en agresión y se va a dirigir contra los perseguidores. “es así como el pecho llega a experimentarse como malo y amenazador para el yo, dando origen a un sentimiento de persecución” (Segal, 2003, p.30)

Por otro lado, establece una relación con el objeto ideal al proyectar la libido, a fin de crear un objeto que satisfaga el deseo de conservar la vida. “Una parte se proyecta al objeto y la otra se utiliza para establecer una relación libidinal con el objeto ideal. La fantasía de este objeto se fusiona con experiencias gratificadoras de ser amado por la madre externa real que a su vez confirman dicha fantasía” (Segal, p. 31).

La tarea del bebé es tratar de adquirir y guardar dentro de sí al objeto ideal e identificarse con éste, quien es para él quien le da vida y lo protege, y mantener fuera el objeto malo y las partes del Yo que contienen el objeto malo⁴. La ansiedad que predomina en la posición Esquizo- paranoide se origina en el miedo a que el objeto u objetos persecutorios se introduzcan en el yo y avasallarán y aniquilarán tanto al objeto ideal como al Yo.

Mecanismos de defensa

En esta posición el yo desarrolla una serie de mecanismos de defensa para enfrentar la ansiedad de ser aniquilado, siendo utilizados para mantener a los objetos persecutorios tan alejados como sea posible de los objetos ideales, estos son principalmente: *proyección de lo malo e introyección de lo bueno*, aunque habrá situaciones en que se proyecta lo bueno para mantenerlo lejos de la maldad interna y otras en que se introyecta a los perseguidores incluso se hace una identificación con ellos, como un intento para controlarlos.

Klein señala que en estados de gratificación los sentimientos de amor se dirigen hacia el pecho gratificador, mientras que en estados de frustración, el odio y la ansiedad persecutoria se ligan al pecho frustrador. *La idealización* está ligada a la *escisión del objeto*, ya que se exageran los aspectos buenos del pecho como salvaguardia contra el temor al pecho persecutorio. Recalca que la idealización es el corolario del temor persecutorio, pero surge también del poder de las pulsiones que aspiran a una gratificación ilimitada y crean, por tanto, el cuadro de un pecho inagotable y siempre generoso, un pecho ideal.

⁴ En una nota Segal hace la diferencia de Yo (self) y que alude a lo que es asimilado a uno mismo, en referencia a la posición Yo- no yo, del yo como instancia psíquica

La negación omnipotente tiene lugar cuando la persecución es insoportable, esta negación mágica se basa en la fantasía de total aniquilación de los perseguidores. Otra forma de utilizar la negación omnipotente como defensa es idealizar al objeto perseguidor mismo, tratarlo como ideal de la realidad psíquica.

Otro mecanismo es el de la *identificación proyectiva* la cual surge de la proyección original de la pulsión de muerte, “En la identificación proyectiva se escinden y apartan las partes del Yo y objetos internos y se los proyecta en el objeto externo, que queda entonces poseído y controlado por las partes proyectadas, e identificado con ellas” (Segal, 2003, p. 32). Este mecanismo tiene múltiples propósitos: se puede dirigir hacia el objeto ideal para evitar la separación, o hacia el objeto malo para obtener control de la fuente de peligro.

La identificación proyectiva comienza en cuanto se instala la posición esquizo-paranoide en relación con el pecho, pero persiste y muy a menudo se intensifica cuando se percibe a la madre como un objeto total y la identificación proyectiva penetra en todo su cuerpo.

Klein menciona que el bebé normal no pasa la mayor parte del tiempo en estado de ansiedad, aunque todos tienen periodos de ansiedad, y que estas y las defensas que constituyen el núcleo de la posición Esquizo-paranoide son parte normal del desarrollo humano.

Es importante aclarar que en la personalidad bien integrada, todas las etapas del desarrollo quedan incluidas, ninguna está escindida y apartada o rechazada; y ciertas conductas del yo en la posición esquizo-paranoide son importantes para el desarrollo posterior en la personalidad madura e integrada como son:

- ✦ La escisión: que es lo que permite al yo emerger del caos y ordenar sus experiencias “Por excesivo y extremo que pueda ser al comienzo, este ordenamiento de la experiencia que acompaña al proceso de escindir al objeto en uno bueno y malo sirve, sin embargo, para ordenar el universo de las impresiones emocionales y sensoriales del niño” (Segal, 2003, p.40). Forma la base para la discriminación, la capacidad para prestar atención, o para suspender la propia emoción con el propósito de formarse un juicio intelectual y para lo que más tarde llegará a ser la

represión. Así, siempre y cuando la escisión no sea excesiva es un mecanismo de gran importancia que sigue funcionando durante toda la vida.

- ✦ Ansiedad persecutoria e idealización: también se encuentran presentes en las emociones de la vida adulta y desempeñan un lugar importante en ellas. “Es necesario cierto grado de ansiedad persecutoria para poder reconocer, evaluar y reaccionar ante circunstancias externas realmente peligrosas. La creencia en la bondad de los objetos y de uno mismo se basa en la idealización, precursora de buenas relaciones objetales” (Segal, 2003, p. 40).
- ✦ Identificación proyectiva: es la forma más temprana de la empatía, la cual se basa tanto en la identificación proyectiva como en la introyectiva.

Pero si las experiencias malas internas o externas predominan sobre las buenas el yo tiende a escindirse, dando lugar a la psicopatología de la posición esquizo-paranoide, “La desintegración es el más desesperado de todos los intentos del yo para protegerse de la ansiedad. A fin de no sufrirla el yo hace lo que puede por no existir, intento que origina una aguda ansiedad específica: la de hacerse pedazos y quedar pulverizado” (Segal, p. 42). Esto ocurre cuando la ansiedad y los impulsos hostiles y envidiosos son muy intensos, entonces la identificación proyectiva antes mencionada se lleva a cabo de otro modo, es decir, la parte proyectada se desintegra en fragmentos diminutos fragmentando a su vez al objeto en partes diminutas.

Lo anterior se debe a que la realidad externa se experimenta primordialmente como persecución, se odia violentamente toda experiencia de la realidad interna o externa. El yo se fragmenta como un intento de librarse de toda percepción, y es el aparato perceptual al que primordialmente se ataca y destruye.

Por otro lado la envidia⁵ al ser intensa, la percepción de su objeto ideal puede ser tan dolorosa como experimentar a un objeto malo, ya que el objeto ideal provoca una envidia que es intolerable.

Como resultado de este proceso ya no se percibe una disociación de un objeto bueno y uno malo, sino que el objeto se percibe como escindido en muchos pedazos que contienen una parte hostil y violenta del yo. Esto daña gravemente al yo, y sus intentos para librarse del dolor que le produce la percepción solo consiguen incrementar las percepciones dolorosas, debido al carácter persecutorio de esos objetos como a la mutilación del aparato perceptual. “El niño enfermo siente que la parte de la realidad afectada por el proceso está llena de `objetos extraños ⁶ cargados de enorme hostilidad, que amenazan a un yo despojado y mutilado” (Segal, p. 59).

Aunado a este proceso se encuentra el ataque al vínculo. En este proceso el bebé ataca violentamente cualquier función u órgano que percibe vinculando objetos. Es decir, destruye su boca y el pezón al ser el vínculo entre él y el pecho. Los vínculos que se atacan son: entre el Yo y el objeto, interno y externo, o entre diversas partes del Yo. De este modo “el bebé esquizoide... tiene su aparato perceptual dañado, en su mundo se siente rodeado de objetos hostiles y desintegrados, sus vínculos con la realidad se encuentran rotos o son muy dolorosos, así su capacidad de establecer vínculos y de integrar se ha desbaratado” (Ibíd., p.61).

La única manera que tiene para sobrevivir será establecer un objeto lo suficientemente bueno para obtener de él la alimentación y otros procesos introyectivos como el aprendizaje.

⁵ Para Klein la envidia es un factor interno que puede alterar e incluso impedir las primeras experiencias del bebé ya que su objetivo es ser uno mismo tan bueno como el objeto, pero al ser imposible, el objetivo se desplaza a arruinar lo bueno que posee el objeto para suprimir la fuente de envidia. Y se caracteriza por dirigirse a objetos parciales.

⁶ Son denominados objetos extraños a los pedazos del objeto escindido en partes diminutas que contienen la parte violentamente hostil del yo.

Por lo anterior, es necesario que las experiencias buenas predominen sobre las malas para que tenga lugar la posición depresiva; predominio en el que influyen tanto factores internos como externos. De este modo el yo se identifica repetidamente con el objeto ideal, adquiriendo mayor fuerza y capacidad para enfrentarse con ansiedades sin recurrir a los violentos mecanismos de defensa, disminuyendo el miedo a los perseguidores, y a su vez la escisión entre los objetos permitiéndoles que se aproximen más y dando lugar gradualmente a la integración tanto de sus objetos como del yo. La integración del yo y del objeto es simultánea, ya que el introyectar un objeto cada vez más total estimula la integración del yo.

Posición depresiva.

Según Klein, tiene lugar a partir del cuarto mes y se supera progresivamente en el transcurso del primer año, esto cuando los procesos integradores se hacen más estables y continuos.

M. Klein define la posición depresiva como la fase del desarrollo en la que el bebé reconoce a un objeto total y se relaciona con dicho objeto. Primero con su madre y luego con su padre, lo que se advierte cuando el bebé los reconoce.

Por otro lado al poder relacionarse con su madre como objeto total, la reconoce como un individuo aparte que puede estar presente o ausente, ser en ocasiones buena y en ocasiones mala, a la que puede amar y odiar al mismo tiempo y que al ser un individuo a parte tiene una vida propia y con sus propias relaciones con otras personas, es cuando Klein menciona que el bebé se da cuenta de cuán desamparado está y cómo depende de ella, y cuántos celos⁶ le provocan los demás.

Así, como los procesos de integración prosiguen, el bebé se reconoce a sí mismo como una persona, que ama y odia a una misma persona: su madre. Es entonces cuando van a

⁶ Klein marca la diferencia entre celos y envidia, explica que los celos se basan en el amor y su objetivo es poseer al objeto amado y excluir al rival, es decir, se va a ubicar en la etapa en la que ya se reconocen los objetos totales, cuando en la envidia la base es el odio, se relaciona con objetos parciales, aunque puede persistir posteriormente.

aparecer otro tipo de conflictos que se van a vincular a esta ambivalencia. “En la posición depresiva, las ansiedades brotan de la ambivalencia, y el motivo principal de la ansiedad del bebé es que sus propios impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado de quien depende totalmente” (Ibíd., p. 73).

El bebé al darse cuenta de cuánto depende de su madre quien ahora es independiente de él y puede alejarse, se intensifican los mecanismos introyectivos, esto para poseer este objeto, guardarlo en su interior y protegerlo de su propia destructividad. Al ubicarse la posición depresiva en la etapa oral del desarrollo se vincula el deseo de devorar con el amor. Pero al ser omnipotentes los mecanismos de introyección oral surge la ansiedad de que las pulsiones destructivas destruyan tanto al objeto bueno externo como al interno. “Como este objeto bueno interno forma al núcleo del yo y del mundo interno del bebé, surge en el bebé la ansiedad de poder ser él mismo el autor de la completa destrucción de su mundo interno” (Ibíd., p. 73).

En la posición depresiva al existir la integración del amor y el odio, el bebé experimenta otro tipo de sentimientos: el duelo, y la nostalgia por el objeto bueno al que se siente perdido y destruido, así como la culpa, como resultado del sentimiento de haber perdido a su objeto bueno por su propia destructividad. Siente que ha destruido o devorado a la madre que ama, pero ya no puede recurrir a ella en el mundo exterior.

Al mismo tiempo su mundo interno, que se identifica con este objeto externo, también está hecho pedazos, lo que le lleva a experimentar agudos sentimientos de pérdida, culpa y nostalgia, sin esperanza a recuperarlo. En la cúspide de los sentimientos depresivos reaparece cierta regresión, por lo que nuevamente se proyectan malos sentimientos y se los identifica con perseguidores internos, y en cierta medida el objeto bueno, ahora hecho pedazos, nuevamente se le experimenta como perseguidor, lo que provoca sentimientos de pérdida y culpa. “En resumen, la persecución (por los objetos malos) y las defensas características contra ella, por una parte, y el penar por los objetos amados (“buenos”), constituyen la posición depresiva” (Klein. 1994, p.282).

Ese es el conflicto central de la posición depresiva, sin embargo al originarse estas angustias, el yo cuenta con otros métodos y mecanismos para poder superar esta ansiedad cada vez con mayor eficacia y a la vez se va logrando un enriquecimiento del yo, esto se encuentra vinculado al proceso de duelo, los mecanismos maniacos y la reparación.

e. Duelo según Klein.

A diferencia de J. Bowlby, Melanie Klein da una explicación profunda en cuanto a las dinámicas que acontecen en el mundo interno del niño ante la separación o ausencia del objeto de amor, es decir explica los mecanismos que se desencadenan y los modos en que se supera tal pérdida, así como la ruta que sigue proceso de duelo normal y uno patológico.

Propone que el niño en edad temprana pasa por estados mentales comparables al duelo de un adulto y que en realidad son esos duelos tempranos los que se reviven posteriormente en la vida, cuando se experimenta una pérdida.

El objeto de duelo del niño es el pecho, siente que lo ha perdido a consecuencia de su voracidad⁷, fantasías y pulsiones destructivas contra él. Este penar por el objeto perdido se debe a que siente que ha perdido lo que ese pecho representa para él: amor, bondad y seguridad, al perder a su objeto externo, también siente que ha perdido el interno. A esa pérdida inminente (de ambos padres) se le suma el dolor de la situación edípica que para Klein, se instala tempranamente y se va a relacionar a frustraciones del pecho.

Sin embargo, esos sentimientos de dolor y los temores, en el desarrollo normal se vencen mediante varios métodos que están vinculados:

- 1.) *El juicio de realidad*: como se mencionó anteriormente, el mundo interno del niño se forma a partir de lo que experimenta del mundo externo y que a la vez es alterado por sus fantasías y pulsiones, es decir la madre interna del bebé es un doble de la externa aunque alterada, así, la madre que él ve, la madre real, le da pruebas continuas de cómo es la interna. Entonces, la madre al aparecer continuamente

⁷ Klein explica que el objetivo de la voracidad es poseer todo lo bueno que pueda extraerse del objeto, sin considerar las consecuencias, como la destrucción del objeto, arruinándose lo que tenía de bueno, pero la destrucción es contingente y no el fin que se buscaba

después de sus ausencias, le da al bebé una prueba de realidad externa para refutar sus ansiedades y penas en relación con la realidad interna. “Todas las alegrías que el niño vive a través de su relación con la madre, son pruebas para él de que los objetos amados, dentro y fuera de su cuerpo, no están dañados y no se transforman en personas vengadoras” (Klein. 1994, p. 280).

Pero cuando ocurre lo contrario, es decir, que son más las experiencias desagradables que las gratas, como por ejemplo, la falta de contacto con los seres amados, va a aumentar la ambivalencia, disminuye la confianza y la esperanza y confirma sus ansiedades sobre aniquilación interna y la persecución externa.

2.) *Defensas*: las cuales pertenecen a dos categorías *reparación y defensas maniacas*, ambas se encuentran ligadas y son sumamente importantes para la resolución del duelo.

Las defensas maniacas desempeñan un papel importante y positivo en el desarrollo: la resolución de la depresión mediante la reparación es un proceso lento y al yo le lleva mucho tiempo adquirir fuerza suficiente como para confiar en sus capacidades reparatorias. Generalmente sólo se puede superar el dolor mediante defensas maniacas, que protegen al yo de la desesperación total; cuando el dolor y la amenaza disminuyen, las defensas maniacas pueden ceder su lugar gradualmente su lugar a la reparación.

Con fines prácticos, se exponen ambos tipos de defensas de manera separada:

Defensas maniacas

Estas defensas incluyen mecanismos de la posición esquizo-paranoide las cuales son: escisión, idealización, identificación proyectiva y negación. Tales defensas se dirigen específicamente a impedir la vivencia de ansiedad depresiva y de culpa.

La posición depresiva se vincula a la vivencia de dependencia del objeto, por ello las defensas maniacas se dirigirán a atacar todo sentimiento de dependencia, el cual se evitará, negará o invertirá. El yo se defenderá de la ambivalencia hacia el objeto renovando la escisión del objeto y del yo. La experiencia depresiva se vincula al reconocimiento de la

posesión de un objeto interno muy valorado al que las pulsiones del sujeto pueden dañar, por ello se utilizarán defensas maniacas contra toda experiencia de poseer un mundo interno o de contener en él objetos valiosos, y contra cualquier aspecto de la relación entre el Yo y el objeto que amenace con tener dependencia, ambivalencia y culpa.

Ante la amenaza de pérdida o el sentimiento de pérdida, el yo se va a relacionar con los objetos de una manera maniaca a través de sentimientos de *control*, *triunfo* y *desprecio*, los cuales se dirigen como defensa a ese sentimiento de valorar al objeto y de depender de él con el miedo a la pérdida y a la culpa, funcionan de la siguiente manera:

- ✦ *Control del objeto*: niega la propia dependencia de el objeto y al mismo tiempo lo obliga a satisfacer la necesidad de dependencia, esto porque al ser un objeto controlado es un objeto del que se puede disponer.
- ✦ *Triunfo*: se niegan los sentimientos depresivos que relacionan a la valoración e importancia afectiva que el sujeto otorga al objeto; se relaciona con la omnipotencia y por un lado se vincula con el ataque infligido al objeto durante la posición depresiva, y el triunfo experimentado al derrotarlo, pero además el sentimiento de triunfo se incrementa como parte de las defensas maniacas, porque sirve para mantener a raya los sentimientos depresivos que de otro modo surgirían, tales como sentir nostalgia del objeto, extrañarlo y echarlo de menos.
- ✦ *Desprecio del objeto*: es negar directamente cuánto se lo valora y actúa como defensa contra la experiencia de pérdida y de culpa. Un objeto despreciable no merece que se sienta culpa por él, y el desprecio hacia el semejante objeto se convierte en justificación para seguir atacándolo.

A veces se puede preservar en parte cierta preocupación por el objeto, y los mecanismos maniacos se pueden utilizar también en forma reparatoria, presentando la reparación maniaca un problema propio muy especial.

Reparación:

Cuando las defensas maniacas disminuyen, al mismo tiempo se da lugar a la reparación ya que cuando el bebé acepta la realidad psíquica en su vivencia del dolor por el objeto perdido, aparece el deseo de recrear y restaurar el objeto con el fin de recuperarlo tanto interna como externamente.

Tal mecanismo se lleva a cabo en la fantasía y conforme el bebé se desarrolla en sus habilidades físicas, también a través de actividades creadoras.

La reparación es el mecanismo que va a permitir que el yo se desarrolle e integre, y que a su vez se superen con mayor éxito las ansiedades depresivas, esto a través del proceso en el que tras las ausencias de la madre, esta re aparece, lo cual da por resultado un efecto doble: por una lado el niño advierte la resistencia de su objeto externo (y por lo tanto del interno) ante sus ataques omnipotentes, y eleva su confianza en su propio amor y en sus capacidades restauradoras.

La reparación asienta las bases para la capacidad del sujeto para conservar sus relaciones a través de las dificultades, así como de realizar actividades creadoras.

Es por este mecanismo que el sujeto va a elaborar de manera adecuada el duelo de una pérdida, restaurando en su interior el objeto bueno externo perdido, ya que cuando bebé “ante la repetición de experiencias de pérdida y reparación hace que gradualmente el objeto bueno se vaya asimilando al yo. Pues en la medida que el yo ha restaurado y recreado internamente al objeto, éste le pertenece más” (Segal, p.96).

Así el bebé al crecer y restaurar sus objetos se acrecienta su confianza en su propio amor, en su propia capacidad para restaurar al objeto interno y de conservarlo como objeto bueno incluso mientras los objetos externos le exponen a experiencias de privación.

Así, la reparación es un proceso largo que implica:

- ⊕ Reconocimiento del valor del objeto para el sujeto y del dolor que le produce el sentirlo como perdido y destruido.
- ⊕ Reconstruirlo en el interior a partir de las experiencias del exterior (re apariciones de la madre)
- ⊕ Renuncia a la creencia de la omnipotencia.
- ⊕ Poder tolerar la culpa y el dolor.

Sin embargo, el curso adecuado del proceso de reparación puede verse alterado por la intervención de defensas maniacas “el deseo de controlar el objeto, la gratificación sádica de vencerlo, de humillarlo y dominarlo, el triunfo sobre él, pueden entrar tan intensamente en el acto de reparación que rompa el círculo “benigno” comenzado por este acto (p. 100) dando así lugar a lo que se denomina “reparación maniaca”, cuyo objetivo es reparar objetos sin que aparezcan sentimientos de culpa o pérdida; en este tipo de defensa:

- ⊕ No reconoce la culpa
- ⊕ Nunca se dirige a los objetos originales o a los objetos internos, sino a objetos más remotos
- ⊕ No siente que uno mismo dañó al objeto destinatario de la reparación
- ⊕ Siente al objeto inferior, dependiente y despreciable

“No puede haber un verdadero amor ni valoración del objeto u objetos que se reparan, porque esto amenazaría el retorno de verdaderos sentimientos depresivos” (Segal, p.98)

La reparación maniaca nunca se completa, ya que de hacerlo el objeto plenamente restaurado se haría nuevamente digno de amor y aprecio, y libre de control omnipotente y del desprecio maniaco. Restaurado y dotado nuevamente de valor, se expondría una vez más a ser atacado de inmediato con odio y desprecio. La reparación maniaca pretende una reparación rápida y mágica para no tener tiempo de hacer duelo.

Entonces vemos que Melanie Klein no sólo propone que el niño tiene la posibilidad de elaborar un duelo, sino que ubica esta posibilidad en edades muy tempranas a diferencia de otros estudiosos, y su teoría así como su práctica analítica se dirigen a localizar mecanismos y puntos de conflicto en alguna de estas posiciones sobre las cuales se va erigiendo la personalidad.

Elaborar un duelo implica reparar internamente al objeto perdido, esto es introyectarlo y hacerlo parte de si mismo, por ello es que Klein considera el duelo un proceso que enriquece al yo; el ser humano a cualquier edad será capaz de hacerlo si desde su más temprana infancia se le ofreció un medio estable y amoroso que le proporcionara experiencias gratas, y la conjugación con los elementos internos serán de importancia central, como en este caso es *la fantasía*, campo complejo y a la vez fascinante para explorar, y que en la presente investigación se considera, al igual que otros autores, un espacio cuyo contenido brinda la oportunidad de inferir la dinámica que subyace en la experiencia de un niño que atraviesa un duelo, que diariamente está perdiendo un objeto de amor.

5. Fantasía.

Se ha recorrido un largo camino para llegar al tema principal de esta tesis, considerando los aspectos de la “realidad externa” del niño (contexto familiar), los cognitivos, y los procesos conscientes e inconscientes que se juegan ante tal situación, pero ahora se da lugar al objeto de estudio, **la fantasía**.

¿Por qué estudiar la fantasía?, y ¿de qué manera se vincula al estudio de la experiencia del hijo del paciente terminal?, las respuestas a tales interrogantes se irán desarrollando a lo largo de esta exposición, pero parece pertinente iniciar con una breve explicación de lo que es la realidad psíquica, ya que al hablar de fantasía se piensa en su contraparte, la realidad material.

La fantasía puede ser estudiada a partir del trabajo de Sigmund Freud, en el estudio de las histerias de 1893 a 1895, cuando postuló que las fantasías pueden ser etiológicamente significativas en las neurosis, lo que completó su hipótesis de que las histéricas sufrían principalmente de reminiscencias. Freud descubrió la importancia de las fantasías en la etiología de las neurosis dejando a un lado su “teoría de la seducción”, en la que en un principio admitía la realidad de las escenas infantiles patógenas halladas en el curso del análisis, posteriormente abandonó definitivamente esta primera convicción, denunciando su

“error”: la realidad aparentemente material de estas escenas no era más que “realidad psíquica”.

Para Freud, la realidad psíquica es lo que para el sujeto adquiere, en su psiquismo, valor de realidad; así las fantasías, aunque no se basen en acontecimientos reales, tiene para el sujeto el mismo valor patógeno que Freud atribuyó al principio a las reminiscencias: “Las fantasías poseen una realidad psíquica opuesta a la realidad material [...]; en el mundo de las neurosis, el papel principal corresponde a la realidad psíquica” (citado en Laplanche, et al. 1996, p.352).

La idea de realidad psíquica va ligada a la hipótesis freudiana referente a los procesos inconscientes; éstos no solamente no tienen en cuenta la realidad exterior, sino que la substituyen por una realidad psíquica. Se puede decir que en una acepción más estricta, la expresión de “realidad psíquica” designa el deseo inconsciente y la fantasía que está ligada al mismo. Así mismo, Freud menciona que ante la presencia de los deseos inconscientes llevados a su expresión última y más verdadera, es necesario decir que la realidad psíquica constituye una forma particular de existencia que no se debe confundir con la realidad material. (Laplanche, et al. 1996, p.353).

Entonces, empezamos a distinguir la importancia del estudio de la fantasía; como sabemos el sujeto no experimenta las cosas directamente de su realidad material (o externa, refiriéndome a los hechos exteriores al sujeto), sino que esta se determina por elementos psíquicos y que finalmente son los que le dan sentido y significado a un evento, como en este caso sería la enfermedad terminal de un progenitor.

Como lo menciona J. Riviere (citado en Muñoz, 1983, p.6):”...desde el principio mismo de la vida, según la hipótesis de Freud mismo, la psique responde a la realidad en sus experiencias interpretándolas o más bien interpretándolas mal, en una forma subjetiva de la experiencia que se lleva a cabo por medio de los procesos de introyección y proyección, es denominado alucinación por Freud y es la base de lo que entendemos por vida de fantasía. La vida de fantasía del individuo, es la forma en que sus sensaciones y percepciones

externas e internas son representadas e interpretadas en su mente bajo la misma influencia del principio, del placer-dolor”.

De acuerdo a Klein, fantasía y realidad material se influyen mutuamente, de acuerdo a esto, desde el momento del nacimiento, el bebé se tiene que enfrentar con el impacto de la realidad, con experiencias de frustración y de gratificación, estas experiencias que provienen de la realidad influyen inmediatamente en la fantasía inconsciente, que a su vez influye en ellas: “La fantasía... es una concomitante constante e inevitable de las experiencias reales, en constante interacción con ellas”, y agrega, “si bien la fantasía inconsciente influye y altera constantemente la percepción o la interpretación de la realidad, lo inverso también es cierto: la realidad ejerce su impacto sobre la fantasía inconsciente. Se la experiencia e incorpora, y ejerce fuerte influencia sobre la fantasía inconsciente misma”. (Segal, 2003, p.21).

Una vez justificada la validez de la fantasía como parte constitutiva de la realidad psíquica y su interrelación con la realidad material, es posible definir qué es la fantasía. De acuerdo al Diccionario de psicoanálisis (1996), fantasía es: un “Guión imaginario en que se halla presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de su deseo y, en último término, de un deseo inconsciente” (p.138).

Y dependiendo de la corriente del psicoanálisis que lo aborda, se dice que la fantasía se presenta bajo distintas modalidades: fantasías conscientes o sueños diurnos, fantasías inconscientes que descubre el análisis como estructuras subyacentes a un contenido manifiesto, y fantasías originarias. Debido a que en esta tesis se emplea como base la teoría kleiniana, es necesario abundar en qué es lo que esta escuela nombra como fantasía inconsciente y los métodos por los cuales se puede acceder a su contenido, y de esta manera tratar de comprender las dinámicas internas que se despliegan en la realidad psíquica del niño, que es la que finalmente va a ser la más significativa al transitar por su duelo.

Aunque Klein dio gran peso a la fantasía, nunca escribió un documento en el que sistematizara su formulación al respecto; pero, por su parte, Susan Issacs (1967) presenta

un artículo que apunta a definir este objeto de estudio, del cual se retoman la propuesta teórica y algunas notas de los artículos de Klein.

Según explica Segal (1996), basada en Issacs, las fantasías inconscientes están siempre presentes y activas en todo individuo, y el estado psíquico del sujeto se determinará de acuerdo a la naturaleza de estas fantasías inconscientes y su relación con la realidad externa.

Para Klein, las fantasías inconscientes son *la expresión mental de las pulsiones*, y como estas, existen desde el comienzo de la vida, de hecho las primeras relaciones objetales son en la fantasía (p.e. del pecho que ataca al bebé o viceversa), así, en el aparato mental se experimenta la pulsión subyacente a la fantasía vinculada a un objeto adecuado a ella, de este modo, para cada pulsión existe una fantasía correspondiente.

También se considera a la fantasía una **defensa** contra la realidad externa, ya que a través de ella la pulsiones se satisfacen prescindiendo de la realidad, pero también como una defensa contra la realidad interna, al defenderse de la frustración de alimento a la vez se defiende de su propia hambre e ira que esto le provoca, así como de la angustia concomitante; del mismo modo menciona que las fantasías se pueden usar como defensas contra otras fantasías (como lo son las fantasías maniacas, cuya finalidad principal es impedir que aparezcan las fantasías depresivas); entonces Klein relaciona los mecanismos de defensa con las fantasías de la siguiente manera: la fantasía es la representación mental detallada, específica de las defensas.

Cuando hablamos de pecho bueno, pecho malo, etc. hablamos de objetos introyectados y que son representados de una manera distorsionada por y en la fantasía. Cuanto más temprana es la introyección, más fantásticos son los objetos introyectados y más distorsionados están por lo que se ha proyectado en ellos. “A medida que prosigue el desarrollo y se acrecienta el sentido de realidad, los objetos internos se aproximan más a las personas reales del mundo exterior” (Segal, 2003, p.26).

Klein considera que la estructura de la personalidad está determinada en gran parte por las fantasías más permanentes del yo sobre sí mismo y los objetos que contiene, por ello, al analizar las relaciones del yo con los objetos, internos y externos, y al modificar las fantasías sobre estos objetos, es que podemos influir esencialmente sobre la estructura del yo.

Vemos entonces que la fantasía es un proceso psíquico cuya función es primordialmente defensiva contra la angustia, esta expresa también deseos ocultos o reprimidos e inconscientes y sirve para la confrontación de la estructura de la realidad, siendo que la fantasía y la realidad se complementan y coexisten.

La importancia de considerar la fantasía como un objeto de estudio se centra en el hecho de que en ella se van a representar los conflictos inconscientes que derivan en problemas emocionales y las relaciones interpersonales de un sujeto dado, en este caso de un niño. Al estudiar la fantasía es posible aproximarse y entender como vive el niño situaciones de dolor, placer, vida y muerte. J. Riviere advierte que el mundo de fantasía es la verdadera fuente de toda acción y reacción humana por más que se modifiquen al ser traducido a la conducta externa real o al pensamiento consciente (Muñoz, 1983, p.17).

En el niño, la fantasía es la representante mental de la pulsión y un medio de defensa contra la angustia, como medio para inhibir y controlar la pulsión de muerte y la expresión de deseos de restaurar. De acuerdo a Issacs (op. cit.), la pulsión de vida y a pulsión de muerte deben ser considerados como el origen más primitivo de las fantasías. Así “todas las pulsiones, todos los sentimientos, todos los modos de defensa son experimentados en fantasías que le dan vida mental y que muestran su dirección y su propósito. Una fantasía representa el contenido particular de las pulsiones o sentimientos que dominan la mente en ese instante” (p.84).

El interés de este trabajo se dirige a explorar las fantasías de un niño que se vive atravesado por la experiencia de pérdida gradual de su progenitor, y que provoca diversos desajustes y cambios en su vida familiar, se considera que es en la fantasía el “lugar” en el que se puede captar el proceso de duelo, y sus vicisitudes, el cómo el niño está experimentando tal suceso, y de este modo apuntar a ser un acompañante, una escucha y ofrecer un espacio

para el niño doliente. Se retoma la importancia que da Freud a la fantasía, puesto que la considera como un punto privilegiado donde podría captarse “a lo vivo” el proceso de paso entre los diferentes sistemas psíquicos: represión o retorno de lo reprimido, así como también se encuentra con que las fantasías y los sucesos imaginarios tienen tanta o más fuerza que los sucesos reales.

Otro aspecto importante que resalta Issacs es que la fantasía inconsciente está en plena actividad, tanto en la mente “normal” como la neurótica “La diferencia entre lo normal y lo anormal reside en la modalidad con que se tratan las fantasías inconscientes, los procesos mentales particulares por medio de los cuales son elaboradas y modificadas, y el grado de gratificación directa o indirecta en el mundo real y la adaptación al mismo, que tales mecanismos permiten” (P.83).

En la obra de Klein (1948), se menciona la importancia de las fantasías así como de su expresión, “la vida lúdica de los niños...se refiere enteramente a la vida pulsional y deseos del niño, representándolos, realizándolos a través de la fantasía” (p.184), resalta el carácter dañino de la represión de la expresión de las fantasías, explicando que “al impedir que aparezcan las fantasías, la represión hace que el niño no pueda abreaccionar estas fantasías en el juego, y usarlas de otras formas para la sublimación, de modo que todo el peso de estas fijaciones queda en un círculo sin fin” (p. 187). Dando lugar a diversos problemas y dificultades en la vida emocional del niño, pero en el análisis al interpretar lo que significa su juego, sus dibujos, toda su conducta, resuelve las represiones contra las fantasías subyacentes al juego, y libera esas fantasías (p. 182)

Ya se ha mencionado que las fantasías son la representación mental de las pulsiones, y que expresan un deseo, o una defensa entre otros sucesos psíquicos, pero ¿cómo es posible acceder a la fantasía siendo esta una experiencia subjetiva? Primero hay que establecer que las fantasías inconscientes son siempre inferidas nunca observadas directamente; en realidad toda técnica psicoanalítica se basa ampliamente en inferencias.

Susan Issacs proporciona algunos principios metodológicos fundamentales, por medio de los cuales se obtiene material para concluir acerca de las fantasías, su naturaleza y función.

Se refiere a los métodos de observación y la técnica psicoanalítica, los cuales se vinculan gracias a los principios de: a.) consideración de los detalles; b) observación del contexto; c) estudio de la continuidad genética (Heinmann P., S. Isaacs, Klein M., J Riviere, 1967, p. 76).

Consideración de los detalles y el contexto: de acuerdo a Isaacs el analista-o en este caso el investigador- tiene que observar cuándo y cómo el niño dice esto o aquello, juega a éste o aquel juego, practica éste o aquel ritual, adquiere o pierde este o aquél hábito, exige o rehúsa una gratificación determinada, muestra signos de angustia, malestar, triunfo, alegría, cariño u otras emociones; quién está presente o ausente en la oportunidad, cual es su actitud emocional general o su sentimiento inmediato hacia estos adultos o compañeros de juego, qué pérdidas, esfuerzos, satisfacciones, han sido experimentados recientemente o se esperan y así sucesivamente.

Estudio de la continuidad genética: es un instrumento concreto de conocimiento. Nos impone a no aceptar ningún hecho particular de la conducta o proceso mental como *sui generis*, ya hecho o surgiendo bruscamente, sino considerándolos como partes de una serie evolutiva “ Con el desarrollo de la fantasía, así como con los hechos externos de la conducta, debemos considerar toda manifestación en cada momento y en cada situación como miembro de una serie evolutiva, cuyos comienzos rudimentarios deben rastrearse hacia atrás y cuyas formas ulteriores, más maduras, pueden seguirse hacia delante. En la mente del analista siempre está presente el reconocimiento de la manera en que el contenido y la forma de la fantasía en cada momento dado, están ligadas a las fases sucesivas del desarrollo instintivo, y el reconocimiento del desarrollo del yo” (Op cit. p.81).

Melanie Klein desarrolló todos los recursos de la técnica analítica, estudiando el juego con juguetes, sus representaciones y sus actividades corporales hacia el analista, como las palabras sobre lo que hacían y sentían, y sobre lo que le había sucedido en la vida exterior. Los juegos con juguetes y los de representación de los niños pequeños ejemplifican los diversos procesos mentales observados primero en Freud en la vida onírica de los adultos y en sus síntomas neuróticos.

A partir de lo anterior advertimos que la fantasía se expresa:

- ✦ En la conducta: al relacionarse con el analista o los otros.
- ✦ En el juego, en el dibujo e historias de un niño: manifestado en representaciones, guiones o bien en rituales o temas recurrentes.
- ✦ En las palabras: que son un medio de referirse a la experiencia real o fantaseada, pero no son idénticas a ella ni la sustituyen.
- ✦ En los síntomas, incluso “cada detalle de los síntomas tiene un significado específico, es decir, expresa una fantasía específica y las distintas variaciones de forma, de intensidad y la región orgánica afectada, reflejan modificaciones de la fantasía que se producen en respuesta a acontecimientos exteriores o requerimientos internos” (p. 89), que van a presentarse en un contenido manifiesto, y para hacer asequible el contenido latente es necesario tener en cuenta los principios anteriormente enunciados.

a. Fantasía y juego.

Una contribución importante de Klein reside en haber observado que la forma de expresión natural del niño es el juego y que por consiguiente puede ser utilizado como medio de comunicación con los niños. Va más allá de explorar y controlar el mundo externo, es un medio por el cual controla y expresa angustia a través de la manipulación y elaboración de las fantasías. Mediante el juego, el niño “dramatiza” sus fantasías y elabora sus conflictos.

Para Klein, el juego libre del niño, así como todas las verbalizaciones de las que es capaz, pueden cumplir una función similar a la asociación libre de los adultos. Sostenía que el juego del niño expresa sus preocupaciones, conflictos y fantasías, su técnica estribaba en analizar el juego tal y como se analizan los sueños y las asociaciones libres, interpretando fantasías, conflictos y defensas. Para ella el niño al jugar vence realidades dolorosas y domina miedos proyectándolos al exterior en los juguetes, mecanismo que es posible porque muy tempranamente tiene la capacidad de simbolizar.

De acuerdo con Aberastury (1984) el niño puede expresar en sus juegos una “simple satisfacción de deseos”, pero en otras elabora situaciones poco placenteras. A través de esta actividad busca descargar una experiencia o residuos de experiencias no asimiladas, que le estorban como un cuerpo extraño. “Por medio del juego puede transformar una situación vivida pasivamente y hacerla activa. Puede desempeñar otro papel del que la experiencia le ha ofrecido, o cambiar su resultado” (p.33).

Para Klein el juego tiene diferentes funciones, entre ellas:

- ⊕ Como lenguaje
- ⊕ Expresión de fantasías, ansiedades y deseos
- ⊕ Transformación de experiencias sufridas pasivamente en activas y cambiar el dolor en placer
- ⊕ Domina sus miedos instintivos y los peligros internos proyectándolos al mundo exterior.

Una vez delimitado el objeto de estudio y presentados los antecedentes necesarios para hablar del contexto en el que se desarrolla una fantasía se da por concluido el marco teórico dando paso a la presentación de la metodología con la que se intentó lograr una aproximación a la experiencia subjetiva del niño doliente.

IV. MÉTODO.

La presente investigación la realicé utilizando el estudio de caso cualitativo ya que se considera la mejor estrategia cuando el investigador tiene poco control sobre los eventos y el interés se dirige a un fenómeno contemporáneo dentro de algún contexto de la vida real.

El estudio de caso permite a una investigación retener las características holísticas y significativas de los eventos de la vida, por ejemplo, los ciclos de vida en el individuo o en el caso de esta investigación, la experiencia de pérdida inminente de una madre. Elegí esta estrategia ya que aun cuando un niño puede pasar por el mismo evento de pérdida gradual, tiene una historia de vida distinta a otros niños que quizá estén pasando por un evento de este tipo.

Al ser una experiencia *subjetiva*, no utilicé instrumentos psicométricos (pruebas estandarizadas) ya que limitarían la apreciación de tal experiencia al evaluar sólo algunos aspectos aislados, es decir variables definidas a las cuales se les asigna una medida (como es característico de los métodos cuantitativos); deliberadamente cubrí las *condiciones contextuales* considerando que debían ser altamente pertinentes al fenómeno de estudio, como en este caso la elaboración de fantasías alrededor de la experiencia de pérdida.

Debido a que el objeto de estudio es una experiencia subjetiva opté por la **metodología cualitativa** para la recolección, registro y organización de la información generadas; la metodología cualitativa “se refiere a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observables” (Taylor & Bogdan, 1992, p 20).

En la metodología cualitativa las técnicas de recolección de información son: la observación participante, la entrevista cualitativa y análisis de la narrativa, las cuales fueron de gran utilidad en esta investigación debido a que: 1) se centran sobre el sujeto en interacción, 2) el lenguaje y la comunicación son fuentes claves para captar los hechos

personales, es decir, los datos empíricos, 3) se interesan por la construcción de los actores de la realidad, 4) los datos que se recolectan se refieren a creencias, percepciones, opiniones y preferencias de los sujetos, 5) la participación del observador frente a la posición clásica de neutralidad, 6) interés por los rasgos específicos más que por aspectos normativos, 7) explicación de la realidad con un sentido multidimensional y complejo, de ahí que tengan especial significación y sentido las técnicas abiertas e interactivas y la triangulación de los datos, los participantes del estudio, observador y métodos. (Buendía, et al, 1998, p. 268).

Las **fuentes** empleadas en el estudio fueron la entrevista con los padres del menor (el sano y el enfermo), las sesiones clínicas de juego y narraciones que el niño elaboró en función del juego y el dibujo. Las **técnicas cualitativas** que utilicé para recolectar información fueron:

Observación participante, cuyo objetivo es recoger información de modo sistemático directamente de los contextos y situaciones específicas por las que pasa, en este caso, el niño. La situación observada fue el juego (y su conducta en general) al ser una vía de expresión de la fantasía en la infancia. Cada sesión fue filmada para supervisión y registro. Las observaciones filmadas se transcribieron un registro anecdótico para su análisis.

Entrevista cualitativa, este tipo de entrevista es una herramienta indispensable ya que por medio de ella obtuve información importante y significativa que proporcionó un contexto así como los antecedentes a la situación actual del niño. Elaboré una guía de entrevista (ver anexo), que consistió en una lista de áreas generales que debían cubrirse con el informante (en este caso los padres de los niños). Posteriormente seleccioné la información que proporcionaba esta guía para complementar la interpretación de las sesiones de juego y narraciones.

Análisis de la Narrativa: Esta herramienta facilitó el análisis y descripción de las fantasías ya que una vez transcritas las producciones del niño en el registro anecdótico, procedí a categorizar el contenido de sus verbalizaciones u acciones que manifestaran una fantasía. Realicé una clasificación de las fantasías expresadas en el juego y las relacioné al proceso de duelo. Esto me permitió elaborar una descripción sistemática del contenido manifiesto y latente de las producciones de cada niño.

Planteamiento y Justificación del problema

Dentro del campo de la salud mental la investigación con hijos de pacientes terminales es escasa, y se enfoca principalmente al ajuste psicosocial que el niño tendrá que realizar con relación a la pérdida, y el efecto de tal experiencia sobre la conducta o bien cómo comprometerá su salud mental. Por otra parte, aun cuando existe información al respecto esta se refiere a estudios elaborados en Estados Unidos y es un tanto limitada debido a que no explora a fondo la experiencia infantil de pérdida tomando en cuenta aspectos como las fantasías que el niño elabora ante tal evento y el impacto que estas tienen en la percepción de la pérdida, y su salud física y emocional.

Por otro lado, la literatura relacionada a la enfermedad terminal y el proceso de duelo plantea el concepto de *duelo anticipatorio*, que tiene las características propias del duelo, a excepción de una etapa; sin embargo los datos pertenecen a la experiencia de hijos que pierden a sus padres en la edad adulta, a la pareja o incluso del duelo del propio paciente terminal, siendo limitada la bibliografía que aborde la experiencia de los menores que pierden a uno de sus progenitores de manera gradual.

Esta investigación tiene por objetivo abordar la experiencia infantil de la pérdida inminente de un padre desde el enfoque de las relaciones objetales, por medio de la descripción y análisis de las fantasías y defensas que se están generando en torno al evento, y que se expresan en actividades como el juego, el dibujo y narraciones, por otro lado, busca destacar la importancia de dar atención psicológica oportuna a esta población de niños dolientes ya que se considera de alto riesgo ante la posibilidad de manifestar problemas emocionales y conductuales a corto y largo plazo.

Problema de Investigación.

En la presente investigación se plantearon las siguientes interrogantes:

- ✦ ¿Cuál es la relevancia del estudio de la fantasía infantil ante la pérdida inminente de un padre?
- ✦ ¿De qué manera el estudio de la fantasía infantil permite inferir el rumbo que tomará el duelo del niño?
- ✦ ¿Cómo interviene la fantasía en la elaboración del duelo?
- ✦ ¿Qué impacto tienen estas fantasías en la relación del niño con sus padres (el sano y el enfermo)?
- ✦ ¿Cuál es el papel de la fantasía en la percepción del niño acerca del proceso terminal del padre enfermo?
- ✦ ¿Cuál es la relación entre las fantasías en torno a la pérdida inminente y los problemas en la salud física y emocional del niño?
- ✦ ¿De qué manera el conocimiento de la fantasía que el niño elabora en relación al proceso terminal podría permitir al psicólogo intervenir en pro de la resolución exitosa del duelo?

Participantes.

Al utilizar el estudio de caso es posible trabajar a profundidad; para esta investigación trabajé con dos niños, hermanos, Lulú de 6 años y Toño de 5. Los menores no presentaban historia de enfermedad física ni trastorno psicológico previo a la enfermedad de su madre, tampoco se encontraban en proceso de atención en la esfera de salud mental.

También entrevisté a los padres: Antonio de 26 años e Irma de 30 (paciente), con el fin de obtener datos relevantes de la dinámica familiar y contexto en el que los niños se estaban desarrollando, así como los problemas emocionales que en algún momento de este periodo de la enfermedad terminal de Irma se hayan presentado.

Tipo de estudio.

Exploratorio cualitativo, basado en estrategias clínicas y en el que se observó el juego y dibujo, se describió su dinámica y se apuntó a un análisis de las fantasías y procesos asociados.

Estrategias de observación y materiales.

Al emplear como modelo de trabajo “La hora de Juego Kleiniana”, utilicé los siguientes recursos: equipo médico de juguete, una familia de conejos en títeres, y materiales no estructurados como: hojas blancas, crayolas, lápices, goma, pinturas digitales, cinta adhesiva, pegamento y plastilina, y una caja para guardar los juguetes y productos de la sesión: dibujos, esculturas..

Juego:

Utilicé una familia de títeres con forma de animales ya que es una buena opción para el trabajo con niños “al proporcionar una salida segura y substituta de fantasías; para muchos, comunicarse mediante títeres es físicamente seguro y divertido. El contenido de la historia proporciona claves sobre las preocupaciones del niño y las formas de lidiar con ellas [...] El diálogo que sigue a este juego, proporciona al terapeuta la oportunidad de aprender más sobre las asociaciones del niño con la historia [...]”(Shaefer, O’ Coonor, 1988)

También incluí equipo médico de juguete con el que se exploraron las fantasías relacionadas a la enfermedad de la madre, el deterioro gradual y la participación del niño en la dinámica alrededor de la enfermedad.

Dibujo:

Para la actividad de dibujo se manejaron materiales como: Hojas blancas, lápices de colores y pinturas digitales.

El material se dispuso en una caja que fue utilizada únicamente en la hora de juego.

Apoyo técnico: utilicé una grabadora de video y de audio ante la necesidad de contar con información completa y fiel para ser supervisada por una experta y por otro lado para contar con un registro que pudiera ser observado y escuchado en repetidas ocasiones, y a través del cual se pudiera elaborar una secuencia y observar elementos que durante la hora de juego o entrevista no habían sido tomados en cuenta.

Escenario: Casa de los menores, específicamente la recámara de los niños para las sesiones de juego y la recámara de los padres para las entrevistas.

Procedimiento:

La etapa de trabajo de campo inició a finales del mes de Abril del 2005 al contactar a Irma, paciente grave de Leucemia, en el Hospital General por medio de la psicóloga que la acompañaba en el proceso de duelo, quien le ofreció información en relación de la investigación. Posteriormente concerté una cita con el esposo, padre de los menores a fin de presentarle el plan de trabajo, objetivos y condiciones de la investigación con el protocolo de consentimiento informado (ver anexos), el que firmó y acordamos el calendario de trabajo y el espacio. El 02 de Mayo acudí a casa de los menores para establecer encuadre y rapport.

En total realizamos 12 sesiones de juego, en casa de los niños, específicamente su recámara (ya que no contaban con otro espacio disponible), tres veces por semana durante un mes (del 04 de Mayo al 03 de Junio del 2005) por las mañanas de 11:00a.m a 12:00 p.m., debido a que los menores asistían a la escuela en el turno vespertino, las sesiones tuvieron una duración de 45 a 60 minutos. Todas las sesiones a excepción de una (la octava) fueron filmadas para su posterior registro, análisis y asesoría con la directora de tesis.

En las actividades de juego y dibujo se observó principalmente:

1. la situación emocional actual de cada niño

2. la explicación que elaboran en relación a la situación de enfermedad que observa en su madre.
3. los sentimientos y emociones que experimentaban ante la enfermedad de su madre.
4. las fantasías y defensas que se expresaron en el juego y dibujo.
5. la percepción de su ambiente familiar

Cada entrevista realizada con los padres fue transcrita en una ficha anecdótica, organizando la información de acuerdo a la guía de entrevista (anexo b) para posteriormente discriminar la información en tres grandes áreas:

1. **Antecedentes familiares:** esta área incluye la descripción de los miembros de la familia, la historia de la enfermedad de la madre, cambios percibidos en la pareja y en la familia en general a partir de la enfermedad y redes de apoyo.

2. **Historia clínica de Lulú:** en esta parte se seleccionó la información que se refiere específicamente a la niña.

3. **Historia clínica de Toño:** en esta parte se seleccionó la información que se refiere específicamente al niño.

Finalmente presento sintetizadas estas tres grandes áreas en los resultados.

Transcribí las sesiones que fueron filmadas, describiendo minuciosamente el desarrollo de cada una, hice una primera interpretación general por cada sesión (ver anexos c). Una segunda parte consistió en elaborar categorías por sesión para organizar la interpretación. Las categorías iniciales fueron las siguientes:

1. **Lulú:** Todas las interpretaciones relacionadas a las producciones en general de la menor.
2. **Toño:** Todas las interpretaciones relacionadas a las producciones en general de la menor.

3. **Tema de muerte:** incluye todas las referencias, ya fueran verbales o de juego a la muerte.
4. **Fantasías:** incluye todas las fantasías observadas por cada sesión, aclarando quien la elabora.
5. **Elementos especiales:** juguetes, elementos del equipo de trabajo, producciones de los niños que tomaran un significado especial relacionado a las fantasías principales.

Finalmente dividí toda la información y análisis en dos casos: **Caso de Lulú** y **Caso de Toño**. Por cada uno se elaboraron categorías con el fin de presentar una explicación del sentido que tenía la interpretación de la narrativa producida por los sujetos y exponer las principales fantasías que elaboró cada uno de ellos. Las categorías finales se elaboraron en función del análisis que se hizo de cada caso y de acuerdo a la temática general de las fantasías, así algunas categorías se nombraron igual para ambos casos cuando se referían a procesos inconscientes generales. .

Caso de Lulú:

- ✦ *Fantasías en relación a la madre enferma y a la enfermedad:* se incluyen los juegos, verbalizaciones y dibujos que contenían temática en cuanto a lo que la menor percibía de la condición de su madre.
- ✦ *Tema de muerte:* Todas las referencias a la muerte
- ✦ *Fantasías en relación al objeto persecutorio:* Referencias en torno a fantasías paranoides, ya fueran juegos, verbalizaciones, actitudes o dibujos.
- ✦ *Percepción del contexto familiar:* La percepción de la menor en cuanto a su dinámica familiar y su mundo en general
- ✦ *Defensas maniacas y reparación:* Todas las manifestaciones de la dinámica defensiva en la posición depresiva.

Caso de Toño:

- ✦ Fantasías en relación a la madre y la enfermedad: análisis de todas las producciones del menor referentes a la percepción de la madre y de su condición actual.
- ✦ Fantasías en relación al padre: análisis de las producciones cuyo contenido se relacionaba al padre y su papel dada la condición de la madre.
- ✦ Tema de muerte: descripción y análisis de todas las producciones sobre la muerte
- ✦ Fantasía del monstruo invisible: se refiere a fantasías paranoides, análisis de todas las producciones de contenido paranoide.
- ✦ Reparación y defensas maniacas: análisis de todas las manifestaciones de la dinámica defensiva en la posición depresiva.
- ✦ Percepción del mundo externo: descripción de la percepción del menor en relación a su dinámica familiar y su mundo externo en general.

En cada caso elaboré una conclusión donde abordo y describo concretamente el proceso de duelo de cada uno, considerando las particularidades de sus producciones.

Consideraciones éticas

Hubieron aspectos éticos que consideré pertinentes a esta investigación, ya que al hablar de un proceso de duelo se trabaja con elementos delicados al verse comprometidos la intimidad y el dolor de una familia ante un evento de pérdida por enfermedad terminal.

Al ser un estudio de caso cualitativo se realizó un trabajo a profundidad por lo cual informé al padre y a la madre contaron sobre el proceso de investigación y solicité que firmaran el protocolo de consentimiento informado (anexo a) en el que se describieron los siguientes puntos:

1. Derecho de abandonar voluntariamente el estudio en cualquier momento.
2. Propósito central del estudio y los procedimientos que serán utilizados en la recolección de datos.
3. Comentarios acerca de la protección de la identidad de los participantes

4. Posibles riesgos que se asocian a la participación en el estudio
5. Beneficios que podrá obtener al participar en el estudio.
6. Destino de la información obtenida.
7. Supervisión del caso por parte de la directora de tesis.

V. RESULTADOS.

Los resultados se presentan de la siguiente manera:

Antecedentes familiares: Comprenden la descripción de los miembros de la familia, la historia del padecimiento de Irma y la percepción de ambos padres en relación a la enfermedad, y familiograma.

Línea de Tiempo: Permite ubicar la relación entre los sucesos familiares, el avance del proceso y los temas de juego, es decir, las fantasías evocadas en las sesiones.

Caso de Lulú: Describe la historia clínica de la menor y la síntesis del proceso que incluye: el panorama general de la situación emocional en la que se encontraba al momento de la investigación, fantasías en relación a la madre y la enfermedad, Tema de muerte, fantasías persecutorias, percepción de su situación familiar y el medio externo, defensas maniacas y reparación.

Caso de Toño: La historia clínica del menor y la síntesis del proceso que incluye: fantasías en relación a la madre y la enfermedad, fantasías en relación al padre, tema de muerte, fantasía persecutorias (fantasía del monstruo invisible), reparación y defensas maniacas, percepción de su situación familiar y medio externo.

a. ANTECEDENTES FAMILIARES.

Las dos entrevistas se realizaron en la casa de los menores, entrevisté a ambos padres ya que la madre (que era la paciente) se encontraba en su casa tras un largo periodo de ausencia, al haber sido internada en el hospital y manifestó el deseo de participar. Las fechas de entrevista fueron: *17 de mayo del 2005 y el 24 de Mayo de 2005.*

La familia nuclear estaba constituida por el padre Antonio* de 26 años de edad, Irma (miembro de la familia que padece Leucemia) de 30 años, y los dos hijos: Lulú de 6 años y Toño de 5 años. Habitaban en casa de la familia de Antonio, pero en un departamento construido en la parte superior de la casa. En el predio vivían en total siete personas: la familia nuclear, el padre, la hermana (23 años) y su hijo (de un año de edad).

La escolaridad de Antonio es de 3° de secundaria, se dedicaba a trabajar en una tienda de abarrotes que le pertenecía a él y a su padre, estaba ubicada en la casa, y desde hacía dos años trabajaba los fines de semana en eventos sociales transportando y distribuyendo los aditamentos necesarios. Fue diagnosticado con diabetes cuatro años antes, no refirió síntomas aparte de cansancio; al momento de la investigación no se encontraba en tratamiento.

Irma estudió hasta la secundaria, y hasta antes de su enfermedad se dedicaba al hogar. Seis meses atrás fue diagnosticada con Leucemia y desde entonces estuvo internada en cuatro ocasiones en el Hospital General por periodos de una semana, hasta casi tres meses. Al momento de la investigación se encontraba en tratamiento de quimioterapia y radioterapia, refirió que su pronóstico era reservado. Antonio e Irma vivían en unión libre hacía seis años; se unieron dos meses después del nacimiento de Lulú. Su nivel socioeconómico era medio.

El padre de Antonio de 55 años, padecía diabetes desde hacía catorce años, fue alcohólico ocho años atrás, María, la madre de Antonio padeció diabetes durante 8 años, falleció tres años atrás por insuficiencia renal, a la edad de 49 años. La hermana menor de Antonio, era

* se cambiaron los nombres para guardar la identidad de los participantes.

madre soltera y también se dedicaba a atender la abarrotera, tiene un hijo de un año de edad, ella no padecía diabetes.

Irma tenía cinco hermanos menores que ella, ninguno había presentado una enfermedad grave; su madre (de 48 años) padeció anemia durante sus embarazos, y un año y medio atrás se le había practicado una histerectomía al detectarle quistes. Su padre (50 años) tampoco padecía de alguna enfermedad crónica

Antes de la enfermedad de Irma, Antonio se dedicaba a la tienda abarrotera y en fin de semana a trabajar fuera de la ciudad, Irma cuidaba a tiempo completo de sus hijos. Irma ayudaba a los niños en sus tareas y los preparaba para ir a la escuela. Salían al parque o al cine con frecuencia. Los niños se inclinaban más por la compañía de Irma, ya que Antonio era el que ponía las reglas y límites.

La familia nunca antes había experimentado separaciones, hasta la enfermedad de Irma, porque se internaba por largos periodos y Antonio pasaba todo el día en el hospital con ella, aunque Antonio hacía lo posible por pasar tiempo con sus hijos, después de ir por ellos a la escuela; ambos asistían en la tarde y los recogía a las 19 horas, los dejaba ver la televisión un rato, mientras atendía la tienda y luego pasaba un tiempo con ellos antes de dormir.

“Este tipo de enfermedad te cambia la vida” declaró Antonio mostrando, junto con su esposa, tristeza en su rostro. Entre los cambios que refirió, estaban los relacionados a la convivencia con sus hijos, esta se había visto claramente afectada, ya que al internarse Irma no tenía contacto con ellos excepto por teléfono, y estando en casa, prácticamente guardaba reposo todo el tiempo o estaba dormida, razón por la cual ya no realizaba actividades como labores domésticas, ni podía cuidar a sus hijos o atender sus necesidades como lo hacía anteriormente, no podía salir al parque o al cine con ellos. Ese año Irma no estuvo presente en el cumpleaños de Lulú y Toño. Antonio comentaba que le era muy difícil convivir más tiempo con los niños debido a que se dedicaba a cuidar a Irma y a trabajar.

Antonio observaba que sus rutinas familiares no habían cambiado: Toño y Lulú se levantaban, desayunaban y si se encontraban solos, ellos mismos se preparaban su cereal o licuado. En cuanto a la relación padres-hijos, esta sí había cambiado en el sentido de que los niños habían tenido que independizarse “un poco”, hacer cosas por sí mismos como vestirse y realizar sus deberes escolares. Antonio comentó que él y su hermana pasaron por lo mismo a la edad de 10 y 12 años porque su madre padeció de diabetes. Irma percibía que sus hijos se habían adaptado y que cooperaban ante las circunstancias. A Antonio le preocupaba el hecho de no poder pasar más tiempo con ellos o llevarlos al parque porque pensaba que en el futuro se lo podrían reprochar

Otro cambio mencionado en la entrevista fue la pérdida de su mascota, un perro dálmata de ocho meses que habían comprado dos meses antes de que Irma presentara síntomas de su padecimiento; regalaron el perro a un amigo de Antonio porque no podían atenderlo y era foco de infección para Irma. Toño fue quien más sintió esta pérdida.

Antonio refirió que su relación de pareja no había cambiado “*ni se ha decaído ni se ha fortalecido, está en las mismas*”, tampoco sus sentimientos hacia su esposa “*estando ella bien, estando mal, yo soy el mismo, nunca le voy a fallar, voy a estar siempre que ella tenga la posibilidad y Dios me preste vida*”. Irma comentó que ella no había cambiado, solo cambiaba cuando se agravaba su situación, porque se deprimía.

Antonio percibía que Irma estaba motivada para curarse, la razón principal era el deseo de estar con sus hijos y verlos crecer.

Irma fue diagnosticada de Leucemia seis meses atrás, en el mes de noviembre, cuando empezó a sentir molestias como fatiga durante el día y sudoración e insomnio durante tres noches consecutivas, la tercera noche presentó fiebre y vómito, por lo que al día siguiente fue a consulta con un médico particular y le solicitó análisis clínicos.

Le pidieron a una prima de Antonio (que era química) que le hiciera los exámenes en su trabajo. Días después les llevó los resultados a su casa, junto con libros donde se describía la naturaleza de la Leucemia, ya que ella sospechaba que ése era el diagnóstico, les causo

gran impacto. Al día siguiente fueron a ver al mismo médico particular quien sólo les dijo que era una fuerte anemia y que le prescribiría vitaminas. El médico se dio cuenta de que ellos ya tenían una sospecha del diagnóstico por lo que les recomendó que fueran a Hematología especializada. Acudieron al Hospital General por recomendación de la madre de Irma, donde le practicaron más exámenes y observaron que tenía los linfocitos muy altos, incluso se habían reproducido más en un periodo de dos días, por lo que se quedó internada por un mes para recibir quimioterapia (del 5 de noviembre al 5 de Diciembre de 2004).

Al darla de alta y regresar a su casa, el 28 de Diciembre, Antonio la llevó al parque junto con sus hijos y su perro, Irma se desmayó y tuvo que ingresar nuevamente al hospital donde permaneció una semana hasta el 5 de Enero, regresó a su casa a continuar su tratamiento. Había recibido quimioterapia y radioterapia y los aspirados medulares había resultado estables, pero el 11 de Marzo le detectaron blastos elevados, por lo que se internó ese día Marzo y salió hasta el 2 de Mayo del 2005, habiendo recibido un tratamiento más agresivo.

Al momento de la investigación estaba llevando un tratamiento de quimioterapia, que consistía en tomar pastillas durante un mes, e internarse por una semana cada mes para ver su reacción y tomar las medidas necesarias. Esto sería por el periodo de un año.

Lulú y Toño ya habían experimentado la muerte de un ser querido, la de su abuela paterna María, de acuerdo a los padres, ambos niños eran apegados a ella, especialmente Lulú. María padecía diabetes y cuando Lulú nació, ya había perdido la vista. Posteriormente padeció de insuficiencia renal por lo que la dializaban. Antonio refiere que su mamá era muy demandante de atención y afecto, lo que provocaba fricciones entre madre e hijos.

Los niños observaban cuando dializaban a María en casa, incluso ellos participaban de diferentes maneras en su cuidado, por ejemplo, guiándola para ir al baño; desde más pequeños estaban concientes de tener cuidado con los aditamentos médicos, como las bolsa de agua o de evitar patearle los pies. La muerte de María fue inesperada, confiaban que regresaría del hospital porque el motivo de su ingreso no era de gravedad, sin embargo ya internada su situación se complicó y horas después les avisaron que había fallecido. Para

Antonio fue impresionante ver el cuerpo de María, hinchado por los líquidos que había retenido. Fue sepultada al día siguiente. Llevaron a Lulú y Toño al sepelio, Irma les explicó que su abuela se había ido al cielo, y que ya no iba a regresar a la casa. Para tomar la decisión de llevarlos al funeral consultaron con la tía de Antonio, quien les recomendó hacerlo. Los niños solamente observaban el féretro, pero al momento del entierro lloraron.

Al abordar las expectativas a futuro se observó que estas giran en torno a los niños, Antonio desea poder dar lo mejor a sus hijos, y que no sean “vagos”. Le importa principalmente que estudien y con ello logren ser productivos y felices, ya que podía agravarse su situación, debido a que él es diabético, temía que quedaran solos y sin las armas necesarias para poder desarrollarse y crecer adecuadamente. Irma deseaba que sus hijos estudiaran, y a verlos crecer y estar con ellos día a día, para darles lo mejor de sí *“la vida es lo único que cambia, como dice él (Antonio), yo no sé, me voy y cualquier cosa puede pasar, si yo los quiero, quiero lo mejor para ellos, el tiempo que pueda estar con ellos voy a tratar de darles lo mejor”*. Toño y Lulú no sabían que su padre padecía diabetes.

Antonio temía que sus hijos en el futuro padecieran la misma enfermedad que Irma, intentó informarse para prevenirlo, pero no encontró información suficiente. Por otra parte procuraba que sus hijos tuvieran una buena alimentación por los antecedentes familiares de diabetes.

En cuanto a la práctica religiosa, Irma se consideraba católica, sus padres eran católicos, y ella había llevado una educación muy conservadora, debido a que vivió con su abuela por un tiempo; al ya no vivir con ella, dejó de ir a misa, pero aun así consideraba que su familia era devota. Antonio declaró no tener religión, ya que cuando era chico lo había confundido que su padre lo llevara a dos iglesias de diferente religión, y decidió alejarse definitivamente de ellas, optó únicamente por creer en Dios, sin profesar religión alguna.

El padre de Antonio se había convertido a la religión cristiana desde que había ingresado a Alcohólicos Anónimos, y frecuentemente invitaba a Antonio a asistir a su congregación junto con sus hijos, pero él no quería que sus hijos asistieran a una iglesia, únicamente les

había enseñado a rezar por las noches a partir de la situación por la que estaban atravesando.

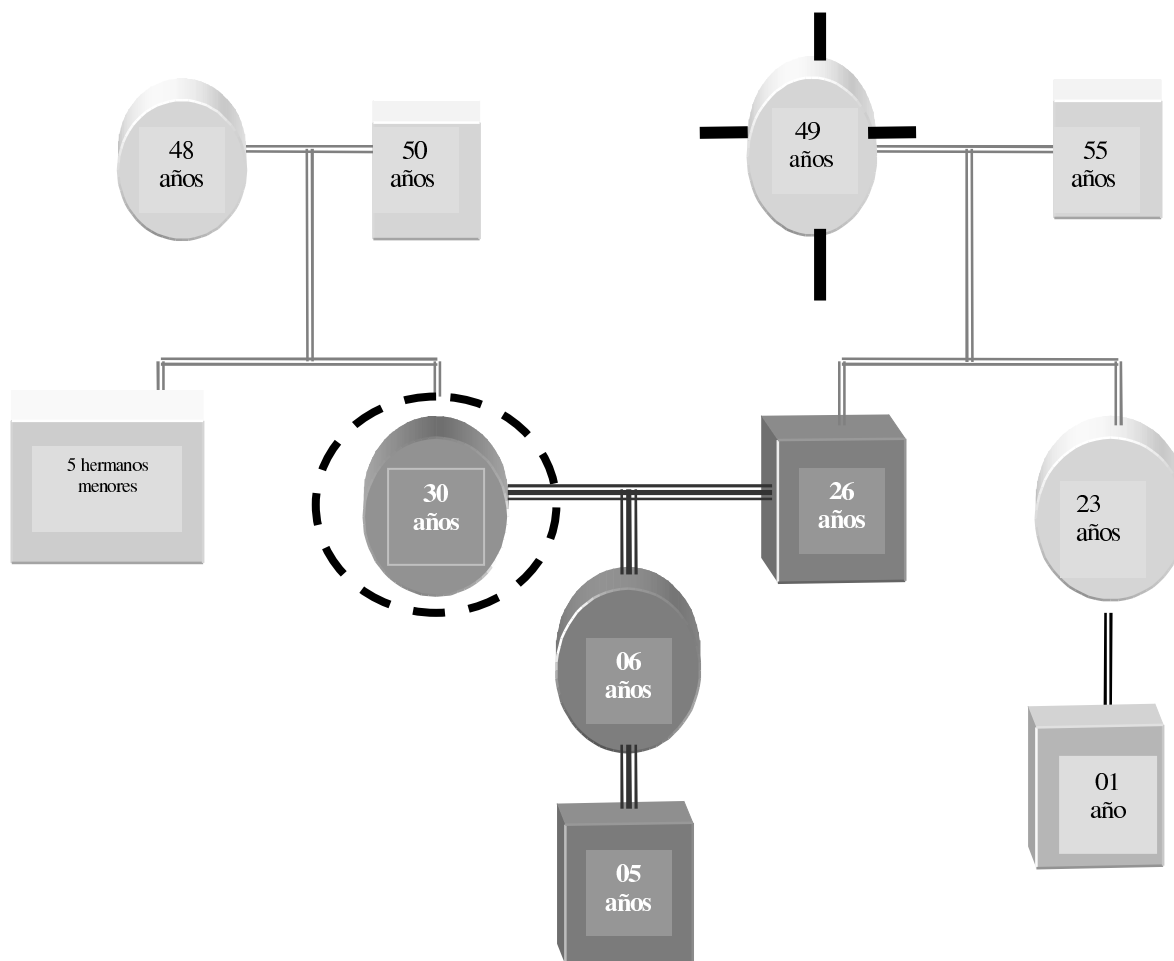
En casa, la hermana de Antonio atendía a los niños cuando tenía que ir al hospital, su padre también le ayudaba a llevar a los niños a la escuela. Su prima y su tía paterna solían ir a visitarlos.

A partir de su enfermedad, Irma se había unido un poco más a su madre, quien la atendía y en su ausencia, atendía a los niños dándoles de desayunar o limpiando su recámara. Sus hermanos la visitaban solamente en su casa.

Irma contó con apoyo psicológico únicamente cuando estuvo internada en el hospital, también le ofrecían apoyo al darla de alta pero no podía asistir por la distancia. Irma percibía que el apoyo psicológico la había ayudado y se encontraba conciente de la importancia de que sus hijos lo tuvieran, ya a que ella pasaba por episodios de ira y depresión y temía dañarlos, como lo había hecho su suegra con sus hijos.

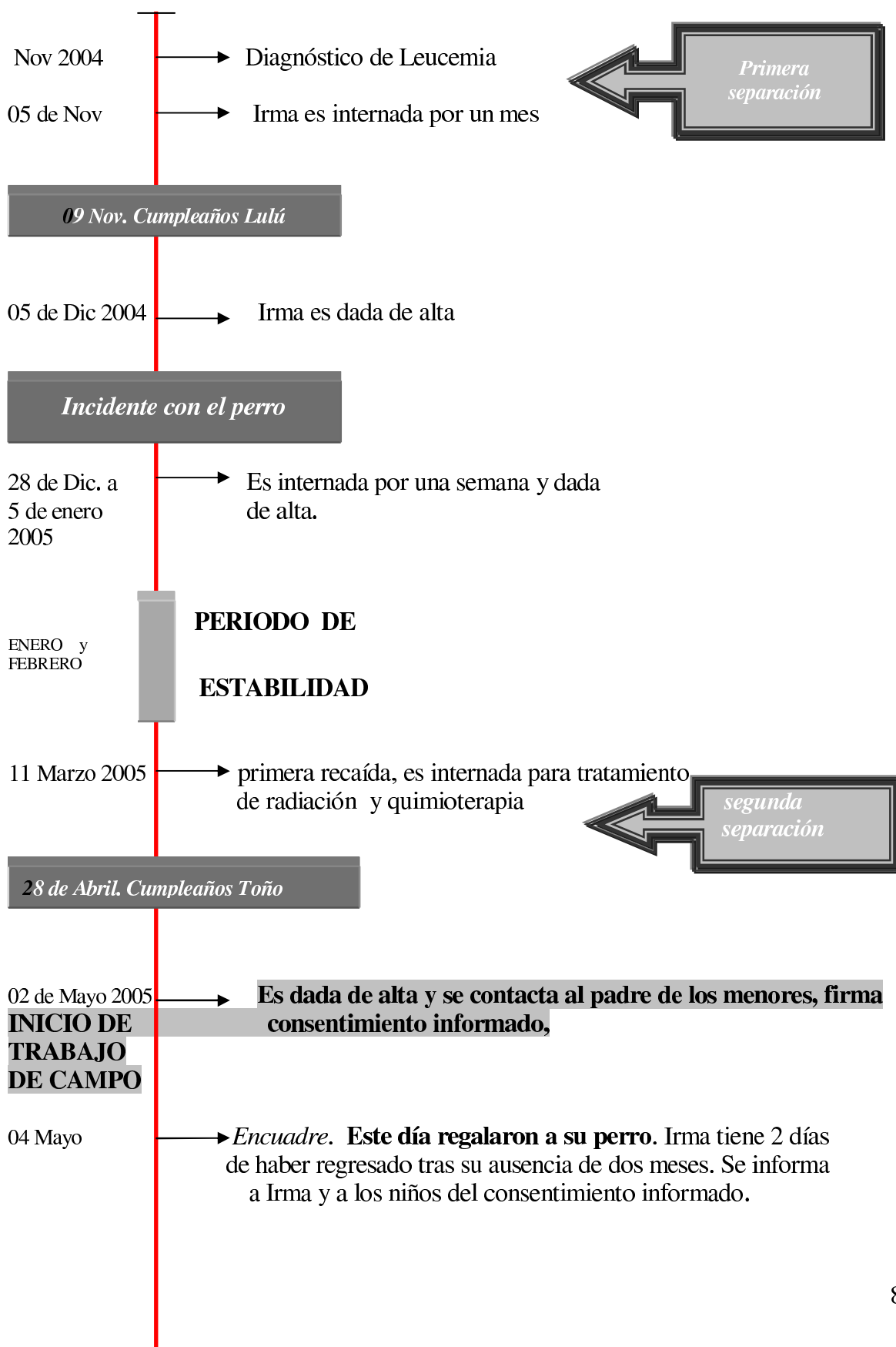
Por su parte Antonio no contaba con apoyo psicológico, ni lo había buscado antes cuando su madre estuvo enferma, le ofrecían este servicio tanto a María como a sus hijos pero ella no lo aceptó y por consecuencia ellos tampoco. Sin embargo, ahora le interesaba que sus hijos recibieran tal servicio.

b. FAMILIOGRAMA



Paciente Terminal.

LINEA DE TIEMPO



- 06 Mayo → 1ª sesión fantasía de ser despojados por monstruos invisibles.
- 09 Mayo → 2ª sesión miedo de agotar materiales, 1ª referencia de la muerte de su abuela.
- 11 Mayo → 3ª sesión juego de títeres voladores, tema de muerte negación de miedo.
- 13 Mayo → 4ª sesión percepción de la madre (Lulú), sentimientos de soledad de Toño.
- 16 Mayo → se cancela sesión por causa de fuerza mayor

Entrevista 1 con los padres

- 18 Mayo → 5ª sesión hablan de la pérdida de su perro. Toño hace referencias de poseer magia.
- 20 Mayo → 6ª sesión percepción de Toño de su familia, agresividad hacia mi- 1er acercamiento a la cámara.
- 23 Mayo → 7ª sesión ----- juego de la búsqueda de tesoro, tema de Muerte es mas evidente.

Entrevista 2 con los padres

- 25 Mayo → 8ª sesión ----- buscar pistas de los monstruos invisibles que se roban a una niña.
Se trabaja sin cámara
- 27 Mayo → 9ª sesión ----- 1er juego del Doctor.
- 30 Mayo → 10ª sesión ----- 2do juego del doctor
- 01 Junio → 11ª sesión *Irma se va al hospital para ser internada*
→ 3er y ultimo juego del doctor
presentan dificultad para finalizar la sesión.
- 03 Junio → 12ª sesión *Irma está en casa porque no fue internada, es programada para el día martes 07 de Junio*
juego maniaco, actividades maniacas en general.

d. Caso Lulú²

Edad: 6 años

Fecha de nacimiento: 9 de Noviembre de 1998

Escolaridad. 1º de Primaria

Tiempo del proceso: 1 mes (04 mayo 2005-03 junio 2005)

Lulú es la primogénita y fue concebida fuera de matrimonio, Antonio e Irma tomaron la decisión de unirse y vivir juntos hasta que ella naciera. Irma trabajaba de costurera con una señora con quien vivía, estuvo en esa casa hasta los ocho meses de embarazo y después se fue a vivir con sus padres que vivían cerca de la casa de Antonio, mientras tanto, él construyó, con permiso de su madre, el departamento en el que vivían. Se encontraban desahogados económicamente gracias a que la familia de Antonio tenía una abarrotera.

No hubo complicaciones durante el embarazo y cada mes Irma asistía a consulta médica; bajó de peso por lo que prescribieron vitaminas, lo atribuía a que se había enfermado de gripe. El embarazo llegó a término a las 37 semanas de gestación, Lulú nació por parto natural sin complicaciones.

Irma describió a Lulú como un bebé tranquilo, que lloraba poco. La alimentó con leche materna hasta los diez meses por recomendación de la pediatra. Inicialmente tuvo dificultades como estreñimiento, pero posteriormente sus funciones y su alimentación se regularizaron. Al tiempo de la investigación comía adecuadamente, sin embargo no le gustaban las verduras, la carne en bistec no podía masticarla, únicamente la ingería molida y recientemente presentaba náuseas ante olores penetrantes, sobre todo de pescado.

Lulú controló esfínteres de día, a los dos años y tres meses; y de noche casi a los tres años, el entrenamiento lo inició cuando tenía un año y medio, y consistía solamente en sentarla en la bacinilla.

² Se cambió el nombre de la menor con el fin de proteger su identidad

Empezó a hablar a los dos años, los padres argumentaban que al no haber niños en casa con los que pudiera convivir, su lenguaje tardó en desarrollarse, sus primeras palabras fueron mamá y papá, y se le dificultaba decir nombres, los decía fragmentados. Empezó a caminar al año dos meses.

En general su salud había sido buena, al año de edad tuvo una fuerte infección en las vías urinarias, la retuvieron en el hospital sólo por unas horas, y a los cuatro años se enfermó de varicela.

La inscribieron al jardín de niños a los dos años, porque sus padres notaron que se aburría mucho en casa y en el Kinder se entretenía y le gustaba mucho, hasta entonces no le gustaba faltar a la escuela. Asistir le ayudó a mejorar su lenguaje y habilidades de socialización. A la fecha su desempeño escolar era bueno, pero desde que Irma había enfermado notaron un atraso en la lecto-escritura, así como en la limpieza en sus tareas, lo cual se atribuía a que ya no se le dedicaba la misma atención, que consistía en revisarle las tareas; esto lo hacía principalmente Irma, pero se enfermó a los tres meses de que Lulú había entrado a primero de primaria; el retroceso consistía en que hacía mal sus tareas y escribía las letras al revés, cuando ya las hacía bien. En cuanto al área social, sus padres la observaban normal, tenía amigos en la escuela y en general no tenía grandes dificultades con otros niños, aunque era “seria”.

No manifestaba miedo a la oscuridad y -a diferencia de su hermano- la describieron como curiosa y que se atrevía más que él a explorar objetos o situaciones nuevas, sólo expresaba un miedo leve a las arañas.

En cuanto a la disciplina, principalmente se le inculcaba la importancia de la limpieza y el orden, asignándole responsabilidades específicas en cuanto a sus pertenencias; Antonio tendía a enojarse con Lulú y Toño porque eran desordenados, aunque estaba consciente de que los niños en general eran “desordenados”.

Lulú nunca había experimentado una separación larga de sus padres, hasta que Irma fue internada. Los cambios en la dinámica familiar fueron descritos en los antecedentes familiares

El conocimiento que tenía Lulú de la enfermedad de Irma era superficial, ya que cuando preguntaba sobre el padecimiento únicamente se le decía que era una enfermedad de la sangre que se llamaba Leucemia y no le explicaban más, porque consideraban que no iba a entender. Antonio observó que Lulú y su hermano asociaban la enfermedad de Irma con la muerte de su abuela María, y le preguntaban si su mamá iba a ir al cielo como ella, quien padeció diabetes y derivó en insuficiencia renal. La explicación que ofrecía Antonio es que no era la misma enfermedad; Irma observaba que Lulú se había adaptado a verla en cama y era conciente de los cuidados que se debía tener con ella porque ya lo había visto con su abuela que era dializada en su casa.

El cuidado que Irma requería, consistía en la curación y limpieza del catéter, Lulú y Toño observaban este proceso que era realizado por la mamá de Irma, y solían preguntar al respecto de su función, ella sólo les respondía que servía para inyectar medicamentos, sangre y suero.

De acuerdo a su programa de tratamiento la semana siguiente a la entrevista Irma sería internada (01 de Junio de 2005), de acuerdo a los padres, los niños se enterarían de la separación una noche antes de su partida.

En general ambos padres referían no observar cambios en Lulú, esto porque Antonio, no pasaba tiempo suficiente con los niños y no los observaba e Irma dormía casi todo el tiempo o guardaba reposo. Únicamente Irma comentó que Lulú le había dicho que tenía pesadillas y que solo observaba un ligero descenso en el desempeño escolar.

En cuanto a la pérdida de su abuela paterna, María, Lulú presentó algunas reacciones como llamar a su abuela cuando sus padres discutían o cuando lloraba por cualquier motivo, y durante poco tiempo lloró en las noches diciendo que quería ver a su abuelita.

A Lulú no se le había inculcado ninguna religión aunque Irma se consideraba católica por tradición, por su parte, Antonio no aceptaba la religión y optaba únicamente por creer en Dios y enseñarle eso a sus hijos; a partir del padecimiento de Irma les ha enseñado a sus hijos a rezar por las noches.

Las redes de apoyo con las que contaban eran principalmente el padre y la hermana de Antonio, una prima y la madre de Irma, quienes les ayudaban a llevar a los niños a la escuela, asearlos y darles de comer. Su prima y su tía paterna solían ir a visitarlos.

A la fecha de la investigación Lulú no contaba con apoyo psicológico, aunque sus padres estaban concientes de la importancia que ello tenía, sobre todo por los cambios de estado de ánimo que presentaba Irma como enojo y tristeza.

Síntesis del proceso.

De acuerdo al plan de trabajo, se llevaron a cabo doce sesiones de juego con duración de 40 a 60 minutos, dependiendo del desempeño de la menor. En estas sesiones se observaron los puntos de conflicto, fantasías, sentimientos y conceptos que formaban la experiencia de perder gradualmente al primer objeto de amor: su madre.

A fin de dar un formato claro y organizado se presentan los resultados en viñetas, iniciando con un panorama general del conflicto central de Lulú, posteriormente se abordan de manera más detallada las principales fantasías y sus respectivas defensas, a través de ellas se aprecia de una manera un tanto más completa la experiencia por la que atravesaba en ese momento.

Las producciones de Lulú se referían principalmente a cómo experimentaba su entorno familiar, la fantasía con el objeto persecutorio, fantasías en torno a su madre y la enfermedad, tema de muerte, actividades reparatorias y defensas maniacas.

Panorama General del caso Lulú.

A diferencia de Toño, ella se mostró más reservada, y solía complementar las verbalizaciones de su hermano, así como las fantasías que se expresaban en sesión.

Vemos en las producciones que Lulú percibía su entorno caótico lo cual se debía a los cambios que se habían derivado de la enfermedad de Irma, este caos lo reflejaba en sus dibujos, así como en sus defensas, el dibujo de Lulú de la sesión 1 letra a (en adelante se abreviará, por ejem: “**d. L1a**”) y **d.L.3b** son muestra de ello, también lo vemos en la rigidez en su postura y el control que intenta ejercer sobre el ambiente con el orden obsesivo de sus materiales. Este entorno cambiante al ser introyectado había provocado el caos interno que Lulú experimentaba.

Para Lulú era difícil reconocer y hablar de sus sentimientos, la manera en que lo hacía era refiriéndolos a su hermano, es decir, los proyectaba; sin embargo en ocasiones era capaz de asumir la importancia y el dolor que las pérdidas le provocaban, por ejemplo en la *Sesión 5* cuando habla de su perro: Yo: *¿Y cómo era tu perro?*, Toño: “Con manchas negras y blanco, es un dálmata, porque es que...”. (Se va al otro cuarto). Lulú: “Y él (Toño) cuando se lo llevaron empezó a llorar”, Yo: *¿Y tú lloraste Lulú?*, L: No ..., Yo: *¿Toño, qué cosas te ponen triste?*, T: “que se lleven a Rufo y que Rufo no esté aquí”, L: “es que como Rufo siempre jugaba conmigo no me tiraba, yo siempre jugaba con él, pero este... se lo llevaron porque allá tiene más sol y comida”, Y: *¿entonces te pone triste que se lleven a Rufo?*, Lulú asiente.

Lo que más se le dificultaba aceptar y asumir era la tristeza que las pérdidas le provocaban, es decir el penar por los objetos perdidos. Con la pérdida de su madre y de su vida en general, se había reactivado la posición depresiva; una manera de hacerle frente a la ansiedad depresiva³ que se le aparejaba, era negando el sentimiento o el hecho que lo originaba. Esto se observó durante todo el proceso: ella proyectaba y negaba, incluso su cuerpo hablaba de esta resistencia, por ejemplo en la *sesión 11* cuando Irma se había ido al hospital para recibir tratamiento (ver línea de tiempo), intenté abordar y promover la

³ Que consiste en: “el peligro fantaseado de destruir y perder a la madre a consecuencia del sadismo del sujeto” (Laplanche & Pontalis, 1993, p.276),

expresión de la tristeza, Lulú tomó su silla y se puso de espaldas a la cámara “no quería ser vista”, negó su tristeza para no hablar de su madre, al negarla también lo hacía con la culpa de haber destruido su objeto amado.

El motivo central de la tristeza de Lulú era **la ausencia de su madre y la soledad** que por ello experimentaba, esto se observó en la *sesión 5*, al intentar abordar este sentimiento a través del dibujo; antes de dibujar Lulú mencionó la soledad al decir que deseaba tener una hermanita, en realidad hablaba de la necesidad de la cercanía de su mamá al tener un lapsus en su relato: L: “Hay otra cosa que me pone triste, que cuando se duerme aquí mi prima, este..., luego se va con mi mam... con su mamá y como yo quiero tener una hermanita que duerma conmigo eso me pone triste”. En esta misma sesión, casi al final, Lulú reintrodujo el tema de la tristeza pero proyectándola en su hermano, que nuevamente mostraba insatisfacción en sus necesidades afectivas: L: “algo que le da tristeza a Toño es que luego mi prima Susi no quiere jugar con él”. Esto se confirma en la *sesión 11* cuando les pregunto: Yo: *¿saben que es la tristeza?*, L: cuando quieren llorar y cuando quieren a alguien y se va y ya no pueden verlo, se va a otro país, como mi prima, ella se... extraña a su amiga Alondra porque se fue a los Estados Unidos.

Ante la posibilidad de hablar de la tristeza en relación a las pérdidas Lulú se dispersa, niega y habla de esconderse pero esta vez tras una máscara (*sesión 11*): Toño: “hoy yo me sentía feliz y Lulú triste”, Yo: “¿y por qué te sentías triste Lulú?”, L: “¡yo no me sentía triste!” , T: “yo era el que me sentía triste”, Yo: “¿por qué?”, T: “porque yo quería que este e... psep psep (se entretiene cortando un cinta adhesiva) yo quería a alguien que sí quería jugar conmigo, pero a veces Susi no quiere jugar conmigo”. Yo: *¿y a ti te pone algo triste Lulú?*, ella niega con la cabeza. Les explico que no es malo sentirse triste o enojado, abordo superficialmente el tema de los sentimientos,(se notan dispersos). Lulú se levanta de su lugar y busca una máscara de su mamá. Lulú me dice que necesita fomy para hacer una máscara. Les indico que voy a darles más material.

Ante la ausencia y necesidad de su madre, se reaviva e intensifica la voracidad⁴ para llenar el vacío que experimentaba en su interior, Lulú mostraba voracidad de diferentes maneras, por ejemplo en la *sesión 6* lo hizo ocupando la mayoría del espacio en la mesa sin compartir con su hermano, lo que provocaba constantes luchas de poder entre los dos y en

⁴ La voracidad, de acuerdo a Klein (segal,) tiene como objetivo poseer todo lo bueno que pueda extraerse del objeto, sin considerar las consecuencias como la destrucción del objeto, tal destrucción no era el fin sino un resultado contingente

las cuales Lulú buscaba reafirmar constantemente su posición de hermana mayor. Otra manera era al “robar” los juguetes de su hermano guardándolos en su caja, o los dibujos, por ejemplo, en la *sesión 12* empieza a copiar los dibujos de su hermano, como una manera de apropiarse de ellos e introducirlos en su interior, e incluso apropiarse de personas. En la *sesión 11* buscaba “tomar” la figura materna que Toño tenía en su maestra lo que a él le provocaba celos y enojo.

Un modo voraz con la que ella intentaba cubrir la necesidad de protección por parte de su madre era por medio de lo que Melanie Klein denomina “identificación proyectiva”⁵, y se observa en el dibujo **L.12d**: L: “ya” (me da bruscamente la hoja), Yo: “¿qué hiciste?”, L: “una casa”, Yo: “¿quién vive en esa casa?”, L: “yo”, Y: “¿alguien más?”, L: “No... nada más yo”, es decir, sólo ella habitaba en su madre, no la compartía con nadie.

Esta voracidad le provocaba culpa ya que a esto subyacía la destrucción del objeto, la destrucción de la madre, por la proyectaba a su hermano. Esto lo podemos ejemplificar con la *sesión 9* donde observamos en Lulú la presencia de envidia y proyección de voracidad hacia su hermano al acusarlo de robar sus juguetes: Lulú ve que su hermano tiene sobre la mesa, entre sus cosas, su pegamento y dice: “es mío, ¿por qué me lo robas?”.

Ante el vacío y la incapacidad de satisfacer que Lulú observaba en su madre, buscaba en mí persona un objeto ideal proveedor, pero de igual manera era voraz. Por ejemplo en la *sesión 11* al exigir que llenara la caja con más materiales, buscaba en mí un objeto ideal, inagotable y satisfactor, sin embargo esto mismo le causaba angustia, por ello ante la voracidad de su hermano al pedir muchos materiales, Lulú respondió “ay, no tantos” como una manera de auto imponerse un límite.

Lulú continuamente se encontraba introyectando los objetos de su entorno para llenar su vacío interno: esto lo vemos en la *sesión 6* en el dibujo **L.6b**. que inicialmente parecía ser defensivo y carente de significado, sin embargo se convirtió en la compensación del dibujo anterior (**L. 6^a**, montañas vacías), al hacer nuevamente una montaña, pero esta vez

⁵ Mecanismo que se traduce por fantasías en las que el sujeto introduce su propia persona, en su totalidad o en parte, en el interior del objeto para dañarlo, poseerlo y controlarlo (Laplanche & Pontalis, 1996, p. 189)

conteniendo muchos objetos, los cuales eran los contornos de los juguetes de su caja. Al hacer esto con los juguetes, también introyectaba el proceso que, si bien no era propiamente terapéutico, le permitía poco a poco ir elaborando a través del juego sus pérdidas. Más adelante esto se confirma cuando en la *sesión 9* Lulú ya reconocía la caja de juguetes como propia e introdujo juguetes de su recámara, lo que también nos revela que Lulú empezaba a elaborar algo importante en el espacio de juego.

Este proceso requería protección contra el objeto persecutorio, al que no aludía mucho. Esta fantasía siempre se encontraba presente ya que su hermano la mencionaba constantemente y porque ella misma proyectaba en él su voracidad. La manera en que ella protegía su mundo interno, representado por la caja, era sellándola con cinta adhesiva, objeto que fue tomando un significado importante como elemento de agresión y a la vez reparador.

Sabemos que toda actividad de Lulú se dirigía a recuperar a su madre, de llenarse de ella, de tenerla consigo, era la sensación de vacío y pérdida lo que la motivaba, por ello se apropiaba de los objetos y al final, de mí, cuando en las últimas sesiones se quedaba con algunos materiales de su caja sin que yo me diera cuenta. También se le dificultaba finalizar las sesiones porque era para ella una separación y abandono, trataba de asegurar mi permanencia indicando exactamente qué día y qué hora quería que fuera a visitarlos. Este sentimiento de abandono le había despertado un gran enojo, pero no lo expresaba de manera directa, sólo simbólicamente por ejemplo, al formar una gran bola con cinta adhesiva, que por asociación eran heces.

Fantasías en relación a la madre y la enfermedad.

Lulú representaba la ausencia de su madre como una tormenta, la lluvia evoca la idea de tristeza, por otra parte, su regreso lo representaba como la aparición de los colores, la alegría: dibuja un arco iris. Este elemento aparece en varios de sus dibujos como: **d. L 1a, L. 3b, L.3c**, y se acompaña de verbalizaciones que hablan de esto; sin embargo, este regreso feliz se ve opacado por un ambiente caótico e incluso amenazante. Lo que es

importante resaltar más que el arcoiris, es lo que hay a su alrededor, por ejemplo en el dibujo **L. 3b** “arcoiris con ventana” que más bien, da la idea de una jaula, como una manera de *retenerla*. También mencionó que le había hecho unas bases “para detenerse”, es decir, no puede sostenerse por sí misma, era débil, como su madre; o bien en el dibujo **L.3b.** que luce caótico como el primero (**L1.a.**) en el que dibujó varios elementos que no parecían tener relación entre ellos, no obstante se consideraron importantes ya que se repiten constantemente: el arco iris, asociado al regreso de su madre al aparecer “después de la tormenta”. Escribe la letra **L**, es importante ya que, como se verá más adelante, es asociada a “Leucemia”, que es la enfermedad que Irma padecía; (hay que recordar que Lulú ya sabía leer y escribir, y también sabía cómo se llamaba la enfermedad, de acuerdo a la entrevista con los padres).

En un principio, al igual que su hermano, Lulú se encontraba muy resistente a elaborar algún juego o a dibujar algo en relación a la enfermedad de su madre, por ejemplo, Lulú tenía acercamientos fortuitos al equipo médico de juguete y solía cambiar la función de estos, al principio los utilizaba para jugar a otra cosa. Fue hasta las últimas sesiones cuando Lulú realmente jugó con el equipo médico asignándole la función que estos juguetes representaban. Al evitarlos da un indicio de la angustia que le provocaba la enfermedad de su madre y la experiencia de su aparición y desaparición. Sin embargo la enfermedad se encontraba presente todo el tiempo en las sesiones, aun cuando no se hablara directamente de ella; por ejemplo, en sus dibujos cuando imprime la letra **L** en ellos como en dibujo **L. 3b**, o **L. 4e**, el dibujo de la familia, que es cubierta por una nube aterradora que sale de la letra **L**. La nube sobre la familia da la idea de cómo la Leucemia cubre a toda su familia y no únicamente a Irma.

Vemos que en las sesiones finales utilizó el equipo médico para hablar de la enfermedad, aunque no directamente de la Leucemia; es sólo a través de su juego que podemos observar cómo entendía la enfermedad:

Durante el juego de “curar a los juguetes”, el elemento que se repetía constantemente era un objeto que los dañaba desde su interior, por ejemplo, en la *sesión 10* Lulú mencionó una

serie de elementos contenidos específicamente en la ‘panza’ de la muñeca, estos eran hijos que la dañaban, podemos decir que incluso, por introyección proyectiva, eran ella y su hermano quienes dañaban desde adentro el cuerpo de su madre al intentar poseerla, así como a sus objetos buenos.

Algo que resulta interesante es la inhibición de Lulú para explicar conscientemente cómo o por qué los objetos malos habían llegado ahí, al cuestionarla su respuesta era: “no sé”, entonces la relación fantaseada entre ella (su voracidad) y la enfermedad, quedaba reprimida, eliminando la posibilidad de sentir culpa por la destrucción del objeto bueno, de este modo, no podía identificar la causa del padecimiento que asignaba a los juguetes. Esto se veía también en la *sesión 10* cuando se le preguntaba el origen de los raspones de la muñeca; simplemente decía: “no sé”. Nuevamente vemos que al negarse a buscar una razón para la condición de su madre se protege ante la angustia y culpa de haber sido ella quien la había dañado.

El juego de eliminar continuamente el hueso invisible de una muñeca, implica lo que ella observaba que ocurría con su madre: continuamente tenía que ir al médico a curarse del mismo mal, porque reaparecía continuamente.

Es posible distinguir y observar la fantasía que se había originado en relación a la enfermedad de su madre, así como las defensas que operaban contra ella; por ejemplo vemos en el dibujo **L. 4e**, Lulú dibuja a su madre y a su abuela más grandes en relación a los demás integrantes de su familia, y casi idénticas; lo que indicaría que las identifica o relaciona por el padecimiento que, no era el mismo, pero era similar por el deterioro, las atenciones y reposo que requerían. Otro detalle importante es que dibujó a su mamá con cabello: al terminar la segunda entrevista, Irma comentó que Lulú le dijo que la había dibujado grandota y con el pelo largo. Esto implica reparación maniaca, le puso a su mamá lo que le faltaba en la vida real, para recuperar a la mamá de antes. Se podría pensar que es la negación de la condición de su madre lo que está de por medio, así como la negación de la muerte de su abuela, ya que la incluye en el dibujo, hecho que indica que también este duelo no ha sido resuelto.

Los dibujos **L. 4b** y **L. 4c** revelan que Lulú desea recuperar a la madre protectora y proveedora; desea que sea como la madre de su prima y nos muestra cómo observaba a la suya, d. **L. 4b**: “L: esta es la casa de mi prima Susi, este es su cuarto porque aquí abajo duerme su mamá y aquí arriba duerme ella, y esta es su perra, se llama babrinca”. También hay que observar que menciona un objeto importante que recientemente había perdido: su perro.

La segunda casa el dibujo **L. 4c**. podemos decir que representa a Irma, su mamá; Lulú la describe como vacía y abandonada, el dibujo de la casa es maniaco (muy grande) no tiene puertas y las ventanas son muy pequeñas, es inaccesible: L: ““Es una casa donde se mudaron, se mudaron de la casa, ya no tiene gente está vacía”.

También el dibujo **d. L.6a** nos habla de la fantasía que había generado en torno a la enfermedad de Irma, y de la proyección de su odio hacia el exterior: hizo unas “nubes de víboras”, lo que nos da una idea de la amenaza que sentía alrededor de su madre, hizo dos montañas con gatos en su interior, al pedir que explique este dibujo ella responde que hizo a los gatos porque las montañas estaban vacías. Esta era precisamente la fantasía que tenía de su madre: estaba vacía, por lo tanto no podía dar y satisfacer, las montañas eran pechos vacíos, vemos aquí que su madre no era percibida como un objeto total sino parcial: el pecho.

En las últimas sesiones, Lulú empezaba a introyectar e identificarse con su madre, esto es claro en la *sesión 12*, al observar el dibujo que hizo de sí misma (**L.12c**). En él es evidente un detalle: no se dibujó cabello y la calidad de la línea es mala; de hecho, la estructura total de su dibujo da la idea de un ser débil y destruido en medio de un ambiente caótico. Esto nos indica cómo es que Lulú se estaba identificando con Irma, que no tiene cabello a causa de la quimioterapia y radioterapia. Esto evoca la idea de una identificación masiva⁶, ante la pérdida que ella ya estaba experimentando.

⁶ como Sonia Ihlenfeld (1998) menciona: “en un proceso de duelo normal, inicialmente el niño internaliza masivamente al objeto perdido, dando lugar a una fusión, quedando borrada la discriminación yo-objeto”.

Ante estas separaciones prolongadas, el estado de Irma y la continua necesidad de una madre proveedora, se incrementa la ambivalencia. Hay un conflicto entre el odio ocasionado por el abandono, y el amor por el objeto bueno interno. Este conflicto era evidente sobre todo cuando actuaban las defensas, sobre todo en cuanto a la agresión, por ejemplo en la *sesión 6* Lulú se muestra molesta ante la proyección que Toño dirige hacia ella en cuanto a la agresión al cuerpo de su madre: Toño: “Es mi mamá pero nada más que esta enojada” (lo dice nuevamente engrosando su voz). “Na’ más que se enojo porque tiraron al bebé”, Y: *¿y quien lo tiró?*, T: “Lulú”, Ella ve el dibujo y dice: “Yo no lo tiré porque no estoy en medio del bebé”, T: : “ Ash, tú estas aquí, la empujaste así”, Lulú: “Ella se enojaría contigo porque te dejas crecer el pelo”. Se descubre el odio hacia su madre, trata de encubrirlo al señalar la voracidad de Toño al mencionar el cabello, que se asociaba a la salud, un elemento que no tenía Irma. El tener mucho cabello se asociaba a la culpa de haber robado los objetos a su madre, haberla vaciado era “dejarla pelona”.

Este elemento, el cabello, es nuevamente mencionado en la *sesión 8* cuando Lulú habla de su dibujo **L. 8^a**: “Soy yo buscando pistas aquí está mi cabello y mi cara, y aquí yo iba a ver el fríjol que parecía de vaca, busco algo que no conozco”. Vemos que Lulú expresaba la necesidad de saber o descubrir algo, entender qué es lo que pasaba con su mamá.

Ese deseo se expresaba debido a que la fecha de esa sesión se acercaba a la fecha de internamiento de Irma en el Hospital y ella podía dar cuenta de cambios incluso sutiles en su ambiente familiar. Vemos en su escrito **L.8b** (del juego de las pistas), este deseo de saber, cuando escribe defectuosamente: “algo sospechoso está pasando”.

Aun cuando Lulú intentaba esconder o negar cualquier indicio de odio hacia el objeto bueno, la agresividad resultante era evidente en el juego de “los doctores”, En la *sesión 9* se observa una acción agresiva y sádica hacia el cuerpo de su madre: abrirla para sacarle los bebés, esto es, vaciarla de sus objetos, lo que después la angustió, temía haber destruido los objetos de su madre o a ella misma. Observamos agresión hacia el objeto enfermo cuando inyectaba a la muñeca, ya que no lo hacía para curarla, sino para hacerla llorar: “Ella empieza a preparar un escenario ‘aquí va a ser para picar’, mete la muñeca en la caja”. Posteriormente proyecta este deseo en su padre: “L: Aquí cuando le picó mi papá si lloró”.

Tema de Muerte

Así como la enfermedad, el tema de muerte estuvo presente en todas las sesiones; poco a poco se fue develando esta inquietud por la muerte de su madre y de su abuela. Al igual que en todos los ámbitos explorados, no se hablaba directamente de la muerte pero sí se jugaba a ella o se le representaba:

Por ejemplo en la *sesión 2*, inició una actividad aparentemente defensiva o carente de significado: equilibrar dos trozos de plastilina en la báscula de juguete, pero esto cambió cuando empezó a formar una escultura, copiando la pantalla de rayos X (de su equipo médico), parece interesante el que haya elegido copiar ese modelo (en sesiones posteriores la muerte fue identificada con esqueletos) Lulú identificó claramente que en la pantalla lo que veía eran los huesos del tórax, sin embargo al cuestionarla sobre su escultura, se nota su escisión ante la ansiedad de hablar quizá de la muerte: Describió su escultura, no como una totalidad, sino como varios objetos que no tenían relación entre ellos, y la desbarató. Nuevamente se tornó defensiva intentando equilibrar dos pedazos de plastilina, esa actitud defensiva continuó tanto en su postura (rígida) así como el tipo de dibujo que realizó después: un triángulo y un cuadrado.

Vemos cómo sus asociaciones se dirigen a este tema en la *sesión 3* en el juego de títeres: Lulú hizo una asociación entre la forma de los conejos, con fantasmas, esto dio entrada al tema de la muerte que después Toño sacaría en su juego, (aunque no era tan explícito, el tema de muerte se encontraba presente). En sesiones posteriores (*sesión 7*) intentó retomar el juego de la sesión tres y lo primero que recuerda es esta característica de volar: ir al cielo.

En la *sesión 7* Lulú nos muestra el conocimiento que tiene en cuanto a la muerte: “Pregunto a Toño que si los que vuelan al cielo se mueren, contesta que sí: ‘se caen y se mueren’: Le pregunto a Lulú ¿qué vamos a hacer?, ella dice: ‘llevarlos al panteón y enterrarlos’, Y: ¿los llevamos?, L: ‘sí’. Les pregunto que hacemos después, Lulú dice: ‘los ponemos aquí’, Toño agrega: ‘los enterramos, hacemos como que le

echamos tierra'. Lulú: *los venimos a ver cada día''*. Esto refleja lo que ella ya ha vivido en relación a la muerte de su abuela.

Al final de la sesión ella y su hermano empiezan a elaborar un juego que claramente se relaciona a la muerte, al jugar al tesoro enterrado debajo de las cruces en un cementerio, definitivamente no podemos ignorar que era de la muerte a la que se habían estado refiriendo desde el principio.

Lulú teme a la muerte, sobre todo a la muerte de su madre pero, la niega y la desplaza al miedo a las arañas. Lo vemos en la asociación de hablar inicialmente del miedo a las arañas y después de la muerte de la araña (*sesión 3*): Lulú cuenta sobre una araña chiquita que encontraron y la guardaron en un bote de yakult, le dieron de comer una pastilla de dulce y murió. Al preguntarles qué pasó después, Lulú dice que la entregaron, les pregunto ¿la enterraron?, ellos me corrigen y me dicen: ‘no la entregamos a su mamá y ella la enterró’; yo les pregunto ¿qué pasó luego? y Toño respondió: ‘después se va al cielo’. Esta narración también refleja su saber alrededor de la muerte.

Más referencias aparecen en las sesiones siguientes como en la *II*, cuando Toño y Lulú cantaron “guitzy guitzy araña” agregaron que la araña subía hasta el cielo y se encontraba a una familia. Lulú mencionó que vivían en las estrellas, lo que dio pie a otra asociación relacionada a la muerte, ya que ella mencionó que un juguete estaba bien (sano) de los *huesos*, y Toño inmediatamente habló de una muñeca “tilica y flaca”, es decir la muerte. Los huesos evocaban la idea de un esqueleto, como los huesos de la pantalla de rayos X de Lulú. Inmediatamente empezaron a cantar una canción de despedida, todo esto refleja lo que sentían en cuanto a la separación y la relación con la experiencia psíquica de perder un objeto que muere.

Fantasías en relación al objeto persecutorio

Aún cuando “El monstruo invisible” es una fantasía de Toño, Lulú también se incluía en esta dinámica, hasta se llegaba a sentir perseguida por él, esto no lo verbalizó pero lo podemos ver en varias actitudes y actividades que realizó en sesión.

En la *sesión 6* Lulú despliega la fantasía de ser despojada de sus objetos internos que en esa ocasión, fueron los dibujos. Ella adjudica este robo a su hermano, lo cual es interesante ya que fue ella quien encontró en su caja un dibujo de su hermano.

En esta misma sesión Lulú introduce un objeto ideal, que es justamente lo contrario al monstruo invisible: a Santa Claus, él da regalos y es bueno, es proveedor, sin embargo es atacado por el objeto malo, lo que origina la angustia persecutoria: “L: *“Este es Santa Claus el de los regalos, acerca el cofre y dice: ‘se lo robaron para navidad’, les pregunto que a quién se robaron para navidad y ella dice: ‘a un niño’, Toño la rectifica y dice: ‘a una niña en la navidad’, les pregunto qué pasó con la niña, ellos dicen: ‘no sé’.* Esta fantasía da una idea de lo que Lulú creía que le pasaba a su mamá, la explicación de su ausencia: la secuestraba el monstruo invisible.

En las últimas sesiones, Lulú se mostraba renuente a finalizar la sesión, y utilizaba mucha energía y material para sellar su caja y para proteger el contenido; esto también nos indica que estaba presente la fantasía de ser robada por el objeto persecutorio.

Percepción del ambiente externo

Es importante mencionar cómo experimentaba Lulú su entorno, atendiendo a lo que observaba en el exterior y lo que proyectaba desde su mundo interno. Continuamente experimentaba el medio caótico y fragmentado, por lo tanto, amenazante, esto lo vimos en varias sesiones:

En la *sesión 1* lo expresa en el dibujo **L.1^a**, que refleja la percepción que ella tenía de su entorno: caótico y fragmentado, no solamente el externo sino también “su mundo”, que percibía amenazante.

Despliega defensas ante este caos: al momento de hacer el dibujo era rígida, inicialmente disponía sus materiales de manera ordenada, pero al continuar la sesión, poco a poco, los iba desordenando. Al cambiar de actividad nuevamente requiere de esta defensa (hay que recordar que en la entrevista su padre menciona que ambos son muy desordenados). Así

continuó durante las siguientes sesiones y conforme avanzaba se fueron relajando estas defensas, conforme el espacio de juego empezó a ser cada vez más seguro y sentía que podía ejercer cierto control, sin necesidad de las defensas obsesivas.

En la *sesión 9* reapareció al inicio el control obsesivo, debido a percibía nuevamente cambios en su ambiente. Se aproximaba la fecha del internamiento de Irma. Más tarde elaboró la separación de su madre en las últimas cuatro sesiones (*9, 10, 11, 12*) hasta la última en que la madre salió al hospital pero regresó el mismo día, lo que provocó nuevamente la sensación de caos ante un ambiente impredecible. Lulú se sentía insegura, sin control sobre su entorno y su mundo interno, que era un reflejo del externo, lo experimentaba destruido por la acción de sus pulsiones agresivas.

Defensas maniacas y reparación.

Al encontrarse ante una pérdida objetal, la posición depresiva se reactiva, esto indica que Lulú deseaba recuperar el objeto que sentía perdido, pero este proceso conocido como “reparación”, aún no era del todo plausible, debido a la intervención de diversas defensas maniacas, las cuales se manifestaban en su juego, dibujo y conducta en general.

Lo anterior fue más evidente a partir en el primer juego de los doctores: Hay intentos de reparación que Lulú y Toño mostraron en la sesión 9 (de las tijeras que finalmente fue infructuosa); podíamos reconocer un aspecto importante en este intento: golpea con su martillo de juguete al objeto que había roto, hay agresividad latente hacia este objeto que se sentía dañado y perdido, y es esta agresividad lo que no le permitía reparar, aun había odio que dominaba sobre el deseo de reparar el objeto perdido.

De nuevo vemos que hay un deseo reparatorio hacia la madre, cuando al final de ésta sesión Lulú introduce el equipo de juguete en una bolsa que pertenecía a Irma, deseaba llenarla de los objetos que la curarían: las herramientas de doctor. Esta actividad la repite en las siguientes tres sesiones

Lulú reaccionaba ante la separación con defensas maniacas, principalmente de desprecio al objeto⁷, esto se observa cuando en la *sesión 11* Irma entra al espacio de juego y se despide de ella y su hermano, y la mira inicialmente con indiferencia ante el momento de separación.

Esta sesión, en la que su madre había salido al hospital, se inició con una actividad claramente reparatoria, o por lo menos, un intento incipiente de hacerlo con su gafete, pero Lulú trata de aminorar la angustia de sentir roto o dañado su objeto, comparando su gafete con el de su hermano y señalando que el de ella no estaba tan roto como el de él, es decir “no era tan destructiva como Toño”, lo que a su vez provocaba angustia en él, esto era una defensa maniaca.

Este mismo intento reparatorio se observa cuando Lulú me muestra un dibujo que había realizado fuera de sesión, el cual era una copia del dibujo **L.6^a**: (dos montañas con gatos en su interior) que le regalaría a Irma cuando estuviera internada. Esto refleja nuevamente cómo percibía a su madre y cómo hasta cierto punto intentaba repararla “llenarla” porque la percibía vacía, sin objetos que pudieran satisfacerla.

El juego de los doctores que se desarrolló durante las últimas cuatro sesiones muestra el intento reparatorio, al asumir el papel de médico, pero que ahora cura y repara, a diferencia de la *sesión 9* en la que agredía el cuerpo de la madre, preparándose quizá para el inicio del proceso de reparación que podía llevarla a la elaboración adecuada de un duelo; aunque aun había elementos maniacos y de negación dentro de su juego, cuando al preguntarle la razón de la enfermedad de lesión o enfermedad de algún muñeco, solo respondía “no sé”.

Vemos esta reparación cuando denomina la acción de sanar o curar como “recuperar”, y de acuerdo a lo que se había estado desplegando, se puede decir que era: recuperar los objetos perdidos, recuperar a su madre.

⁷ De acuerdo a Melanie Klein esta defensa maniaca consiste en negar cuanto se valora al objeto perdido. (Segal, 2003, p. 87)

En la *sesión 12*, observamos nuevamente una actividad reparatoria elaborada principalmente por Lulú, cuando rompió una goma intentando sacarla del empaque (yo no estaba presente pero la cámara estaba encendida). Es interesante el diálogo que sostienen en torno a ese acontecimiento; lo que se puede extraer es inicialmente el sentimiento de culpa al haber roto algo “mío”, negando que lo que está roto pertenece a *su* caja, (su mundo interno). Niega así la pena que le provoca haber destruido el objeto, pero también existe el miedo a un castigo de mi parte, como una venganza por haberlo destruido. Lulú logró unirlo, sin embargo, vemos que lo hizo con mucha cinta adhesiva, lo que da una vez más la idea de una reparación maniaca.

Esta misma reparación observamos cuando Toño y Lulú comentan que les voy proveer de hojas suficientes para sus producciones, lo que significa que continuaba vigente la fantasía del objeto ideal inagotable, también hubo una actividad maniaca en el dibujo, cuando realiza dibujos sin mayor detalle; la función de esto era llenar de objetos su interior, no sentir el “vacío” o la ausencia de sus objetos buenos. Esta es una reparación maniaca, en tanto busca reparar un objeto con otros, lo más pronto posible y sin sentir el dolor; sin embargo, con esta reparación maniaca se vincula la envidia, ya que al final de la sesión se dedicó a “robar” las producciones de su hermano, copiando cada dibujo que él hacía. Esto le da un aspecto negativo a toda la actividad ya que a la envidia subyace el deseo de destruir aquello que la causa. Hay un gran monto de agresividad, esto lo podemos observar en sus dibujos **L 12a**, **L. 12b**, **L. 12d**, principalmente los de Lulú son claramente agresivos, incluso en la manera de elaborarlos: con golpes y embarrándose las manos con pintura.

Al final, ante esa agresividad y destructividad apareció la preocupación en relación a mi permanencia, debido a los ataques agresivos que manifestó y que en su fantasía pudo estar dirigiendo al objeto. Esto lo observé cuando preguntaban y luego aseguraban que iba a seguir asistiendo a su casa (tratando de cubrir también la no permanencia de su madre en casa).

Conclusión del Caso de Lulú.

De acuerdo a la información detallada en el apartado anterior es posible ubicar la experiencia de Lulú en un proceso de duelo, pero que se encontraba estancado. Había diversos elementos que provocaban este “congelamiento” y que no le permitían avanzar.

Podemos notar la acción de las defensas maniacas descritas en el marco teórico, y que de acuerdo a Klein interrumpen el proceso elaborativo, ya que para poder avanzar en el duelo, Lulú tenía que reconocer en sí misma el odio, y dolor que le generaba la ausencia y deterioro gradual de su madre, y por otra parte, a través de la prueba de realidad, aceptar que la estaba perdiendo.

En relación a la prueba de realidad, se observó que en casa de Lulú no se hablaba de la enfermedad más allá de nombrarla, por otra parte, el no responder adecuadamente a las preguntas que Lulú hacía era otro modo de no hablar de ello. Podemos decir que Lulú no contaba con lo que Ihlenfeld denomina “entramado representacional” ofrecido por un adulto, de este modo no podía asimilar la pérdida inminente, de hecho esta no era siquiera asimilada por los padres.

Observamos el papel de la acción y la interacción de las fantasías con la realidad; estas organizan la experiencia en el humano, por ello, el conocer el contenido de estas nos permitió dar una aproximación a la experiencia de pérdida inminente:

Se sabe que la fantasía central dentro de la posición depresiva es la de destrucción irremediable del objeto amado (Segal, 2003, p. 73); al estar reactivada esta posición ante las circunstancias de la enfermedad de su madre (el abandono y deterioro), esta fantasía de destrucción dirigía la experiencia de Lulú. Ahora bien ¿qué ocurría cuando la realidad material parecía confirmar esta fantasía destructiva omnipotente?

De acuerdo a los hechos, vemos que Irma se había alejado de su hija debido a su condición de salud, lo cual, de acuerdo a Klein, reactivó el odio que se experimenta ante la

frustración de satisfactores afectivos, eso provocó que Lulú la atacara en su fantasía. Después de su internamiento, Irma regresa débil y con un aspecto físico diferente; desde ese momento ya había perdido a su madre externa en cierto modo, y la interna la experimentaba destruida por los ataques proferidos, y no sólo a ella sino también a su mundo interno general (tal como lo vemos en sus dibujos), esto la llevó a la angustia depresiva y todo el proceso defensivo e identificatorio que ya se mencionó.

Lulú observaba una confirmación de la omnipotencia de sus fantasías al ver a su madre “destruida”, lo que generó un gran sentimiento de culpa que fue contrarrestado con defensas maniacas, pero esto también provocó la inhibición de fantasías que durante un proceso terapéutico habría sido importante “jugar” y así, poder avanzar en la resolución del duelo conforme Lulú iba reparando a su objeto interno, aun cuando el externo llegara a faltar posteriormente.

Otro modo de notar la acción de las fantasías fue en el sentido de los síntomas que Lulú presentaba, que si bien no eran graves, estos reflejaban los sentimientos generados en torno a la pérdida. El miedo a la muerte de la madre fue el aspecto más evidente reflejado en su miedo a las arañas. Por su parte, el descenso en el desempeño escolar se relaciona directamente con la falta de un adulto que le sostuviera y le atendiera en sus necesidades afectivas y de seguridad.

Según se observó en el avance de las sesiones, poco a poco Lulú empezó a ser más expresiva e incluso elaboraba juegos independientes a su hermano, sin embargo todavía era difícil para ella revelar y aceptar los sentimientos que le generaba el perder a su madre.

Mencionamos que Lulú había perdido a su abuela años atrás y que seguía estando presente en sus producciones, lo que nos habla de un duelo no resuelto, no se había desprendido de este objeto ni lo consideraba ya perdido, no había una aceptación ni asimilación de tal pérdida, lo que también influía en las fantasías y por ende en el duelo actual por la pérdida de su madre.

En este punto cabría preguntarnos qué se esperaría de la situación de Lulú posteriormente. El transcurrir del duelo de Lulú inicia con una negación de la enfermedad, lo cual era normal, pero que al mismo tiempo se expresaba en sus dibujos como una experiencia innegable; luego continuaba con la negación de los sentimientos, como la pena, en relación a esa pérdida, que también era proyectada hacia Toño. Ese desconocimiento del dolor que genera la pérdida de un objeto era producto de las defensas maniacas y del odio que predominaban en Lulú. Al final de el proceso de investigación (no del proceso de duelo), ya se iniciaba una reparación aunque constantemente era interrumpida por las defensas maniacas, sin embargo, observamos un reconocimiento inicial de la pérdida (ya que antes sólo era inconsciente ese saber), y de sus sentimientos tanto depresivos como agresivos.

A pesar de que Lulú empezó a expresarse más y era más productiva, no era suficiente para decir que tendría la posibilidad de iniciar la reparación efectiva del objeto; aun le faltaba reconocer sus sentimientos depresivos y agresivos, confiar en su bondad hacia el objeto amado y la de él mismo, así como la necesidad que tenía de su madre, para repararla constantemente y lograr una elaboración del duelo.

Para alcanzar este objetivo, todos los autores concuerdan que se requiere de la asistencia de un adulto, ya sea profesional de la salud mental o familiar que le ofreciera un verdadero espacio de expresión, elaboración y sostén.

e. Caso Toño⁸:

Edad: 5 años

Fecha de nacimiento: 28 de Abril de 2000

Escolaridad: 2º de Kinder.

Tiempo del proceso: 1 mes (04 mayo 2005-03 junio 2005)

Toño es el segundo y último hijo de la familia, su concepción fue diez meses después del nacimiento de Lulú, y no fue descubierto hasta los cuatro meses y medio de gestación. Irma padeció de anemia y bajo peso durante el embarazo por lo cual le fue prescrito un tratamiento de vitaminas, calcio y ácido fólico. A partir del conocimiento de este embarazo, Irma acudió mensualmente a consulta médica. El embarazo llegó a término, Toño nació por parto natural.

Fue alimentado con leche materna sólo por seis meses por riesgo de descalcificación de Irma. La reacción de Toño no fue negativa al destete debido a que para entonces ya era alimentado con fórmula, posteriormente su ingestión de alimentos sólidos fue normal. En cuanto al entrenamiento de control de esfínteres fue difícil, continuamente tenía regresiones, de acuerdo a los padres, esto se relacionaba al nacimiento del sobrino de Antonio –quien vivía en la misma casa- hacia el cual mostraba celos. Las medidas del entrenamiento consistían principalmente en regaños cuando no hacía en su bacinilla. Al momento del proceso de investigación esto le ocurría con poca frecuencia, se presentaba especialmente cuando tomaba mucha agua en la noche y no iba al baño antes de dormir, sin embargo empezaba a ser más frecuente en las noches cuando Irma estaba internada en el hospital.

Toño presentaba dificultades en relación a su alimentación, no podía masticar la carne, por lo que sólo la consumía molida. En cuanto al desarrollo del lenguaje, en comparación con su hermana consideran que fue más temprano, empezando a hablar al año y medio, sus primeras palabras fueron: papá, mamá y Lulú, el único problema que presentó fue

⁸ El nombre del menor ha sido cambiado a fin de proteger su identidad.

pronunciar la letra R, esto se debía a un defecto en la mandíbula tenía “mordida atrapada”, por ello usaba placa para corregirlo. Empezó a caminar a los diez meses de edad.

En cuanto a enfermedades graves, únicamente había padecido varicela a los dos años, al mismo tiempo que su hermana, y ocasionalmente gripe. Nunca había sido hospitalizado.

Fue inscrito al jardín de niños a los tres años, y tenía un buen desempeño en general, tenía adelantos en su aprendizaje gracias a que hacía tareas con su hermana, podía escribir su nombre y los números del 1 al 10. En cuanto al área social, su padre lo describió como muy activo y “juguetón”, sin embargo era brusco y no medía su fuerza por lo que temía que lastimara a otros niños, pero tal conducta no le parecía agresiva; también había observado que al no sentirse incluido tendía a llamar la atención siendo “hiperactivo”.

Toño temía a la oscuridad o a estar solo y desde que su mamá había estado internada se despertaba llorando dos o tres veces por semana y se iba a dormir a la cama de su padre.

Toño dormía con su hermana en una recámara a parte, al lado de la recámara de sus padres, desde muy pequeños dormían en su propio espacio pero no había puerta en las recámaras y ambas se comunicaban. Los niños dormían en camas separadas excepto en temporada de invierno.

Describen a Toño muy apegado a Irma y muy expresivo en cuanto a sus afectos, el padre atribuía el distanciamiento entre él y sus hijos a que era “enojón”, y los regañaba con mucha frecuencia, esto había aumentado desde que su esposa había sido diagnosticada de Leucemia.

En cuanto a la disciplina, se les inculcaba la importancia de la limpieza y el orden, asignando a cada niño sus propias responsabilidades en cuanto a sus pertenencias; Antonio tendía a enojarse con ellos porque eran desordenados, aunque él estaba conciente de que los niños en general así eran.

Toño nunca antes había experimentado una separación de sus padres hasta el tratamiento de Irma y su periodo de internamiento en el hospital general.

Al igual que su hermana, Toño tiene un conocimiento superficial acerca de la enfermedad de su madre, sus padres y cuidadores no le habían explicado más porque consideraban que no lo entendería. Por otra parte había observado que Toño y Lulú asociaban el estado de Irma con la muerte de la abuela.

Los padres de Toño consideraban que ya se había adaptado a ver a su madre enferma gracias a que ya lo habían vivido con su abuela. Toño observaba la curación de catéter que le realizaban a Irma todas las mañanas y era conciente del cuidado que se debía tener, por ejemplo al abrazarla no mover el catéter y usar tapabocas cuando estaba cerca, también ya se le había explicado la función del catéter (inyectar medicamentos, sangre y suero). Por otra parte, Toño no sabía de la enfermedad de su padre.

Cuando Irma era internada Toño mantenía contacto con ella por medio de cartas y dibujos que él enviaba, a veces por medio del teléfono, Antonio refirió que en su primera separación Toño sabía que Irma regresaría a casa sin cabello, sin embargo la verla le causó gran impacto.

Los padres no observaban cambios importantes en Toño a excepción de la magnificación de los síntomas antes mencionados (enuresis nocturna, miedo a la oscuridad y a estar solo, llorar dormido, y no poder masticar carne). El padre mencionó que sólo había observado en Toño mayor interés por hablar de la muerte: el día anterior a la entrevista, un niño se había despedido de él, y Toño empezó a gritar mirando al cielo *“adiós a todas las personas que están muertas”*, Antonio lo regañó *“van a decir que tengo un hijo loco”*. Antonio señala que cuando Irma regresa tras un periodo de internamiento los niños la reciben bien, no la rechazan. Toño no contaba con apoyo psicológico.

Síntesis del proceso.

De acuerdo al plan de trabajo, se llevaron a cabo doce sesiones de juego con duración de 40 a 60 minutos, dependiendo del desempeño del menor. En estas sesiones se observaron los puntos de conflicto, fantasía, sentimientos y conceptos que formaban la experiencia de perder gradualmente a su primer objeto de amor: su madre.

A fin de dar un formato claro y organizado se presentan los resultados con viñetas, iniciando con un panorama general del conflicto central de Toño, posteriormente se abordan de manera más detallada las principales fantasías y sus respectivas defensas, a través de las cuales se aprecia de una manera un tanto más completa la experiencia del menor.

Las fantasías identificadas son: fantasías en relación a la madre y su enfermedad, fantasías en relación al padre y su papel en la condición de la madre, fantasías y percepción en relación a su familia. Finalmente se apuntó a un análisis de la fantasía principal “el monstruo invisible” en la que se aborda la pérdida de su madre y el tema de muerte inminente.

Panorama general.

En un inicio Toño mostraba en sus producciones soledad y el sentimiento de encontrarse perdido, sin una dirección definida, lo cual se veía reflejado especialmente en sus dibujos como el **T.1^a** (camino sin dirección), o en la *cuarta sesión* cuando intentó dibujar a su familia, pero finalmente dibujó a su hermana “sola en un parque” proyectando en ella esa soledad (dibujo **T.4c**). No nos sorprende que Toño mostrara inicialmente este sentimiento ya que él y su hermana pasaban casi todo el día en casa sin la compañía de un adulto, excepto para limpiar su cuarto o asearse para ir a la escuela.

Esto nos lleva al **sentimiento de abandono**, que experimentaba en ese momento, y que despertó en Toño la angustia primaria (Freud, 1926), que se reflejaba en el juego a

aparecer y desaparecer en la *sesión 5* (fort-da), en el miedo a la oscuridad y a estar sólo, síntomas que se magnificaron cuando Irma enfermó y la atención hacia él ya no era la adecuada en razón de los largos periodos de separación que vivían por los tratamientos de Irma. Toño lidiaba con esta angustia proyectándola en su hermana, como vemos en la *sesión 8*: Toño trae los lentes puestos, su hermana le pone la lupa en un ojo, dice: “*a mí no me da miedo la oscuridad, a Lulú sí*”; o en la *sesión 9* al cometer un lapsus: “T: *yo... Lulú le teme a la oscuridad y es la hija mayor*”.

Este sentimiento de abandono se refleja en diferentes manifestaciones como por ejemplo en la *sesión 4*, el dibujo **T. 4c.** muestra la **necesidad de establecer un vínculo fuerte con su madre** y de sentirse protegido por ella así como la necesidad de contar con una figura paterna fuerte y protectora. Esto se repite en el juego de la *sesión 12* cuando amarra una liga a su cuna y otra a su caja mientras dice: “*se puede estirar más, pero hasta la calle no porque se rompe*”. Esta **necesidad de protección** lo llevaba al anhelo de regresar al vientre materno, tal como lo vemos en los dibujos: **T.1b** y **T.2a**, o bien en la *sesión 5* al caer “accidentalmente” dentro de su caja y luego insistir en meterse en ella.

En la *sesión 11* Toño revela un **sentimiento de indefensión** al experimentarse vulnerable como un bebé ante el abandono o separación: Yo: “¿y cuando extrañamos a alguien nos ponemos tristes?”, Toño: “*¡sí, lloramos cuña, cuña!*” (hace voz de bebé).

La protección que él requería era ante la amenaza que ubicaba en el ambiente al que percibía caótico; este caos provenía de los cambios radicales que había sufrido su familia, (en los roles y rutinas), y a la vez por el caos interno provocado por el ataque hacia los objetos internos que Toño expresaba cuando hacía un “revoltijo” en el interior de su caja (que representaba el mundo interno).

La amenaza externa también era el resultado de la proyección de agresividad (producida por el enojo de ser abandonado) y voracidad (por necesidad de afecto) en un objeto persecutorio que a veces lo identificaba con su hermana, un familiar o en “el monstruo invisible”; por ello se sentía continuamente perseguido (**angustia paranoide**). Observamos esta angustia en la persistencia de la fantasía de ser despojado de sus juguetes (sus objetos

internos) por su hermana o por el monstruo invisible; es claro que a esto le acompaña el deseo inconsciente de robar los objetos de su madre y llenar con ellos el vacío que experimentaba. Esta fantasía la actuó en la *sesión 8* al vaciar la caja de su hermana y jugar a robar esos objetos y esconderlos; el juego de Toño expresaba miedo a ser vaciado, su voracidad era evidente así como la identificación con el objeto persecutorio. La voracidad era extendida hacia mí cuando fui ubicada por Toño como un objeto ideal inagotable, al cual exigía que lo colmara de juguetes o de materiales (*sesión 12*).

La voracidad⁹ le provocaba culpa ante la posibilidad de haber agotado y destruido por completo el objeto bueno, por ello en sesión de juego intentaba asegurarse de no haber agotado al objeto, por ejemplo en *la sesión 4* expresó el deseo de terminarse la plastilina pero luego al ver el bote vacío lo llenó de nuevo y más tarde en sesión gritó que iba a comprarle muchas hojas antes de que se terminara las otras.

Generalmente Toño proyectaba tristeza en su hermana, pero cuando la asumía como propia había una escisión entre el origen de tal sentimiento y el sentimiento, atribuyéndola a otra situación: T: “*yo era el que me sentía triste*”, Yo: *¿por qué?*, T: “*porque yo quería que este e... psep psep* (se entretiene cortando un cinta adhesiva) *yo quería alguien que sí quería jugar conmigo, pero a veces Susi no quiere jugar conmigo*”. Observamos el tema de abandono y soledad latente. Al escindir la tristeza y la separación, cancelaba también la relación entre la pena y la destrucción del objeto amado, evitando así la culpa de haber destruido tal objeto.

El odio que sentía hacia su madre por abandonarlo y no satisfacerlo, también le producía **culpa**, debido a que era un sentimiento destructivo; el odio se había transformado en agresividad hacia su madre. En la fantasía, Toño la había destruido con su voracidad y agresividad, esta última también era proyectada al objeto persecutorio: el monstruo invisible o en su hermana, por ejemplo la verbalización del **dibujo T. 6b**: Toño: “*Es mi mamá pero nada más que esta enojada*” (lo dice engrosando su voz) “*Na’ más que se enoja porque le tiraron al bebé*”, Yo: *¿y quien lo tiró?*, T: “*Lulú*”.

⁹ La voracidad, de acuerdo a Klein (Segal, 2003, p44) tiene como objetivo poseer todo lo bueno que pueda extraerse del objeto, sin considerar las consecuencias como la destrucción del objeto, tal destrucción no era el fin sino un resultado contingente

La proyección del odio y de la voracidad tenía como objetivo evitar la culpa de haber destruido el objeto bueno.

Al proyectar la agresividad y voracidad, la **angustia paranoide** aparecía, por lo cual, Toño recurría a otras defensas como **la negación omnipotente del objeto persecutorio**, que consistía en negar su existencia o bien, tratarlo como seudo ideal y e identificarse con él (Segal, 2003 , p.32), por ejemplo, cuando en la *sesión 8* habló del monstruo que se convirtió en príncipe, y luego se identificó con él: Toño: “*el monstruo se parece a mí, ¿sabes porqué le digo niño?, porque es hijo del monstruo*”, y más adelante lo concretizó en un muñeco que contaba con las características que le permitieron vencerlo: un bebé conejo débil; otro ejemplo de esto es evidente cuando lo dibujó sin ojos, es decir sin “control” (d. **T. 8^a**).

Otra manera con la que intentaba disminuir esta ansiedad, era la exacerbación de las **defensas obsesivas** para controlar al objeto persecutorio, que se reflejaban en el orden obsesivo tanto de su entorno como en los materiales en las primeras sesiones, especificando el lugar exacto donde tenía que escribir su nombre o bien en los continuos acercamientos a la cámara para manipularla (controlarla).

Toño se sentía débil ante el objeto persecutorio, a través de juego intentaba compensar y obtener fuerza, por ejemplo en la *sesión 7* nombró a sus títeres: “lobos fuertes y conejos”, tal y como deseaba ser: poderoso y temible, o en la *sesión 6* en que se dibuja más grande que su hermana (d. **T.6b**).

Conforme avanzaban las sesiones, Toño expresaba con mayor claridad agresividad hacia el objeto que sentía perdido, por ejemplo en la *sesión* trató de despertar al conejo que había muerto golpeándolo con fuerza, o en las últimas sesiones, Toño mostraba agresividad física hacia mí intentando picarme con un lápiz, rayarme el brazo con una pluma o amenazarme cuando finalizaba la sesión. También las referencias agresivas eran cada vez más evidentes, por ejemplo, al formar una bola de cinta adhesiva y asociarla con

excremento (sesión 9), hablar de fuego o de quemar (sesión 12) y su relación con la enuresis que reaparecía cuando Irma era internada¹⁰.

A causa de la exacerbación de esta agresividad (por ende de la culpa), Toño buscaba contención de sus pulsiones e incluso ser castigado; esto se observó cuando utilizaba las ligas como esposas (las esposas eran asociadas con la cárcel, en las *sesiones 7 y 9*) cuando su agresividad era especialmente evidente. El dibujo **T. 12.f**, (dibujo de sí mismo) y la verbalización que elabora alrededor él, muestran culpa: la auto agresión como una manera de auto castigo por su incapacidad de controlar sus pulsiones agresivas y voraces.

También era amenazado por objetos extraños representados por los vecinos que lo atacaban (*sesión 9*)¹¹: Lulú: “*nosotros si tenemos vecinos verdad Toño?*”, Toño: “*ajá, están acá arriba*”, Yo: “*¿cómo se llaman?*”, Lulú: “*No sabemos*”, Toño: “*No sé porque desde antes los conocíamos, nos peleamos porque ellos nos avientan piedras, una vez nos ‘avientaron’ hielos*”. Lo que indica que conforme avanzaba el proceso, Toño ya no sólo percibía su madre destruida, sino también vengadora y persecutoria a causa del ataque que él le había proferido.

La destrucción del objeto, tenía otro efecto en él: al introyectarlo destruido, se experimentaba a sí mismo fragmentado; esto lo notamos en la estructura de varios dibujos de sí mismo o por ejemplo en los dibujos **T.3^a** y **T.3b**, las líneas eran fragmentadas y no había unión entre los elementos que conformaban el cuerpo del objeto (esto no se debía a un problema perceptual o motor).

La agresividad no sólo era dirigida hacia el objeto perdido, sino también al monstruo invisible, es decir al objeto persecutorio, a fin de defender su mundo interno contra la aniquilación y despojo.

¹⁰ De acuerdo a la teoría kleiniana, la orina es asociada con la agresividad, esto es la acción de quemar con la orina (Segal, 2003, p102.)

¹¹ De acuerdo a Melanie Klein el ataque por objetos extraños es: “el resultado de identificaciones proyectivas patológicas, en las que se percibe al objeto escindido en pequeños fragmentos, conteniendo cada uno una parte proyectada del Yo. A estos objetos extraños se los siente cargados de mucha hostilidad”. (Segal, 2003, p. 123).

Al encontrarse en la etapa fálica, (tal como lo muestra el dibujo **T. 1c**), la identificación era un proceso que operaba con fuerza en Toño; no sólo como defensa contra “el monstruo invisible”, sino también como una manera de conservar a su madre, sin embargo el problema surgió cuando Toño se identificó con el aspecto de destrucción y muerte que observaba en ella, y lo mostraba en el juego y las asociaciones que hacía en las sesiones, c por ejemplo: el juego de “caer dentro de la caja” que reflejaba una identificación con el objeto muerto: encerrado y enterrado (*sesiones 6 y 8*), también se observó en la *sesión 7* por la dificultad de finalizar; esto se explicó por la necesidad de resolver la identificación con el objeto perdido o muerto.

En la *sesión 8*, el juego de Toño mostraba claramente la identificación con la imagen de su madre enferma al simular un desmayo o toser, y que se repitió en la última sesión al dibujarse calvo y débil; esto es lo que Sonia Ihlenfeld menciona en relación a la identificación masiva¹²

La necesidad de recuperar el objeto bueno tras su destrucción en la fantasía, condujo a Toño a actividades reparatorias hacia las últimas sesiones; sin embargo la reparación era interrumpida por las defensas maniacas, y se convertía en una defensa de este tipo, por ejemplo: en la *sesión 12*, el dibujar aparentemente sin sentido, utilizando todas las hojas que le había proporcionado, reflejó el sentimiento de vacío que experimentaba, creaba compulsivamente objetos con los cuales intentaba llenar su caja (mundo interno), vemos que lo importante era la cantidad, no el contenido; Toño estaba introyectando el medio externo copiando objetos del entorno.

El dibujo **T.12b** refleja claramente esa necesidad de llenarse de objetos ya que se refería a un auto que contenía miles de niños. Intentaba reparar sus objetos perdidos con otros nuevos lo más pronto posible, sin reconocer el dolor que la pérdida le provocaba, eliminando así la posibilidad de iniciar la elaboración del duelo.

¹² “en un proceso de duelo normal, inicialmente el niño internaliza masivamente al objeto perdido, dando lugar a una fusión, quedando borrada la discriminación yo-objeto”. (Ihlenfeld, S. 1998, p 43)

Fantasía en relación a la madre y a la enfermedad:

Desde un inicio, se observó dónde ubicaba Toño el origen de la condición actual de su madre, y cómo el cambio radical en su aspecto físico generó fantasías que deformaron la *imago* que había integrado a través de su desarrollo psíquico.

En la fantasía de Toño, Irma era una niña que debía crecer, necesitaba de cuidados y alimentación, lo muestra claramente en la primera sesión cuando dijo espontáneamente: “*mi mamá está comiendo, si no, no crece*”.

En la realidad material, Irma ya no era una madre proveedora; ante esta pérdida se activó una defensa maniaca en la cual invirtió la dependencia, haciendo a su madre como un ser infantil indefenso que necesitaba de su protección; lo observamos en la tercera sesión con el juego de “los conejos voladores”: en primera instancia, Toño había tomado el títere grande, que lo representaba, también tomó el pequeño que, por su condición (ser pequeño), no podía volar muy alto y no volaba con los demás porque todo el tiempo estaba durmiendo, sólo podía volar cuando el títere grande lo cargaba. Ese títere pequeño representaba a su mamá; en el dibujo del conejo pequeño (**T.3b**) lo representó desmembrado, destruido y muy flaco, tal era la condición física de Irma: para él estaba “rota, destruida”, no podía hacer lo que los demás (su familia) hacían; es fácil notar la idea de que era pequeña, dependiente y él tenía que protegerla y ayudarla a que se integrara al grupo (la familia).

El dibujo **T.3e** muestra al mismo conejo (el pequeño), pero se ve su esqueleto; ahí plasma la relación entre la condición de su madre y la posible muerte al dibujar al conejo de ese modo (Toño asociaba los esqueletos a la muerte); luego mencionó que el conejo estaba sobre un pájaro que volaba hacia el cielo; en su juego, volar se asociaba a ir al cielo y esto último era morir.

En las primeras sesiones, se observó en Toño cierta dificultad para iniciar un juego donde se mencionara la enfermedad, fue evidente por los acercamientos fortuitos hacia el equipo médico de juguete, porque evitaba hablar directamente de la enfermedad de Irma o

cambiaba la función de algunos juguetes, por ejemplo, de la jeringa era, según él, un cohete. La inhibición para hablar o elaborar algo en relación a la enfermedad, se debía a la acción de la negación que fue cediendo conforme se iba sintiendo más seguro para elaborar algo en el espacio de juego.

La ansiedad de Toño ante la enfermedad, se debía a la relación fantaseada entre la condición que observaba en Irma y los ataques voraces y agresivos que dirigía hacia ella (inconscientemente), y por ende la culpa que de ello resultaba.

Los dibujos y narraciones de Toño, revelaban que él percibía la tristeza de Irma y la relacionaba directamente con la enfermedad, por ejemplo, la narración del dibujo de *la casa* **T.4d**: Yo: *¿quien vive ahí?*, Toño: *“mi papá, Lulú, mi abuelito y mi abuelita Maria, el bebé, mi madrina y nada más”*, Yo: *“¿quién es el más feliz?”*, T: *“todos”*, Yo: *¿quién está triste?*, T: *“mi mamá porque está enferma”*. También mencionó el enojo que observaba en su madre en la *sesión 6*, al explicar su dibujo **T.6b.**: Toño: *“Es mi mamá, pero nada más que esta enojada”* (lo dice engrosando su voz), *“Na’más que se enojó porque le tiraron al bebé”*, Yo: *¿y quien lo tiró?*, T: *“Lulú”*. De acuerdo a la entrevista, Irma solía tener episodios de enojo o tristeza y ella misma era capaz de percibir cómo afectaba a sus hijos. En su fantasía, Toño atribuía el origen del enojo de Irma a los ataques agresivos que él le había dirigido como resultado del odio que experimentaba hacia ella, y que en su dibujo, lo proyectaba en Lulú para evitar la culpa.

Toño asociaba el deterioro de Irma con la enfermedad, sin embargo, inconscientemente para él, ese deterioro era producto de los ataques que le dirigía, ya fuera por agresividad o voracidad; también podemos observarlo cuando al jugar a “los doctores” (*sesiones 9, 10, 11*) no podía dar una razón a la enfermedad de los juguetes, sin embargo describía el padecimiento como acción de un objeto “invisible” (p.e. el hueso invisible), que claramente evocaba al monstruo invisible: el objeto persecutorio, que era la proyección de su voracidad y agresividad.

Al observar cómo su mamá iba perdiendo habilidades y mostraba cambios importantes (principalmente en su aspecto físico), Toño empezaba a percibirla como otra persona,

como otra mamá, *la sana* había desaparecido (la había perdido); esto ocurría porque la *imago* que tenía de Irma ya no concordaba con la imagen de la “Irma externa”. Las múltiples referencias al cabello, ya fuera el exceso o la falta de él, son un ejemplo del impacto que la nueva apariencia de Irma le había causado.

La ausencia de Irma era un abandono y verla distinta era ver a otra persona, todo esto le daba la sensación de haberla perdido aun cuando estuviera presente, ella no era su mamá; el dolor de haberla perdido desencadenó las defensas maniacas con el fin de evitar la pena, estas defensas parecían ser inicialmente actividades reparatorias, sin embargo, al observarlas con detenimiento se podía observar que no lo eran: Toño no reparaba internamente la imagen de Irma, la “maquillaba”, trataba de compensar su debilidad al dibujarla fuerte, con cabello y maternante, esto era una **reparación omnipotente** negando la condición de Irma (**d. T.6b**).

Vemos acciones reparatorias muy simples desde las primeras sesiones, por ejemplo en la *sesión 2* cuando devuelve la plastilina al bote al observar que estaba vacío porque él la había sacado.

Toño no mostraba directamente una actitud agresiva hacia su madre, a pesar de que experimentaba odio por ser abandonado, sino que la agredía simbólicamente; esto fue evidente en la *sesión 11* cuando Irma se acercó a despedirse porque sería internada, en ese momento Toño le mostró la jeringa de juguete (de entre todos los juguetes que pudo haberle mostrado); éste juguete cumplía principalmente la función de curar pero a la vez tenía una connotación agresiva: “picaba” al cuerpo enfermo. Este acto agresivo cobró mayor significado cuando amenazó con picarme con un lápiz al anunciar el fin de la sesión, que para él era una separación y abandono.

El miedo de la separación y abandono lo vemos en transferencia, cuando en las últimas sesiones cobró importancia el tema de mi permanencia, así como la posibilidad de predecir y controlar mis visitas y ausencias, lo que no era posible con su madre.

Fantasía en relación al padre:

En Toño, el complejo Edipo estaba presente y rumbo a su elaboración, lo cual intervino en las fantasías que producía.

Inicialmente, Toño mencionó al monstruo invisible como el responsable de la desaparición y aparición de su madre, como el ser que la dañaba por dentro o la encerraba en una caja. Así, conforme enriqueció sus producciones, se observó que para Toño, en ocasiones su padre era el monstruo invisible, porque era quien la llevaba al hospital, y el único que podía verla ahí.

En la *sesión 6* se observa que Toño lo percibía como un ser agresivo cuando explica el dibujo de la familia (**d. T.6a**) T: *“Es que mi papá esta enseñando las pompas y el bebé y yo estamos haciéndole así (cierra sus ojos y agacha un poco su rostro)”*, Toño se refiere a mostrar “las pompas” como un acto evidentemente agresivo hacia él, también en su narración hay alusiones de agresión por parte de su padre hacia su madre, representada por la montaña (pecho), en el dibujo **T.6b**: Yo: *“¿Quién incendió la montaña?, Toño: “Mi papá se brincó hasta arriba, le incendió y ya se le salió el humo”*.

En la *sesión 8*, vemos la identificación con el padre y por consiguiente con el objeto persecutorio, cuando Toño mencionó y dibujo al monstruo invisible que se había robado a la niña, y agrega al juego y dibujo un “monstruo niño”, T: *“que era su hijo”*; vemos nuevamente la idea de un padre-monstruo que daña a la niña- Irma, el niño (Toño) también era un monstruo, por la identificación con su padre, aunque el objeto persecutorio era una proyección de su agresividad y voracidad.

Tema de Muerte:

Es importante mencionar los afectos y defensas que se generaban hablar de la muerte, tema que estuvo presente durante todo el proceso; hablar de las pérdidas, inevitablemente remitía

a Toño al tema de la muerte. La muerte de su madre era la principal preocupación a la que estaba sujeto y que teñía sus juegos y narraciones.

Se observó que el “concepto de muerte” que tenía Toño era más complejo de lo que se esperaba a su edad, él ya asociaba la muerte con seres concretos como fantasmas, o a la acción de volar o ir al cielo, y como el resultado de un daño al cuerpo como caídas y golpes en la cabeza. Toño asociaba la muerte a los huesos y esqueletos; algunos de sus dibujos contenían claras referencias a la muerte, por ejemplo, al dibujar al conejo pequeño con huesos (**d. T.3e**) o el dibujo **T. 9d**, donde hace el esqueleto de un tórax, o también por cadenas de asociaciones como en la *sesión 10*: Toño revisa la boca a la muñeca y dice que no hay huesos, T: “*Si no, le va a doler. Salen más huesos, va a estar huesuda, va a bailar como las calacas*”.

Se esperaba que Toño hablara de la muerte como un hecho reversible, y lo hizo, sin embargo, podía dar cuenta del carácter irreversible de la muerte, ya que anteriormente tuvo una experiencia directa con la pérdida de su abuela: Toño hace un sonido, como de un golpe al caer, rápidamente Toño toma el conejo más pequeño...dice sonriendo “y *Box bunny ya se murió*”, le pregunto “*¿qué vamos a hacer?*”, él lo levanta sonriendo y dice: “*los engañé*”, al decir: “*los engañé*”, se pone en evidencia una **negación de la irreversibilidad** de la muerte y no la inmadurez de este concepto. Esto también se observó en la *sesión 7*: Toño: “*estoy muerto en mi casa porque ‘vuelé’ bien alto y me morí... no..., era en el día del niño y después se desenterraron (los títeres muertos) y se fueron porque dijeron mentiras, se salieron de las tumbas, y después enterraron pero a nadie, después los buscaron y no había nadie*”.

La primera referencia en sesión acerca de la muerte fue en relación a su abuela y a aclarar que estaba muerta, lo que señaló la importancia que tenía este tema, y la necesidad de expresarlo. A partir de esta primera referencia, se abrió el camino para que la muerte estuviera presente en todo el proceso.

La muerte generaba angustia, por ello el tema principal de los juegos de Toño eran las pérdidas, como por ejemplo la *sesión 8* la pérdida de un objeto y la muerte estaban ligadas: “*la niña es secuestrada por el monstruo invisible, y enterrada en un cofre del tesoro*”.

Al introducir el tema del miedo (*sesión 3*), Toño negó temerle a algo, sin embargo durante el juego se detectó miedo a la muerte en la cadena de asociaciones elaborada por él y su hermana: ambos mencionaron como objeto de miedo: una araña, pero poco a poco el tema se dirigió a **la muerte** de la araña, lo que reveló que, aunque no lo mencionaron tácitamente, el temor a la muerte estaba presente. Negaron temerle a algo, porque el espacio aun no era lo suficientemente seguro para sostenerlos en este miedo, cuando Toño negaba el miedo a la araña, negaba el miedo a la muerte.

La fantasía de Toño, era que los ataques agresivos que dirigía en contra de su madre le provocaban la muerte, el dibujo **T. 6c.** (el circo que se incendia) nos muestra esta relación, ya que mencionó en la narración de su dibujo ataques agresivos hacia el objeto bueno (su madre) desde el interior (proyección introyectiva) Yo: “¿y qué le pasó al circo?”, Toño: “Se incendia, unos malos lo incendiaron y se vino el humo para el circo por un hoyo, por eso todos estaban tosiendo”, Yo: “¿Algo más?”, Toño: “Que los señores, los payasos, no se hicieron así (no tosieron) porque los payasos salieron rápidamente, los otros iban a salir y no pudieron”, Yo: “¿y qué les pasó?”, Toño: “Los gatos también se salieron rápido y también echaron humo allá afuera, nada más que los payasos se fueron arriba a una montaña más y más grande hasta el cielo y ya”.

Según la narración, los objetos internos de su madre eran atacados (con fuego) y morían, había algunos que se mantenían (payasos), pero finalmente también morían, esto se dedujo cuando mencionó que los payasos iban al cielo; el tema de muerte fue disfrazado, para él en esencia ir al cielo es morir. Este dibujo refleja una regresión, al dibujar un circo que representaba el pecho, un objeto parcial, propio de la posición esquizo-paranoide, representa al objeto total (su madre) destruido.

Ante el deterioro propio de la enfermedad, Toño veía a su madre destruida y ligada a la muerte, para conservarla la introyectaba tal como era en la realidad material y al mismo tiempo se identificaba con ella, por ello jugaba a estar muerto: Toño no logra sacarle más punta al lápiz y lanza el sacapuntas y el lápiz, no los recoge, toma otro juguete, luego los levanta y empieza a sacarle punta a la goma, dice: “a la goma si se le saca, si entra, ¡ah ya se atoró con la cinta!, estoy quedando muerto y muerto y muerto”, aquí la muerte no es súbita, sino gradual, tal como la enfermedad terminal.

Otras referencias a la muerte se observaban cuando jugaba a desmayarse (*sesión 8*), pedir que pusiera las cajas de juguetes sobre su cuerpo (*sesión 4*), o tirarse en el piso y simular que estaba muerto (*sesión 7*).

Fantasia del Monstruo Invisible (fantasia paranoide)

La fantasía que encierra el conflicto de la pérdida del objeto bueno es la del “monstruo invisible”, para su análisis se observaron las características principales de este objeto persecutorio:

1. era un ser invisible, por lo tanto incontrolable.
2. él robaba juguetes (objetos buenos), los hacía aparecer y desaparecer.
3. se robó a la niña, y la enterró
4. era quien atacaba el cuerpo de Irma desde el interior

La función principal de esta fantasía era explicar la ausencia de Irma (el monstruo invisible se la había robado), su enfermedad (el monstruo invisible la dañaba por dentro), y sus múltiples separaciones.

Este monstruo invisible es un objeto malo, de acuerdo a Melanie Klein se forma a partir de proyecciones de hostilidad del yo al exterior y se experimenta como una fantasía persecutoria; es el receptáculo de aquello que Toño rechazaba de sí mismo (agresividad y voracidad), de este modo, desplegó una serie de defensas que tenían como fin su aniquilación o control, tales defensas eran:

a. Negación mágica omnipotente del objeto persecutorio: que consiste en idealizar el objeto perseguidor y tratarlo como ideal, incluso el yo se identifica con este objeto pseudo ideal con el fin de mantenerlo bajo control, y se expresaba en el juego cuando él era quien robaba o dañaba los juguetes, cuando lo transformaba en príncipe, o al identificarse con el niño-monstruo. Por otra parte, según Klein, esta negación mágica también se basa en la fantasía de total aniquilación de los perseguidores (Segal, 2003, p. 32) y que se observó

cuando lo transformó en un bebé conejo o dibujó al monstruo invisible sin ojos (sesión 8, **d. T. 8a**).

b. Control obsesivo del ambiente: Por la angustia paranoide, percibía su ambiente amenazante, por ello buscaba controlarlo en su entorno manipulando la cámara de video que representaba un objeto persecutorio. Otra manera de hacerlo, era por medio del orden obsesivo de sus materiales o pedir que se escribiera su nombre justo donde él lo indicaba. Esto también lo podemos notar en la importancia que tomaron algunos objetos como los lentes, los cuales le permitían ver-controlar al monstruo invisible

c. agresión hacia el objeto persecutorio: Según Klein, es una manera de atacar al objeto malo, y se observó en actividades como crear una máscara para asustar (*sesión 5*), o crear con la cinta adhesiva bolas que eran asociadas al excremento y que servían para proteger los materiales del monstruo invisible y a la vez atacarlo.

Cuando estas defensas no eran suficientes para controlar al objeto persecutorio, se podía observar a Toño en un estado de desorganización, por ejemplo en la *sesión 8*, sus acciones eran en su mayoría caóticas debido a que se sentía atacado por el objeto persecutorio; se percibía a sí mismo indefenso y desbordado por la angustia, por ello es que comenzó a introducir a su fantasía elementos reales (martillo, estetoscopio).

Al ser este objeto malo el resultado de las proyecciones, Toño lo experimentaba como un ser ajeno y externo, lo identificaba con su padre, su hermana, incluso con la enfermedad misma según se sintiera agredido o despojado por ellos. Toño se identificó con el monstruo invisible, así él tenía ese poder destructivo, lo que al mismo tiempo lo llevó a reconocer esta destructividad en sí mismo, y a que diera paso a la posibilidad de iniciar el proceso reparatorio y por consiguiente la elaboración del duelo. Sin embargo la ambivalencia de amor-odio y las defensas maniacas no permitían completar este proceso.

Reparación y defensas maniacas

A continuación se presentan las principales defensas maniacas que desplegó Toño en su juego, así como las actividades que mostraban una reparación incipiente, ya que estos mecanismos se relacionan con el éxito o fracaso de la elaboración del duelo y su comprensión nos permite ubicar la experiencia de pérdida en un plano más completo.

Toño estaba experimentando múltiples pérdidas, principalmente la de su madre, que en un principio eran adjudicadas al objeto persecutorio; Toño se sentía responsable inconscientemente de esta destrucción y pérdida; más adelante empezó a reconocer esta destructividad en si mismo y la pérdida del objeto, reactivándose la ansiedad depresiva¹³, lo que le llevó al deseo de recuperar lo que había destruido, sin embargo, las defensas maniacas aparecían ante el dolor que este proceso implicaba, y retardaba la elaboración del duelo. Las defensas observadas fueron las siguientes:

- ✦ **desprecio del objeto:** Cuando Toño no pidió que escribiera su nombre en el dibujo de su perro y lo lanzó a la caja, desechándolo, con el fin de no sentir pena por el objeto perdido. En la *sesión 10*, al no lograr reparar su goma simplemente la lanzó, este mecanismo es el que utilizaba cuando se separaba de Irma, la devaluaba o la ignoraba, y se extendió en transferencia cuando la sesión estaba por terminar simplemente me ignoraba encendiendo el televisor, era la manera de disminuir la angustia de la pérdida.
- ✦ **magia omnipotente**, a través de ella era capaz de reparar mágicamente el objeto dañado y desaparecer al objeto persecutorio de manera rápida y sin esfuerzo alguno, esto lo vemos cuando habla de poseer magia (*sesión 5*) o cuando en el juego de los doctores me dio hijos-objetos enfermos; en su posición maniaca de doctor omnipotente, se otorgaba un lugar de poder y control (incluso sobre mí). Un poder reparatorio omnipotente.
- ✦ Al sentirse vacío, buscaba **llenarse de objetos** no creándolos o reparando los propios sino tomándolos del interior de alguien más, en este caso, de su hermana, vaciando su caja de

¹³ Que consiste en: “el peligro fantaseado de destruir y perder a la madre a consecuencia del sadismo del sujeto” (Laplanche & Pontalis, 1993, p.276),

juguetes, o de mi, al buscar en mi bolso plumas para hacer sus dibujos, su actitud hacia los objetos era voraz, ante la culpa de haber vaciado el interior devolvía los objetos a su lugar.

- ✦ **desconocer o negar el objeto perdido como propio**, por ejemplo en la *sesión 11*, se refería a su caja de juguetes y a su contenido como algo ajeno, negando así el dolor e importancia que tenía para él el objeto que había dañado (una goma) y al que no podía reparar.
- ✦ En las últimas sesiones Toño se comportaba agresivo y maniaco (gritaba, corría, no atendía) cuando destruía un juguete y no lograba repararlo en la realidad. Desde el inicio del proceso, mostró indicios de una reparación incipiente como devolver la plastilina al bote o las plumas a mi bolsa, pero estos intentos fueron más evidentes cuando se acercaba la separación de su madre e iniciaron las sesiones donde el tema principal era curar a los enfermos.
- ✦ Toño no era capaz de elaborar una reparación adecuada debido a la ambivalencia que experimentaba hacia Irma, por ejemplo, en la *sesión 9*: vemos la asociación que elaboró entre el cinta adhesiva y las heces cuando intentaba reparar algo con cinta adhesiva, al no poder manipularla, se enredó; Toño lo experimentó como quedar “atascado” con la cinta (porque eran heces); en otra ocasión intentó reparar las tijeras de su hermana golpeándolas con un martillo de juguete, lo que pone de manifiesto una actitud agresiva.

En la *sesión 9*, el juego de los doctores daba inicialmente la idea de una reparación, sin embargo continuaba siendo maniaca por su carácter omnipotente: T: “*Yo si estoy listo, tengo tantas cosas de doctor*”.

- ✦ En las últimas cuatro sesiones, emergió con más claridad el tema reparatorio y la elaboración de la separación que tendría lugar en los días posteriores (Irma sería internada). La separación era experimentada como una escisión o fragmentación de sí mismo, como perder una parte de su cuerpo: T: “*ay mamá toda... ay mi mano se perdió*”. Siempre la pérdida o desaparición de un juguete o material evocaba inconscientemente la desaparición o pérdida de su madre, lo que se confirmaba cuando Toño no encontraba un objeto en su caja y gritaba: “*mamá*”. Ante éste sentimiento de pérdida aparecían las defensas maniacas como la magia omnipotente de aparecer el objeto perdido: Yo: “*¿Se perdió la mano, y ahora?*”, Toño:

“la aparezco”, Y: “¿Como?”, Toño: “con mi magia shhh. ya, la aparecí acá (señala sus piernas)”, interrumpiendo la reparación.

Al final del proceso las actividades y deseos reparatorios empezaban a ser más evidentes y las defensas maniacas poco a poco se moderaban aunque seguían siendo la principal defensa contra la pérdida del objeto.

El juego de los doctores tenía la función de reparar a Irma, recuperarla y ser el medio para elaborar la separación inminente. Toño y Lulú se referían a la actividad de curar como *recuperar*, es decir, recuperar a su madre. En cuanto Toño asumió el papel de doctor que curaba (o reparaba) poco a poco la agresividad disminuyó en el juego.

Percepción de la familia y del mundo externo:

A partir de la enfermedad de Irma, el mundo de Toño cambió, su espacio familiar se vio gravemente alterado, los roles, rutinas, planes y convivencia cambiaron totalmente, a lo que él no fue ajeno; hablar de esto por medio de los dibujos fue una actividad importante, y nos permitió observar cómo percibía a su familia, y la situación en la que se encontraban:

El dibujo **T.2a**, muestra una familia desintegrada y a la cual él intentaba unirla creando vínculos entre los objetos que dibujaba (líneas); por la manera que dibujó a la figura materna, se observó de nuevo cómo percibía a su madre: rota, distorsionada, diferente a los demás integrantes. También en el dibujo **T.3f** notamos nuevamente la idea de unir elementos del mismo grupo o familia.

En la *sesión 4*, Toño manifestaba conflicto en relación a su situación familiar actual derivada de la enfermedad de Irma. Un aspecto importante era la falta de predictibilidad en cuanto a la presencia de Irma y con ello el sentimiento de pérdida de control sobre el ambiente, debido los cambios en su dinámica familiar. Toño se sentía preso en esta situación, por ello expresó su deseo de libertad: (*sesión 4*) Yo: “¿y qué le pedirías a Dios?”, Toño: “Que me ‘dara’ libertad”.

Esto mismo se observa en la *sesión 12* cuando Irma regresó a casa el mismo día que fue a internarse para tratamiento; Toño se enfrentó a una realidad impredecible e incontrolable: él no esperaba tal situación debido a que integró en las últimas sesiones la separación y la esperanza de la futura reunión con su madre, al ocurrir lo contrario, nuevamente su medio se tornó caótico, provocando una regresión en su juego e insistió jugar a las pistas (buscar respuestas).

Conclusión del caso de Toño

A través de su juego y producciones, Toño nos permite ir descubriendo cómo es que se desplegó la experiencia de pérdida gradual; cómo es que pasó de la negación de la enfermedad a un inicio de reparación del objeto perdido.

El hecho de que Toño fuera menor a Lulú, aún por solo un año, marcó una gran diferencia encontrándose menos inhibida la fantasía y por consiguiente, fue posible obtener más información e interpretaciones en relación a su experiencia.

La pena por la pérdida del objeto estaba presente y fue evidente cada sesión, Toño podía dar cuenta de la pérdida de su madre y esto generó diversas fantasías que reagrupamos en: agresivas y reparatorias, pero ambas con un matiz maniaco por su carácter omnipotente.

Toño había perdido a su madre aunque estaba viva, había perdido su vida anterior, a su padre, su estabilidad, etc. Ante estos sucesos se reactivó la posición depresiva en relación a la pérdida de su mamá, a quien sentía haber perdido en el exterior y en el interior por ello la sensación de vacío y de estar destruido (Klein, 1983, p.287)

Toño mostraba al principio incapacidad para asumir su destructividad, y sentimientos experimentados en torno a su madre, de hecho es algo que no decía con palabras, sin embargo, su constante necesidad de reparar los juguetes que él mismo rompía nos muestra un primer reconocimiento, aunque interrumpido constantemente por las defensas maniacas desplegadas en sesión.

Toño desplegó una serie de fantasías ricas en contenido y significado, lo que le permitió no sólo expresar miedos o deseos, sino también reconocerlos como propios y reconocerse en esas fantasías como el niño monstruo que ataca a su madre. Esto por supuesto, implicaba un trabajo emocional y defensivo intenso y que manifestó en las sesiones, a veces como conductas maníacas o inhibición de la fantasía por acción de la represión.

El proceso de duelo es más dinámico en Toño gracias a que él puede expresar el amor y el odio que experimentaba por la pérdida de su madre, aun cuando las defensas maníacas interrumpían constantemente, fue capaz de ir reconociendo su realidad psíquica, su transitar por el dolor de la pérdida.

Toño podrá realizar un trabajo elaborativo en tanto cuente con un “entramado representacional” en la realidad material, esto es, la participación activa de los que están a su cuidado para apoyarlo en la asimilación de esta pérdida, ubicándola en un plano donde él compruebe constantemente que no fue el autor omnipotente de la situación de Irma, esto durante su crecimiento y maduración, y que con la ayuda de la prueba de realidad, pueda reorganizar su mundo interno, de manera que “recupere” a Irma en un trabajo reparatorio y supere el trabajo duelo que esta pérdida ha desencadenado, permitiendo una integración de personalidad más adecuada.

VI. DISCUSIÓN.

El estudio de la fantasía, como un medio para aproximarse a la experiencia de pérdida afectiva, plantea un arduo trabajo de observación, elaboración y análisis, y por otra parte, es el “espacio” más rico en contenido y significado en el trabajo exploratorio con niños.

Se considera que la fantasía no se opone a la realidad, sino que la organiza, ya que el niño no experimenta de manera directa la realidad externa, sino “deformada” por la fantasía, integrando la realidad psíquica; y ambas, la realidad material y la realidad psíquica coexisten e integran la experiencia del niño.

Ya se habló de la importancia de la realidad psíquica y su preponderancia para la explicación de la integración de la personalidad del humano y ubicar el origen de diversos malestares emocionales; en el caso de la investigación que aquí se presenta, explorar el transitar en el trabajo de duelo.

Es evidente que la fantasía dirige inicialmente la posible resolución o desviación del duelo, sin embargo no lo determina totalmente. Al ser el trabajo de duelo un proceso dinámico influenciado, es posible cambiar el sentido de su desenlace, a través de la participación de otros factores externos como por ejemplo, la contribución de los adultos al cuidado de los niños dolientes.

En relación a lo anterior, cabe mencionar que la fantasía interviene a su vez en el medio externo, principalmente en la relación del niño con sus padres: vimos en este trabajo de investigación cómo cada niño tenía una fantasía específica hacia cada uno de ellos y que esto se reflejaba en la convivencia cotidiana, por ejemplo, Antonio refirió que era más irritable a partir de la enfermedad de Irma, tal estado de ánimo era interpretado por Toño como un ataque agresivo hacia él por acción de la proyección de la agresividad que experimentaba hacia su padre.

A través de este trabajo de investigación, podemos ubicar la importancia y el alcance de la fantasía en la experiencia de pérdida inminente: observamos cómo es que la fantasía explicaba el origen de la enfermedad, a través ella los niños encontraban la cura, también destruían objetos, o bien les otorgaba el poder de unir mágicamente a la familia, por medio de la fantasía los niños controlaban el miedo, y tenían acceso a un mundo de experiencias que aun se considera exclusivo para los adultos : el enfrentar y esperar la muerte lenta de un ser querido.

Otro lugar en el podemos identificar la acción de las fantasías es “el cuerpo”, en aquello que llamamos *síntomas*, que no son, sino la expresión de fantasías no jugadas. En el caso de Toño vimos que detrás de su enuresis, estaba una fantasía agresiva o detrás del intenso miedo a la oscuridad, actuaba la angustia primaria; por otra parte, Lulú mostraba miedo a las arañas, síntoma que escondía un profundo miedo a la muerte de su madre.

Ahora bien, el estudio de la fantasía también supone una serie de retos y problemas que en este trabajo surgieron y a continuación se exponen:

En primer lugar, la fantasía no es directamente observable, sino que se infiere principalmente a partir de las producciones del juego, palabras y dibujo del niño, para su análisis se requiere un vasto conocimiento en torno a la naturaleza de este proceso, así como de la teoría bajo la cual se apunta a ese ejercicio analítico; en este sentido al no tener una formación psicoanalítica sólida, la investigación no apuntó a una labor interpretativa a profundidad buscando los orígenes de *toda experiencia* de los niños, sino que principalmente se intentó detectar y describir las fantasías que se desplegaban en sesión, darles una continuidad evolutiva y vincularlas con el contexto familiar, con el fin de dar una aproximación a la situación emocional de los niños y tratar de entender las necesidades específicas que manifestaron en medio de la experiencia de pérdida inminente.

Por esta misma razón, no se interpretó ni se intervino directamente durante la hora de juego, debido a ese que no era el objetivo; sino que básicamente se observó dentro de las

producciones de los niños (juego y dibujo) el despliegue de las fantasías generadas en torno a la experiencia de pérdida y abandono.

Una característica importante de las fantasías es que no son estáticas y terminadas por la influencia que reciben del mundo externo, esto nos lleva a atender constantemente el contexto; en esta investigación se buscó incluir la dinámica familiar, no obstante no fue posible ir más allá de la información que se obtuvo de las entrevistas dirigidas únicamente a los padres; se considera que se habría enriquecido la investigación al incluir otros personajes importantes en la vida de los menores y que indudablemente formaban parte de la experiencia de los niños, por ejemplo, las observaciones de las maestras, del abuelo paterno, la abuela materna, los primos y amigos; su participación como informantes habría dado mayor sentido a algunas fantasías observadas en el espacio de juego

Se considera que el desempeño de los padres dentro de la situación de entrevista habría sido más productivo, y la información proporcionada por ellos más fiel, si cada uno hubiera trabajado por separado, ya que se observó que hizo falta un espacio individual para que pudieran hablar y ser escuchados sobre su experiencia de pérdida sin la presión de la reacción de su pareja.

Al punto anterior se suma la importancia de tomar en cuenta las fantasías de cada padre en torno a la pérdida inminente, y por supuesto el transitar del duelo de cada uno; esto no sólo por la influencia que tienen sobre la experiencia de pérdida del niño, sino que sería un indicador muy importante de cómo el niño ira elaborando el duelo posterior a la muerte del padre o la madre de acuerdo a autores como Sonia Ihlenfeld y Melanie Klein.

Otro aspecto contextual en el que faltó profundiza, fue en la descripción detallada de la condición de la enfermedad de la madre: hablar de los síntomas y signos del padecimiento, las crisis que los niños presenciaban, los cuidados requeridos y los cambios de estado de ánimo que se mencionaron en la entrevista. Tal información habría ofrecido un cuadro más completo de la relación entre lo que observaban los niños de la enfermedad de la madre y las fantasías que esto generaba.

El hecho de que los niños no estuvieran al cuidado de un adulto específico y que sus padres no pasaran tiempo suficiente con ellos, implicó un inconveniente en la detección de cambios y síntomas que era importante abordar, aunque en ocasiones un niño denunciaba algún síntoma del otro, por ejemplo, posterior al tiempo determinado para el registro de sesiones (es decir a partir de la sesión 13), Lulú mencionó que la encopresis de Toño había desaparecido, síntoma importante que no fue mencionado por los padres y que evidentemente tenía sentido en relación a las fantasías agresivas que se observaron en el proceso.

Un aspecto fundamental que no se abordó fue el Complejo Edipo, esto en razón de la amplitud y dificultad que entraña el tema. Es importante que en estudios posteriores el Complejo Edipo sea considerado como parte importante en el despliegue y construcción de las fantasías en torno a la pérdida del padre al que se le deposita la carga libidinal o del que funge como rival; de lo cual, se sabe resultan dinámicas importantes para la estructuración del menor.

Se observó que la hora de juego también ofreció beneficios al proceso de elaboración en el que se encontraban los niños; el trabajo dentro del espacio de juego contribuyó al inicio de un trabajo catártico (con el juego y dibujo), también les brindó una estructura al tener un calendario y horario establecido para las visitas de la investigadora, lo que también les dio un sentido de control y predictibilidad, al mismo tiempo se prestó atención y aceptación de los sentimientos, que directa o indirectamente, manifestaban en relación al evento que vivían, así como un acompañamiento en medio de la soledad y abandono que experimentaban al tener a sus padres y familiares ocupados en sus actividades diarias y su propio duelo.

Mediante el juego, se promovieron cambios en los niños, como la eliminación de la encopresis de Toño o en el caso de Lulú, la disminución de la inhibición de fantasía y la expresión de sentimientos cada vez más clara y directa.

Siendo el juego en sí la sublimación de fantasías, el niño que juega ya se encuentra en un trabajo elaborativo importante, por ello se debe contar con supervisión constante, a fin de observar y guiar adecuadamente el trabajo en sesión, evitando problemas o situaciones inadecuadas; en este trabajo se contó con la supervisión profesional de la directora de tesis, lo que permitió dar una atención adecuada a los niños.

Una vez mencionadas las dificultades que surgieron dentro de la investigación, podemos desarrollar las ventajas del estudio de la fantasía así como su contribución a otras investigaciones relacionadas al tema aquí abordado:

En primer lugar la fantasía ofrece un espacio rico en significados, emerge de manera natural y espontánea en las producciones de los niños, dando acceso a las experiencias sin ser disruptivos al evaluarlos haciendo preguntas directas en relación a la situación que se estudia.

Al ser la base de la explicación de la realidad psíquica, la fantasía nos permite dar un paso más allá de la detección y descripción de problemas en la vida diaria del menor, explicando el origen y significado de estos productos finales llamados síntomas, y al mismo tiempo buscar opciones más adecuadas en el tratamiento de tales conflictos, evitando suprimirlos sin entenderlos y dejando sin resolver el problema desde su origen y que seguirá manifestándose de una u otra manera.

Lo anterior se desprende de la revisión de las investigaciones citadas en el marco teórico que, si bien ofrecen información valiosa para el estudio del duelo del hijo del paciente terminal, dejan al aire aspectos importantes que enriquecerían la comprensión de la experiencia de estos niños.

Una aportación importante de los estudios mencionados, es la detección de la necesidad de ofrecer atención especializada a los niños que atraviesan la pérdida gradual de un padre o de una madre, así como la descripción detallada de los principales problemas y conflictos que presentan los menores.

Así mismo los estudios realizados del ambiente familiar y las dinámicas que se derivaban de tal situación, ofrecen una serie de indicadores que facilitaron la observación del contexto en esta investigación.

Se entiende que esta población infantil doliente se enfrenta a diversos retos, tanto en el mundo externo (su entorno familiar, social, económico etc.) como el interno (realidad psíquica) y es por ello que se debe abordar esta situación tomando en cuenta ambas áreas.

El primer aspecto que se debe resaltar de las investigaciones mencionadas, son las pérdidas asociadas al proceso terminal (Saldinger, et al , 1999), esto es, que a parte de la pérdida de la madre o el padre enfermo en su papel protector y proveedor, está también la pérdida del padre sano, lo que se presentó en esta investigación , debido a que el padre se dedicaba completamente al cuidado de su esposa quedando en segundo lugar la atención a los niños; la pérdida de la mascota marcó también un cambio y una pérdida importante, especialmente porque se relacionaba del padecimiento de la madre (porque era foco de infección). Todo el ambiente familiar fue alterado, lo que- como mencionaban los autores- provocó la pérdida del sentimiento de predictibilidad y estabilidad en los menores.

Sin embargo, en esta investigación no se menciona cómo se explica el niño tales pérdidas, cómo las experimenta y más aún como las enfrenta y busca solucionarlas (repararlas); dar respuesta a ello únicamente es posible internándose en la fantasía de despojo que los niños desplegaron en este trabajo de investigación.

Otro punto importante que se tomó en cuenta para la observación de la relación padre-hijo, fueron los hallazgos de Lewis, et al., (2000) en relación a las creencias erróneas que los adultos generan en torno al niño y la pérdida inminente. En el caso de esta investigación, se pudieron observar algunos de éstas creencias:

1. que la familia y en especial los padres comprendían la experiencia del niño.
2. que los niños eran capaces de interpretar el cáncer de su mamá de la manera menos dolorosa para ellos.

3. el compromiso paternal de un padre podían ser compensado por la práctica paterna del otro.
4. que el estado de ánimo y ansiedad de la madre eran filtrados y manejados sin afectar al niño.

Dentro de estos casos en particular, se observaron además otras creencias:

1. que los niños comprendían totalmente la situación de soledad en la que se encontraban y la aceptaban.
2. que no sentían rechazo hacia su madre y no habían cambiado la percepción que tenían hacia ella.
3. que se habían adaptado fácilmente a las demandas de la situación.
4. que no necesitaban información más detallada al respecto de su situación, porque de todas maneras no la comprenderían.
5. que la dinámica familiar no había cambiado.

Se puede explicar esta situación al detectar las defensas maniacas que trabajaban en las primeras etapas del duelo y que distorsionaban aun más la percepción de la situación externa, generando en los padres una idea equivocada de cómo sus hijos estaban viviendo el padecimiento de la madre. Ambos padres decían estar concientes de la importancia que tenía para los niños contar con apoyo psicológico, sin embargo no lo habían buscado hasta el momento en que se les ofreció como parte de los beneficios de participar en la investigación.

Mencionamos también la investigación de Saldinger, et al. (1999) dónde se demuestra que los niños son concientes de la severidad de la enfermedad del padre, aunque esto no se mencione en casa; esto fue especialmente evidente en ambos casos, ya que aun cuando los niños no sabían el pronóstico a partir de la explicación de un adulto, ellos hablaban constantemente de la muerte, que es en sí lo que se espera ante un proceso terminal; no lo relacionaban directamente a la enfermedad de su madre, pero todo el tiempo su juego

hablaba de esto a partir de lo que observaban del deterioro de su madre y las fantasías que se conjugaban con tal realidad.

En esa investigación también se observó que los hijos de pacientes terminales presentaban mayores problemas en el área emocional que los que habían perdido a su padre en un accidente, lo que le llevó a cuestionar la aplicabilidad de literatura sobre “duelo anticipatorio”.

A partir del conocimiento adquirido de la interrelación de la fantasía con la realidad, así como su dinámica y naturaleza nos permite aproximarnos a una explicación a lo anterior:

Se sabe que las condiciones ambientales determinan en parte la experiencia de pérdida, en este caso el tipo de muerte (accidental o gradual), sin embargo, también debemos tomar en cuenta los aspectos internos que se conjugan en medio de esta situación; es aquí donde la fantasía nos ofrece una explicación del porqué los hijos de pacientes terminales presentan más problemas emocionales, aun cuando tienen la posibilidad de elaborar la pérdida teniendo todavía con vida a su padre enfermo y poder despedirse de él.

A diferencia del niño que pierde repentinamente a su padre o madre, el hijo del paciente terminal pierde a diario a su padre enfermo, lo ve deteriorarse poco a poco y espera una recuperación ante la realidad de la muerte próxima, así, tiene que reestructurar continuamente la imagen interna de ese padre que va perdiendo, todo el tiempo se encuentra comprometida la identificación; mientras que el niño que pierde por accidente a su padre, no lleva a cabo un trabajo de este tipo, se puede decir que la imagen interna queda intacta.

A lo anterior se suma la acción de las fantasías infantiles: el hijo de paciente terminal, así como cualquier otro niño, tiene fantasías voraces que provienen de la pulsión de muerte, sin embargo, en su caso, estas fantasías omnipotentes se viven como reales ante la imagen de un padre empobrecido, deteriorado por la enfermedad, pero que se cree devorado por él, lo que le genera una gran culpa.

Cuando se pierde a un padre por accidente, también se presenta la culpa debido a los deseos inconscientes (y a veces conscientes) de muerte que pueden relacionarse al complejo Edipo o a otra situación, sin embargo, la acción de la prueba de realidad material va desmintiendo esta fantasía conforme avanza el tiempo, pero para el hijo del paciente terminal parece que la fantasía se confirma ante la imagen del padre enfermo.

En los dos casos explorados, vimos que inconscientemente los niños se vivían como autores de la condición de su madre, en sus fantasías la dañaban ya sea por voracidad o por odio; estas fantasías omnipotentes no era contrarrestadas por la realidad externa, lo que agravaba su culpa, lo que derivaba en el incremento de su angustia y por ende en la aparición de defensas maniacas o incluso esquizoides. Que se manifiestan en dificultades en diversas esferas del comportamiento.

Hablar de un trabajo de duelo es hablar de un proceso largo y penoso, no de un resultado que sigue inmediatamente a la pérdida, no implica la aceptación rápida de la realidad material, sino que está sujeto a un trabajo interno verdaderamente intenso que implica la acción a fantasías y defensas que se van a encontrar en conflicto con esa realidad exterior. Es por ello que los problemas emocionales observados y descritos en las investigaciones realizadas con hijos de pacientes terminales se pueden comprender mejor tomando en cuenta la acción de la fantasía:

Por ejemplo, Siegel, et al (1992), mencionan que los hijos de paciente terminales presentan más problemas en área social, síntomas depresivos y ansiedad que los niños de su comunidad; desde el punto de vista teórico de este trabajo, lo podemos explicar con la *reactivación de la posición depresiva* ante una pérdida que, sin ser total (por muerte), ya se vive como tal: recordemos que la posición depresiva implica una retracción del doliente hacia el interior, disminuyendo su interacción con el mundo externo, lo cual claramente incide en sus relaciones y habilidades de socialización; la ansiedad observada en los niños, se puede relacionar a la naturaleza de las fantasías y a las defensas que se generan contra

ella, las cuales pueden parecer patológicas como es el caso de las defensas maniacas y que se expresan de las maneras ya expuestas anteriormente.

Las observaciones de Christ, et. al. (1993) evidencian también la acción de las fantasías y la activación de la posición depresiva en los hijos de pacientes terminales, ya que todos los síntomas, miedos y sentimientos de culpa descritos en su investigación, son precisamente los aspectos que caracterizan esta posición y hablan del inicio de un proceso de duelo.

Por otra parte, vale la pena hablar de la polémica generada en torno a la posibilidad de presentar un trabajo de duelo en la infancia. Se mencionó en el marco teórico que de acuerdo con autores como Krueger (1983), e Nájera (1970) o Wolfenstein (1969), los niños no son capaces de llevar a cabo un trabajo de duelo sino hasta la adolescencia, donde cuentan con los recursos necesarios como un concepto de muerte maduro para comprender la importancia de la pérdida.

En los casos observados en esta investigación, ambos niños tenían edades comprendidas entre los 5 y 6 años; de acuerdo a estas teorías, ambos no contaban con un concepto de muerte maduro, ya que su maduración cognitiva no se los permitía, pero entonces cabe preguntarnos: ¿por qué hablaban de muerte?; una respuesta viable a esto, es el hecho de que ya habían vivido la pérdida de su abuela, en el caso de la niña principalmente, y existía a la vez un temor constante hacia la muerte de su madre, aun cuando no sabían concientemente del pronostico, hay una clara relación entre ausencia y muerte, finalmente estar ausente es estar muerto para un niño.

Ya se encontraba instalada en los niños, una idea realista de lo que era la muerte a pesar de su corta edad, ambos la experimentaban en sus juegos lo que desataba defensas como la negación, la cual, es parte del trabajo de duelo según hemos revisado en la teoría, entonces asumimos que sí es posible que un niño inicie un proceso de duelo aunque sea pequeño.

La presente investigación permitió observar que la posibilidad de presentar un duelo no está sujeto a la maduración cognitiva de este concepto, sino a elementos internos como son las

fantasías, las defensas; y que su resolución va a ser determinada a la vez por elementos externos como la participación de adultos que le sostengan en este proceso.

Una razón por la cual existe esta polémica o confusión en torno al duelo infantil, es el error en el que se incurre al tratar de “adultomorfizar” al niño, es decir, querer advertir en el niño reacciones que tienen los adultos ante una situación de muerte, o en este caso de diagnóstico terminal; observamos que los niños siguen jugando frente el ataúd de su padre, que no lloran todo el tiempo y por ello creemos que no dan cuenta de la situación, sin embargo, de acuerdo a las observaciones de este trabajo y el de otras investigaciones como las de John Bowlby (1980), sabemos que si son concientes de la importancia de la pérdida, sólo que la expresan de manera diferente.

Es cierto que es importante para la elaboración del duelo la conciencia de la irreversibilidad de la pérdida (juicio de realidad), a lo cual los niños pequeños aun no tienen acceso, pero no por ello se elimina la posibilidad de trabajar en el avance del duelo desde ese momento, en este trabajo se considera que es en ese momento que la participación de un adulto conciente va a ser de vital importancia en la estructuración de la experiencia, de acuerdo a lo revisado en el marco teórico con autores como Bowlby, Ihlenfeld y Klein.

Finalmente, se exploraron investigaciones como las de la de Christ. et al (1991) en la que se enfocaron en elaborar y perfeccionar un programa de intervención breve de Guía-paterna para facilitar la **adaptación del niño** a la enfermedad terminal y la muerte de un padre; el objetivo del programa era reducir las secuelas negativas a largo plazo. Uno de las observaciones elaboradas en esta investigación se refiere al hecho de que no todos los niños presentaban mejorías durante el proceso.

La posible explicación a esto se puede encontrar en una de las bases de esta tesis y que se refiere a la “subjetividad”. Al ser el proceso de duelo una experiencia subjetiva determinada por la interrelación de factores internos y externos, no podemos decir que todos los niños, a pesar de tener quizá los mismos antecedentes, van a reaccionar de la misma manera ante un programa estandarizado. Esto se presentó claramente en la

descripción de la experiencia de Toño y Lulú quienes aun siendo hermanos vivían su pérdida de una manera particular. Entonces, se comprende porqué cualquier esfuerzo por querer encajonar a un niño en un programa estandarizado, se verá frustrado o simplemente no rendirá los frutos esperados.

Es por esto que se hace una invitación al profesional de la salud mental a dirigir la atención hacia este terreno: la subjetividad, que muchas veces es desdeñado o evitado por la complejidad que involucra su estudio; sin embargo, tomarla en cuenta abriría puertas para lograr una amplia y profunda exploración de eso que llamamos trabajo de duelo y más aun atender al niño doliente de manera más efectiva y conciente.

VII. CONCLUSIÓN

A partir del trabajo de Sigmund Freud, y posteriormente de Anna Freud y Melanie Klein, se despertó el interés y la inquietud por la salud mental del niño; actualmente existe una gran variedad de escuelas y corrientes teóricas que, desde una perspectiva particular, ofrecen la posibilidad de dar al niño un espacio donde se atienda lo que se supone es su necesidad.

Aún cuando en México existen investigaciones sobre la infancia que abarcan ampliamente temas relacionados a las vicisitudes del desarrollo emocional, todavía es escaso el trabajo en torno al duelo infantil y peor aún, el trabajo con hijos de pacientes terminales, es nulo.

Una de las razones por la cual existe esta omisión, es el concepto que se tiene de lo que es el “trabajo de duelo”, el cual es ubicado a partir de la adolescencia y la adultez, dejando fuera a los niños.

Pueden existir trabajos en torno a este proceso, sin embargo no trascienden el consultorio o las notas clínicas de aquellos que se atreven a hablar de la existencia del niño doliente, en contraparte está la investigación masiva y diferencial que se queda corta y en un plano superficial, como una consecuencia de la necesidad constante en la psicología de la generalización y estandarización, evitando dilucidar la riqueza que se esconde detrás de los datos descriptivos y los números.

Es importante hablar de la propuesta de una coexistencia entre la investigación cuantitativa y cualitativa, es evidente que una complementa a la otra y es eso lo que permite acercarse de un modo más efectivo al objeto de estudio, y como resultado abre la posibilidad de ofrecer mejores espacios de atención ya sea al paciente, cliente, individuo, analizante o sujeto, y en este caso el niño, según la corriente en la que se atiende.

Uno de los objetivos de este trabajo de investigación es dar un primer paso al intentar llamar la atención, para dar inicio a un trabajo más amplio en torno a los niños mexicanos que se enfrentan ante el deterioro de su padre o de su madre que tiene diagnóstico terminal.

Aquí se abordaron dos casos, cada uno encerraba sus significados y representaciones, sus síntomas, sus juegos: el despliegue de sus fantasías, sin embargo posteriormente se pueden iniciar líneas de investigación que aborden en otro nivel y de diversas maneras este mismo tema, considerando y enriqueciendo los elementos ya descritos, ya que no existe este tipo de información en población infantil mexicana.

Esto nos lleva por fuerza al campo de acción del psicólogo clínico, no sólo dentro el consultorio sino precisamente dentro de los centros e instituciones de salud donde se atiende a los pacientes terminales; en la actualidad se encuentra en desarrollo la cultura de prevención en cuanto al duelo, ofreciendo atención psicológica a los familiares dolientes, es posible considerar que posteriormente se podría integrar al niño en esta cultura de prevención y en el proceso familiar de pérdida de un ser querido, creando espacios para atender esta demanda.

La generación constante de conocimiento a través de la investigación en torno al trabajo duelo, y la consideración de la importancia de la fantasía en el abordaje de tal proceso, abriría un abanico de posibilidades no sólo para el campo de acción del psicólogo, el psiquiatra, el trabajador social, o incluso de los padres; sino primeramente para el niño que requiere ser escuchado su dolor, su miedo, su odio y su amor para continuar en el camino de la integración.

El compromiso de este trabajo de investigación es principalmente con la población infantil de México, especialmente en la prevención y tratamiento de problemas emocionales en los niños atravesados por la pérdida de un objeto de amor; así como con la necesidad de aportar nuevos conocimientos al campo de la psicología.

VIII. REFERENCIAS

1. Aberasturi, A. (1984). Aportaciones al psicoanálisis de niños. Buenos Aires, edit. Paidós.
2. Baider, L., Cooper, C., Kaplan de Nour, A. (2000). Cancer and the family. England. edit Wiley.
3. Bowlby, J. 1960. Grief and Mourning in infancy and early childhood. Psychoanalytic study of the child. 15, 19-52.
4. Bowlby, J. 1980. La pérdida afectiva: tristeza y depresión. México, edit. Paidós.
5. Buendía, E. L. et al, (1998). Métodos de Investigación en Psicopedagogía. Madrid, edit. Mc Graw Hill.
6. Campoy, T. (1997). Un programa de intervención desde una perspectiva psicodinámica (la hora de juego kleiniana). Jaén., edit. Universidad de Jaén.
7. Christ. H Grace, Siegel Karolyyn, Freund Bárbara, Langosch Debora, Hendesen Shelly, Sperber Diane, Weistein Lois. (1993) Impact of parental terminal cancer on latency-age children. American Journal of Orthopsychiatry, 63 (3), 417-425.
8. Dirección General en Servicios de Salud. (2003). Anuario estadístico 2002, Secretaría de salud y Servicios de la salud en los estados. (p 149-160, 173, 178, 181 365,366).
9. Erikson, E. H. (1971). Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires, edit. Paidós.
10. Férez, G. J. (1998). Ética de la salud en los procesos terminales. España edit. San Pablo.
11. Freud, A. (1960) "A discussion of Dr. Bowlby's paper grief and mourning in infancy and early childhood, Psychoanalytic study of the child, 15, 53-62
12. Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. Obras Completas. Buenos Aires edit. Amorrortu.
13. Freud, S. (1915). Duelo y melancolía. Obras Completas .Buenos Aires, edit. Amorrortu.
14. Freud, S. (1927). Fetichismo. Obras Completas. Buenos .Aires, edit. Amorrortu.
15. Gartley, W., y Benasconi, M.(1969) The concept of death in children. Journal of Genetic Psychology 110, p 71.

16. Ginsberg, H., y Opper, S. (1969). Piaget's theory of intellectual development: an introduction, Englewood Cliffs, edit. Prentice Hall.
17. Heinmann P., S. Isaacs, Klein M., J Riviere (1967) *Desarrollos en Psicoanálisis*. Vol VIII, cap. III, *Naturaleza y función de la fantasía*. Buenos Aires, México, edit. Lumen, Horne.
18. Ihlenfeld, S. 1998. Duelos en la infancia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 88, 35-54.
19. INEGI. (2 de noviembre del 2003). A propósito del día de muertos. Disponible en Internet en formato PDF. México. Dirección: www.inegi.gob.mx/INEGI/ctenidos/español/prensa/contenidos/estadísticas/2003/Muertos03.pdf
20. Klein, M. (1948). *Amor culpa y reparación y otros trabajos, obras completas de Melanie Klein, Tomo I* (1990). Buenos Aires, edit. Paidós.
21. Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniaco- depresivos. Buenos Aires, edit. Paidós. Tomo 2, 1983. pp. 279-301.
22. Klein, M. 1934. Una contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. Buenos Aires, edit. Paidós. Tomo 2. 1983. pp. 253-278.
23. Koocher, G. P. (1974). Talking with children about death. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44, p. 404.
24. Krueger, D.w. (1983) Childhood parent loss: developmental impact and adult psychopathology. *American Journal of psychotherapy*, 37(4), 582-592.
25. Kubler-Ross, E. (1985). *Una luz que se apaga*. México D.F, edit. Paidós.
26. Laplanche, J., Pontalis, J. & Lagache, D. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona, edit. Paidós.
27. Lewis, F. M., (2000). Risk and protective factors of children's functioning with maternal breast cancer: a discriminant analysis. En L. Baider & C., C. Kaplan. (Ed.) "Cancer and the Family". 2000.(201-217) edit Wiley: England.
28. Maurer, A. (1966)., Maturation of the conception of death. *Journal of Medical Psychology*. 39, p. 35.
29. McIntire, M. S., Angle, C. R., y Struempfer, L. J. (1972). The concept of death in Midwestern children and youth. *American Journal of Disorders of the Child*. 123, p. 527.

30. Miller, J. B. M., (1971). Children's reactions to the death of a parent: a review of the psychoanalytic literature. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 19, p. 697.
31. Muñoz, B. J. (1988). *La fantasía infantil como defensa ante la agresión*. UNAM (Tesis de Licenciatura).
32. Nagy, M. (1948) The child's theories concerning death. *Journal of Genetic Psychology* 73, pp. 3-27.
33. Nájera, H. (1970). Children's reactions to the death of important objects: A developmental approach. *Psychoanalytic study of the child*, 25, 360-400.
34. Pelento M. 1995. Algunas consideraciones sobre los duelos en la infancia. *Diarios Clínicos.*, 6. Duelo y trauma. Bs. As. Lugar Edit.
35. Piaget, J. (1978). *La representación del mundo en el niño*. Madrid, edit. Morata.
36. Saldinger A., Cain A., Kalter N., & Lones K. (1999). Anticipating parental death in families with young children. *American Journal of Orthopsychiatry* 69, pp.39-48.
37. Segal, H. (2003) *Introducción a la obra de Melanie Klein*. México, Paidós.
38. Siegel, Karolyne., Mesagno F., Karus D., Christ. H Grace, Banks Karel, Moyniath Rosemary. (1992). Psychosocial adjustment of children with a terminally ill parent. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(2), 327-333.
39. Spinetta, J.J., Rigler, D., y Karon, M. (1974.) Personal space as a measure of a dying's child's sense of isolation, *J. Consul. Clin. Psychol*, 42:751,
40. Spinetta, J. J., Rigler, D., y Karon, M. (1973). Anxiety in the dying child. *Pediatrics*, 52, p. 841.
41. Spinetta, J.J., y Maloney, L. J.(1975). Death anxiety in the outpatient child. *Pediatrics*, 56, p. 1034.
42. Taylor, S. J. y Bogdan, R (1992). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Paidos Básica 37, Barcelona: Paidós.
43. Wolfenstein, M (1969). Loss, rage and repetition. *Psychoanalytic study of the child*, 24, 432-460.
44. Yin Robert, K. (1994) *Case Study Research, designing and Methods*. 2nd edition, USA, Sage Publications.
45. Yudkin, S. (1967). Children and Death. *Lancet*, 1, p. 37.

IX. Anexos.

- a. Protocolo de consentimiento Informado**
- b. Guía de entrevista**
- c. síntesis de interpretaciones generales por sesión**
- d. Dibujos de Lulú**
- e. Dibujos de Toño**

a. PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

La información que a continuación se le proporciona, es para que usted decida si desea participar en este estudio. Usted se encuentra en la libertad de no aceptar participar o de abandonar en cualquier momento la investigación sin que se vea usted afectado en cualquier aspecto.

El propósito de este estudio es comprender la experiencia por la que atraviesan actualmente usted y su (s) hijo(s) (así como su familia en general) al tener dentro de su familia un miembro que padece una enfermedad como la que padece su cónyuge.

El trabajo de investigación consta de un solo caso y se concentra principalmente en su participación y en la de su(s) hijo(s) de la siguiente manera: a través de entrevistas (3 ó 4) que le serán aplicadas a usted con una duración de una hora y que serán grabadas en audio y transcritas, y la observación de las sesiones de juego con el niño en las que se filmará y grabará lo que el o ella haga o diga, y se registrará en notas. Se realizarán en total 12 sesiones de juego con el niño con una duración de 40 minutos cada una aproximadamente, las cuales tendrán lugar tres veces por semana. El escenario donde se llevará a cabo el estudio será determinado con usted de acuerdo a sus posibilidades.

Puede preguntar cualquier cosa relacionada al estudio ya sea antes o durante su participación. Al terminar la investigación compartiré los resultados obtenidos con usted y su(s) hijo(s). Es importante que sepa que su nombre o el de su(s) hijo(s) no se asociará con la investigación de ninguna manera, y su identidad como participantes será conocida solo por mis asesoras y por mi.

Los riesgos que podrían presentarse durante el estudio serían básicamente cambios al principio de la investigación en la conducta de su(s) hijo(s) que aparentemente serían negativos, sin embargo es importante que tome en cuenta que durante el estudio su hijo a travesará por un proceso que involucra sentimientos intensos que deben expresarse para tener la posibilidad de solucionar algunos problemas que tal vez usted ya observa en él o ella, y también que estará siendo supervisada por expertas en psicología infantil.

Los beneficios que obtendrá son: la oportunidad de recibir apoyo psicológico para su(s) hijo(s) durante la investigación, contar con información acerca de la percepción de su(s) hijo(s) que le ayudará a comprenderlo y apoyarlo al enfrentar la situación que actualmente viven, todo lo anterior sin costo alguno.

Los resultados y algunos fragmentos de las grabaciones serán publicados en la tesis de licenciatura, presentados en el examen profesional y en el futuro posiblemente presentados en un congreso o revista, pero su identidad se mantendrá en secreto, así como cualquier dato que pudiese revelarla.

A continuación puede firmar este consentimiento aceptando participar en este estudio con pleno conocimiento de la naturaleza y propósito de los procedimientos así como de sus derechos.

Se le hará entrega de una copia de este protocolo de consentimiento informado para que usted lo conserve.

Firma del participante.

fecha: _____

b. GUÍAS DE ENTREVISTA.**FICHA DE IDENTIFICACIÓN del padre o madre sano.**

Nombre
Edad
fecha de nacimiento
sexo
escolaridad
ocupación

FICHA DE INVESTIGACIÓN del niño.

Nombre
Sexo
Edad
Fecha de nacimiento
Escolaridad.
Hijo único o lugar que ocupa entre sus hermanos

Familiograma:

DESARROLLO GENERAL.

- I. Datos sobre concepción, embarazo y nacimiento del niño.
 - a.) En que condiciones se encontraba la familia en la concepción del menor.
 - ¿Fue deseado y/o aceptado?
 - Situación socio económica al momento de la concepción
 - b.) Condiciones del embarazo y nacimiento
 - Problemas de salud durante el embarazo
 - Tipo de parto, complicaciones durante labor de parto.
 - Complicaciones posteriores.

- II. Desarrollo.
 - a.) lactancia y destete
 - tiempo de duración de la lactancia.
 - Condiciones en las que se llevó a cabo destete y problemas de alimentación posterior al destete
 - b.) control de esfínteres

- edad en que se llevó a cabo
 - problemas que se presentaron
 - c.) alimentación.
 - Problemas en la alimentación.
 - d.) Lenguaje
 - Aparición del lenguaje, primeras palabras
 - Problemas de lenguaje
 - e.) salud en general.
 - Enfermedades desde el nacimiento a la actualidad
 - Hospitalizaciones y su duración.
- III. Desarrollo escolar.
- Edad en que entró a la escuela
 - Desempeño a la actualidad
 - Problemas de aprendizaje
- IV. Desarrollo social.
- Cómo se comporta con sus pares
 - Tiene amigos
 - Problemas de socialización.

EXPERIENCIAS DE SEPARACIÓN

- I. SEPARACIONES TEMPRANAS O PÉRDIDAS SIGNIFICATIVAS QUE SE RELACIONEN DIRECTAMENTE CON EL NIÑO.
- Razones por las que hubo separaciones.
 - Duración
 - Reacciones observadas en el niño.
 - Cómo enfrentaron tales situaciones
 - Cómo se resolvieron.

VIDA FAMILIAR

- I. Descripción e la vida familiar anterior al diagnóstico de la enfermedad.
- Rutinas
 - Roles
 - Actividades familiares
 - Alianzas
 - Situación económica.
- II. Relación del niño con los miembros de la familia anterior a la enfermedad
- Con progenitor (enfermo)
 - Con progenitor sano
 - Con hermanos
 - Abuelos
 - Cuidadores en general.

IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN LA VIDA FAMILIAR

- I. Relato del desarrollo de la enfermedad
 - Cómo se dieron cuenta (primeros síntomas, antecedentes de la enfermedad)
 - Diagnóstico inicial (cambios que se suscitaron en la vida familia).

- II. Diagnóstico Terminal.
 - Hace cuanto fue diagnosticado como terminal
 - Que hicieron al saberlo
 - Que cambios ha producido en la familia
 - ¿el niño sabe del diagnóstico?
 - SI-Quien se lo dijo y cómo
 - NO-Por qué no se lo han dicho
 - ¿ha preguntado al respecto? ¿qué le han respondido?
 - ¿qué contacto ha tenido el niño con el paciente, qué tanto ha observado en cuanto a los cambio en el paciente?

- III. Relación del niño con sus padres a partir del diagnóstico terminal.
 - ¿en qué aspectos cree que cambió la relación entre usted y su hijo?
 - ¿Y con su pareja?
 - ¿el niño tiene contacto con su padre sano?
 - ¿participa en su cuidado?

CAMBIOS OBSERVADOS EN EL NIÑO.

- Relatar lo más detallado posible los cambios que ha observado en el niño en su conducta, (juego, desempeño escolar, etc.) u otros aspectos como salud física.
- ¿qué medidas se han tomado ante tales cambios?
- ¿a qué atribuyen el cambio en el niño?.

EXPERIENCIA PREVIA DEL NIÑO EN CUANTO A LA MUERTE

- ¿El niño ha presenciado la muerte de otro ser querido?
- ¿ha muerto alguna mascota?
- ¿ha preguntado qué es la muerte y que explicación le han dado?

EXPECTATIVAS O PLANES FUTUROS POSTERIOR AL DECESO.

c. INTERPRETACIONES GENERALES POR CADA SESIÓN.

Sesión 1. 06 de Mayo 2005

En esta sesión las observaciones fueron útiles para dar un primer reconocimiento del conflicto de cada niño. Las observaciones relevantes van en diversas direcciones:

1. En primer lugar en el acercamiento a los materiales, aunque en un inicio es un tanto tímida, no se observan inhibiciones o dificultades para acceder a su medio lo cual da una idea de que ambos niños cuentan con recursos internos que le permiten acercarse a situaciones nuevas con seguridad. Toño al ser más pequeño sigue inicialmente las acciones de su hermana al tomar el mismo material, sin embargo se nota más productivo y expresivo que ella.
2. lo primero que salta a la vista es que Toño menciona a su padre al ver los lentes, y al ponérselos continuamente durante la sesión muestra que con esta figura identificación lo que es normal para su edad y la etapa psicosexual en la que se encuentra (fálica).
3. Toño elabora tres dibujos que contienen elementos importantes y que en las sesiones posteriores se irán repitiendo en diversas maneras:
 - a. en el dibujo T1a, se pone de manifiesto su situación actual, el camino no tiene dirección y no cuenta con un contexto, es decir aún cuando el menciona que tiene alrededor algunos edificios estos no los pintó, lo que evoca una idea de estar perdido y sentirse solo, sin una dirección.
 - b. En el dibujo T1b, dibuja a un niño en su casa y un arco iris afuera, esto da una idea tanto de su necesidad de sentirse protegido ante un medio ambiente que puede ser percibido como amenazante, así como su necesidad de contención en sus afectos y conflicto.
 - c. Su tercer dibujo T1c, dibuja dos cohetes, padre e hijo, pero señala que dibujó mal al padre, lo dibuja deforme, lo que no es resultado de una dificultad motora ya que el otro dibujo lo hizo bien, se ve nuevamente este proceso de identificación que se lleva a cabo con su padre, sin embargo podría vislumbrarse algún conflicto en cuanto a su percepción o relación con él.
4. Por su parte Lulú elaboró un solo dibujo (d.L1a) que tanto en su estructura como la descripción que hace de él es caótico y fragmentada, puede señalar de entrada como es que ella está percibiendo tanto su mundo externo como interno, como un caos y por lo tanto amenazante, en el dibujo existe un interior así como un exterior con objetos varios que parecen no tener relación entre ellos, indicando una escisión de su experiencia como una defensa ante la angustia que se deriva de la experiencia vivida. Es importante señalar que su madre tenía tres días de haber regresado tras una ausencia de dos meses. Lulú hace una asociación del arco iris con la tormenta, esto puede ser un indicativo de cómo vive la separación con su madre y su regreso, que indica el fin de la tormenta, sin embargo sigue siendo confuso para ella y difícil de integrar. En su conducta se refleja su defensividad ante este caos: es rígida y sus materiales los dispone de manera ordenada inicialmente, pero al continuar la sesión poco a poco los va desordenando, pero al cambiar de actividad nuevamente requiere de esta defensa, Toño hace lo mismo, ordena meticulosamente sus materiales y al terminar de usarlos los guarda ordenadamente. (hay que recordar que en la entrevista su padre menciona que ambos son muy desordenados).
5. Toño habla en varias ocasiones de monstruos invisibles que se roban los juguetes y los materiales de trabajo, por ello es que aparecen y desaparecen estos objetos, es la manera en la que inconscientemente se explica o percibe la ausencia de su madre, es como si algún objeto malo, persecutorio la robara el tiempo que esta en el hospital y repentinamente de algún modo aparece, es un hecho que es confuso para él y difícil de integrar sino es por medio de esta fantasía que se verá en

casi todas las sesiones posteriores. También se encuentra presente un objeto persecutorio que se manifiesta en su sueño, es un fantasma, es importante la similitud entre un fantasma y un monstruo invisible, es un objeto malo que le persigue, le quiere destruir, y el se esconde, no hay en su sueño alguna actitud que de señal de algún recurso de enfrentamiento, solo esconderse, y por otro lado al aparecer a la angustia persecutoria lo niega: “pero era de a mentis”. Este tipo de negación se observa también en su hermana cuando Toño menciona a los monstruos que se roban los juguetes y ella lo pasa a un plano más concreto: los robachicos. El objeto persecutorio busca despojarlo de sus objetos internos, teme a ser despojado de los objetos buenos tanto externos como internos, en este caso de su madre.

6. Otra fantasía que es importante aunque él sólo la menciona en una ocasión, es muy reveladora la percepción que tiene de su madre: es una niña que necesita ser nutrida y alimentada para crecer y ser nuevamente una mamá protectora y fuerte, por el estado de salud de su madre, ella no puede atenderlos, se encuentra casi todo el día en cama y son familiares quienes se encargan del aseo y alimentación de los niños.
7. En cuanto a la percepción inicial que tuvieron de mi presencia fue de un médico, y también como objeto persecutorio, lo que se pone de manifiesto cuando Toño se refiere a la cámara diciendo que “nada más vio”, en sesiones posteriores al dirigirse a la cámara es una manera indirecta de dirigirse a mí. Me percibieron pasiva.
8. Otro elemento importante es la manera repetitiva de intentar acercarse e integrar a su experiencia el material medico de juguete , sin embargo lo rechazaban ya sea cambiando su funcionamiento o bien no tomarlo por mucho tiempo, solo explorarlo y dejarlo a un lado, esto puede dar un indicio inicial del conflicto que viven, inicialmente están negando al ansiedad que les provoca su experiencia de “aparición y desaparición de su mamá”, ambos saben porqué se va y a dónde, será importante explorar cuál es la verdad que cada uno tiene al respecto.

Sesión 2 09 de Mayo 2005

1. En esta sesión se mostraron un poco más seguros, cada uno toma materiales diferentes, Lulú nuevamente es la primera en tomar material.
2. Toño elabora el mismo dibujo que realizó la sesión anterior y en esta ocasión le puso su propio nombre, lo cual refuerza la idea de su necesidad de contención y protección., posterior a esto hay una actividad con plastilina que consiste en elaborar varios objetos, pero es una actividad que después se inhibe por un rato. Cuando su hermana trata de explicar su escultura el la escucha con a atención, inmediatamente después protege los objetos que ha hecho con plastilina, conteniéndolos en “un lugar” donde se guardan las cosas, después añade elementos agresivos como son los clavos, lo que refleja en el esa necesidad de proteger sus objetos buenos internos de ser destruidos o “robados”. Menciona que su plastilina se está terminando, esta es una primera indicación de su preocupación porque se agote, en este caso un objeto u objetos que le brindan satisfacción, lo que se podría trasladar a su fuente principal de satisfacción: su madre. (este tipo de señalamiento de que algo se está acabando aparece posteriormente). Al ver que se está terminando la plastilina del bote, la mete nuevamente aplastándola y al final dice con satisfacción que nuevamente está lleno, tal vez al vaciar el bote refleja su propia voracidad ya a la vez su culpa de sentir que él es quien vacía de todos sus objetos a su mamá y los devuelve. En general la actitud de Toño ante las cosas que se acaban o rompen muestra una gran necesidad de asegurarse de que no se han perdido del todo o se pueden recuperar, llenar o pegar, como su mamá que está enferma.
3. Lulú toma la jeringa y la manipula sólo por unos momentos, es un acercamiento a este juguete que es fácil asociar a la enfermedad, doctores, etc, ella aun no se atreve a elaborar algo con este juguete, con todos los que se relacionan al material médico.

4. Nuevamente se manifiesta en Lulú el interés por equilibrar dos pedazos de plastilina (actividad que había dejado pendiente la sesión anterior), lo que inicialmente parecería una actividad defensiva pero cobra significado cuando empieza a formar una escultura, copiando la pantalla de rayos X, es interesante que haya elegido copiar ese modelo, en sesiones posteriores la muerte es identificada con esqueletos y reconoce que en la pantalla se ven los huesos del tórax, sin embargo al cuestionarla, se escinde, ante la ansiedad de hablar quizá de la muerte, describiendo su escultura no como una totalidad sino como varios objetos que no tienen relación entre ellos, y lo desbarata, lo destruye, lo que da una idea nuevamente de cómo ataca el objeto persecutorio, lo escinde y trata de destruirlo. Nuevamente se torna defensiva realizando su actividad de tratar de equilibrar dos pedazos de plastilina, al no lograrlo lo deja, esa actitud defensiva continúa tanto en su postura así como el tipo de dibujo que realiza: un triángulo y un cuadrado.
5. En esta sesión se habla por primera vez de la muerte, mencionando a su abuela, cuando supuestamente es para mostrar un video del cumpleaños de Toño, lo relevante es la aparición de su abuela en el video. Aquí se observa ese tema no resuelto y que ahora es relevante al asociarlo con la enfermedad de su madre (ver entrevista).
6. En el dibujo T2b. Que hace Toño es manifiesta su necesidad de unir elementos que se distancian, elementos que forman parte del mismo grupo y que incluso representan una familia, es decir él percibe la desintegración familiar actual y su deseo de unirlos de nuevo.
7. Su último dibujo refuerza lo dicho en el punto anterior, hace una familia de corazones, hace grandes a los padres, la madre la hace mal, lo que no se relaciona a un problema materno, es más su percepción, una madre distorsionada.
8. El dibujo 2b. de Lulú es importante, en parte es defensivo, copia un dibujo-corazón- pero luego escribe con letras grandes casa, el simbolismo de la casa es claro, representa a la madre, protección, las palabras de dentista y dientes tal vez se refieren a mí y al proceso que inicia, hay que recordar que la sesión anterior asoció doctora-psicóloga-dentista.
9. Como en la sesión anterior la cámara es identificada con mi función por Toño en relación a mi actividad de observadora.

Sesión 3. 11 de Mayo 2005

En esta sesión el tema de la muerte es representado en muchas maneras y detalles del juego de los niños, así como detalles que saltan a la vista que dejan entrever el tema de la enfermedad de su madre.

1. En esta sesión toman los títeres ya que los saco de la bolsa, al verlos Toño hace el comentario de que los sabe jugar, esto es que puede controlarlos y los toma. Al darme el más grande me colocan en una posición de adulto aun cuando la historia no lo indica.
2. Lulú trata de asustar a su hermano con un títere, se tranquiliza a sí mismo diciendo que es de juguete, por lo tanto es seguro.
3. inicialmente Lulú había tomado el títere pequeño, que representa al bebé, pero no se siente identificada con él, observando que su hermano tiene uno con ropa rosa, él toma otro, uno de los grandes, ella el que tenía su hermano. Eligiendo así el títere con el que se identifican, pero Toño al tomar al más grande, nos indica lo que en la sesión anterior comenta: ser grande y hacer lo que él quiera.
4. Lulú hace una asociación entre las facultades que ellos imprimen en los conejos con fantasmas: pueden volar., aquí entra el tema de la muerte que posteriormente saca a relucir Toño.
5. al hablar del miedo, ambos niegan este sentimiento, de hecho al escuchar que mi conejo-yo habla de tener miedo se esfuerzan por demostrar que ellos no le temen a eso. Lulú si habla de su miedo a las

arañas, es interesante cómo aparece el tema de la muerte al hablar del miedo a las arañas, comentan que una araña murió y la mamá de la araña la enterró y luego se fue al cielo. Esto también demuestra el conocimiento de lo que se hace o qué es lo que pasa cuando alguien muere, ellos ya vieron esta experiencia con su abuela (ver entrevista).

6. Toño juega a que su títere cae y muere, este es el primero de varios juegos que Toño realiza en torno a morirse. Sonríe y dice “no es cierto” negando la ansiedad que le provocó el haber manifestado este conflicto, continúa jugando a que cae su títere pero no dice que muere, solo se golpea.
7. En cuanto a la percepción que tiene de su madre, se pueden hacer varias asociaciones en el juego, así como en el dibujo: En primer lugar Toño toma un títere grande, que representa lo que él quisiera ser, alguien grande, por otro lado toma el pequeño, por su condición no puede volar muy alto y no vuela con los otros porque está durmiendo. solo puede hacerlo cuando el títere grande lo carga, este títere pequeño puede representar a su mamá, el dibujo T3b muestra un conejo desmembrado, se puede decir que escindido, y hace la observación que está muy flaco, no puede dar una explicación del porqué esta así, tal es la condición actual de su madre, y para él está “rota”, no puede hacer lo que los demás, y nuevamente se ve la idea de que es pequeña y él la tiene que proteger y ayudar a que se integre al grupo, la fantasía de que su mamá tiene que crecer también se muestra en la verbalización que realiza en torno a que el conejo chico ya creció y puede hacer muchas cosas solo, también puede ser su propio deseo de crecer y ubicarse en un papel diferente al de un niño, tener poder. El dibujo T3c muestra el mismo conejo pero se le ven los huesos, Toño plasma la idea o relación entre su madre y la muerte al dibujar al conejo de ese modo, Toño asocia los esqueletos a la muerte, luego dice que está sobre un pájaro que en el juego se asocia a ir al cielo.
8. Toño se molesta un poco porque no puse su nombre justo en el lugar en el que me indicó, como si perdiera el control sobre su entorno, por lo que a partir de este momento pone un rectángulo en sus dibujos para que yo escriba en ellos su nombre.
9. Lulú dibuja todos los conejos, dice que volaron y se sienten por ello contentos, Toño hace una proyección dice que están tristes pero no explica más.
10. El dibujo de Lulú L3b. Parece caótico como el primer dibujo que ella realiza L1a. hace varios elementos que no parecen tener relación, pero algunos de los elementos son importantes: hace un arco iris, una letra L (¿de leucemia?) -hay que recordar que Lulú sabe leer, y sabe como se llama la enfermedad de su madre. Este dibujo lo hace inmediatamente después de haber explicado el primero, e invierte mucho tiempo en realizarlo.
11. Toño hace otro dibujo pero con sus pinturas digitales: T3f. Básicamente son arco iris pero si se observa el dibujo, están unidas, vemos nuevamente la idea de unir elementos del mismo grupo, su actitud es maniaca al empezar a pintar por todos lados con su dedo y tomar una actitud verborreica.
12. Lulú hace un último dibujo L3c. hace otra vez un arco iris, esto podría tomarse como un reflejo de cómo es que ella se siente ahora que su mamá está en casa, después de todo el arcoiris, según una asociación que hizo en la primera sesión, viene después de una tormenta, que sería tal vez las ausencias de su madre, sin embargo la dibuja “con una ventana” que da más la idea de una jaula, y menciona que le hizo unas bases “para detenerse”... ¿para que no se caiga? , y la jaula ¿para detenerla, y no se vaya?
13. Toño hace un último juego en el que apila los botes y pone el títere pequeño encima y luego lo tira, verbaliza “ay mamá”, luego hace lo mismo con el más grande, puede reflejar cómo es que se siente al respecto de la situación que vive en casa.
14. La actitud de Toño es maniaca, lanza sus juguetes dentro de la caja y rápidamente y luego los de su hermana, esta actitud maniaca puede estar compensando la tristeza que menciona Toño.

Sesión 4. 13 Mayo 2005.

En esta sesión se hace evidente la competencia entre ambos por tener más objetos, lo que se espera entre hermanos, sin embargo es más notorio en Lulú, de hecho al notar que él tiene más dibujos, los desordena provocando molestia en su hermano, ya que esto es una agresión hacia él.

Ambos inician la sesión siendo defensivos dibujando la bandera de México, pero después Toño empieza a dibujar otros elementos como la casa del perro, esta es la primera ocasión en que Toño menciona a un perro.

Al preguntarles si saben que son los deseos, lo asocian a pedirle cosas a Dios, hay que señalar que en la entrevista el padre menciona que no les da a sus hijos una formación religiosa- como tal- pero si les ha enseñado algo sobre Dios, esto en relación a pedirle que sane a su madre y la traiga de vuelta a casa. En cuanto a lo que dicen que desean, Lulú expone su deseo de crecer, por su parte Toño habla de Libertad. Este es un concepto que pudiera parecer abstracto, sin embargo él podría hablar de este deseo desde lo que siente que es contrario: sentirse atrapado, encerrado, quizá como lo expresa en sus dibujos T1b y T2a.

En su dibujo T4a. Toño menciona que vive ahí su abuela, pero luego corrige y dice que ella ya murió “porque estaba viejita”, aquí Toño expone su creencia de que su abuela murió por su edad y no por la enfermedad que padecía, lo cual se podría deber que eso le explicó en algún momento su mamá.

Por su parte Lulú inicialmente es defensiva tanto en su dibujo como al responder cuando le pregunto por qué lo hizo, esta inhibiendo su fantasía inicialmente.

Inicialmente Toño empieza a hacer con plastilina objetos orales: alimentos, justo cuando les preguntaba quién los cuida cuando sus papás no estaban, pero luego cambia la dirección, hace otros objetos en general.

Los dibujos de Lulú de las casas (L. 4b y L. 4c) revelan un material interesante en cuanto a la percepción que tiene de su madre, así como de su deseo de recuperarla, podría decir que la primera casa que dibuja, es como ve a la mamá de su prima, y la segunda casa es su mamá, la describe como vacía y abandonada, el dibujo de la casa es maniaco (muy grande), pero no tiene puertas y las ventanas son muy pequeñas, es inaccesible.

Toño expone su deseo de hacer y tener muchos objetos con plastilina y Lulú indica que está haciendo muchos dibujos, pero Toño se asegura de que voy a seguir supliendo, que seré inagotable: “vas a comprar hojas, hojas y hojas”.

Justo después de haber hecho dos dibujos tan ricos en significado, Lulú se inhibe, empieza a dibujar figuras geométricas (d. L4d), y no da más allá de la descripción, razón por la cual le pido que haga a su familia.

En este dibujo de su familia Lulú introduce elementos que ya se han visto en otros dibujos pero que aquí cobran más significado y confirman otras interpretaciones:

- a.) dibuja una letra L en el cielo, de la cual sale una nube que cubre a toda la familia: Irma comentó en la entrevista que Lulú sabe cómo se llama la enfermedad que ella padece, Leucemia. En la sesión anterior Lulú menciona que pintó la letra L con pinturas digitales (d. L3b). La nube sobre la familia evoca una idea de cómo percibe que esto enferma a toda su familia.
- b.) Dibuja a su madre y a su abuela más grandes en relación a los demás integrantes de su familia, y casi idénticas lo que indicaría que las identifica una con la otra, en relación a el padecimiento, aunque no es el mismo, pero es similar como se han deteriorado y las atenciones y reposo que requieren. Dibuja a su mamá con cabello: al terminar la segunda sesión Irma me comentó que Lulú le dijo que la había dibujado grandota y con el pelo largo, esto implica una reparación maniaca, Lulú le pone a su mamá lo que le falta en la vida real, para recuperar a su mamá de antes, podría pensar que es negación de la condición de su madre lo que está de por medio, así como la negación de la muerte de su abuela, ya que la dibuja, esto podría indicar también que este duelo no ha sido resuelto.

Toño por su parte señala el querer hacer lo mismo que su hermana, pero no lo hace con personas, lo hace con otros objetos finalmente:

- a.) hace dos nubes inicialmente, dice: es el bebé y el papasote (él y su papá), luego advierte que falta la mamá, y la dibuja, describe que hizo un arcoiris y nubes, hace una línea uniendo la nube bebé y la nube mamá, y verbaliza: rayas para que el bebé venga con su mamá a que lo cargue, aquí refleja su necesidad de ser protegido por su mamá como un bebé, y por otro lado comenta: y este papá que vaya acá y lo acompañe para que vea al bebé y a la mamá para que no le de miedo: su necesidad de ser protegido por papá. Al hablar de la nube bebé proyecta sus propios miedos que niega cuando le pregunto al respecto: los monstruos.
- b.) menciona que va a hacer a su familia, empieza a dibujarse a sí mismo, se dibuja con muchos dedos- aquí es la primera vez que menciona esta fantasía de tener muchos dedos, esto podría relacionarse con su voracidad, de tener más objetos. Menciona que está solo en el parque, se pone de manifiesto su sentimiento de soledad. Proyecta el miedo que él mismo siente en su hermana al decir que hay hormigas que espantan a Lulú.
- c.) Toño intenta controlar su ambiente indicando específicamente donde quiere que escriba su nombre. Esta necesidad de controlar se refleja también en la exagerada organización que tiene con sus pinturas digitales al sacarlas y acomodarlas.

Les indico que la sesión va a terminar, Toño hace con sus pinturas digitales una casa usando gran cantidad de pintura, lo que refleja angustia ante la figura que representa la casa: la madre. La verbalización que elabora en torno a su dibujo habla de su familia excepto de su madre cuando dice que todos están felices, pero al preguntarle quién está triste, él menciona a su madre, porque está enferma. El está proyectando su propia tristeza pero también él la percibe en su propia madre.

Sesión 5. 18 de Mayo 2005

En esta sesión se inicia un acercamiento a la cámara para manipularla así como la fantasía de tener magia, poco a poco se va develando su sentimiento de pérdida así como las defensas que se ponen de manifiesto ante tal situación.

De entrada al hablar de que su mamá está triste porque está enferma Toño menciona que ella le va a comprar algo cuando se alivie, esto es su deseo de recuperar a una mamá que provee y satisface.

Inmediatamente se asocia una pérdida importante: su perro. El día 04 de Mayo del 2005 se realizó el encuadre con los niños, lo primero que comentó Toño fue que habían regalado a su perro, hecho que había ocurrido ese mismo día. Toño trata de explicar la razón por la cual regalaron a su perro, en relación a su madre pero Lulú lo interrumpe, entonces habla de que nadie podía cuidarlo, pero en realidad se relaciona a la incapacidad de su mamá, o bien a que podía dañarla (relato del desmayo).

A Lulú se le dificulta más hablar y reconocer sus sentimientos, es más sencillo para ella referir que su hermano lloró porque se lo llevaron. Esta es la primera vez que Toño no niega un sentimiento, y su hermana logra asumir el dolor de tal pérdida pero solo a través del discurso de su hermano.

Promuevo la expresión de tristeza a través del dibujo. Lulú menciona la soledad al hablar de su necesidad de tener una hermanita, pero podría decir que es más bien encaminado a la necesidad de tener con ella a su mamá al tener un lapsus en su relato. Toño habla del miedo a la soledad y a la oscuridad pero negándolo.

Lulú hace un dibujo interesante (d. L 5ª) ya que es un dibujo un tanto defensivo en cuanto a la rigidez del tema: un cuadrado, sin embargo lo hace como una especie de reja o red, lo que da la idea de ser una red o una jaula, lo que evoca la idea de sentirse atrapado o encerrado, lo que se refuerza al observarse ansiosa cuando cuestiono al respecto, intenta controlar la situación solicitando que ponga su nombre “en el mismo lugar de siempre”.

Al hablar de que se le están acabando las hojas para dibujar, así como el preguntarle a su mamá si voy a visitarlos todos los días, Toño expresa la necesidad de tener un objeto bueno que sea inagotable, se asegura de que constantemente le voy a proveer de los materiales que requiere, así como de mi presencia.

Toño hace un dibujo de su perro, pero no se dibuja así mismo, dibuja a su hermana. El dibujo de la familia humana está fragmentado, no hay unión entre sus partes, así como la del perro, esto da una idea de que se encuentra activa la escisión o fragmentación que experimenta en si mismo pero que es proyectada en la figura de su hermana.

Habla del pelo de su hermana, dice que es corto, en sesiones futuras Toño menciona en varias ocasiones el cabello, esto lo podríamos asociar al hecho de ver a su mamá sin cabello como consecuencia del tratamiento de quimioterapia que lleva. Menciona que en su dibujo es de noche y el sol es negro, aquí nuevamente vemos el elemento de la oscuridad y la ansiedad que se encuentra aparejada, lo cual le produce ese miedo. No pide que escriba su nombre a ese dibujo y de hecho no lo acomoda como los anteriores, casi desechándolo, es una especie de devaluación del objeto bueno perdido y que le duele para evitar el sentimiento de pérdida que evocaría. Acto seguido casi cae dentro de su caja, situación que en sesiones posteriores se repite y que incluso llega a hacerlo conscientemente metiéndose en ella y pidiendo que la cierre, como encerrarse, casi como en los primeros dibujos que realiza, pero también evoca el tema de la muerte y ser enterrado.

Toño empieza a mostrar en su juego así como en sus verbalizaciones el tema de la magia omnipotente, lo cual es una característica de las defensas maniacas, ya sea para aparecer o desaparecer objetos, mantenerlos en alguna posición o hacerse así mismo poderoso.

Toño habla de un amigo invisible que va a ocupar su lugar, las únicas ocasiones que habla de seres invisibles, es cuando menciona a los monstruos, ahora bien, podría decir que tiende ahora a identificarse con este objeto persecutorio, tratarlo como bueno “un amigo” para evitar la angustia como menciona Melanie Klein?

Toño inicia un juego que le produce gran placer: esconderse de mí. Esto da una prueba más de lo que el experimenta ante las separaciones de su madre, simplemente ella se esconde de la vista o desaparece como él lo hace, controlando esta angustia de separación inicial.

Lulú manipula la jeringa, aun cuando sabe que es una jeringa dice que es otra cosa, y le da otro funcionamiento. Niega su uso, por lo tanto también el posible tema que podría derivarse por asociación, lo que da una indicación de la intensidad de angustia que se deriva del tema de la enfermedad de su madre ya que se ha visto que en las sesiones anteriores ambos en realidad no han jugado con el equipo médico.

Toño nuevamente manifiesta sus defensas maniacas, creando un objeto que le permite ser poderoso y provocar miedo en su padre, atacar al objeto persecutorio. Luego se dirige a la cámara, que como ya comenté en las sesiones anteriores, lo identifica como objeto persecutorio, la manipula, mueve los botones tratando de controlarla.

Casi al final de la sesión parece que las defensas obsesivas de Toño han disminuido ante el poder que ahora siente gracias a la máscara que le otorga poder, pero finalmente continúa la ansiedad siendo su conducta maniaca y caótica al meter las cosas desordenadamente y rápido, y dirigiéndose continuamente a manipular la cámara.

Al final de la sesión muestra culpa al ponerse la liga como esposas y decir que va a la cárcel-castigo, esto al haber atacado la cámara-yo así como a su padre y otros familiares al asustarlos con la máscara. Ambos piden quedarse con su máscara, como tratar de mantener ese ‘poder’ que la defensa les proporciona.

Toño luego expresa el vínculo que empieza a formar con este proceso que aun cuando no tiene un objetivo terapéutico, le provee un espacio de elaboración al poner un extremo de la liga a su caja y la otra a su mano , pero aun él quiere controlar: el la jala.

El hecho de que Toño exprese su deseo de irse conmigo implica por un lado una adherencia pero también la transferencia que se está produciendo, lo que se debe usar con cuidado, ya que una vez que se acercó a la cámara que me representa ahora lo hace conmigo directamente, que empiezo a ser un objeto bueno.

Sesión 6. 20 de Mayo de 2005

Inicialmente Toño habla de la máscara pero que quiere que sea más grande, esto implica que sus defensas maniacas aun son insuficientes, por su parte Lulú muestra una expresión distinta de su necesidad de apoyo, pone la tapa sobre su mesa, ocupando gran espacio de ella, y también hay voracidad en esta actitud ya que ocupa gran parte de la mesa.

Por segunda ocasión Toño al inclinarse de un costado casi cae dentro de la caja, y él mismo asocia ese evento al día que hizo su máscara, y no cayó, reforzando la idea de la función que las defensas maniacas tienen de preservar su psique lejos del sentimiento de dolor “de caer”.

Lulú es voraz al querer ocupar gran espacio de la mesa y no compartir con su hermano, conducta que se podría equiparar a como ella se dirige hacia su medio, así como a la relación con su hermano, incluso el espacio de trabajo, por su parte Toño como lo mencionaba en otras sesiones, es incapaz de defenderse ya que al ser pequeño no puede defenderse, lo cual le provoca enojo, pero no lo manifiesta sino a través de rayar con fuerza sobre su dibujo con una crayola negra.

Lulú busca conflicto con Toño, transgrediendo nuevamente su espacio tomando los juguetes de él y también al mostrárselos para provocarle enojo.

En las verbalizaciones del d. T 6a se observa que hay un objeto central que es el cuadrado, rodeado por víboras, las cuales representan a un objeto malo o bien su propia agresividad que ataca un objeto bueno rayándolo, al preguntarle la razón de tal conducta, él se inhibe, dando una respuesta racionalizada, en este dibujo se expresa ese ataque al objeto bueno, trata nuevamente de controlarme indicando exactamente donde quería su nombre.

Lulú experimenta la angustia de ser robada o despojada de sus producciones que en este caso son sus dibujos por lo que revisa la caja de su hermano, aun cuando ella es quien encuentra un dibujo de él en su propia caja.

En su dibujo de la figura humana, Toño primero dibuja a su padre, y luego se dibuja a sí mismo, lo que indica que hay una identificación, pero su padre es percibido por él como una figura agresiva-anal cuando explica que a él y a su primo (los dos hombres más pequeños) le enseña “las pompas”, y ellos únicamente se agachan, también cuando habla de que su papá sube a una montaña y la incendia, podría ser un simbolismo de agresión de su padre hacia su madre. Él hace una única observación en cuanto al dibujo que hace de sí mismo “como yo tengo el pelo más largo, por eso” esto evoca sesiones anteriores en que hace alguna observación en cuanto a tener mucho o poco cabello. Es evidente que se encuentra en relación al padecimiento de su madre, en el que, por el tratamiento que lleva (quimioterapia) ha perdido su cabello, y él de alguna manera trata de compensar esa “falta o debilidad” que observa en ese objeto madre, y tenerlo él mismo, luego dibuja a su hermana, la dibuja más pequeña, lo que le produce cierta satisfacción y a la vez angustia, poniéndola a un nivel inferior, al hacerla más pequeña que él, manifestando su deseo de ser el mayor y tener el poder que ella tiene sobre él, luego dice que es el bebé y luego la dibuja pero hasta el último.

Toño hace la observación: “falta mi mamita”, lo cual se traduce no sólo a su dibujo, sino a su experiencia, es importante el cambio en su actitud cuando la dibuja, incluso cuando él dice “está enojada” y aprieta los dientes, podemos ver que proyecta en ella el enojo que él mismo siente, porque “ella le hace falta, le falta”. Lulú nuevamente hace una compensación de su madre pero ahora en el dibujo de su hermano diciendo que es la mamá increíble, (un dibujo animado cuya característica es tener súper poderes). Toño argumenta que su mamá está enojada porque su hermana la empujó y tiró al bebé. Esta la podríamos ver como una manera de proyectar en ella la culpa que siente por su propia agresividad y enojo hacia su madre y sus propios deseos de agredirla.

Lulú se molesta cuando Toño refiere esto, por lo cual le dice que su mamá se enojaría con él porque se deja crecer el cabello, vemos nuevamente la mención de la importancia del cabello, y lo que podríamos inferir en cuanto al miedo de haber robado a su madre, haberla vaciado “dejarla pelona”, ella marca la voracidad de su hermano así como la suya propia.

El dibujo de Lulú (d.L.6a) nos habla un poco de la percepción que tiene ella de su mamá así como del medio. De acuerdo a sus verbalizaciones, hizo unas nubes de víboras, esto nos da una idea de la amenaza que ella siente en torno a su madre, hace dos montaña con gatos, al preguntarle porqué están ahí esos gatos ella dice que es porque están vacías. Es la percepción que tiene de su madre, que ella está vacía, por lo tanto no puede dar y satisfacer, las montañas son pechos vacíos, vemos aquí que su madre no es percibida como un objeto total sino parcial: pecho.

En cuanto a las verbalizaciones hechas por Toño en cuanto a su dibujo de la familia, primero habla de que su padre lo está empujando pro a la vez él le está pegando, aquí podemos suponer la situación edípica y la identificación están en proceso de resolución... En su dibujo, la familia está enojada con Lulú, esto podría reforzar lo antes dicho al respecto de que él proyecta en su hermana su agresividad hacia su familia y en especial hacia su madre. Cuando pregunto quién es el más enojado, Lulú inmediatamente apunta hacia su padre, lo que sugiere que es la percepción que ella tiene de él, que está enojado, luego Toño sigue a su hermana, Lulú habla de que su padre ahora los regaña más, esto es algo que el mismo Antonio (padre de los niños) lo menciona.

Toño hace un segundo dibujo (d.T. 6b), el tema del dibujo es una montaña que se incendia, el autor del incendio es su padre. Menciona a su padre como un ser destructivo y agresivo, que podemos decir daña a su mamá (la montaña), esto se relaciona a una fantasía de que su padre es quien está dañando a su madre, o que incluso es él mismo por identificación.

En su tercer dibujo (d.T. 6c), continúa el tema de la agresión, en esta ocasión son gatos los que están en el incendio, y nuevamente menciona el pelo, estos se encuentran dentro de un circo y unos malos lo incendiaron. Esta primera parte vemos objetos persecutorios que dañan objetos buenos, en el interior de una carpa, podemos trasladarlo a la destrucción de los objetos internos de su madre, nuevamente como en el tema del incendio de la montaña, al principio solo salen los payasos y los gatos se quedaron, pero luego corrige y dice que también escapan los gatos, aunque son los payasos los que logran irse más alto. Los gatos con pelo pueden estar representando los aspectos sanos de su madre “tener pelo”, ese es el principal aspecto que diferencia el antes y el después de la enfermedad de su madre. Los payasos son algunos aspectos conservados, sin embargo, se van al cielo, y hay que recordar que para Toño y Lulú morir es irse al cielo.

Mientras tanto Lulú estuvo revisando la caja de su hermano –de nuevo- ella encuentra un dibujo suyo en la caja y le reclama, Toño se muestra feliz, dice “caca, caca, le robé”, podemos ver por un lado el aspecto agresivo que implican las heces (posteriormente Toño habla de las heces) Y el poder que por primera vez tuvo sobre su hermana al robarle sus producciones, sus objetos., pero posteriormente vemos un intento de ocultar esa agresividad cortando “los picos” de su hoja, sin embargo continua sintiéndose poderoso como para aproximarse a la cámara y tratar de manipularla, su hermana lo sigue, sin embargo ella no la toca, solo hace muecas, él tapa la lente como controlando lo que yo veo, al tocar, manipular, controlar la cámara, es como si lo hiciera sobre mí. Lulú hace muecas agresivas ante la cámara, esto es chocar sus dientes y como morder...

Lulú se torna defensiva, vemos que aún cuando ella no produce muchas verbalizaciones o dibujos, a partir de las de su hermano ella se torna defensiva, ya que le evocan ansiedad. Empieza a hacer un dibujo inicialmente pobre en significado “gomas con rayas” (d.L. 6b)

Toño continuamente regresa a la cámara aun cuando está haciendo un dibujo, trata de saber cómo se ven las cosas a través de la cámara... es decir cómo lo veo yo y controlar que ver y que no. Ya que aun es un objeto persecutorio, vemos un tanto un aspecto paranoide en Toño.

En otra ocasión tapa la lente y dice que lo hace porque no quiere ver a Lulú, es decir omnipotentemente la elimina, ella se enoja porque lo recibe como una agresión.

Continúan dibujando ambos pero vemos que hay una lucha de poder transgrediendo el espacio del otro por ejemplo rayando el dibujo de su hermano o devaluando las producciones que hace el otro.

Otra manera en que Toño busca tener control de mí y agredirme, es dibujando mi pluma en su hoja y luego atacarla picando con sus crayolas, luego traslada esa agresión a mi persona rayando mi pantalón. En esta sesión vemos claramente como manifiesta su propia agresión a su madre, y transferencialmente empieza a atacarla a través de mí.

Toño se acerca a la cámara con la intención de ver diversos objetos, pero solo los que él desea ver, controla nuevamente, es un control omnipotente.

Casi para terminar la sesión, de nuevo vemos agresión entre Lulú y Toño: lanzar basura a la caja del otro, o decirle a su hermano que es un niño apestoso de manera indirecta, lo cual empieza a sacar a flote enojo entre ellos.

En la intervención que hago para intentar que el enojo lo expresen de una manera creativa, Lulú accede y lo intenta, pero Toño no simboliza el enojo, el trata de mostrármelo en un video en que el sale enojado, entonces va a buscarlo, pero regresa con una botella de brandy y especifica que es de su papá, podría tomar desde diferentes direcciones esta conducta, que podría ser por una parte que su padre cuando toma los regaña más (sin embargo el padre no ha señalado que toma más o algo por el estilo) . También al intentar mostrarme el video es negar su enojo presente, el manejo que tiene con la casetera es maniaco, caótico.

Cuando no logra mostrarme el video y le pido que lo haga otro día el dice que no porque su papá se enoja... lo podríamos traducir a que él siente que no puede expresar su enojo por temor a ser castigado, porque su enojo podría ser destructivo, por eso lo oculta y niega, pero aún así le provoca culpa (como lo hemos visto en toda la sesión).

El segundo dibujo que hace Lulú y que inicialmente era carente de significado, ahora es una montaña con muchos objetos internos, cuando la montaña anterior era vacía, una compensación del dibujo anterior. Puede ser ella misma introyectando los objetos que obtiene de las sesiones, porque en el dibujo los objetos son los contornos de sus juguetes.

Sesión 7. 23 de Mayo de 2005

Se puede observar en Lulú desde el inicio defensas e inhibición de la fantasía al apoyarse en su libro buscando una historia para desarrollarla en el juego con títeres, lo que también concuerda con poner otra vez su tapa como apoyo y tener un orden exagerado en sus materiales, con los que también se rodea y en lo que invierte un tiempo y energía considerable, expresando también su necesidad de ordenar su mundo interno o bien su experiencia que le resulta caótica (lo cual también se observa en sus primeros dibujos).

Toño nuevamente usa las ligas a manera de esposas, la sesión anterior, fuera de la filmación hace una asociación entre las ligas en las muñecas e ir a la cárcel, sin embargo al cuestionarle al respecto se niega a producir algo. Podemos derivar una interpretación de esta asociación al decir que Toño siente culpa, y esta se relaciona a eventos que ocurrieron la sesión anterior y en esta, que es el aproximarse y manipular la cámara, que como se vio en la interpretación anterior, esta conducta expresa su deseo de manipularme y manipular la sesión, controlando lo que veo de él. También este “arase las manos” expresa su necesidad de ser frenado en sus impulsos.

Se observa con mayor claridad la lucha de poderes entre Toño y Lulú en cuanto al espacio que ocupan, esto no solamente en la mesa, sino se puede extender a su espacio familiar e incluso dentro de las sesiones de juego. Esto nos da una indicación de cómo son Lulú y Toño en sus relaciones, vemos que Lulú es rígida y autoritaria, por otro lado Toño busca de diversas maneras “tener un lugar justo” esto lo hace por medio de negociación pero al no obtenerlo se torna agresivo con ella y más adelante se expresan fantasías de ser más grande y tener el poder que su hermana tiene, y así desplazarla a un nivel menor que él, tal y como lo experimenta. Sin embargo, también Lulú es capaz de hacer insight, lo que se muestra cuando habla del cuento del caracol y menciona que hay que compartir, y también se ve cómo después de esto, puede empezar a producir y elaborar fantasías.

Toño expresa interés en el funcionamiento de la cámara, pero sobre todo saber y experimentar las cosas a través de la cámara, “ver qué es lo que la cámara ve”, esto, como decía anteriormente, es su preocupación de la imagen o concepto que tengo de él, y por otro lado una búsqueda de retroalimentación en cuanto a lo que observo en las sesiones de juego.

La compensación en fantasías de Toño dentro de esta sesión inicia con el nombre de sus títeres “lobos conejos pero fuertes”, podemos ver su deseo de compensar o transformar su posición de debilidad (conejo) con una imagen agresiva y fuerte, lo cual no solo dirige a si mismo, sino también a su madre (como en sus dibujos de la familia), Lulú por su parte, al escuchar lo que dice su hermano, ella trata de demostrar que también su títere (ella) es fuerte levantando un libro.

Observamos que para Toño una manera de controlar a su hermana es provocando en ella reacciones de enojo, y en Lulú es el no ceder su espacio en cualquier aspecto, como por ejemplo darle a su hermano el títere que él quiere.

Inicialmente se les dificulta empezar una historia, vemos inhibición de la fantasía, resultante de la angustia que ambos experimentan.

Lulú retoma una característica importante en sus títeres que evoca una asociación con la muerte (volar como fantasma, ir al cielo), esto es que los títeres vuelan, lo que en Toño provoca ansiedad y enojo, lo que es evidente porque golpea furioso los títeres de su hermana. Después esto queda claro ya que el tema que aparece en el juego es de muerte y la actitud general de Toño es agresiva.

Toño expresa enojo en su juego en momentos especiales de la sesión:

- 1.- cuando su hermana añade la característica de “voladores” a sus conejos –por las razones que ya expuse-.
- 2.-cuando menciona que un títere murió y el hermano menor lo golpea, esto es su propio enojo hacia el objeto que siente perdido-muerto.
- 3.-al representar el ritual de sepultar al objeto muerto, esto es lo que le da el sentido y realidad a la muerte, “solo a los muertos se les entierra”, esto también le causa ansiedad por lo que su defensa de negación se hace presente (eran mentiras). También vemos negación ante el carácter irreversible de la muerte, esto lo vemos porque hasta cierto punto ellos saben de la irreversibilidad de la muerte que se expresa en la frase “para nunca jamás”.
- 4.- Muestra agresividad hacia mí golpeando mi títere con un títere suyo (el perro), esto cuando cuestiono sus verbalizaciones en torno al tema de la muerte, vemos que aquí al no poder controlar (no puede tocar la cámara), ataca.

En la sesión intento hacer que Toño haga insight del enojo que está expresando en su juego así como en sus actitudes en general, sin embargo el esconde su títere, tal como él mismo esconde su enojo directo hacia sus padres, así como a la situación que vive, esto por temor a la destructividad de este, de algún modo acepta y reconoce ese enojo pero en el títere, no en sí mismo.

- 5.- Toño y Lulú se acercan a la cámara cuando estamos hablando del enojo de Toño, ambos interrumpen, como se ha visto con el fin de controlar la situación, al recordarles que no se deben acercar a la cámara, Toño dirige su agresión a mi títere, hablamos del enojo “del títere” aprovechando la proyección y ver a qué se relaciona de manera latente su enojo, habla de los lentes, esto es importante porque ya se ha visto que los lentes se asocian con el padre y monstruo invisible, y a tener una capacidad superior, el origen de su enojo es según su discurso que el dueño de los lente le pegó por ponérselos, esto evoca una idea de competencia por tener el lugar del padre, esto se relaciona al complejo Edipo. Finalmente dice que son suyos y se los pone al títere, esto puede ser una identificación con la figura paterna, ya que son otros lentes.

La separación que ambos viven cuando su mamá se interna en el hospital es como si su madre muriera, y su regreso de algún modo es como la negación “como una mentira de que murió”, sin embargo ya no es la misma * (posteriormente fuera de sesión, Toño comenta que si a su hermana le quitan el cabello ya no es la misma).

Otro ejemplo evidente en Toño respecto al sentimiento de ser despojado de sus objetos internos se nos presenta cuando advierte que Lulú tiene en su caja un juguete de él, y responde “vaciando” la caja de su hermana, vemos que responde de manera agresiva y destructiva cuando él se siente atacado, el “vacía a su hermana”, agresión que luego se extiende hasta mí cuando trata de cortar la oreja con tijeras de juguete. Toño juega a robar objetos y esconderlos, apropiárselos, esto motivado por el miedo a ser despojado de sus objetos internos y quedar vacío, y así no solo se siente lleno de estos objetos, sino que es él mismo un objeto persecutorio, operando así la identificación proyectiva que es una defensa esquizo paranoide, esto se basa en que el perro es un roba chicos, o sea un objeto persecutorio que se roba nuestros tesoros de las cajas, se los apropia poniéndoles su nombre. Pero en su contraparte hay un objeto bueno ideal pero que tiene cualidades omnipotentes, teñido así por sus defensas maniacas, el payaso con poderes que es capaz de recuperar sus objetos.

Lulú toma la jeringa nuevamente, su función es llenar de gasolina a los conejos para que puedan volar, esto ilustra lo que observa en el tratamiento y cuidados que lleva su madre: utilizan una jeringa para introducirle sangre, suero o el medicamento.

Se inicia la elaboración de una fantasía que es importante dentro del proceso y logra esclarecer y manifestar la experiencia de Toño y Lulú:

Buscar pistas para develar un misterio o encontrar un tesoro que consiste en objetos que les fueron robados de sus cajas (de su interior). Aquí ya no se observan modos mágicos de recuperarlos sino que lo hacen con sus propios recursos.

Vemos en el desarrollo de la historia, que hacen asociaciones entre tesoro y féretro, y enterrar el tesoro con enterrar una caja de muerto – “lo enterraban en un panteón”. Podemos hacer una comparación entre la primera parte de la sesión y esta, en la primera también se menciona el enterrar a un muerto, el tesoro consiste en objetos que fueron robados y posteriormente enterrados, podemos hablar de sus objetos internos como es su madre – hay que mencionar por su puesto la diferencia entre la madre interna y la madre externa, ya no coinciden, la externa ya no da pruebas ni refuerza la interna y por lo tanto pueda también sentirse como perdida. También hay que recordar que Lulú y Toño tienen muy presente y vigente el impacto de la enfermedad y muerte de su abuela y la asocian con el padecimiento actual de su madre.

Otro elemento que nos indica el tema de muerte es la X de la muerte que dibuja Toño, esto de alguna manera también le da cierto control y disminuye su angustia al saber que él es el que indica exactamente lo que puede provocar muerte y evitarla. Algo que llama la atención es la reacción de Toño cuando precisamente él y su hermana están hablando de la muerte, Toño se desconecta por un momento, podríamos inferir que en ese momento se desplegó una fantasía que observó mentalmente.

Al ser insuficiente este supuesto control que intenta ejercer Toño sobre lo que le causa angustia “la muerte”, introduce un nuevo elemento que da la idea de ser una defensa maniaca: el payaso omnipotente que salva de la muerte, este es él revistiéndose de omnipotencia para evitar perder sus objetos por completo.

Lulú muestra un deseo de introyectar objetos buenos y deseados, esto cuando dice que quiere guardar en su caja los juguetes que le gustan aun cuando sean de su hermano.

Esta es la primera sesión de muchas en que se observa que se les dificulta finalizar la sesión, sobre todo Toño, lo que me da la impresión de que algo que da inconcluso, por otra parte Lulú da un pago simbólico, que implica que ella recibe algo de este espacio. Posteriormente el juego de Toño aclara la dificultad de finalizar la sesión: la resolución de la identificación con el objeto muerto-perdido y pide ser enterrado “quiero saber cómo se siente” y luego emerge y se va a jugar, esto le da alivio “es solo un juego”.

Sesión 8. 25 de Mayo 2005.

El encontrar sus cajas en desorden y sin algunos de sus objetos se moviliza en Toño la fantasía de ser despojado o robado “mira un monstruo que destapó aquí. Allí había más cosas”, esto da pauta al desarrollo de una fantasía que ha estado presente desde la primera sesión y que ahora sale a flote con mayor claridad, esto también puede relacionarse al hecho de que no había cámara, que como ya se ha mencionado anteriormente, es un objeto persecutorio.

Un primer comentario que hace Toño en cuanto al monstruo se refiere a una conversión: se vuelve en príncipe, lo que indica que en Toño opera una defensa que Melanie Klein menciona claramente en su trabajo y es el convertir el objeto persecutorio en ideal, esto con el fin de disminuir la amenaza que este representa, lo que luego concuerda con la alianza que hace Toño en su juego entre el monstruo invisible y un niño.

Continúan el juego que dejaron pendiente la sesión anterior: buscar pistas, Toño hace huellas de un monstruo invisible y de un niño, que son amigos, mientras tanto Lulú busca elementos reales de su ambiente encontrando un fríjol y el seguro de un arete, sin embargo no los asocia a nada en general, los dos salen de su recámara a buscar pistas, esto nos da una indicación que para ellos las respuestas o elementos que les ayude a encontrar una respuesta a su experiencia no se encuentra en ellos, tienen que acceder o buscar en otro sitio, de hecho salen al cuarto de sus padres .

La historia se trata de un monstruo y un niño que se encuentran un tesoro, se lo roban y lo entierran, de esto primero podemos decir varias cosas:

1. hemos visto que el monstruo en otras sesiones es identificado con la figura paterna, y el puede ser el niño del que habla.
2. nuevamente se encuentra la acción de robar algo valioso
3. un elemento que introduce el tema de muerte es la acción de enterrar el tesoro, da la idea de sepultar.

Toño introduce un elemento real a su fantasía, el martillo, el cual sirve para golpear al monstruo, aquí va a otro nivel al angustia, tal vez ya no puede ser contenida y elaborada en la fantasía por lo que recurre a objetos de la realidad.

Lulú habla de Santa Claus el cual representa lo contrario del monstruo invisible: da regalos y es bueno, es decir es el objeto bueno proveedor, pero “se lo robaron para navidad”, ella da luz acerca de la fantasía que tiene en relación a su madre: se la han robado, también podemos asociar que Irma enfermó en Noviembre, y estuvo grave en fiestas navideñas, cuando trato de aclarar a quién se robaron Lulú dice que a un niño pero Toño la corrige y dice que a una niña, si recordamos en la primera sesión, Toño hace un comentario que nos da la idea de que él percibe a su madre como una niña, por lo que podemos inferir que la niña a la que se roban en navidad es su madre, así esta fantasía también está presente en él. Lulú sale al baño, de acuerdo a Aberasturi, el hecho de que el niño en medio de la sesión solicite ir al baño repentinamente implica agresividad ante la angustia, esto podría ir de la mano con el tema que se está tocando en esos momentos.

Toño menciona en el relato que una foca se robó a la niña y no sabe a dónde se la llevó y Santa Claus se dio cuenta y prendió todas las luces de las casas. Aquí también hay elementos interesantes y se asocian a la angustia de separación que vive Toño: no sabe a donde va su mamá, entonces se refugia en un objeto interno bueno-proveedor y protector que hace algo para disminuir su angustia “prende las luces”, hay que recordar que Toño le teme a la oscuridad (que se relaciona a la imposibilidad de ver a su objeto de amor).

Toño pregunta por su hermana y la llama Julia, como su abuela paterna, él generalmente no la llama así, pero en esta ocasión es interesante la ocasión en que la nombra así: no sabe dónde está su hermana y se genera la fantasía de que la robaron el monstruo y el niño, entonces se relaciona la desaparición del objeto amado (porque lo robaron), con la muerte, tema que poco a poco va apareciendo a lo largo de la sesión.

El dibujo de Toño revela elementos que relacionan la enfermedad de su madre con el objeto persecutorio y por otro lado la identificación de él mismo con ese objeto:

1. dice que los monstruos no tienen cabello, como ya he mencionado antes, Irma no tiene cabello debido a la quimioterapia y radioterapia.
2. al hablar de esta característica Toño finge desmayarse, mencionando que lo hizo porque vio al monstruo, pero hay que recordar que él vio a su madre desmayarse en el parque.
3. Ambos monstruos son escindidos, fragmentados como una defensa ante la angustia persecutoria, de hecho les atribuye una serie de defectos que dan la idea de ser débiles.
4. Toño menciona que el monstruo se parece a él, vemos una clara identificación con este objeto así como en sus características, podríamos decir entonces que ambos monstruos son él y su papá, y que incluso a un nivel inconsciente él se siente responsable de la enfermedad de su madre así como también a su padre, es como si su voracidad la haya vaciado-enfermado, como si hubiera robado sus tesoros, por ello su entorno y dinámica familiar han cambiado, ahora es la “navidad de los monstruos”.
5. Toño hace la asociación entre estar dentro del tesoro y estar muerto dentro del féretro “me encerraron (los monstruos) en el tesoro, y no respiro”.

Lulú menciona elementos interesantes e importantes en su dibujo su cabello, que busca pistas y busca algo que no conoce. El cabello viene a ser lo que hace la diferencia entre estar bien y estar enfermo para ella y su hermano, ella expresa su necesidad de saber o descubrir algo que ella sospecha le esconden así como de entender qué es lo que pasa con su mamá.

Dentro de este contexto de juego vemos un giro en su juego pero que no rompe con lo que hemos mencionado antes, sino que lo enriquece: trata de jugar ahora con los títeres pero como una familia: ya mencioné que estos títeres fueron hechos justamente con la intención de evocar la idea de una familia, podríamos entonces decir que hace una ligadura de la fantasía que ha ido elaborando con su experiencia familiar. También salta a la vista que menciona al hermano mayor, esto ya se ha visto antes y se relaciona a que Toño desea tener poder como usa hermana mayor, Lulú se une a esta fantasía, podemos inferir que ella también ligó la fantasía que ha ido elaborando, así que contribuye y menciona que les hace falta una mascota, después de esto Toño se torna agresivo al tomar el títere del perro y ya no desarrollan un juego con los títeres, queda inhibida esa asociación.

Lulú hace un escrito en letras rojas, algo que no deja lugar a dudas lo que hemos mencionado antes “algo sospechoso está pasando”, de acuerdo a la línea de tiempo, esta sesión tiene lugar un día después de la segunda entrevista con los padres. Uno de los aspectos importantes mencionados en esta entrevista es la proximidad del internamiento de Irma, suceso del cual los niños no están informados, esto nos da la idea de que Lulú ha observado una serie de situaciones que la hacen pensar que le esconden algo, por eso nace su necesidad de buscar pistas y encontrar respuestas.

La conducta de juego de Toño es maniaca, esto debido a la angustia que está viviendo en ese momento: decir que se cae, que ya no ve y deambular gritando, luego menciona que el monstruo invisible se los ha quitado: se percibe a sí mismo atacado por el objeto persecutorio e incapaz de defenderse (antes con los lentes podía ver y por la tanto hasta cierto punto controlar el objeto persecutorio), vemos que las defensas de Toño ahora son insuficientes, el juego nuevamente no contiene esta angustia, así que Toño introduce nuevamente el martillo para golpear al monstruo, pero luego regresa al juego con otro elemento: un espejo por el cual puede ver-controlar al monstruo.

Vemos nuevamente que Toño menciona el miedo a la oscuridad pero proyectado en su hermana, disminuyendo su angustia.

Por primera vez Toño muestra una identificación con su figura materna al toser y simular desmayarse, esto le produce angustia y va en busca de un estetoscopio real, que es de su abuela, al no encontrarlo, regresa y menciona que su abuela está en el cielo, vemos aquí la asociación de la enfermedad de su madre con la muerte de su abuela.

El tercer elemento real que introduce en la sesión son los lentes porque con los de juguete no puede ver bien, luego los guarda. Finalmente estos intentos por controlar o contener su angustia son inútiles dirige su agresión a un títere, que de acuerdo a él, es un bebé monstruo, es decir lo hace indefenso para poder atacarlo. Así como también dibujar una bestia sin ojos.

Finalmente hace una máscara, dice que es para ver, y dice que él es el niño de los increíbles cuya facultad es correr rápido, luego dice que va a tirar su máscara a la basura, vemos elementos maniacos como omnipotencia en las características, sin embargo son insuficientes, y las desecha, se observa muy agitado al final, ansioso.

Cuando les aviso que la sesión terminó Toño trata de unir dos crayolas, indicando que lo hace para que no se pierdan, aquí se empieza a expresar su dificultad para separarse, y necesidad de unirse, en la transferencia Toño experimenta el fin de la sesión como la separación cuando su madre se va al hospital. Luego vemos que ambos tienen dificultad para separarse, tardan en guardar sus cosas, no encuentran su liga que usan para cerrarla y finalmente decide ponerle cinta adhesiva para protegerla y evitar que le roben sus objetos.

Sesión 10. 27 de Mayo de 2005.

Toño elabora una bola con el cinta adhesiva de él y de su hermana, hay que recordar que el direx es un elemento importante dentro de este periodo, el cual tiene la función de proteger el contenido de sus cajas, también vemos el elemento agresivo-anal, en una sesión anterior menciona que el cinta adhesiva parecía caca. Él protege su interior atacando al objeto malo o persecutorio.

Cuando les pregunto a qué quieren jugar, Toño menciona que no han terminado de jugar al doctor, es decir aún están elaborando la separación de su madre. Una manera en que se evidencia esta elaboración de la separación es cuando Toño juega a perder el brazo de su muñeco y dice “ay mamá toda... ay mi mano se perdió”, él menciona a su madre, parece ser solo una expresión común pero Toño sólo la menciona en este tipo de juegos de perder algo., luego aparecen defensas maniacas, Toño aparece mágicamente el brazo del muñeco. Otro momento en que es mencionada su mamá “sin razón aparente” es cuando su hermana le pregunta por las tijeras, él se asoma a su caja y grita: mamá, da la idea de que la busca en su interior, no la encuentra está perdida.

Toño y Lulú entienden las visitas de su madre al doctor desde la perspectiva de que va a curarse, sin embargo se vuelve a enfermar de lo mismo, su juego es así: le sacan un hueso, se le atora de nuevo, lo sacan una y otra vez.

Cuando Toño “corta y pega” la pierna de la muñeca dan la idea de atacar a la madre enferma, pero a la vez el deseo de repararla, sin embargo hay una actitud maniaca, Toño usa demasiado cinta adhesiva... En todo esto, poco a poco se empiezan a asociar el tema de la muerte y los huesos que Toño saca a la muñeca que es la enfermedad de su madre. Él explica que la muñeca adentro tenía un hueso y se lo sacó, sin embargo le salen otros por lo cual tiene que seguir asistiendo a consulta para extraerlos, más adelante menciona que le salen más huesos, “va a estar huesuda, va a bailar como las calacas”, Toño relaciona los esqueletos con la muerte, entonces podemos inferir que así es como él explica la enfermedad de su madre y realmente lo asocia con la muerte. Estos huesos también tienen gusanos que dañan el interior de la muñeca, luego aparece nuevamente la característica “invisible con un gusano”, tiene ese carácter de incontrolable, y un lamento terrorífico, así es para Toño la enfermedad de su madre.

Lulú también menciona una serie de elementos contenidos pero específicamente en la panza de la muñeca, estos son objetos internos, son hijos pero que a la vez dañara a su madre, luego al preguntarle cómo llegaron

ahí, viene su respuesta: no sé, es una manera de negarse o inhibir una fantasía relacionada a la enfermedad de su madre, esto se ve también más adelante cuando le pregunto la razón de los raspones de la muñeca, ella simplemente dice: no sé.

Vemos en esta sesión nuevamente la lucha de poder cuando Lulú menciona a una hija mayor, pero luego Toño dice que tanto el niño como la niña son de la misma edad, posteriormente ambos compiten señalando que no lloran cuando los inyectan. Luego compiten por ver quien sabe contar más y cual muñeco mide más.

Lulú asocia el juego que han estado elaborando con el de buscar huellas del monstruo invisible, que como se vio anteriormente, es un objeto persecutorio, inmediatamente sale a relucir angustia relacionada a la muerte cuando Toño saca punta a la goma y dice que va quedando muerto, luego se identifica con el objeto muerto: estoy quedando muerto y muerto y muerto.

Después vemos la reacción de Toño ante su incapacidad para unir la goma con el lápiz: los lanza lejos y se “desembaraza”, vemos también su baja tolerancia a la frustración.

Al final cuando me anuncia a Toño que uno de los muñecos se va a quedar, nos muestra el saber que tiene en relación a estas separaciones: su mamá se queda en el hospital para que los médicos la cuiden, le den medicina (sin embargo no menciona claramente que es para aliviarse).

Toño busca su cinta adhesiva, al no encontrarlo menciona que el monstruo invisible se lo llevó, esto refuerza todas la interpretaciones de la sesión: su madre desaparece, se la lleva el monstruo invisible (su papá o su enfermedad).

Cuando señalo que ya va a terminar la sesión, Toño prende el televisor de su cuarto, es una manera de negar la ansiedad que le provoca finalizar la sesión. Por su parte Lulú, guarda los juguetes de médico en la bolsa, esto se puede interpretar como el introducir objetos curativos en su madre, o introducir a su madre (bolsa) en su mundo interno (caja).

Guardan sus cosas y las sellan con cinta adhesiva, esto nuevamente para proteger el proceso que están llevando a cabo, y sus objetos.

Sesión 11. 01 de Junio de 2005

Esta sesión es particularmente interesante ya que en ella se despliegan defensas y fantasías importantes, y más aún, empiezan a reconocer sentimientos de tristeza en sí mismos, también hablan en su juego de cómo perciben la separación de su madre y lo que ellos entienden y han observado de su enfermedad, a continuación desarrollo tales puntos.

Para iniciar es muy importante que se considere el hecho de que precisamente este día Irma sería internada para iniciar su tratamiento de quimioterapia (ver entrevista dos), y era la primera vez que se internaba después de su larga ausencia de dos meses.

Lo primero que salta a la vista es la actitud de los niños, que es reservada, indica que no son ajenos ni indiferentes a la separación que han de vivir en esos momentos, sin embargo posteriormente tratan de tapanlo ignorando a su madre y concentrándose en sus cajas, pero esa ansiedad de separación se manifiesta más adelante transferencialmente al final de la sesión. Toño reacciona mostrándole una jeringa a su mamá, este instrumento se relaciona a dos aspectos: por un lado es un instrumento que cura y por otro también de agresión, esto luego lo vemos al final de la sesión cuando Toño me dice que me va a picar con la punta de su lápiz, lo que esclarece la idea de que el significado de tal conducta va del lado de la agresión hacia su madre que “lo abandona”.

El juego nuevamente versa sobre médicos que curan a mis hijos, esto indica que continúan asimilando la razón de la separación así como la aparición de la idea de reparación que poco a poco va surgiendo.

Toño y Lulú inician su juego con una actividad claramente reparatoria, o por lo menos un intento incipiente de hacerlo con su gafete, pero Lulú trata de aminorar la angustia de sentir roto o dañado un objeto suyo comparando su gafete con el de su hermano y señalando que el de ella no está tan roto como el de él, es decir “no es tan destructiva como Toño”, esto a su vez provoca angustia en su hermano que inicialmente acepta que está más destruido el de él, Toño trata de disminuir con defensas maniacas, en conductas como sacar muchos objetos en su caja y más adelante Toño se muestra verborreico, y disperso, con cierta dificultad para empezar a jugar, se encuentra inhibido por la angustia de perder a su madre. Esto también lo vemos cuando menciona la fantasía de ser robado o despojado, cuando menciona que si guarda su lámpara en la caja me la voy a llevar, vemos también que Toño dice: TU CAJA, él ya reconocía tanto la caja como sus materiales como propios, sin embargo en esta sesión no lo hace.

Otra manifestación posterior de las defensas maniacas de Toño es la omnipotencia, esto a través de comentarios acerca de poseer magia para reparar así como de desaparecer al objeto persecutorio.

Cuando se introduce el tema del tiempo en que su madre va a regresar, ambos dicen no saber cuando lo hará, pero esto provoca reacciones en Toño en las que vemos manifiesta su angustia: jugar con la lámpara agitándola, y su inquietud en general.

Lulú por su parte me muestra un dibujo rico en significado. Nuevamente dibuja dos montañas con gatos en su interior, como se recordará en sesiones anteriores, Lulú hizo un dibujo igual y menciona que dibujó los gatos en el interior porque las montañas estaban vacías. Este dibujo que ella muestra es para su mamá y se lo enviaría cuando estuviera internada, nos da la idea de cómo percibe a su madre y cómo ella hasta cierto punto intenta repararla “llenarla” porque para ella está vacía, sin objetos que puedan satisfacerla.

En cuanto a la expresión y reconocimiento de sentimientos, vemos en Toño un poco más de facilidad en comparación con su hermana Lulú, vemos que él inicialmente por proyección habla de la tristeza y después la reconoce en sí misma pero desplazada a otro origen, habla de su prima que no quiere jugar con él, si lo vemos de un modo más general se refiere a no ser satisfecho en sus necesidades afectivas y de compañía por su madre, pero por su parte Lulú se esconde, “no quiere ser vista” esto lo muestra al ponerse de espaldas a la cámara, ella tiende a esconder y negar sus sentimientos, esta sesión Toño desplaza su tristeza y Lulú la niega, ambos para no hablar de su madre, y porque talvez en algún momento hablarían de enojo, enojo que para ellos es destructivo. Al negar su tristeza también niegan: la culpa de haber destruido su objeto amado: su madre.

En cuanto a los comentarios en torno a su juego, Toño y Lulú hacen una serie de observaciones y comentarios que nos da una idea de la condición en que se encuentra nuestro proceso:

1. Lulú aclara que empezamos a jugar desde el Lunes: esto podría ser entendido en dos sentidos: de la elaboración de la despedida desde el momento en que empezaron a jugar a los doctores, o a la sesión en sí que, aunque no estuvieran “jugando” en forma, ya se estaba elaborando el evento que en ese momento se estaba llevando a cabo “la separación”.
2. Por su parte Toño menciona que esta sesión era la última que jugábamos al doctor, lo que ayuda a esclarecer la función de su juego: asimilar la despedida y su motivo: la enfermedad.
3. por otra parte podemos ver que ellos asumen el papel de médico, el ser que cura y repara, preparándose quizá para un proceso de reparación que puede llevar posteriormente a la elaboración adecuada de un duelo, aunque aun hay elementos maniacos dentro de su juego, así como de negación, cuando al preguntarles la razón de la enfermedad de lesión o enfermedad de algún muñeco, ellos solo dicen “no sé”.
4. Un momento importante que da la posibilidad de hablar de sentimientos es la explicación que les doy sobre qué es lo que hace una psicóloga.

Toño habla de su experiencia en cuanto a la efectividad de sus defensas, una de ellas, la de controlar al objeto persecutorio, que es invisible y solo a través de sus lentes puede verlo-controlarlo, pero en esta ocasión su juego es “se me caen los lentes”, y su conducta posterior a esto es deambular con los ojos cerrados, dando una idea de sentirse perdido y manifestando su angustia que le desborda ante esta incapacidad de defenderse ante el objeto persecutorio. Una manera en que intenta controlar al objeto persecutorio es manipulando la cámara, y descubrir qué es lo que “ella” ve.

Toño nuevamente hace una asociación relacionada a la *muerte* cuando ve las muñecas dentro de una caja “están muertas”, vemos que es una idea vigente e importante durante el proceso, sin embargo son muñecas que van a ser “recuperadas”. En relación a esto, Toño siente que al irse su madre, al estar enferma-destruida, vacía, él tiene la necesidad de curar todos sus objetos internos, esto lo vemos cuando Toño baja muchos juguetes que serán curados, sin embargo luego reconoce que aun hay en él objetos que no están enfermos, por otro lado, esos objetos son mis hijos, es decir objetos que tengo en mi interior, y transferencialmente, objetos o hijos de su propia madre. Su actividad continua maniaca, pero vemos que se concentra demasiado tiempo en un solo muñeco al que le pone mucho cinta adhesiva en la cabeza, hemos visto que el cinta adhesiva tiene un función de unir, reparar, proteger, pero también son heces con las que ataca. Y ese juguete es de su madre, los demás son de él, en realidad ya los demás no los “cura”, menciona que están bien.

La negación y la escisión actúan cuando por asociación dentro del juego se acerca al tema de la enfermedad de su madre y sus sentimiento de extrañarla, Toño simplemente cambia el tema “ayer fue el día de no fumar” parece que acepta el sentimiento pero el motivo se encuentra escindido. Por otra parte vemos que la sensación de desvalimiento ante la ausencia de su madre y el extrañarla “lloramos cuña, cuña”, sentirse indefenso, como un pequeño bebé. Por su parte Lulú casi al final de la sesión introduce de nuevo el tema de la tristeza pero proyectado hacia su hermano, pero igual que Toño la relaciona a la insatisfacción de sus necesidades afectivas “Susi no quiere jugar con él”.

Al tratar de abordar el tema de los sentimientos, claramente vemos que se dispersan evitando tocar el tema, eliminando la posibilidad de expresarse y entender lo que están sintiendo, ya que para ellos estos son amenazantes.

Es importante cómo ellos mencionan la actividad de sanar como “recuperar”, porque para ellos, eso es sanar, recuperar los objetos, llenarse nuevamente de ellos, de los objetos que se creían perdidos, recuperar a su madre proveedora.

En cuanto a la explicación que ellos dan a los padecimientos siempre son objetos internos que dañan el cuerpo, en este caso de su madre, pueden quizás por introyección proyectiva ellos mismos que dañan desde dentro el cuerpo de su madre. Y la cura, según ellos es para evitar que **muera**, esto no se los ha dicho su padre, vemos aquí la asociación enfermedad-muerte; cuando mencionan que hay que ponerle curitas vemos de algún modo la asociación con la sangre y hemorragias.

En relación a su relación de poder y competencia dentro de su dinámica familiar vemos que Lulú busca tomar la figura materna que tiene Toño en su maestra lo que le provoca celos y enojo, cosa que ella disfruta. Toño muestra agresividad al cortar el cinta adhesiva con sus dientes.

Toño y Lulú me exigen objetos para su caja, como a un objeto ideal, inagotable y les satisface: YO: voy a darles material, Toño: si tanto, tanto, tanto. Pero a la vez esta demanda va a llenar y satisfacer todas las necesidades que su madre no puede. Por su parte, ante la voracidad de su hermano, Lulú se angustia y responde “ay, no tantos”, pero Toño continúa con ese deseo voraz de llenarse de objetos, llenar y desbordar su caja (su mundo interno).

Más adelante Toño y Lulú cantan una canción, Toño continúa solo la canción, en ella habla de que la araña sube hasta el cielo y se encuentra a una familia, que es la suya, Lulú menciona que viven en las estrellas, lo que da pie a otra asociación relacionada a la muerte, ya que Lulú menciona que un juguete está bien de los huesos, y Toño inmediatamente habla de “la tilica y flaca”, la muerte, los huesos evocan la idea de un esqueleto, como los huesos de la pantalla de rayos X de Lulú, y luego empiezan a cantar una canción de despedida, todo esto da sentido a lo que sienten en cuanto a la separación y su íntima relación con la experiencia psíquica de perder un objeto, es decir, que muere.

Justo cuando les aviso que la sesión está por terminar, Lulú comenta que va a ver a la maestra, como sustituyendo mamá-psicóloga-maestra., pero Toño se muestra agresivo y ansioso tomando un carro y pasando por encima de todo y proyectando en mí el sentimiento de pérdida “pregunta dónde está tu hija carro”.

Vemos en Toño ese sentimiento de no tener la posibilidad de recuperar del todo sus objetos, incluso su debilidad cuando al decirle que tengo hijos sanos él dice “y se te caen”.

Como mencioné inicialmente, en esta sesión es cuando empiezan a resistirse a terminar la sesión y más aún a dejarme salir de su casa, lo que refleja en realidad la dificultad de separarse de su mamá.

Sesión 12. 03 de Junio de 2005

Esta sesión presentó características especiales, su desempeño en general y el tema de su juego cambiaron radicalmente, podemos decir a grandes rasgos que su actividad fue maniaca y caótica, es interesante observar como de querer inicialmente jugar a los doctores, expresan el deseo de jugar a las pista y luego solo el dibujo, que no tiene mayor contenido expresivo mas que el de producir uno tras otro.

Hay elementos agresivos en Toño que iré expresando a lo largo de la exposición, así como su reacción ante la falta de predictibilidad y control sobre su medio externo.

Para empezar se considera el hecho de que su madre regresó el mismo día que se había ido a internar, de acuerdo a la sesión anterior, cuando ambos estaban elaborando la separación que tenía lugar en esos momentos, y que les representa una gran dificultad, como se observó al final de la sesión cuando no me permitían salir de su casa, por otra parte, llegué tarde a la cita lo que contribuyó a este sentimiento y que tiñó toda la sesión.

Toño expresa en su juego la necesidad de establecer un vínculo lo bastante fuerte y capaz de soportar la separación esto por la necesidad de Toño de asegurar ese vínculo con su madre cuando ella sale a internarse, eso se expresa cuando él usa la liga y la amarra a su caja y a su cuna, y la verbalización relacionada a este juego.

Toño inicia con un comentario que indica agresividad al referirse a la bola de cinta adhesiva que estaba formando, en sesiones anteriores se observó la asociación entre cinta adhesiva y las heces (el un día dice que es “caca”). Posteriormente cuando salgo a buscar las hojas que hacen falta, Toño expresa nuevamente agresividad al decir que va a romper la cámara cuando me voy- esto es atacarme, lo que queda asociado al haber salido y separarme de él. Un poco más adelante también se manifiesta cuando habla de la fogata, de acuerdo a Melanie Klein hablar de fuego o querer jugar con él indica (claro que de acuerdo a un contexto) fantasía agresivas de parte del niño así como a la enuresis (atacar con orina).

Vemos nuevamente una actividad reparatoria elaborada principalmente por Lulú pero en la que Toño también participa, aunque pasivamente, cuando rompen la goma. Es interesante el diálogo que sostienen en torno a tal acontecimiento, lo que se puede extraer de él es inicialmente el sentimiento de culpa al haber roto algo “mío”, negando que lo que está roto pertenece a su caja, “su mundo interno”, existe el miedo a un castigo de mi parte, como una venganza por haberlo destruido. Logran unirlo sin embargo vemos que lo hacen con mucha cinta adhesiva, lo que da una idea de ansiedad pero que trata de disminuir con una actividad maniaca.

Cuando Toño y Lulú comentan que les voy a llevar las hojas, vemos que la fantasía de un objeto inagotable continúa vigente, aún así vemos después voracidad en la actividad de dibujo, cuando ambos por un lado realizan dibujos sin mayor detalle, la función que están realizando estas actividades es de llenar de objetos su interior, no sentir el “vacío” o la ausencia de sus objetos buenos, esta es una reparación maniaca en tanto busca reparar un objeto con otros, lo más pronto posible y sin sentir el dolor, por otra parte también vemos el tema en cuanto a mi permanencia cuando dicen que voy a seguir yendo a su casa, esto tratando de cubrir la no permanencia de su madre en casa. Incluso el contenido de algunos sus dibujos nos habla de lo anterior: el auto con miles de niños en su interior.

Por su parte Lulú muestra una defensa que Melanie Klein denomina como introyección proyectiva al dibujar una casa donde solo habita ella y no admite a nadie más, aquí es donde justamente vemos su voracidad hacia

el objeto materno. También esta voracidad lo vemos reflejado en su actitud al final de la sesión cuando empieza a copiar los dibujos de su hermano, como una manera de apropiarse de ellos.

Al observar el dibujo que Lulú hace de sí misma es evidente un detalle: no se dibuja cabello y la calidad de la línea es mala, de hecho la estructura total de su dibujo da la idea de un ser escindido y débil. Esto nos indica cómo es que Lulú se está identificando con este objeto materno, que, como he comentado anteriormente, no tiene cabello a causa de su tratamientos de quimioterapia y radioterapia, esto evoca la idea de una identificación masiva, como Sonia Ihlenfeld menciona en su artículo “duelos en la infancia”, que es cuando los niños al perder a un objeto de amor, toman todas la características del objeto perdido y las adoptan, algo así como una fusión total. En su dibujo igualmente pone un sol y un arco iris, sin embargo estos tienen un aspecto amenazador y agresivo, lo que muestra cómo es que ella percibe su medio que puede ser tanto el interior, como el exterior.

Por su parte, cuando Toño se dibuja, manifiesta una actitud abiertamente agresiva al dibujar únicamente la cabeza y atacar el cuerpo invisible de este y al cuestionarlo lo niega pero a la vez continúa la agresión al rayar con fuerza. Al hablar de su dibujo, se puede notar que Toño habla de una agresión dirigida a su persona, como un auto castigo, hay que recordar que el se está dibujando a sí mismo y al hablar de él, se refiere en primera persona. Da la idea de un castigo, que podría relacionarse con la culpa. Lo que podría también indicar una señal del reconocimiento de su propia destructividad.

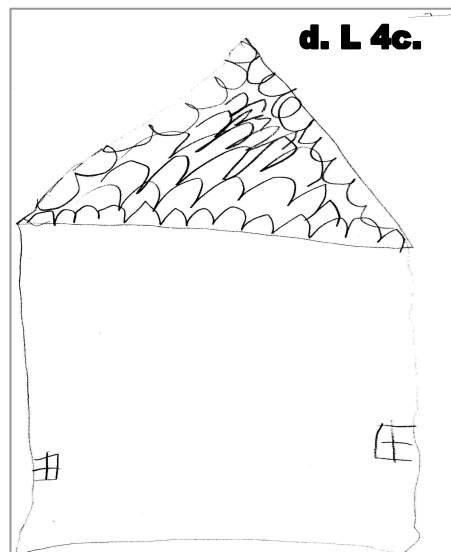
Al final de la sesión, ante la proximidad de la separación ambos buscan tener el control de la situación fijando la hora de nuestra próxima cita, angustia que se relaciona con lo que mencioné al principio al sentir su medio incontrolable, impredecible. .

Al final vemos que nuevamente tardan en separarse, así como el gran gasto de energía y material que requieren para proteger el contenido de sus cajas cuando las sellan, indicándonos esa fantasía de ser robados por un objeto persecutorio.

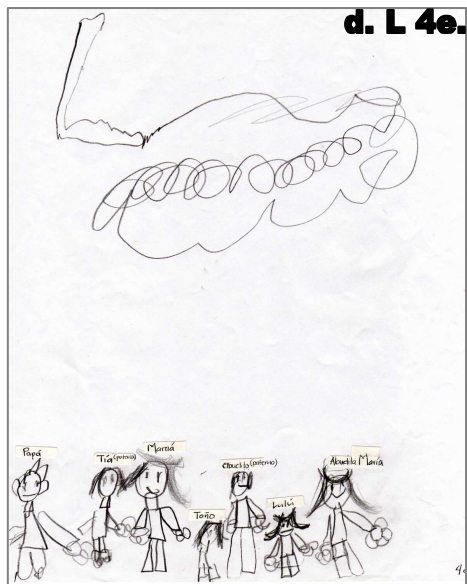
DIBUJOS DE LULÚ



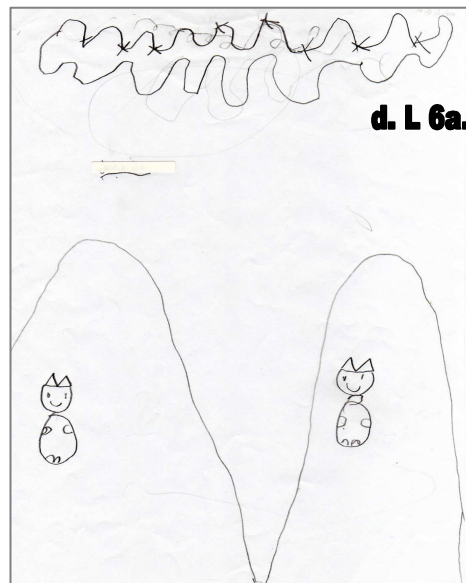
“La casa de mi prima, Susi, este es su cuarto porque aquí abajo duerme su mamá y aquí arriba duerme ella, y esta es su perra, se llama babrinca”.



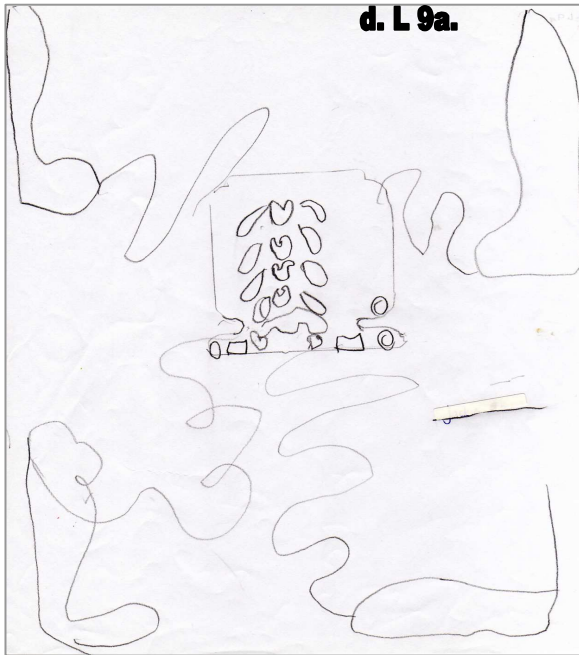
“una casa donde se mudaron... se mudaron de la casa, ya no tiene gente está vacía. Indica donde quiere su nombre”.



Lulú mira su dibujo y dice: “una nube de L”. Luego lo describe: “Mi papá, esta es mi tía, esta mi mamá, luego, este es Toño, mi abuelito, yo, esta es mi abuelita Julia. Es un arco iris diferente a los otros, de una L sale”.



“Estas son unas nubes de víboras con tache, y éstas son unas montañas con unos dibujos de gatitos”
 -¿quién dibujó esos gatitos?
 Lulú: “Yo”.
 -¿por qué?
 Lulú : “porque como se veía vacío le puse”.



d. L 9a.

Lulú saca la pantalla de rayos x y pinta siguiendo el contomo, luego explica: Es el pizarrón (la pantalla de reynos X) con huesos, y



d. L 12c.

Lulú se queda pensativa. Le pido que se dibuje a si misma, acepta.

-con lo que tu quieras

L: "mi cara roja, ah no pero... aquí tengo más, saca sus crayolas (se refiere a que tiene color carne)".

Al terminar de dibujarse, Lulú pinta un sol con las pinturas digitales.

L: "ya"

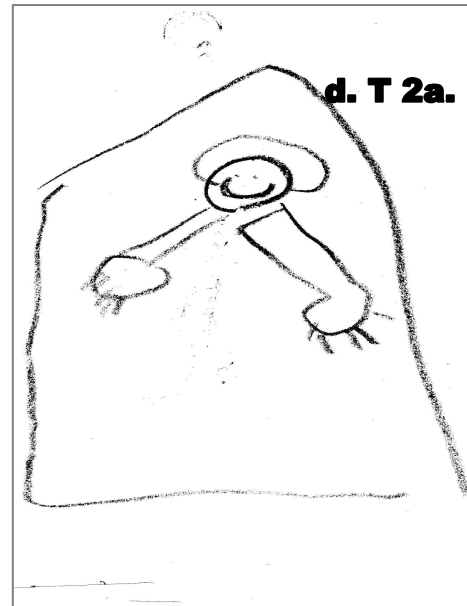
-¿qué mas dibujaste a parte de lo que te pedi?

L: El sol y un arco iris.

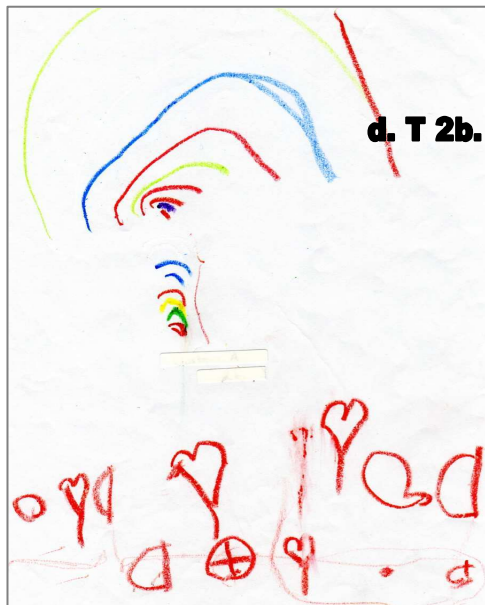
DIBUJOS DE TOÑO



Toño dice que ya terminó su dibujo, se le pide que hable sobre él: *“se está haciendo un caminito,... es de aquí, y va una camioneta para llegar a la casa (señala un extremo de su dibujo, pero no dibujó una) y a la escuela (tampoco la dibujó)”*.



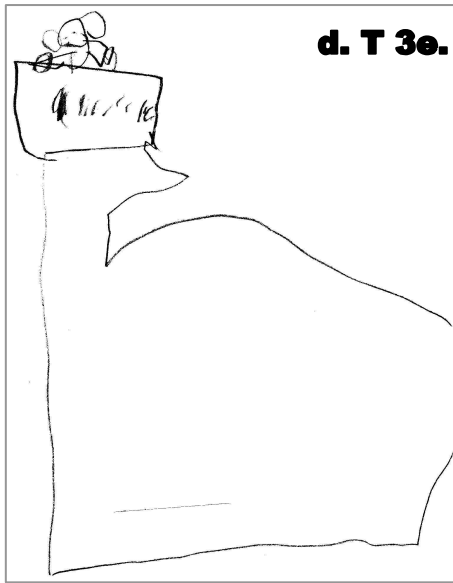
Habla de su dibujo: *“es un arco iris que se va haciendo más grande, más grande, más grande, mediano y se hizo chico, se hizo chico”*..., empieza a hablar sobre el dibujo y continua haciendo algunos trazos: *“y ahora los hice juntos (marca una línea a la derecha de los arco iris más grandes, “dos, dos y dos”, son sus hijos, la mamá y el papá”*.



“un arco iris, una casa y un niño”, al preguntarle el nombre del niño dice su propio nombre, al indicarle que se dibujó a si mismo, él asiente tímidamente con la cabeza



“ahora un corazón gigante y un corazoncito, es su hijo, y la mamá”.



d. T 3e.

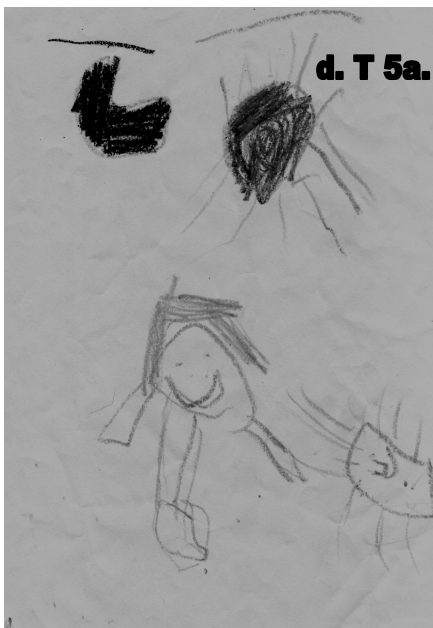
Saca un lápiz, y empieza a dibujar, hace un rectángulo y dice: "vamos a jugar al doctor, dentro del rectángulo hace una líneas y dice que son los huesos, dice que está dibujando al conejo chico, hace la cabeza, y sus manos, dice : ya, dibuja otra figura abajo, y dice que es un pájaro que lo está cargando para que esté más alto que su hermano, pide que escriba su nombre, lo escribo, él me señala que no lo hice donde él me lo pidió "ahí no, te dije que aquí... es que se te olvida".

"Son dos nubes, este es su bebé y el papazote , ahora falta la mamá y ya está, ahora voy a hacer a mi familia porque estamos en el parque y el pasto, y hormiguitas, que espantan a Lulú, cumple seis y les da miedo".

Dibuja un muñeco y dice que con muchos dedos. Dice: "no más estoy yo solo en el parque... estaba... , Lulú ve el dibujo de Toño y dice: "1, 2, 3, A, esta parece una A, es el cinco y ese era el cuatro", ella le enseña como se hace el número cinco , y él lo corrige. Continúa con sus verbalizaciones: "su palotote, llegó hasta acá (el cielo), ahí va a ser un burrito, hace puntos y dice: son unas abejas que van volando en la bandera, y una se está tapando. Hace la bandera de estados unidos".

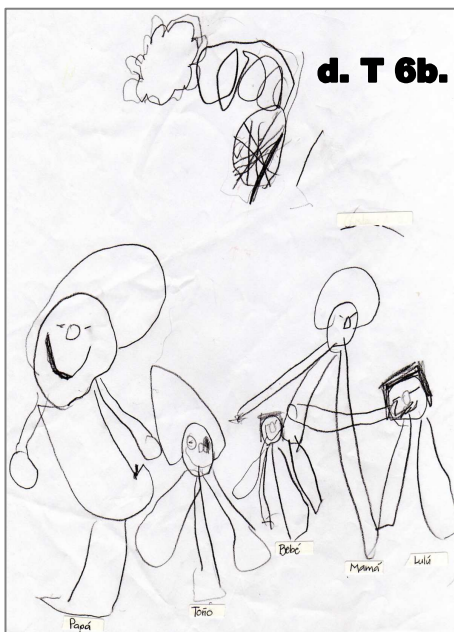


d. T 4b.



d. T 5a.

"éste es la cabeza de Rufo y la luna, nada más que está feliz porque se 'encontentó' porque se comió la comida de nosotros, y después sale... el sol, es cuando le dimos la comida".



“este es mi papá, nada más hay una nube”.
Al realizar el dibujo que lo representa a él dice:
“como yo tengo el pelo más largo por eso” (le
dibuja el pelo muy alto)

-¿Ese eres tú?

Él asiente.

Hace un dibujo más pequeño, se detiene, mira a su hermana y sonríe y dice: “le hice y dice “es el bebé”, ella mira su dibujo y dice: “¿quién es este?, señalando el primer dibujo, el responde: “mi papá, esta enseñando las pompas”.

Lulú: ¿Éste?

Toño: Yo una carita a Lulú” y ríe, continua su dibujo

Lulú: ¿Qué?

Toño: Éste es el bebé

Lulú: “¿Qué es eso? (lo dice burlándose)

Toño: “Es que mi papá esta enseñando las pompas y el bebé y yo estamos haciéndole así” (cierra sus ojos y agacha un poco su rostro)

Toño: “Falta mi mamita”

Lulú: “Que chistoso pintaste al bebé”

Toño empieza a dibujar otro miembro de la familia y su hermana le pregunta . “¿y éste quien es?”, él dice: “es mi mamá”, mostrando un gran esfuerzo, se agarra la cabeza mientras dibuja con la otra mano y dice apretando los dientes y engrosando su voz: “está enojada”.

Lulú: “Pues esa parece que es la mamá increíble ¿o qué?”.

Toño: “Es mi mamá pero nada más que esta enojada” (lo dice nuevamente engrosando su voz. “Na’ más que se enoja porque tiraron al bebé”

-¿y quien lo tiró?

Toño: “Lulú”

Ella ve el dibujo y dice: “Yo no lo tiré porque no estoy en medio del bebé”

Toño: “ash, tú estas aquí, la empujaste así”

Lulú: “Ella se enojaría contigo porque te dejas crecer el pelo”

Toño: “No, es que tú lo tiraste porque le hiciste así” (dibuja con su lápiz un línea que va de la mano del dibujo de su hermana hacia la mamá y continua hacia los otros miembros hace ruidos de golpe y un grito) “se pegaron en la pared y luego ¡push ahh!”; (regresa la línea como indicando que todos rebotaron de la pared).

Toño: “Este es mi papá, me esta empujando a mí y yo le estoy pegando en la pierna y Lulú le tiro el bebé a mi mamá por eso está así”.

-¿y cómo se sienten ellos?

Toño: Enojados

-¿Quién es el más enojado de todos?

Lulú señala el dibujo del papá y luego lo hace Toño y dice: él.

-¿por qué?

Lulú dice: “siempre nos regaña”

Toño: “siempre nos regaña bien fuerte”.

Luego hace un garabato sobre los demás y dice: “Una nube”.

-¿Y esto?

Toño: “Humo”

-¿De dónde sale el humo?

Lulú responde: “de la nube”.

Toño: “de la montaña”.

Su hermana le dice: ¿y donde está la montaña?, y él señala un garabato:

-¿y qué está pasando en la montaña?

Toño: “Es que le incendió y hizo humo”.

-¿Quién incendió la montaña?

Toño: “Mi papá se brincó hasta arriba, le incendió y ya se le salió el humo”.



Guarda su dibujo, saca otra hoja y empieza a dibujar, de repente me mira cuando lo está haciendo con la boca abierta, dice “están tosiendo por el humo y son gatos, es que tienen mucho pelo y yo también”.

Yo: ¿Los gatos donde están?

Toño: “En el circo”Yo: -¿y qué le pasó al circo?

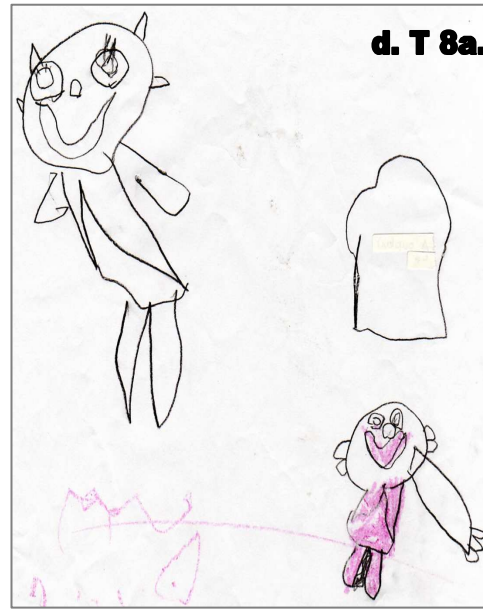
Toño: “Se incendia, unos malos lo incendiaron y se vino el humo para el circo en un hoyo por eso todos estaban tosiendo”

Yo: ¿Algo más?

Toño: “Que los señores están, los payasos no se hicieron así porque los payasos salieron rápidamente, los otros iban a salir y no pudieron los esos”

Yo: ¿y qué les pasó?

Toño: “Los gatos también se salieron rápido y también echaron humo allá afuera, nada más que los payasos se fueron arriba a una montaña más y más grande hasta el cielo y ya”.

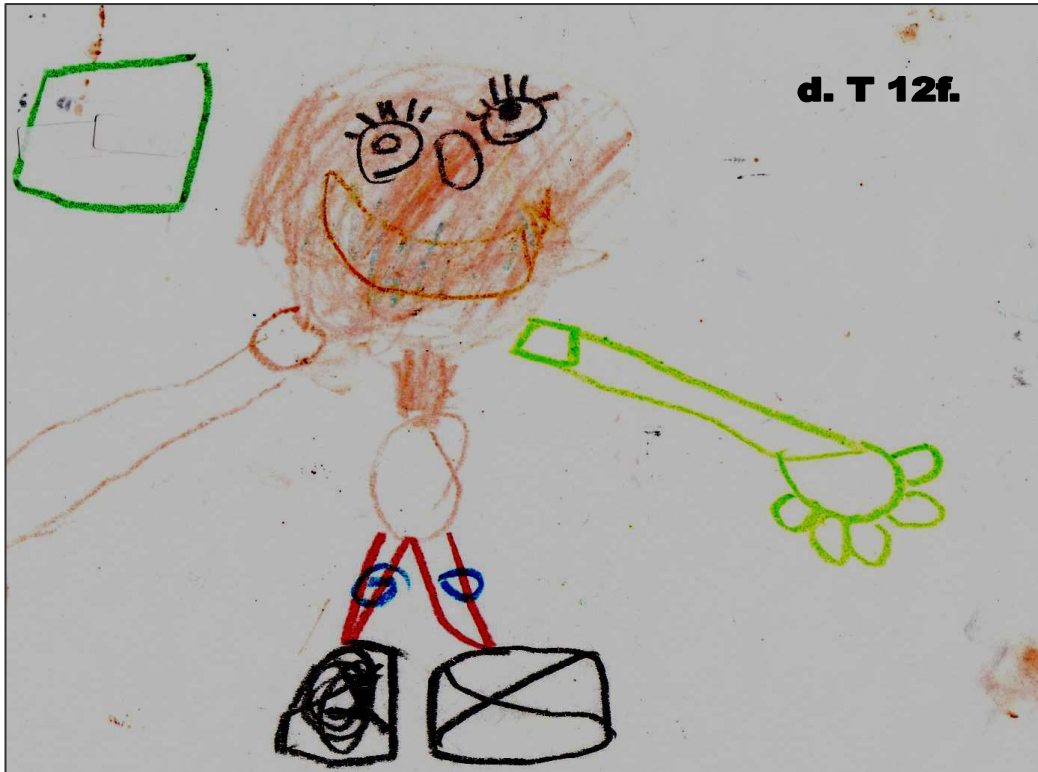


Entonces le pido a Toño que dibuje al monstruo y al niño.

Toño se pone nuevamente los lentes y dice que con sus lentes puede ver al monstruo porque es invisible, mientras dibuja señala que está dibujando al niño: “los monstruos no tienen cabello, y se convierten en monstruos en”... y cae de un lado y se acuesta en el piso cerrando los ojos, me dice: “es que me desmayé porque vi el monstruo”. Señala: “está más chiquito y no tiene su otra mano, ni un cuello”, le pregunto porqué y el me dice: “¿no te acuerdas que son monstruos y no tienen nada?, tienen panza... pero no tienen la otra parte” (borra la mitad izquierda del tórax de su dibujo).

Él mira el dibujo que está haciendo su hermana y señala: “el monstruo se parece a mí, ¿sabes porqué le digo niño?, porque es hijo del monstruo, y el niño no tiene cejas porque es un bebé, el monstruo sí porque es el grande y porque tiene orejas de gato y porque se convierte en gato y se convierte unas veces en gato y otras en duende porque es un monstruo, hasta se convierte en monstruo y hasta el grande ni tiene, haber si tiene... el monstruo ni tiene dedos. El monstruo está feliz por el tesoro, su tesoro es invisible, es la nueva navidad, son de monstruos”.

Toño me entrega su dibujo, me dice que escriba su nombre “en el tesoro”, le pregunto si él está ahí dentro y dice: “sí, me encerraron en el tesoro y no respiro”, hace gestos de no respirar, se asoma a su caja y empieza a ver sus crayolas regadas, empieza a sacar los colores, saca todos los colores rojo, luego otros nombrándolos, se las acerca a la oreja y va a ver al espejo de la recámara de sus papás si se pintó, me dice desde el otro cuarto, ni me pintó.



Toño regresa y me pregunta dónde le puse su nombre y lo pongo donde él me dice.

Yo: -¿y ahora te vas a dibujar a ti mismo?

Continúan trabajando. Él empieza a dibujarse a sí mismo.

Toño solo ha dibujado la cabeza, saca una jeringa y la coloca sobre la hoja y empieza a bombear con fuerza y la tira.

Yo: ¿qué le hiciste, la inyectaste?

T: aquí no tiene nada (lo dice sonriendo y señalando que no tiene cuerpo su dibujo)

L: ¿entonces qué le hiciste?, espérame ¿porqué le hiciste así?, raya con fuerza sobre su hoja.

Toño continua con su dibujo, canta mientras dibuja

Minutos más tarde...

Lulú guarda su dibujo, mira el dibujo de su hermano y se ríe, él le pregunta qué le pasa y dice: "tus patas"

T: "pues así son, no te rías. Es que me cayó un cuadrado y un cuadradito en los pies con un tache".