



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA DE ADOLESCENTES

**ADOLESCENCIA Y ENFERMEDAD CRÓNICA. REPERCUSIONES
PSÍQUICAS EN UNA PACIENTE CON CARDIOPATÍA.
“EL CASO CORA”**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL PARA
OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRÍA:**

**PRESENTA:
GABRIELA TORRÁS CEBALLOS**

Directora: Dra. Bertha Blum Grynberg, U.N.A.M, Facultad de Psicología.

Comité tutorial: Mtra. Eva María Esparza Meza, U.N.A.M, Facultad de Psicología.

Dra. Tania Esmeralda Rocha González, U.N.A.M, Facultad de Psicología.

Dra. Dení Stincer Gómez, U.N.A.M, Facultad de Psicología.

Dra. Martha López Reyes, U.N.A.M, Facultad de Psicología.

México, D.F.

Noviembre, 2015



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por siempre creer lo mejor de mí.

A mi abuelo Ceballos, por mostrarme unas de mis mayores pasiones, aprender.

A mi esposo Rafael, por creer en mí y recordarme lo bella que es la vida.

A mi supervisora Bony, la exacta combinación entre brillantez teórica y sensibilidad humana. Siempre una palabra amable, siempre una sonrisa y siempre el mejor consejo práctico y teórico.

A mi revisora, Eva Esparza, por tan sabios comentarios y correcciones durante toda esta formación.

A mi analista Loana Tellez, una gran analista y un gran ser humano. Contuviste mi angustia y me acompañaste durante estos dos duros y largos años, dándome fuerzas para poder concluir este proceso. ¡Gracias!

A mis compañeros de supervisión, Alain y Edgar, por compartir cada semana tantos conocimientos y buenos momentos. Fue maravilloso compartir con ustedes estos momentos de nutrición intelectual.

A mis compañeros, Ana, Griela, Mónica, Daniela, Alain, Edgar, Toño, Fer, Javi, Mire, Yela, Pablo, Poli, y Paco, dos años de grandes momentos, de buenos debates y de mucho acompañamiento. Fueron dos años inolvidables.

A mis maestros, María Luisa Rodríguez, Enrique Guarner, Lucy Solloa, Vicente Zarco, Bony Blum, Deni Stincer, Ana Fabre, Janette Sosa, Susy, y Martha López. **“Si pude ver lejos fue porque me subí a los hombros de gigantes”**, estos maestros son unos gigantes del psicoanálisis y les agradezco todo conocimiento compartido.

A Cora, por confiar en mí.

Dichoso el árbol, que es apenas sensitivo,
y más la piedra dura porque esa ya no siente,
pues no hay dolor más grande que el dolor de ser vivo,
ni mayor pesadumbre que la vida consciente.

Ser y no saber nada, y ser sin rumbo cierto,
y el temor de haber sido y un futuro terror...
Y el espanto seguro de estar mañana muerto,
y sufrir por la vida y por la sombra y por

lo que no conocemos y apenas sospechamos,
y la carne que tienta con sus frescos racimos,
y la tumba que aguarda con sus fúnebres ramos,

¡y no saber adónde vamos,
ni de dónde venimos!...

Rúben Darío

INDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN.....	8
I. MARCO TEÓRICO.....	11
1.1 Cardiopatías Congénitas y retrasos en el crecimiento.....	11
1.2 Crecimiento normal y patológico en el niño y el adolescente con cardiopatías congénitas.....	12
1.3 Pubertad tardía, repercusiones psíquicas.	13
1.4 El adolescente y su predisposición a enfermar psíquicamente.	20
CAPÍTULO II: IMPLICACIONES PSÍQUICAS GENERALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	24
1.2.1 El narcisismo herido	26
1.2.2 Cuerpo, dolor y castración.	30
1.2.3 Dolor en el infante, imposibilidad para simbolizarlo.....	33
1.2.4 Mecanismos de defensa frente a la enfermedad.....	35
1.2.5 Angustia frente a la muerte y a la enfermedad.....	40
CAPÍTULO III: DINÁMICA FAMILIAR Y ENFERMOS CRÓNICOS.....	49
1.3.1 Maternaje y enfermedades crónicas.....	52
1.3.2 Él bebe con enfermedad cardiópata.....	59
II. MÉTODO.....	62
2.1 Planteamiento del problema.....	62
2.2 Definición de las categorías	66
2.3 Objetivos Generales	66

2.4 Tipo de estudio	67
2.5 Participantes	68
2.6 Escenario.....	68
2.7 Instrumentos	69
2.8 Procedimiento.....	70
2.9 Consideraciones éticas.....	71
3. LA PACIENTE.....	72
3.1 Motivo de consulta	73
3.2 Historia del padecimiento	73
3.3 Historia clínica	74
3.4 Historia familiar.....	77
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	81
4.1 Angustia de muerte en una adolescente con cardiopatía, Cora. “Si ellos se mueren, yo también”	81
4.1 La ausencia de un cuerpo puberal limita los alcances de la desmentida. “Mi cuerpo es diferente y no sé por qué”	91
4.3 “Rechazo inconsciente y deseos de aniquilación maternal”	104
4.4 Correspondencia entre la limitación de los alcances del mecanismo de la desmentida y el aumento de la angustia de muerte.....	111
4.5 La angustia de muerte y el deseo de cumplir el mandato materno de muerte en Cora.....	120
4.6 PROCESO TERAPÉUTICO. ANÁLISIS TRANSFERENCIAL Y CONTRATRANSFERENCIAL	126
5. CONCLUSIONES.....	135
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	140

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como fin exponer el caso clínico de Cora, adolescente que fue atendida en el Programa de Atención Psicológica donde realicé mi práctica profesional como psicoterapeuta, esto como parte de la formación de la Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes, en la UNAM.

Analizo el caso de Cora a partir de la teoría psicoanalítica, teniendo como principal herramienta de trabajo el contenido de las sesiones psicoterapéuticas realizadas con la paciente. Cora es una adolescente de trece años que ha padecido una malformación congénita cardiovascular desde los seis meses de nacida, situación que la ha expuesto a múltiples tratamientos e intervenciones médicas desde muy temprana edad. Su principal demanda terapéutica es poder separarse de la madre sin verse abatida por una angustia de aniquilación. Durante el proceso terapéutico se exploran las repercusiones psíquicas que ha tenido para esta paciente y para su entorno familiar, el padecimiento de una enfermedad que amenaza constantemente su vida desde tan temprana edad; esto aunado a la entrada de la adolescencia y los movimientos característicos de esta etapa.

Palabras claves: Adolescencia, enfermedad crónica, muerte, desmentida.

ABSTRACT

The present research work aims to set forth the clinic case of Cora, adolescent patient that was treated at the Psychological Care Program where I provided my services as a psychotherapist, this as a part of the training to obtain the UNAM Master in Psychology with residency in adolescents.

Cora was analyzed based on psychoanalytic theory, using as main tool the content of psychoanalytic psychotherapy sessions. Cora is an adolescents of thirteen years who has suffer a congenital cardiac malformation since she was six month old. This situation has made Cora a victim of aggressive medical procedures, often at the risk of her live. Her mainly reason for consulting was the possibility to separate from her mother without the feeling of annihilation. During the psychotherapy process we explored the further psychic implications that this chronic illness has had for Cora and her familiar environment, an illness that has threatened her life from an early age children, this combined with the typical movements that the adolescence produce in the life of everyone.

Keywords: Adolescence, chronic disease, death, denial.

INTRODUCCIÓN

Cora es una adolescente de 13 años, que acude a psicoterapia psicoanalítica motivada por la madre, quien considera que su hija necesita ayuda por su intenso temor a separarse de la madre incluso por períodos cortos. Durante un viaje que hace con una amiga, fantasea con la posibilidad de que le ocurra un accidente fatal a la madre y no pueda verla nunca más. Esta fantasía se instaura como origen de una angustia muy fuerte que acompaña a Cora la mayoría del tiempo aunque la madre esté presente. Además existe una inhibición social que la ha acompañado desde la infancia y que en conjunto con la continua preocupación por posibles sucesos funestos que le pueden ocurrir a sus familiares más cercanos, le ha originado una incapacidad para disfrutar la vida. En esto consiste el motivo inicial de consulta y a partir de ahí se van expandiendo los objetivos terapéuticos, que van desde la comprensión sobre los eventos traumáticos de su infancia hasta la posibilidad de separarse de la relación simbiótica que ha establecido con su madre.

Los síntomas de Cora están determinados por una serie de complementarios eventos que ocurrieron desde antes de su nacimiento. Desde su infancia, Cora ha estado acompañada por la enfermedad, el dolor y la muerte; antes de su nacimiento muere su tío en un evento imprevisto propiciando un duelo materno que afecta el recibimiento de esta hija, para luego ser diagnosticada con una enfermedad cardiovascular que ha conllevado repetidas intervenciones quirúrgicas y vivencias displacenteras alrededor de su cuerpo. La madre manifiesta un rechazo constante hacia la hija, espera que el proceso terapéutico le entregue a otra hija, más sociable, más independiente y menos enferma. La madre desmiente la enfermedad de la hija, proponiéndole que realice actividades que están muy por encima de sus posibilidades físicas.

Los eventos relacionados con su enfermedad parecen haber sido escindidos del discurso de la paciente, donde se reprime el afecto doloroso para tornarse en lo contrario, mostrándose feliz cuando habla de los recuerdos hospitalarios y de la relación con su madre. Los acontecimientos relacionados con su enfermedad al

parecer han sido desplazados de la consciencia por un largo tiempo, colocando la libido en otros sitios como en sus padecimientos psicosomáticos y la relación con su madre. El momento de la adolescencia exige al sujeto una segunda estructuración, momento que coloca a Cora frente a una representación traumática, su cuerpo es diferente al de sus pares, pues ella tiene un crecimiento por debajo de la media y los cambios típicos de la adolescencia no se han producido en ella. Esto propicia un reconocimiento de su enfermedad y de la amenaza de muerte que pende sobre ella constantemente, lo que desata toda la angustia que estuvo contenida durante su infancia donde los mecanismos de desmentida le permitían un cierto funcionamiento. La angustia se desata así como un intenso sin sentido que no engrana en un conjunto de significantes para la paciente, pues la enfermedad ha tomado por sorpresa a Cora, que durante la infancia logra poner en la relación madre-médico el cuerpo enfermo quedando ella identificada con su parte sana.

El tratamiento con Cora estuvo encaminado a traer lo somático al discurso afectivo con la posibilidad de integrar estos eventos con sus respectivas emociones. Reconstruir una línea histórica de su pasado donde se integraran los eventos traumáticos con la finalidad de producir una elaboración a partir del pensamiento. Disminuir el clivaje que padece la paciente, donde se vive como dos personas, la enferma y la sana, este elemento se trabaja con la madre la cuál desmiente la enfermedad de la hija, lo que impide a Cora tomar la enfermedad como una parte significativa de su historia, lo que genera desencadenamientos abruptos de angustia. Propiciar en Cora la construcción de una subjetividad independiente de los padres. Explorar las problemáticas propias de la adolescencia, para disminuir la angustia propia de estos cambios y permitir una entrada más satisfactoria a la adultez. Para dar cuenta del trabajo realizado por Cora este reporte se conformó de la siguiente manera.

La primera parte comprende una revisión teórica acerca de los efectos psíquicos de la vivencia de la enfermedad, enfrentarse a la muerte, así como los mecanismos defensivos que se ponen en marcha cuando estos eventos se

presentan en la vida de una persona. En otro apartado discutimos la adolescencia y la enfermedad crónica, comentando las fuertes repercusiones que tiene ésta y sus dificultades para la vida de un adolescente, donde se presenta un cese de las demandas propias de esta etapa para hacer frente al derrame libidinal de la enfermedad. La familia, incluyendo a la madre suelen jugar un rol muy importante en la integración de una enfermedad crónica, pues son ellos los que constituyen el amalgamo que contiene al paciente en estos difíciles momentos. Todos estos temas constituyen el entramado teórico psicoanalítico que conforma las bases para el posterior análisis de su discurso y de sus síntomas.

En la segunda parte se hace una descripción del diseño metodológico utilizado para realizar el análisis del caso de Cora. En el tercer capítulo se presenta una descripción exhaustiva de la historia clínica del paciente, el motivo de consulta, y la historia familia que da sentido a la estructura psíquica de Cora. Finalmente en el último capítulo se discuten y plantean los resultados e interpretaciones, que fueron constituyendo el proceso terapéutico realizado con la paciente. En este mismo apartado se incluye una descripción y análisis de los procesos transferenciales y contratransferenciales que se produjeron durante el proceso terapéutico, elementos de alto valor en la clínica psicoanalítica para la comprensión de la paciente.

I. MARCO TEÓRICO

1.1 Cardiopatías Congénitas y retrasos en el crecimiento

La cardiopatía congénita se define como una anomalía en la estructura y/o la función del corazón en el recién nacido producido durante la gestación. Las cardiopatías congénitas representan la tercera parte de todas las malformaciones congénitas, afectando a 8-10 de cada 1000 nacidos vivos. Existen numerosas cardiopatías congénitas y también diversas formas de clasificarlas, la clasificación más básica es dividir las en cianóticas (coloración azulada por una relativa falta de oxígeno) y no cianóticas (Autie, Buendía, Calderón, y Zabal, 2013).

Dentro de las cardiopatías congénitas mayores las patologías de tronco conales representaron la cuarta parte del total de éstas, encontrándose el Tronco Arterioso tipo I dentro de las más bajas en frecuencias. Esta malformación está caracterizada por la emergencia de una gran arteria que lleva la circulación sistémica, pulmonar y coronaria, y resulta en un único vaso que recibe sangre de ambos lados. Morfológicamente es una falla en la fusión de las crestas tronco-conales que son las que dividen el tronco arterioso en aorta y pulmonar. Si esta afección no es tratada se puede presentar un exceso en la circulación de sangre de los pulmones que produce una dificultad en la respiración y un daño en los vasos sanguíneos produciendo hipertensión pulmonar que resulta mortal. La historia natural de esta cardiopatía congénita indica que los pacientes que nacen y no son tratados quirúrgicamente tienen un mal pronóstico: 50% mueren en el primer mes de vida, 18% sobreviven los primeros 6 meses y sólo 12% llega al primer año de vida. La corrección anatómica a través de la cirugía es el tratamiento de elección para neonatos con transposición de grandes arterias, estos llegan a presentar buena supervivencia y buen estado funcional a mediano plazo, las lesiones residuales del tronco o la arteria pulmonar son las complicaciones más frecuentes y causa de reintervención. Para tratar esta afección se necesita cirugía con la cual se crean las dos arterias separadas, por lo general el vaso troncal se mantiene como la nueva aorta y se crea una nueva arteria pulmonar usando tejido de otra fuente o bien un tubo artificial. La reparación completa generalmente produce buenos resultados, pero es posible que sea

necesario otro procedimiento a medida que el niño crece porque la arteria pulmonar reconstruida que utiliza tejido de otra fuente no crecerá a la par que el niño (Auttie, Buendía, Calderón, y Zabal, 2013).

1.2 Crecimiento normal y patológico en el niño y el adolescente con cardiopatías congénitas

Los niños que nacen con cardiopatías congénitas tienen altas probabilidades de presentar alteraciones en su nutrición, retrasando su crecimiento y su desarrollo. El retardo en el crecimiento es muy frecuente en este tipo de patología, presentándose en diversos grados de severidad. Las causas de tales alteraciones en el crecimiento son multifactoriales y entre los principales mecanismos se encuentra un aporte calórico disminuido asociado a un incremento de los requerimientos de energía producto de la patología subyacente. Algunas investigaciones presentadas por Ruesga y Saturno (2011) sugieren que las cardiopatías que cursan con hipertensión pulmonar son las que tienen más deterioro en el estado nutricional, señalan que los pacientes que padecen flujo pulmonar aumentado como en el caso de la patología de Tronco Arterioso tipo I presentan baja talla para la edad (desnutrición crónica). La evidencia disponible muestra que a pesar de una ingesta calórica adecuada para la edad el crecimiento se ve comprometido, esto debido al gran gasto energético que tienen los pacientes de esta población en comparación con aquellos sin cardiopatía de la misma edad lo que deja al niño cardiópata con poca energía para crecer. Las cardiopatías cianóticas comprometen tanto el peso como la talla, la cianosis se relaciona con una menor maduración ósea y pubertad tardía en niños mayores. El rol de la hipoxemia como causa determinante del retardo en el crecimiento aún no se ha determinado con precisión. Se ha demostrado que los neonatos con cardiopatías cianóticas presentan niveles disminuidos de factor de crecimiento de la insulina tipo 1. La malnutrición de origen cardiaco ha sido asociada con falla del crecimiento, retardo en el desarrollo y de las habilidades cognitivas y compromisos en el sistema inmune (Ruesga, Saturno, 2011).

La desnutrición es un estado patológico que se caracteriza por la pérdida anormal de peso del organismo, resultante de una dieta deficiente en uno o varios

nutrientes esenciales, o de una asimilación deficiente de estos nutrientes. Hay dos tipos de desnutrición: 1) desnutrición aguda: que causa deficiencia de peso para altura, delgadez extrema; 2) desnutrición crónica: causante de retardo de altura para la edad. El retraso en el crecimiento y desarrollo puede ser reversible si la enfermedad se remite en poco tiempo, en cambio cuando la enfermedad es crónica o de muy larga duración, especialmente cuando está se presenta en los periodos críticos del crecimiento, como es la primera infancia y la pubertad, las repercusiones negativas sobre el desarrollo serán irreversibles (Gómez, 2003).

1.3 Pubertad tardía, repercusiones psíquicas.

Empezaré por decir que la pubertad normal es un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta donde tienen lugar importantes cambios físicos, funcionales, psicológicos y relacionales. Se caracteriza por la aparición y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la finalización del crecimiento y la adquisición de la capacidad reproductora. Las transformaciones en el ámbito de la sexualidad y los cambios corporales son dos de las dimensiones más importantes para el adolescente, pues imponen éste el reconocimiento de las diferencias entre los sexos y la necesidad de desprenderse de las relaciones originarias con los padres para aproximarse a nuevos objetos eróticos.

Para ello, deberá transitar un duelo por el cuerpo infantil y abordar la compleja tarea de la significación y apropiación del cuerpo adolescente, mediante un proceso de simbolización que pondrá en marcha como modo de habitar ese nuevo cuerpo, cambiado y cambiante. Solo a través de un proceso de apropiación de su cuerpo, el adolescente será capaz de percibir las sensaciones, nombrarlas, interpretarlas e integrarlas a su historia desde un nuevo registro (Scalozub, 2007).

A partir del desarrollo puberal y la maduración genital, se intensifica la dimensión pulsional del cuerpo (excitación, deseos sexuales). En consecuencia el cuerpo se transforma en algo desconocido para el sujeto que se encuentra desconcertado ante un cuerpo que no se reduce a un funcionamiento orgánico-biológico. Sino que lo compromete como persona poseedora de sensaciones, emociones, y sentimientos que suscitan interrogantes para los que no encuentra

respuestas claras y precisas. El adolescente se vive como portador de un cuerpo que lo incomoda por una excitación incontrolable, el cuerpo seductor genitalizado intentará seducir y corromper al cuerpo infantil. Este proceso que es de por sí parte del desarrollo normal en el adolescente, puede llegar a ser vivido con mucha angustia pues se vive a éste como un cuerpo perseguidor y terrorífico, generando en ciertos casos un deseo por deshacerse del cuerpo a través de distintos tipos de acting out como el suicidio (Gutton, 1994). El cuerpo genital al cual no se puede controlar ni elegir, se constituye como una amenaza interna que entra en conflicto con la autorepresentación narcisista de seguir siendo una niña/o pequeña/o unida/o a su madre. Frente a la angustia producida se puede provocar un movimiento regresivo que le permita evitar la confrontación de la diferencia de los sexos, quedándose así atrofiado cualquier tipo de desarrollo psíquico.

Hemos visto que la imagen que el espejo les devuelve ya no corresponde a la que han ido elaborando durante los años de su niñez, podemos entonces aventurarnos a afirmar que la metamorfosis del cuerpo adolescente es siempre motivo de conflicto para éste por su novedad. Dolto (1997) diferencia entre el esquema corporal y la imagen inconsciente del cuerpo, el primero especifica al individuo en cuanto a representante de la especie (edad, etnia o cultura) mientras que la imagen propia del cuerpo es propia de cada uno, está ligada a su historia afectiva. Así mismo el adolescente tiene un fuerte deseo de ser normal, similar a los otros, la angustia que provoca lo desconocido e incontrolable de la corporalidad y sus componentes eróticos, buscará ser negado a través de la necesidad urgente que tiene el adolescente de pertenecer a un grupo de pares que afirme su normalidad. Además se producen importantes movimientos para apropiarse de este cuerpo imponiendo un límite al deseo parental, como por ejemplo los tatuajes y piercings que le permiten al adolescente tomar propiedad sobre sí mismos. El desarrollo de los caracteres sexuales secundarios también impone barreras en las relaciones afectivas entre hijos y padres, pues el cuerpo adolescente permite al padre reconocer las diferencias, la necesaria modificación de vínculos hacia un cuerpo que ahora es erógeno y genitalizado.

Así mismo, el cuerpo del adolescente está sujeto al discurso social imperante, atravesado por los valores ideológicos de la época, está determinado por una dimensión estética que se rige por los discursos dominantes sobre la apariencia. Con base en estos dos elementos (normalidad y estética) el adolescente integrará una imagen corporal como agradable o como fuente de rechazo. Se observan claras diferencias entre los chicos y las chicas en su modo de percibir su cuerpo, en parte consecuencia de las diferencias de género influenciadas por el medio social. Los chicos muestran mayor preocupación por la estatura, la fuerza y la capacidad física, mientras que las chicas centran su interés en los aspectos eróticos de la corporalidad, sobre todo en lo que concierne a la imagen, el cuerpo como algo que se ha de mostrar para ser visto, tanto a la mirada de los otros como a la autocontemplación (Tubert, 2009).

Entonces el adolescente puede tener una imagen de su cuerpo tranquilizadora en tanto esta se encuentre en un rango de normalidad social, pero en cuanto inquiete al joven porque no corresponde al ideal ni a la figura del otro, se producen movimientos de rechazo, terror y repugnancia hacia el cuerpo que denota la diferencia, aunque en casos extremos observamos como el sujeto se aleja de su cuerpo como si fuese un cascarón para buscar refugio en su mundo interno (Tubert, 2009).

La menstruación es el acontecimiento más importante de la pubertad para una chica, pues además de constituir un signo biológico de su madurez sexual, es el pase de entrada al mundo de lo femenino adulto. La aparición de la menstruación genera un sentimiento de ambivalencia para la niña, por un lado es un factor normalizador que hace de la niña una mujer igual que las demás (madre, hermanas y amigas) y por otro lado es la salida, y la pérdida del mundo de la infancia, incluyendo a los padres idealizados que habitaban en él. La menstruación puede ser vista como un rito de iniciación a la adultez que confirma su posición femenina y que le permite el acceso a participar en los secretos y juegos de las mujeres adultas (Tubert, 2009). Hay que entender además que en la menstruación hay una asociación entre el cuerpo-menstruación como entre la feminidad y la

maternidad, es un significante de su fecundidad potencial, lo que representa a su vez una promesa de maternidad para el futuro y una identificación con su propia madre. La menstruación es un suceso biológico importante que ayuda a constituir la polaridad femenino-masculino, a la significación de la diferencia sexual anatómica que permite la asunción y elaboración de la identidad de género. La menstruación es la prueba sangrante de la diferencia sexual anatómica, enfrenta a la adolescente con la realidad de nuestra condición monosexuada, pone al descubierto la fantasía de la bisexualidad, que durante la infancia es un contenido inconsciente (Tubert, 2009).

Hemos examinado hasta aquí la metamorfosis normal que se lleva a cabo en el adolescente y las posibles repercusiones psíquicas que éstos conllevan, pero no todos los adolescentes atraviesan de la misma forma estos cambios. Existen pubertades tardías que pueden ser consecuencias de distintos padecimientos orgánicos como las cardiopatías congénitas graves que de un modo negativo repercuten sobre el crecimiento y la maduración. El retraso puberal se define por la falta de desarrollo de los caracteres sexuales después de los 13 años en la mujer y de los 14 años en el varón. Los mecanismos fisiopatológicos que median el retraso puberal en las patologías crónicas son múltiples y varían dependiendo de la enfermedad y la terapia empleada (Muñoz y Pozo, 2011).

Como ya revisamos en este apartado el desarrollo físico del cuerpo juega un papel fundamental para el desarrollo psíquico del adolescente, además de producir importantes repercusiones psicosociales. En una época de extrema sensibilidad y labilidad psicológica donde la imagen corporal es muy importante para la autoestima del adolescente, la falta de desarrollo puberal y la talla baja que frecuentemente acompaña al retraso puberal les hace con frecuencia objeto de burlas por los pares de la misma edad. Además, como ya mencionamos anteriormente en esta época es muy importante para el adolescente compararse con sus pares y estar atentos a cualquier característica personal que perciban como diferente, diferencia que además se vive como rasgo de inferioridad. También son relegados de las actividades deportivas y sociales, desencadenando

un empobrecimiento en las relaciones sociales con los pares. Como consecuencia es frecuente que los pacientes desarrollen una mala imagen de sí mismos, baja autoestima, conductas depresivas y tendencias al aislamiento (Muñoz y Pozo, 2011).

Los adolescentes que enfrentan las secuelas de una enfermedad crónica deben afrontar las demandas propias de esta etapa de la vida y además la situación de la enfermedad y las complicaciones orgánicas. Por un lado la adolescencia les impone una serie de ambivalencia, contradicciones, y búsquedas, se sienten preocupados y con frecuencia insatisfechos con su apariencia física, luchan por su independencia y mantienen una búsqueda constante de su identidad personal. Por otro lado, enfrentan el desafío de una enfermedad crónica, que representa una modificación en los procesos normales de los adolescentes, como el retraso del crecimiento, lo que aleja al adolescente de la imagen compartida con compañeros, la independencia y la desligazón de los padres se ve dificultada pues necesitan de éstos para asistir al doctor y cuidarlos en los procesos quirúrgicos, además de que los padres desarrollan conductas de sobreprotección que no permite al adolescente con una enfermedad crónica construir una identidad separada del núcleo familiar (Morales y Castillo, 2007).

Los adolescentes que no logran entrar al proceso hormonal de la pubertad, se ven enfrentados a la pérdida de esa imagen corporal idealizada por los pares, ven en los otros adolescentes esa imagen corporal que desean para ellos. Los adolescentes experimentan muchos sentimientos negativos ante esta pérdida del cuerpo idealizado, esto provoca sentimientos de invalidez, inadecuación, exclusión, e inseguridad ante los pares lo que los lleva a sumergirse en un aislamiento social con la finalidad de que no sea vista su diferencia. Las diferencias que reportan los adolescentes fueron: retardo en la aparición de las características físicas propias de la adolescencia, retardo en el aumento de talla, repercusión de la enfermedad en distintos sistemas y múltiples cicatrices (Morales y Castillo, 2007). Las cicatrices generan mucha vergüenza en los adolescentes, sobre todo en las chicas, por lo general los adolescentes adecuan sus ropas para

evitar que las personas vean sus cicatrices, sentían que era algo muy grotesco en su cuerpo. El adolescente podría sentirse encerrado en un cuerpo tiránico y defectuoso, además que el fantasma de la muerte y la aniquilación estaría constantemente presente en la vida de estos adolescentes, propiciando miedos y angustias que no permiten el despliegue de energía necesario para resolver las tareas de esta etapa de la vida.

El retardo en la aparición de los cambios corporales propios del proceso adolescente, fue motivo de vergüenza y tristeza sobre todo para las chicas, para ellas la espera de la aparición de los rasgos femeninos se hizo muy prolongada y ante esta ausencia de los cambios ocurridas en las demás adolescentes provoco que se sintieran distintas y excluidas de su grupo de pares. Estas reacciones en los adolescentes son coherentes con sus expectativas porque están viviendo el proceso de lograr su identidad, durante el cual la imitación y la identificación con sus pares son estrategias que le ayuda en el logro de tal identidad. Ellas además adoptan los modelos estéticos que están en boga y que venden los medios de comunicación (Morales y Castillo, 2007).

En una sociedad de consumo como la actual, donde casi todos los productos se promocionan con la imagen femenina, cobra mucha más importancia para las mujeres poseer una figura esbelta, con senos y caderas voluminosas acordes con la exigencias del medio. Conscientes de esta realidad, las adolescentes se sienten muy tristes porque su desarrollo físico no es congruente con su edad y por lo tanto están muy lejos del ideal físico de moda, pero esencialmente se sintieron avergonzadas por no ser reconocidas como adolescentes por sus pares. La talla baja además acentúa la imagen de una niña y esto promueve en muchos casos un alejamiento del grupo de pares por la vergüenza que provoca la pregunta **¿Cuántos años tienes?** Esta falta de crecimiento hace notoria la enfermedad y los compañeros suelen hacer preguntas acerca de lo que le sucede. Este retardo en el desarrollo de los procesos puberales es la prueba más fidedigna de que poseen una enfermedad, esto les hace sentirse tristes, vulnerables e impotentes (Morales y Castillo, 2007).

El cuerpo de los adolescentes es objeto de distintas manipulaciones por parte del equipo médico, lo que implica una pérdida de intimidad y un sentimiento de desposeimiento de su cuerpo. Pueden añadirse problemas de identidad, pues las pérdidas corporales se vivirán como una privación en el funcionamiento orgánico como también en el placer corporal, implicando un proceso de duelo.

La enfermedad afecta el aprecio por sí mismos, causando un estado de retracciones emocionales y sociales, dificultades para desplegar sus fantasías, imaginaciones y un empobrecimiento de la creatividad en la mayoría de los casos. La espontaneidad y la expresión verbal resultaron muy comprometidas con comportamientos defensivos. Para un desarrollo normal de la función simbólica y los procesos de pensamiento, incluido el ámbito verbal y gráfico en el niño, las interacciones sociales son fundamentales. La interacción social es un mecanismo general que favorece tanto a la comprensión como a la producción de símbolos. Observamos que estos adolescentes, (Morales y Castillo, 2007) en su mayoría, están aislados y con dificultades en el área de la vinculación con sus pares. El contexto de la enfermedad lleva al adolescente a tener comportamientos como la pasividad, la ausencia de proyectos, el aislamiento, síntomas depresivos y dificultades para la adherencia.

La etapa de la adolescencia es el periodo de la búsqueda del enamoramiento y por lo tanto de la sexualidad. En estos adolescentes hay un rechazo a hablar sobre los adolescentes del sexo opuesto lo que lleva de nuevo a ver que no se relacionan. Es lo que comprendemos como una negación de la sexualidad, debido a su complejo de no ser suficientemente bellos o sanos para estar en pareja. Podemos concluir en cuanto a la sexualidad que estos adolescentes no viven de la misma forma que sus pares las etapas de la adolescencia. Tendrían dificultad para desarrollar el deseo o simplemente una ineptitud para desear. El cuerpo al ser sede de infinitas manipulaciones medicas tendría la particularidad de que cuerpo erótico y cuerpo enfermo son indisociables. El adolescente que padece de una enfermedad crónica puede vivir su enfermedad inconscientemente como un castigo frente a los deseos y realizaciones sexuales infantiles, en consecuencia

hay una negación de la sexualidad. El cuerpo del adolescente que está en pleno proceso de sexuación, es sitiado por la enfermedad crónica, cuerpo sexuado y cuerpo enfermo cohabitan en un mismo cuerpo y psiquis.

1.4 El adolescente y su predisposición a enfermar psíquicamente.

Durante la formación estudiamos a profundidad los elementos desestabilizadores que trae consigo la adolescencia, uno de ellos es la sexualidad genital. Freud (1905) habló sobre la dificultad que instaura la sexualidad en dos tiempos que caracteriza al ser humano, pues ésta no experimenta un desarrollo continuo desde su nacimiento hasta la adultez como ocurre en la mayoría de los animales que conforman el grupo de los mamíferos. Sino que tiene un florecimiento temprano, que transcurre los cinco primeros años de vida, para después instalarse una pausa, la latencia, donde la moción sexual debe ser detenida y se utiliza esta energía para el desarrollo de las habilidades sociales y el florecimiento final de la sexualidad en la pubertad. Esta interrupción sexual constituye uno de los elementos patógenos más importantes dentro del origen de la neurosis, pues el yo ha clasificado estos eventos sexuales infantiles como inconciliables con la moralidad del superyó por lo que hay un intento siempre constante por reprimir estas mociones. De modo que en la pubertad estas mociones sexuales corren el peligro de sucumbir a la atracción de los arquetipos infantiles para ser reprimidos.

La pubertad introduce un corte tajante en el desarrollo psíquico, la organización genital interrumpida en la infancia, se reinstala con gran fuerza. Se desatan las mociones agresivas de la infancia y las aspiraciones libidinosas deben buscar nuevos medios para manifestarse, a través de la regresión y la transformación de la pulsión. El yo se ve enfrentado a múltiples conflictos con las dos instancias con las que se supone debe lidiar, y conciliar, durante la pubertad se establece un conflicto severo entre el ello y el super yo. Esto constituye un verdadero quiebre para el edificio yoico, pues el ello y el superyó van apropiándose de funciones propias del yo. Para sobrevivir el monto exagerado de angustia producido por la sexualidad genital el yo hará uso de las formaciones reactivas y de descargas considerables de angustia.

Para lograr una identidad madura el adolescente deberá atravesar por tres duelos básicos, planteados por Aberastury y Knobel (1971), el primero es el duelo por el cuerpo infantil perdido, donde el adolescente se vive como un espectador impotente de lo que ocurre en sí mismo. El segundo es el duelo por el mundo infantil perdido, debiendo asumir nuevos roles e identidades para los que aún no se siente preparado. Finalmente, el duelo por los padres de la infancia, el dolor de perder a estas figuras que significaban todo en la infancia, perder este refugio otorgado por los padres todo poderosos junto a los cuales no se sentía ninguna carencia.

Estamos conscientes de que lo esencial de la psicopatología grave en los adultos surge en la adolescencia, por eso los tratamientos que aplicamos en esta etapa son sin lugar a dudas los del mejor periodo de la vida, pues suelen ser preventivos de padecimientos psíquicos más graves (Gutton, 1994). Como sostiene Scalozub (2007) la adolescencia se trata de un tiempo en que la estructura ordenada de la latencia con que el niño cuenta, no da abasto para contener las perturbaciones novedosas, propias de este momento que emergen de su cuerpo, del contexto familiar, social y cultural. Estos emergentes desbordan el cauce instalado durante la latencia y el púber hace frente a éstos con los recursos que haya adquirido en sus primeros tiempos, es un tiempo de alteración, pudiendo devenir patología si no posee unos cimientos fuertes y un entorno suficientemente bueno. Considero importante puntualizar algunos factores que incrementan las posibilidades que tiene el adolescente de enfermar psíquicamente, que además están en íntima relación con el momento histórico que atraviesan y las tareas que este período les exige.

La sexualidad es la primera de ellas, como ya habíamos mencionado durante la pubertad comienzan las transformaciones que han de llevar la vida sexual infantil hacia su definitiva constitución adulta, esto se logra cuando las zonas erógenas se subordinan a la primacía de la zona genital y el instinto sexual se pone al servicio de la reproducción. Durante la infancia el niño fue objeto de seducción por parte de la madre y los objetos primarios, estos insertaron en él una

sexualidad adulta que él no era capaz de entender ni de descargar, pues aun no poseía el sistema ni el cuerpo adecuado. Con la irrupción de la genitalidad el adolescente será capaz de evaluar situaciones pasadas con base en un nuevo material: la sexualidad. De acuerdo con Freud (1895) toda persona adolescente tiene huellas mnémicas que solo pueden ser comprendidas con la emergencia de sensaciones sexuales propias, se diría que todo adolescente porta en sí el germen de la histeria, buen ejemplo de ello es el caso de Emma que presenta Sigmund Freud (1895) en *La protón de la pseudos histérica*, donde la paciente puede recordar el material de un abuso sexual sufrido en la infancia por un pastelero, hasta la aparición y el desarrollo de la genitalidad y el deseo sexual.

Anudado al desarrollo sexual está el renacer de lo edípico, movido por lo biológico e inserto en el cuerpo, despertando las antiguas pulsiones sexuales y parricidas que el niño había sepultado muchos años atrás. Una reactualización y a su vez una nueva presentación de la conflictiva edípica, vivida de un modo novedoso y diferente porque lo sexual ya no es potencia sino posibilidad de realización, poniendo al yo como al superyó en una nueva posición frente a la demanda pulsional y a las interdicciones. Hay una verdadera metamorfosis subjetiva que implica generar nuevas re-presentaciones para lo antiguamente presentado (Scalozub, 2007).

La pubertad y la adolescencia plantean tanto al sujeto que lo transita como a los que están vinculados con él, fundamentalmente a los padres, la ineludible tarea de afrontar lo novedoso. Se pone en escena un nuevo modo de presentación de la conflictiva edípica, de la sexualidad, los vínculos familiares y sociales (Scalozub, 2007). Acontece una fractura en la relación entre el hijo y sus padres, aquel niño amado se ha vuelto un adolescente hostil, lejano y portador de un cuerpo que incomoda por su belleza y juventud. De acuerdo con Blos (1991) la adolescencia es una etapa de segunda individuación, haciendo referencia a lo propuesto por Margaret Mahler planteará un paralelo entre la infancia y la adolescencia. Si en la infancia la tarea es salir del cascarón de la membrana simbiótica para convertirse en un ser individual, la adolescencia implica

desprenderse de los lazos de dependencia familiares, aflojar los vínculos objetales infantiles para pasar a integrar la sociedad global.

Durante la infancia los padres son los mediadores entre el hijo y la sociedad, mientras que en la adolescencia el joven lo que intenta es separarse de sus padres, para ello debe salir al mundo exterior y encontrar un grupo de pares que lo sustente como antes lo hacía el medio familiar. La apremiante necesidad de crear nuevos vínculos, lo dejarán más expuesto a los dictámenes del medio (Scalozub, 2007). El adolescente entonces se vuelve particularmente lábil frente al impacto del entorno social-cultural, que por ejemplo en relación a lo corporal podrá ejercer fuertes presiones y efectos patológicos.

Durante la adolescencia ocurre la desidealización de los saberes paternos, surgen las dudas, aparece la rebeldía como autoafirmación, o como reacción frente al vacío promovido por los distintos cambios, así como la caída de los ídolos de la infancia y una búsqueda a veces ansiosa de nuevas figuras idealizadas y nuevos soportes como modo de evitar aquello que dé cuenta del vacío (Scalozub, 2007). Todo lo que se hubo organizado durante la latencia ya no es válido para el adolescente, por lo que deberá construir desde cero el ideal del yo y las identificaciones, abandonando aquellas realizadas en la infancia y examinando nuevos modelos.

Todos estos elementos brevemente abordados nos dan cuenta de las complejas tareas que debe realizar el joven para acceder a la adultez, crear una identidad, reconocimiento de los cambios corporales, búsqueda de nuevos objetos amorosos, reactualización del complejo edípico y la apropiación de una nueva sexualidad. Si estas tareas evolutivas no se llevan a cabo plenamente podemos estar en presencia de diversos tipos de patología, como cuadros clínicos de depresión o angustia, consumo de drogas, trastornos escolares, rebeldía, conductas autodestructivas, trastornos alimenticios y actuaciones que ponen en riesgo su vida.

Capítulo II: Implicaciones psíquicas generales en niños y adolescentes con enfermedades crónicas.

La enfermedad es un episodio normal e inevitable en la vida del ser humano, como consecuencia, el juego del médico se encuentra constantemente en las actividades espontáneas de los niños. Las enfermedades se pueden dividir en agudas o crónicas, las primeras son vivencias pasajeras mientras que las segundas son aquellas en las que la vida del individuo está en juego en un plazo más o menos largo. En estas últimas tanto la problemática de la muerte como la integridad corporal y narcisista ocupan un primer plano. El problema ante una enfermedad grave y crónica en un infante es de carácter doble, por un lado la catexis por parte del niño sobre un cuerpo cuyo funcionamiento es defectuoso o amenazado, y el de la catexis por parte de los padres de un hijo enfermo (Marcelli, y Ajuriaguerra, 1996).

La enfermedad crónica está acompañada de mecanismos regresivos, en mayor o menor medida, dependiendo del grado de invalidez resultante del padecimiento. Es frecuente que la relación del cuidador del niño enfermo sea similar a aquella primera relación que se establece entre el lactante y su cuidador, lo que puede acarrear grandes pérdidas para el niño o adolescente que las padece. Este niño a través de los años ha podido hacer suyas diferentes actividades que han enriquecido su yo infantil y su autoestima, además de permitirle la posibilidad de irse separando gradualmente de la madre para crear así su identidad. Pero con la aparición de la enfermedad muchas de estas actividades se pierden como el control de esfínteres y eventualmente hasta la palabra, lo que produce una dependencia casi simbiótica con la madre produciendo un sentimiento de invalidez y de frustración importante (Freud, A. 1952).

El niño intenta reelaborar la vivencia de la enfermedad con el fin de volver a situarla como centro de su historia personal y familiar, trata de “dar un sentido al sinsentido” de lo que vive, no es raro que sitúe la enfermedad en el registro de la culpabilidad, como si procediera de una falta y materializara el castigo. En

ocasiones esta culpabilidad puede estar reforzada por el discurso familiar, pero también encuentra su origen en la vida fantasmática del niño, incluso aún más si la enfermedad aparece poco tiempo después del conflicto edípico o en la pubertad donde los deseos de parricidios son tan intensos que el niño puede llegar a vivir su enfermedad como un castigo por tales deseos. El niño también se culpa por constituir una carga afectiva y económica para sus familiares, incluso más si el paciente es proveniente de un ambiente de escasos recursos. Culpa, también por la escasa capacidad que la dolencia suele dejarles para amar. Culpas que pueden sumarse y llevar con frecuencia a los pacientes a autolesionarse o a buscar el castigo en múltiples formas, por ejemplo, no cumpliendo con las dietas, prescripciones y demás indicaciones, muchas veces estos incumplimientos constituyen francas conductas suicidas. La provocación y la búsqueda del castigo puede generar secundariamente un plus de placer sexual, y teñir con fantasías y matices sadomasoquistas los vínculos del paciente con sus padres y los miembros del equipo asistencial (Blum-Gordillo, 2009).

Ante vivencias de dolor muy fuerte el paciente se siente invadido por sensaciones que no puede controlar, y que les impide pensar, es decir, procesar psíquicamente las vivencias de dolor para transformarlas en fantasías y pensamientos. Esto puede transformarse en una perturbación para pensar y para crear, pues hay una presencia constante de angustia que perturba la atención y la concentración acompañados de sentimientos de depresión (apatía, desinterés y lentitud) donde el sufrimiento psíquico y el dolor físico consume la totalidad del tiempo y de la energía psíquica. Otras veces la dificultad para pensar se vincula con la historia previa del paciente, con una depresión pasada que ha sido movilizada por la actual, coincidente con las primeras separaciones y pérdidas personales y los comienzos de la simbolización (Blum-Gordillo, 2009).

Los pacientes más afectados en términos de edad son los más pequeños y los adolescentes. En el primer grupo, este grado de afectación se explica por los escasos recursos que tienen los bebés o niños pequeños para defenderse del malestar y adaptarse a las situaciones de dolor, además de las tareas evolutivas

que se alteran por la misma causa (diferenciación intra e intersubjetiva, control del cuerpo y de la actividad muscular, conquista del espacio, desarrollo de las capacidades motoras y cognitivas, búsqueda de autonomía y socialización temprana, entre otras). Esto nos lleva a considerar que a menor edad, mayor es el daño psicológico, principalmente en los lactantes que son separados de su madre en un periodo donde este vínculo es fundamental para la constitución psíquica.

Algo parecido ocurre en el adolescente el cual atraviesa por una etapa crítica, conocida por todos, donde debe poder elaborar cambios, pérdidas y adquisiciones psicosociales como el cuerpo, la sexualidad genital, los roles, y la identidad. Pero en el caso de los adolescentes enfermos, muchas son las expectativas y transformaciones que no se cumplen o sólo se hacen parcialmente, y muchas son las limitaciones que imponen los padres en un periodo en que la autonomía, relaciones amorosas, amigos, y planes a futuro cobran una importancia creciente. Las tareas inherentes a cada momento evolutivo son las más vulnerables y afectadas por la enfermedad, tanto en niños como en adolescente, pero los jóvenes poseen mayor cantidad de recursos para hacer frente a la situación a diferencia de los niños pequeños. (Blum-Gordillo, 2009)

Dentro del proceso de la enfermedad crónica existen tres elementos que considero importante profundizar para un mejor análisis de los procesos psíquicos que acontecen durante este evento. Comenzaré por exponer los daños que acaecen en el núcleo del narcisismo, a continuación los duelos realizados frente al cuerpo mutilado y castrado por la enfermedad, y finalmente los mecanismos de defensa que se movilizan ante la presencia de una enfermedad mortal.

1.2.1 El narcisismo herido

La enfermedad sitúa al niño dentro de una vivencia especial, compuesta de amenazas y agresiones externas e internas, donde se mezclan los sufrimientos relacionados con la enfermedad y las intrusiones por parte de las intervenciones médicas. El niño puede llegar a vivir su cuerpo como si éste estuviera troceado, mutilado y como un objeto mal unificado, todo lo cual afecta la relación del niño

con su cuerpo generando conflictos en la conformación de la imagen inconsciente del cuerpo, en el amor a sí mismo y en la relación con el otro.

Freud (1914) menciona que la persona afligida por un dolor orgánico y por sensaciones penosas resigna todo su interés por las cosas del mundo exterior que no se relacionen con su sufrimiento, así mientras sufre también retira de sus objetos de amor el interés libidinal. A causa de ello la distribución de la libido se ve afectada durante la enfermedad pues el cuerpo enfermo exige más catexia libidinal, y para ello debe retirar la libido de sus objetos para cargar su propio cuerpo, transformando así libido objetal a la libido narcisista. Lo que se observa desde afuera es un gran retraimiento por parte del niño, el cual rechaza los juguetes, alimentos y cariños, parece gravemente enfermo pero su narcisismo secundario está al servicio de la recuperación.

Otros niños que no pueden proporcionarse a sí mismo la cantidad adicional de libido que necesitan la reclaman del ambiente haciéndose exigentes y pegajosos, este proceso generalmente reversible puede no obstante provocar cambios permanentes del carácter llegando a producir trastornos más graves, incluso hasta prepsicóticos. Así por ejemplo, los niños pueden transformarse en obsesivamente limpios defendiéndose mágicamente contra contactos peligrosos, o bien para aplacar su angustia de muerte pueden desarrollar fobias, evitar corrientes de aire o ciertas comidas con la ilusión de estar protegidos (Bekei, 1981)

En la vida de cualquier sujeto se presentan situaciones que enfrentan al sujeto a la idea de su finitud, Alizade (1995) las denomina como “marcas de la mortalidad” e incluyen tanto experiencias de dolor físico como aquellas situaciones que emergen en la relación con los otros que obligan al sujeto a enfrentarse a pérdidas, duelos y ausencias. En ambos casos, el individuo atraviesa una experiencia de ruptura con la imagen de un cuerpo entero y sano que remite a la pérdida y el duelo por la salud. Cuando la vulnerabilidad física se manifiesta se activan una serie de mecanismos de defensa con la finalidad de

negarlo, pero el psiquismo fue penetrado y es consciente de un saber que hiere y que obliga a transitar el doloroso camino de la castración (Alizade, 1995).

La angustia de muerte aunque habita a todos los seres vivos, es comúnmente negada, proyectada o desmentida por la mayoría de éstos. En los enfermos crónicos esta angustia está vinculada a amenazas respecto de su estatuto narcisista, acompañadas de temores de exclusión, abandono y pérdida de amor por quienes le rodean. Estos temores no son siempre imaginarios y es sabido que con mucha frecuencia, los adultos que los han querido y se han ocupado de ellos, inician, un proceso anticipado de duelo y adoptan una actitud de desapego y alejamiento (Alizade, 1995). Es la muerte la mayor crisis que enfrenta el hombre inexorablemente, pues pone a prueba su aparato psíquico y el intrincado manejo del narcisismo (Freud, 1923).

Freud en *Introducción al Narcisismo* (1914) enuncia la célebre frase "El punto más espinoso del sistema narcisista es la inmortalidad del yo, tan duramente negada por la realidad, conquista su afirmación refugiándose en el niño donde los padres han depositado sus ideales y han negado cualquier tipo de castración. Cuando de morir o estar en riesgo se trata, todo el sistema narcisista se ve conmocionado, como si el narcisismo recibiese una suerte de provocación, una puñalada ahí donde su vulnerabilidad es mayor: la inmortalidad. La intensa herida narcisista resquebraja el equilibrio del yo, enfrentándola a un cuerpo que se vive como un extraño, ajeno y agresivo. La imagen que devuelve el espejo no favorece al narcisismo, pues ante nosotros aparece una imagen maltrecha: cuerpo poblado de dolor con cicatrices quirúrgicas, cuerpo con sondas, asolado por la medicación, la invalidez o la palabra diagnóstica que se ha instalado sobre él (Alizade, 1995).

En las personas que padecen una enfermedad crónica donde lo corporal se ve afectado podríamos considerar que hay una vivencia donde algo ha sido destruido, mutilado y no sólo en el registro imaginario, pero que se inscribiría en este registro, se trataría de una herida narcisista que nace de la destrucción de un órgano (Freud, 1914). Después de la instalación de la enfermedad quedaría una herida a nivel imaginario, a nivel de la anatomía fantasmática, que siempre

cuestionaría la integridad narcisista, la unidad del cuerpo, recordando necesariamente su despedazamiento.

Herido en su imagen visible, y en su estado de enfermo, estos sujetos ocupan un lugar de exclusión en relación con el grupo de los no enfermos o amenazados, por los cuales algunos pacientes suelen proyectar la envidiada continuidad de la vida. Ubicados en una suerte de isla desierta, en la antecámara de la desaparición, lejos han quedado “His majesty the baby” y la egofilia ilimitada de los primeros tiempos de la vida. En el otro enfermo con quien comparte espacios como las salas de espera, hospitales, cuartos y consultorios, se ve a sí mismo proyectado produciendo la exclusión y el horror narcisista, mientras que en el otro sano que lo acompaña se juega por momentos la tensión de agresividad con la imagen del semejante a quien quisiera arrebatarle el trofeo más preciado, la vida.

En el enfermo, las formaciones intrapsíquicas heredadas del narcisismo (ideal del yo y súper yo) ejercen cierta crueldad al mostrar la enorme distancia que media entre las fantasías del primitivo ideal del yo y ese cuerpo cuyos atractivos decaen estrepitosamente. Se ama aquello que hemos sido y hemos dejado de ser, o aquello que posee la perfección que le falta al yo para ese ideal (Freud, 1914). El súper yo es también fuente de sufrimiento pues le recuerda al sujeto que no cumple con el ideal de estar sano, el sujeto no ha podido evitar enfermarse, él ha tenido la culpa en el proceso de su enfermarse. La enfermedad se ha entrometido en su vida como un accidente del destino y el súper-yo acusa al accidentado considerándolo culpable. Emergen autorreproches en los cuales el paciente se responsabiliza por su estado y expresa que para curar deberá ser muy bueno, un ejemplo ilustrativo de este fenómeno es el acercamiento que profesan los enfermos a la religión y la necesidad de depositar en un espíritu supremo las responsabilidades sobre la curación.

La afrenta narcisista es intolerable y el objeto que cae sobre el yo suele ser demasiado pesado, el sujeto se enfrenta a un duelo con lo imposible: pérdida del cuerpo, del yo, del mundo y de los seres queridos. Se detectan diversos grados de

lesión de la integridad narcisista, alcanzando su mayor expresión en el colapso narcisista donde se manifiesta la extrema debilidad del yo ante el enorme caudal de afectos y representaciones que se movilizan.

El cuerpo enfermo provoca una serie de duelos, como la salud pérdida, el cuerpo idealizado infantil y un proyecto de vida que no se cumplirá de la forma esperada, y es que aunque la persona esté viva ha habido una pérdida más de naturaleza ideal como es la salud y la fantasía de la inmortalidad, este duelo además genera una perturbación en la libidinización del propio cuerpo perdiéndose a éste como objeto de amor. Hay que entender además que la salud es un bien muypreciado en el medio social actual, se persigue con frenesí la ilusión de la salud, la belleza y la juventud, se hace énfasis en la prevención, la alimentación y el ejercicio, además la muerte y la enfermedad son vistas como una derrota para el que la padece. Como ya habíamos mencionado se presenta en estos pacientes una pérdida por el interés del mundo externo, una pérdida en la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí mismo que se exterioriza a través de autorreproches y autodenigraciones, que es característico de un estado melancólico que suele acompañar a los pacientes que viven una enfermedad crónica (Freud, 1915). El complejo melancólico funciona como una herida abierta atrayendo hacia sí todas las energías de las investiduras, vaciando al yo hasta el empobrecimiento total donde se cancela todo interés por el mundo y los objetos amorosos, dejando al sujeto aislado, y con una fuerte incapacidad para dar sentido a su vida (Freud, 1915).

1.2.2 Cuerpo, dolor y castración.

El cuerpo en el psicoanálisis no se reduce a la materia y a los aspectos biológicos, el cuerpo desde esta disciplina es una construcción que se organiza en el intercambio con el semejante, cuerpo erógeno que fue atravesado desde el nacimiento por la mirada y el amor del otro. Entonces la representación mental del cuerpo no depende sólo del cuerpo en sí como materia, sino de la inscripción que adquiere el entramado social y el otro para el sujeto que simboliza su cuerpo. El

cuerpo, podríamos decir que es el escenario donde se juega la vida física y psíquica de cada sujeto, pues en él y a través de él que se logran expresar las emociones y afectos, por lo tanto es el puente de comunicación con el otro. El cuerpo en sí poseería dos dimensiones, siendo propio de cada individuo y como sustento de la relación con el otro. Chamizo (1998) señala que aunque el cuerpo se reconoce como propio, al mismo tiempo se ve sometido a otras leyes y funcionamientos ajenos, como las enfermedades, el envejecimiento, los accidentes, en resumidas cuentas un cuerpo atravesado por la castración y la falta. La enfermedad y la muerte son decisivas para el reconocimiento de que el ser humano es poseedor de un cuerpo vulnerable limitado por lo biológico, confrontan al sujeto sobre su omnipotencia y la finitud de su vida física.

Un buen ejemplo de este reconocimiento sobre los límites del cuerpo son las lesiones orgánicas y las enfermedades, estas no son una formación del inconsciente, es más bien una imposición de lo real al soma. Cuando el dolor emana del interior, nos enfrentamos a un cuerpo biológico, carente de simbolismo e imposibilitados para hacer una metabolización psíquica de tales elementos. El cuerpo reclama su primacía a través del dolor, pues cuando un órgano duele no importa nada más, se produce una retracción de la libido hacia el yo-cuerpo y el ser se convierte así en solo un cuerpo material, como ya habíamos analizado en la sección de narcisismo (Marty, 1990). Pero la vivencia de dolor posee diversos matices y factores que determinarán la subjetividad del evento, en función de la edad, las fantasías subyacentes, el entorno y las defensas movilizadas.

Desde su origen el psicoanálisis se ha interesado por conocer los mecanismos fundacionales del yo, y uno de los componentes principales en este proceso son las sensaciones corporales. Freud enunció (1923) que el yo es primero y principalmente un yo corporal, por lo que los cambios corporales repercuten forzosamente en su conformación. Así, la vivencia corporal representa una experiencia fundamental para la formación del individuo, la constitución de su personalidad y el desarrollo de las funciones del pensamiento. Estar cómodo en su

cuerpo o “bien en su piel” está relacionado con un proceso de integración y elaboración de sensaciones y sentimientos.

El tema que aquí nos interesa es conocer el efecto resultante que sobre el yo hace el daño corporal y el dolor que acompaña a las enfermedades crónicas. La gravedad en la afectación de la imagen corporal depende de lo prematuro que puede haberse instalado el daño corporal. Lo que corresponde preguntarse frente a cada caso, es si impacta antes o después de haberse delimitado la imagen corporal, de haberse alcanzado la capacidad de simbolización, y de la relación madre-hijo, específicamente de la capacidad de reverie de la madre para poder proveer al niño un yo auxiliar útil. Para poder defenderse del daño el niño tiene que haber formado objetos totales, haber logrado la posición depresiva, la capacidad de simbolizar, y poder considerarse el mismo como una unidad. Expresados en términos freudianos y de la psicología del yo, tiene que haber elaborado una identidad, y unas representaciones de los objetos y del mundo. Mucho más grave es el daño si se produce en la posición esquizoparanoide, pues el niño aun no dispone de símbolos representativos con los cuales traducir la vivencia traumática, por lo que solo se defiende con disociación, negación y clivaje (Bekei, 1981).

Si el trauma interfiere en la formación de la imagen corporal, se observan fallas para establecer límites entre el self y el no self, los grados de gravedad resultante pueden ir en una escala decreciente desde la psicosis simbiótica, la hipocondría, la perversión, hasta la enfermedad psicósomática. Un buen ejemplo de estas fallas está detallado en el trastorno de identidad narcisista descrito por Bekei (1981) donde los pacientes están caracterizados por una debilidad yoica, límites nebulosos entre las representaciones del self y los objetos, y persisten fantasías inconscientes de fusión con el objeto, debido a una diferenciación incompleta entre la madre y el hijo.

Las cirugías son otro elemento fundamental que se relaciona con el cuerpo, el dolor y un nuevo elemento, la angustia de castración. Las cirugías se emplean como método diagnóstico, preventivo, curativo o paliativo, y son relativamente muy

frecuentes en enfermedades crónicas. Los niños expuestos a una operación manifiestan sentimientos de miedo, angustia, y tristeza, además de generar fantasías de muerte, ya sea por el proceso mismo de la operación o por los efectos de la anestesia. Una cirugía reactiva o resignifica en el paciente angustias, temores y fantasías pasadas, tanto conscientes como inconscientes, afectando la subjetividad del paciente y la posibilidad de metabolizar el evento. Mientras más radical y más pequeños sean los pacientes sometidos a una cirugía más intensas y frecuentes serán las fantasías que acompañen la cirugía (Franco, 2001).

En los pacientes con enfermedades crónicas graves que van a ser sometidos a una cirugía se detectan angustias desencadenadas básicamente por dos tipos de fantasía: castración y muerte. La angustia de castración se revive cuando se siente amenazada la integridad física como en el caso de accidentes, o cirugías. Esta angustia de castración subyace al miedo a la lesión o pérdida de cualquier parte del cuerpo, elementos que son valiosas para su dueño. La cirugía se suele vivir como una pérdida, el cuerpo libidinal se vive como un cuerpo fragmentado, más aun si es una amputación, pues además de aumentar la herida narcisista se desencadenan sentimientos similares a la angustia de castración y se producen fallos en la capacidad del libidinizar el cuerpo deformado (Franco, 2001).

1.2.3 Dolor en el infante, imposibilidad para simbolizarlo.

Acorde con los planteamientos realizados por Freud (1895) en Proyecto de Psicología, el dolor es una irrupción abrupta de grandes cantidades de energía que el sistema es incapaz de descargar. Este sismo económico brutal se instala en la vida del sufriente como un evento traumático y se comporta como una fuente de excitación interna dejando huellas de pasajes permanentes en el aparato psíquico. El dolor físico coloca al sujeto en una engorrosa labor pues debe elegir por un lado actuar, amar y pensar, o simplemente dedicarse por completo a la descarga displacentera que produce el dolor físico. Sabemos que la pérdida de salud o de un miembro del cuerpo, puede constituirse tanto dolor físico como dolor psíquico, este último sería un dolor de separación, un arrancamiento y pérdida de

un objeto con el que nos encontramos íntimamente vinculados, como la persona amada, un valor moral o la integridad física y saludable de nuestro cuerpo.

Los bebés, niños y adultos tienen diversas formas de responder frente a un dolor físico, será muy diferente los recursos que posee cada grupo para descargar la energía que ha irrumpido en el yo. Así por ejemplo el adulto que tiene un aflicción dispone de medios psicológicos para lidiar con éste, por ejemplo puede remitirse a su experiencia pasada de dolores análogos y comprender que su dolor es pasajero, también puede consultar a un especialista e incluso puede buscar distracciones para su padecer, a diferencia del niño pequeño que se encuentra particularmente indefenso frente a la irrupción del dolor. Mientras que el lactante aun no distingue entre el interior y el exterior de sí mismo, él y su madre forman un todo, sellado por la ilusión de omnipotencia, solo a través de su desarrollo podrá ir delimitando el contorno de su cuerpo y reconocer a la madre como un objeto externo. Freud, A. (1952) considera que en esta etapa cualquier tensión, necesidad, o frustración es experimentada probablemente como dolor, sin hacer mayor distinción entre la vivencia de incomodidad y la experiencia precisa de dolor, por lo que existen continuas fuentes de dolor para el lactante.

Pero no acontece igual entre un lactante sano y uno que padece una enfermedad crónica, que lo mantiene en una situación constante de dolor, el lactante enfrentado a periodos prolongados de dolor recurrirá a defensas primitivas y toscas, como por ejemplo la regresión autística donde se da un verdadero blindaje activo contra los estímulos del ambiente, aunque la función de este retraimiento es de valor analgésico se producirá un detrimento en la vida afectiva entre el bebé y su entorno, que en esta etapa es fundamental. Algo parecido ocurre con el mecanismo de proyección empleado por lactantes expuestos a sufrimientos físicos continuos, logra defenderse del dolor depositando en sus objetos externos el origen del sufrimiento, a consecuencia de esto el bebé puede llegar a mostrarse indiferente e incluso hostil frente a su madre, alejándolo e imposibilitándole un vínculo necesario para su desarrollo (Bekei, 1981).

Otro elemento íntimamente ligado con la experiencia subjetiva del lactante frente al dolor será la reacción que tengan sus padres y como manejen la impotencia a la que se ven reducidos frente al sufrimiento que experimenta su hijo. Además como veremos en el capítulo siguiente, la paternidad reactiva una serie de culpas ligadas a la agresividad que existe en todo padre frente a su hijo, pero el modo que un padre enfrenta estas problemáticas con un hijo enfermo es todo un tema de análisis, que será discutido en el siguiente apartado.

Finalmente revisaremos el rol que juega la angustia en la experiencia del dolor, la experiencia del dolor depende no solo de la gravedad orgánica sino de las fantasías subyacentes a los tratamientos médicos y a los discursos que proveen los padres sobre el dolor y la enfermedad. Incluso el procedimiento más inocuo como por ejemplo la aplicación de rayos ultravioletas puede desencadenar angustias paranoides, intensas y desorganizadoras, ya sea con fantasías de tipo oral donde hay mucho miedo a ser envenenado, fantasías anales con una intensa angustia frente a ensuciarse o infectarse, o el temor a ser castrado y mutilado (Bekei, 1981).

La angustia también juega un papel muy importante en la representación que va hacer el niño del evento traumático, ante un procedimiento inofensivo el niño puede connotarlo con una significancia emocional importante y recordarlo por mayor tiempo dependiendo de la interpretación y de los afectos que estén acompañando a la fantasías inconscientes, como enojo, ira, sentimientos de venganza, culpa, depresión o sumisión masoquista (Bekei, 1981). Es por ello fundamental que el terapeuta pueda investigar las fantasías, representaciones y afectos que provoca la enfermedad, el dolor y los tratamientos médicos, pues al reducir la angustia podemos brindarle al paciente no solo una mejor calidad de vida sino también una disminución del dolor.

1.2.4 Mecanismos de defensa frente a la enfermedad

Como ya mencionamos, ante situaciones de máximo sufrimiento se ponen en función determinados mecanismos psíquicos de protección, que dependen de numerosos factores como la personalidad del propio niño, su edad y sus

relaciones con los objetos primarios (Freud, 1930). Y es que cabe preguntarse ¿Cómo no habría de defenderse el yo enfrentado con angustia e inerte a la espera de un futuro que solo le promete la impensable aniquilación? Las defensas típicas frente al proceso de la enfermedad crónica podrían clasificarse por las etapas que cursa una enfermedad y por quién la lleve a cabo, el propio paciente o el entorno que lo rodea.

En una primera etapa, tanto para familiares como para el paciente, cuando la esperanza de recuperar la salud no ha sido abandonada y cuando el principio de placer rige la lectura de los síntomas, se observan diversos mecanismos: de negación (diagnóstico equivocado) disociación, proyección, idealización (cura mágica) entre otros. En un primer momento, el rechazo y la negación del reconocimiento fatal constituyen mecanismos útiles para el paciente y el núcleo familiar porque reducen el shock ligado a la revelación, pero también pueden confinar al enfermo en la soledad y el aislamiento si estos se mantienen durante toda el curso de la enfermedad. Más adelante cuando los estímulos endógenos corporales indicadores de gravedad superan cierto umbral, asistimos a la aparición de defensas de otro orden, tales como la disociación, la proyección y la negación. El paciente niega todo contacto con la realidad aislándose del medio, no tolera la verbalización sobre su amenaza de vida, no quiere escuchar o escucharse pronunciar lo que ya sabe evitando evocar huellas mnémicas profundamente dolorosas, pide en cambio circular entre representaciones superficiales y escasas (Alizade, 1995).

No sólo las representaciones sufren tales represiones, los afectos también se ven alterados por los mecanismos defensivos, diferentes son los métodos que emplean: transformándolas en lo contrario, o en un afecto diferente, desplazando o suprimiendo con la intención de desalojar los afectos de la conciencia y no tomar parte de ello, por ejemplo la angustia se muda en agresión y la indefensión en sentimientos paranoides (Freud, A. 1950). Aulagnier (1986) comenta que la única forma que tiene el yo de resguardar su catectización frente a un cambio que implica su destrucción es preservar su identificación con los otros, el yo busca así

espejarse en otros en los cuales él se sabe involucrado como figura permanente, incorporándose a las huellas mnémicas del otro le permite reducir la angustia de la aniquilación por completo.

En nuestro medio occidental predomina una voluntad de ignorancia frente a la muerte, mientras circula un saber silencioso sobre ésta. El ambiguo saber que se posee sobre la muerte ayuda a desmentirla, pero cuando éste se transforma en una realidad para la persona, adopta la forma de una amenaza, como diría Freud “la espina en la carne”. El levantamiento de la desmentida respecto de la muerte “*eso yo lo sé...pero aun así*” abre la posibilidad de profundos cambios para el psiquismo, implica atreverse a escuchar un profundo grito en el vacío del ser humano herido en la fibra narcisista más íntima, la inmortalidad del yo (Raimbault, 1975) La desmentida es un mecanismo frecuentemente empleado por los pacientes que cursan una enfermedad crónica donde los síntomas se comportan de forma discreta pero fulminante como las cardiopatías congénitas. En estos sujetos observamos la coexistencia de dos tendencias en formas alternantes en el yo defensivamente escindido: la que sabe la verdad (es grave) y la que la niega defensivamente (Alizade, 1995).

Examinemos minuciosamente el mecanismo que subyace al proceso de la desmentida, supongamos el caso de un niño que no quiere hacer consciente la realidad de su enfermedad, y esto implica la satisfacción de una exigencia instintiva por parte del niño que se vería enfrentado con un montante de angustia imposible de tramitar. Debe entonces decidirse por reconocer el peligro real como es una enfermedad, o bien negar la realidad y pretender convencerse que no existe el peligro, de modo que pueda continuar su satisfacción. Pero en estos casos el niño toma ambos caminos de forma simultánea, por un lado con ayuda de ciertos mecanismos rechaza la realidad y rehúsa aceptar cualquier tipo de prohibición, y por otro lado reconoce el peligro de la realidad pero lo desplaza a otras personas u objetos para poder defenderse de éste como algo externo (Freud, 1940). Con este ejemplo he querido mostrar que el mecanismo de la desmentida está en estrecha relación con el mecanismo de la escisión, este niño

debe poder partirse en dos para poder satisfacer tanto su deseo como el reconocimiento de la realidad, este proceso es frecuente en niños que han sufrido algún traumatismo en su infancia, como la presencia de una enfermedad crónica, abusos sexuales o pérdida de alguno de los progenitores.

Observamos que estos niños suelen dividirse en dos, a través del autoclivaje narcisista, en una parte sensible brutalmente destruida y otra que lo sabe todo pero que de algún modo no siente nada (Ferenczi, 1931). Una parte del yo desconoce la parte corporal afectada, y sólo reconoce la parte idealizada del cuerpo, entonces hay un cuerpo enfermo que no ha sido investido y que por lo tanto no puede descargarse a través de la representación y lo hace a través de los actos. Hay una desapropiación del cuerpo que sufre, se trata de un cuerpo sufriente que necesita ser anestesiado para no tomar contacto con él, esta es la última defensa con la que cuenta el individuo frente al dolor, escindir, tomar contacto sólo con una porción de esa biografía.

Este mecanismo empobrece al yo, que se ve mutilado de una parte de su historia y que vive al cuerpo enfermo como una relación similar a la que hallamos entre el paranoico y el perseguidor. El cuerpo representado por el yo sigue siendo el idealizado por los padres, el sano, mientras que el cuerpo imperfecto es arrojado hacia afuera, se proyecta sobre otros y se trata como objeto. Esta escisión es muy bien soportada por los niños y sólo se manifestará la psicopatología que esto produce durante la pubertad, pues la presencia de los padres en la infancia les permite negociar esta escisión (Gutton, 1994).

Ante la persistencia de la enfermedad el niño pondrá en marcha el mecanismo de la inhibición, pues los sucesivos traumas han detenido el proceso de desarrollo del pensamiento, la expansión de los afectos y el flujo comunicativo con el medio social, debido a esto, los pacientes se retraen, se aíslan, en una suerte de mínimo intercambio con el entorno. El dolor físico ha quebrado la protección del área interna, el sistema para protegerse enviará de todas partes energía de carga para crear en los alrededores de la brecha producida grandes

acopios de energía que funjan como barrera protectora, formándose así una contracarga en favor de la cual se empobrecen todos los otros sistemas psíquicos resultando una extensa parálisis o minoración del resto de la función psíquica (Freud, 1920). Se encierra así el sujeto en una coraza defensiva esquizoide para no seguir sintiendo los potenciales advenimientos traumáticos (Alizade, 1995).

El médico es una figura relevante para el psiquismo de aquel que padece una enfermedad, pues representa una especie de figura mítica que posee los secretos de la vida y la muerte. El niño no está exento de este impacto, y abundan los ejemplos sobre la participación del médico en la construcción de fantasías en el niño enfermo. El tema que aquí nos interesa exponer son los mecanismos de defensas más frecuentes que se activan de parte del niño hacia el médico. Es útil recordar que es el médico y las enfermeras quienes llevan a cabo diversos procedimientos que son motivos de fuertes dolores para el niño y esto desde el sentido común nos haría pensar en un rechazo por parte del paciente hacia el equipo asistencial, y aunque es común, no es lo más frecuente.

Son dos los mecanismos principales que brevemente describiré, el primero es la idealización donde se intenta transformar un objeto que se vive como malo en bueno para disminuir su componente amenazante, así por ejemplo el médico es visto como el salvador, único capaz de devolver la salud perdida. El otro mecanismo que se pone en juego es la identificación con el agresor, descrita por Ferenczi (1933) en ésta, el niño frente a un sentimiento de impotencia y agobio se identifica con el agresor con la esperanza de sobrevivir, este mecanismo ha sido observado con frecuencia en pacientes politraumatizados que viven su situación desde una posición pasiva. Un buen ejemplo de ello son los juegos que llevan a cabo los niños que han sido sometidos a algún tratamiento médico, donde en el juego infieren los daños que ellos vivieron de forma pasiva, además de que con frecuencia estos niños expresan un deseo por ser médicos al crecer para ejercer tales cuidados.

Finalmente de forma breve, exploraremos los mecanismos de defensa que emplean las familias frente a la enfermedad crónica del hijo. Los mecanismos defensivos familiares permitirán entender los mecanismos individuales que el niño emplee para hacer frente a su enfermedad. La negación sobre la gravedad de la enfermedad es un mecanismo habitualmente usado por las familias, una verdadera conspiración del silencio puede envolver al niño desde su entorno familiar y social. El silencio y el secreto sistemático acerca de la enfermedad consiste en evitar todo tipo de preguntas que el niño plantee al respecto, y corresponde sin duda, en los padres, a tentativas de anulación de la enfermedad o negación de su gravedad. Como consecuencia, este silencio induce en el niño actitudes de repliegue, de mutismo, que contribuyen a enfatizar su aislamiento e intensificar su actitud de dejación (Weli-Halpern, Debray, y Perichi, 1995)

Habíamos hecho reparar ya el papel que juega el doctor en la vida anímica del niño, esto suele traspasarse a la relación de la familia con el equipo asistencial, en consecuencia a esto se suele investir a los médicos de una omnipotencia de orden mágico, o la familia intenta controlar la situación de la enfermedad a través de la intelectualización, investigando con voracidad acerca de la enfermedad y las vías terapéuticas, o mediante una participación intensa de los cuidados, con el fin de sobreponerse a sus propios sentimientos de impotencia y de inutilidad (Weli-Halpern, Debray, y Perichi, 1995). También se producen procesos de medicalización exagerados en padres o enfermos, el cuerpo y sus elementos se convierten en un fetiche, así por ejemplo lo único importante es que la química sanguínea salga como se esperaba para entonces creer que todo marcha bien, aunque paciente y familiares se sientan anímicamente mal, con preocupaciones y dudas. La principal función de este mecanismo es tapar la herida no cicatrizada, producto de la enfermedad y las situaciones traumáticas asociadas (Blum-Gordillo, 2009).

1.2.5 Angustia frente a la muerte y a la enfermedad.

Este apartado pretende esclarecer los efectos que la representación de la muerte ejerce sobre la vida de aquel que intenta elaborar las categorías de vivo-muerto en

sí mismo frente a una enfermedad. Aun cuando parezca que el paciente aquejado de una enfermedad mortal es indiferente ante ella, la idea de ser mortal ejerce importantes efectos sobre la psique y el narcisismo. La idea de dejar de existir es rechazada, negada y la muerte se convierte en un evento temido y persecutorio. Cuando su representación emerge lo hace de forma violenta desencadenando las pulsiones de muerte, afectando al psiquismo y generando tanto angustia como mecanismos de defensa que acaban por atrofiarse e impedir a la persona integrar las vivencias traumáticas. También la muerte juega un papel fundamental en la práctica psicoanalítica, pues ésta se funda en la revelación de la operación constante de una fuerza de muerte que consiste precisamente en matar al niño maravilloso o terrorífico que testimonia, de generación en generación, los sueños y los deseos de los padres. Solo podemos vivir al precio de matar la imagen primordial en la que se ha inscrito en nuestro nacimiento. Esta muerte es tan necesaria como imposible, puesto que no podemos vivir, desear, crear, si no matamos al “niño maravilloso” que constantemente vuelve a renacer. Planteada así la cuestión sobre la importancia que cobra la muerte para el psicoanálisis y lo necesario que es conocer como es elaborada esta categoría en los pacientes, pasaremos a revisar este concepto desde la teoría psicoanalítica.

Los niños aquejados de enfermedades largas y fatales cobran a medida que progresa el mal, una conciencia clara de la inminencia de su propia muerte. Para comprender las actitudes, y las redistribuciones defensivas que suscita, en el seno de la familia y en el propio niño la inminencia de la muerte, es necesario antes recordar y reconstruir brevemente las relaciones conscientes e inconscientes que todos los niños mantienen con la idea de la muerte. Antes de los 5 años, el niño no sabe de la muerte otra cosa que la ausencia, vida y muerte son indisolubles de la presencia y la ausencia, la desaparición y la reaparición, y su simbolización por medio del juego y del lenguaje. La pareja conceptual muerto-vivo no conlleva ninguna antinomia, se trata de modos de ser que no son contradictorios, ni opuestos, ni amenazantes, ni incompatibles. Para el niño la muerte es otra forma de vivir y los muertos constituyen otra categoría dentro de los vivos. Suele estar entre los 5 y los 10 años cuando toman forma en el niño lo que se ha convenido

en denominar “concepto de muerte”. El carácter de la reversibilidad de la muerte solo se adquiriría hacia los 8 años, antes de esto la muerte sería solo una separación, una ausencia provisional, temporal, reversible. Pero ¿acaso se adquiere alguna vez como un hecho definitivo, esta irreversibilidad, es alguna vez aceptada por nuestra conciencia? (Ferrari, 1988).

Freud (1915) fue preciso cuando dijo que la muerte es un concepto abstracto de contenido negativo para lo cual no nos es posible encontrar nada correlativo en lo inconsciente, nadie vive su muerte e imprime una huella mnémica de este acontecer por lo que es imposible tener representado este acontecimiento. La ausencia de la perspectiva de la propia muerte se vincula con la imposibilidad de enfrentarla en una dimensión simbólica, lo que provoca serios montantes de angustia y desorganización, y podría ser una explicación viable hacia el miedo que este evento conlleva. La muerte propia no puede vivirse como experiencia, pero esto no salva al hombre del sentimiento de impotencia que causa el conocimiento de su mortalidad, pues existen representaciones que guarda el hombre sobre la muerte en el sistema mnémico que están determinados por las pérdidas de objeto que el sujeto experimenta a lo largo de su historia. El semejante como ya hemos mencionado a lo largo de este escrito es fundamental para la constitución psíquica del individuo, y las representaciones que elaboramos sobre la muerte no son la excepción, en conclusión la muerte ajena constituye el espejo donde se reconoce la propia, y frente a esta vivencia se aprehende la mortalidad aun en casos de negación extrema. En el imaginario se puede jugar fácilmente a la fantasía de la inmortalidad pero ante la realidad y el impacto que nos produce la vivencia de muerte en el otro, el yo deberá enfrentarse a una realidad que se ha mantenido reprimida durante mucho tiempo.

Además la idea de la muerte por sustitución metafórica remite a la representación de la castración, a la pérdida de algo preciado por ejemplo la salud. El cuerpo biológico forma parte de la naturaleza y jamás llegaremos a dominar sus enigmas, nuestro cuerpo será siempre percedero y limitado en su capacidad de adaptación y rendimiento. Freud (1915) nos indica las referencias

que nos permiten hablar de la condición de ser humano como ser mísero, castrado simbólicamente y determinado por lo perecedero del cuerpo biológico. El hombre es tal porque el símbolo lo ha hecho hombre, construye un yo simbólico, se le otorga a un nombre de pila, y es parte de una historia, más su cuerpo sigue atado a la naturaleza que lo condiciona como ser indefenso y que le recuerda su mortalidad continuamente.

La muerte propia era seguramente para el hombre primitivo, tan inimaginable e inverosímil como todavía es hoy para cualquiera de nosotros, ante la muerte del ser amado el hombre primitivo ya no podía desmentir la muerte, pues había experimentado por sí mismo la pérdida de una porción de su propio yo. El hombre primitivo poseía una serie de ideas sobre la magia con las que hacía frente al temor sobre la muerte. Aunque el hombre civilizado cree superados estos ritos pueden retornar ante peligros en la existencia, imperando así el pensamiento mágico, caracterizado por sentimiento de omnipotencia, animismo y un predominio en lo sobrenatural para explicar los conflictos por los que atraviesa el sujeto un ejemplo ilustrativo es el apego que demuestran hombres y mujeres a la religión cuando se encuentran perturbados ellos o familiares por alguna situación traumática.

La muerte es también un fenómeno social compuesto por ideas, creencias y afectos determinados por el contexto sociocultural que la rodea, de hecho la forma en que se vive y se representa a la muerte depende enormemente del superyó de una sociedad. La historia ha sido testigo de diversas formas de enfrentar la muerte, por ejemplo en la antigüedad morir era una signo de orgullo, valentía y prestigio social, en cambio en la actualidad nos enfrentamos a un miedo muy grande ante la muerte hasta el punto que no nos atrevemos a pronunciar su nombre, se desmiente la condición del enfermo, se establece un cerco de silencio y la apariencia de estar siempre vivo debe alejar toda idea de muerte. La muerte prohibida pertenece a una sociedad industrializada donde priman los valores narcisistas de felicidad, poder y lucro (Alizade, 1995). Este hombre moderno pregona desde su inconsciente “nunca moriré”, pero las huellas del tiempo sobre

el cuerpo lo confrontarán con un saber que no podrá desmentir y que harán pedazos sus fantasías inconscientes sobre la inmortalidad. Vivimos y deseamos dentro de los límites establecidos por nuestra mortalidad, pero si no asumimos totalmente nuestra existencia como algo que solo se da dentro de estos límites, lo pagaremos con inhibiciones y síntomas alienantes, y si la rechazamos por completo nos encontraremos frente a la locura.

En conclusión tenemos dos actitudes opuestas ante la muerte que entran en conflicto: la que reconoce a la muerte como aniquilamiento de la vida y la que la niega como irreal (Freud, 1915). En ocasiones la aparente aceptación del morir viene acompañado por racionalizaciones o una negación disfrazada de aceptación, lo vemos a través de comentarios humorísticos o poéticos, o mediante creencias caracterizadas por el pensamiento mágico, por ejemplo argumentos religiosos acerca de la próximas vidas que se hallan después de la muerte, como el paraíso y la reencarnación, o diversos tipos de racionalizaciones como las consideraciones científicas sobre la muerte que intentan a través del aislamiento despojarla de su afecto y de su verdadero significado para el ser. Lo que es real es que hay un rechazo defensivo frente a la idea de la muerte y a lo que ella nos hace sentir, la negación es un mecanismo frecuente, aunque el intento muchas veces fracasa emergiendo la angustia (Alizade, 1995).

Como ya lo hice notar el conocimiento de la muerte propia o de un ser querido propicia la aparición de angustia, miedo ante la muerte propia, ante la desaparición y ante la castración de un objeto tan valioso como es el cuerpo y la vida. Castración ya no proyectada en una parte del cuerpo como los ojos o el miembro viril, sino castración del cuerpo en su totalidad, castración del yo, definitiva e irreversible. El objeto de cuya posible pérdida reacciona el sujeto con angustia es nada menos que el yo y todo lo que muere con él, es una pérdida con mayúsculas pues es la pérdida del todo. Emerge la dimensión de lo impensable y de lo irrepresentable y además se resignifican anteriores pérdidas (nacimiento, vientre materno, destete) que suscitan la angustia.

Así mismo el cuerpo enfermo produce múltiples sensaciones corporales displacenteras que también son traducidas en angustia (Freud, 1926) por el sistema psíquico. Cuando la representación de la muerte adquiere un carácter traumático, el sujeto expuesto a un dolor psíquico intenso busca destruir los espacios internos representacionales y se sumerge en el campo de lo afectivo, de la angustia y de lo irrepresentable, el sistema psíquico reprime las representaciones despojándola de cargas afectivas y enviándolas al inconsciente (Alizade, 1995). Tanto la muerte como la enfermedad crónica provocan un aumento en el grado de excitación, que es motivo de displacer, y que el sujeto no puede dominar a través de la descarga, paralizando la función del principio del placer y desorganizando el sistema. Planteada así la cuestión intentaré en forma breve definir la angustia y su proceso en la enfermedad crónica.

La angustia como cualquier estado afectivo está incorporada en la vida anímica como unas sedimentaciones de antiquísimas vivencias traumáticas, y en situaciones similares despiertan símbolos mnémicos que desatan el recuerdo y con ello la angustia tanto pasada como actual, podemos decir que es el portador de un saber latente o inconsciente que la conciencia en muchos casos no puede reconocer como lógico ni propio. Funciona como una señal frente al peligro, y emprende este mecanismo de protección tanto para los estímulos exteriores como a los impulsos interiores indeseados, en ambos el sujeto intentará huir, en cambio frente a los estímulos interiores se halla un tanto indefenso pues no puede alejarse físicamente, y la herramienta que ha encontrado el sistema para protegerse es el proceso de la represión, ésta funciona despojando a la agencia representante de la pulsión de su investidura, para luego enviarla al inconsciente desprovista de afecto, cuando se le desoja de su afecto, sus vínculos asociativos son sofocados o suspendidos de suerte que permanece ahí aislado y ni siquiera se le reproduce en el circuito de la actividad del pensamiento (Freud, 1926).

La angustia juega un papel muy importante en la supervivencia del sujeto, pues en un primer momento se presentó como una señal de alarma frente al peligro, y en lo sucesivo el sujeto la reproducirá cuando un estado semejante

vuelva a presentarse, esto puede resultar contraproducente, porque se puede desencadenar una reacción inconveniente que prepare al sujeto para el peligro pasado y no tome en cuenta las características reales del peligro actual. Sucede por ejemplo que frente a un dolor el sujeto supone que ha regresado una enfermedad que padeció hace algún tiempo atrás manifestando una fuerte descarga de angustia y que no corresponde a la afección presente (Freud, 1926).

La angustia a diferencia del miedo, lleva adherido la indeterminación y la ausencia de objeto mientras que para el miedo el objeto es lo que le da sentido a la huida. Safouan (1988) dice que en la angustia todo sucede como si no hubiese una escapatoria para el peligro, colocando a la persona en un estado de indefensión y de incapacidad para combatir el objeto que le causa el sentimiento de amenaza. Freud (1926) clasifica la angustia en dos modalidades: realista y neurótica. La primera constituye una reacción lógica, racional y comprensible frente al peligro como un daño exterior pues resguarda al individuo de las amenazas del medio, en cambio la angustia neurótica es enteramente enigmática, porque carece de fin y parece no tener un correlato en la realidad, su fuente se encuentra en el inconsciente y en los objetos primarios.

Freud (1917) propone que la angustia neurótica, aunque pueda parecer inútil e incluso peligrosa, permite al yo escapar de las exigencias de la libido y se comporta como si de un peligro real se tratase frente a las demandas inconciliables del sistema. La angustia neurótica es común en los pacientes aquejados de neurosis, podríamos calificar esta angustia como flotante, dispuesta a adherirse al contenido de la primera representación adecuada que justifique la fuga de angustia. Como ya se hizo notar en una sección anterior, podemos observar esta angustia flotante en las familias que poseen un hijo enfermo, pues están siempre pendientes de los aspectos físicos que afectan a su hijo y prevén siempre las eventualidades más terribles, lo que provoca en ellos un sentimiento constante de angustia, indefensión y tristeza.

El yo está siempre atento frente a las descargas displacenteras que emite tanto el medio externo como las huellas mnémicas, de tal manera que él pueda

actuar y poner en juego sus defensas normales de la forma más rápida, para no permitir el desencadenamiento del afecto, ya que con ello se vería desbordado por el proceso primario y la angustia. Su instrumento principal para llevar a cabo esta tarea es el mecanismo de la atención, pues esto le permite llegar a tiempo antes de que se desencadene algún proceso de displacer. El yo solo es capaz de proveer cierto límite de contrapeso a las cantidades intervinientes de modo que no puede impedir por completo la ocurrencia de un proceso primario (Freud, 1926).

El yo anticipa la satisfacción del impulso instintivo sospechoso en el pensamiento y le permite reproducir las sensaciones displacenteras de la situación peligrosa temida, con ella entra en juego el automatismo del principio placer-displacer que lleva a cabo la represión del impulso instintivo peligroso (Freud, 1895). Los procesos sustitutivo por los que el yo se erige sobre la angustia son mantenidos lejos, en todo lo posible, de su descarga por la motilidad, y si esto no se logra, se ve forzado a agotarse en la alteración del propio cuerpo, como en las enfermedades psicósomáticas, donde es preferible enfermar el cuerpo que transponer la energía en acción (Freud, 1926).

Tan pronto como el yo discierne el peligro de castración, da señal de angustia e inhibe el proceso de investidura amenazador en el ello, lo hace por medio de la instancia placer-displacer. La formación del síntoma tiene dos manifiestas ventajas, la primera que esquivar un conflicto de ambivalencia y la segunda que permite al yo suspender el desarrollo de la angustia pues liga la energía psíquica que ha quedado flotante del proceso de represión. La exigencia pulsional no es un peligro en sí mismo, lo es por que conlleva un auténtico peligro exterior, el de la castración. En lo inconsciente no hay nada que pueda dar contenido a nuestro concepto de aniquilación de la vida. La castración se vuelve por así representable por medios de las experiencias cotidianas de separación respecto al contenido de los intestinos y la pérdida del pecho materno a raíz del destete. Por eso me atengo a la conjetura de que la angustia de muerte debe concebirse como análogo de la angustia de castración, y que la situación frente a la cual el yo reacciona es la de ser abandonado por el superyó protector (los

poderes del destino) con lo que expiraría ese su seguro para todos los peligros. El motor de la represión es la angustia frente a la castración, perder una parte valiosa del cuerpo. La mayoría de las fobias se remontan a una angustia del yo, frente a las exigencias de la libido. Lo más preciado que tenemos es la vida, y por eso es también lo más temido, la angustia de castración remite al temor de perder un objeto preciado, una parte de nuestro cuerpo, porque eso tendría como consecuencia una disminución en el amor que sentimos hacia nosotros mismos y eso afectaría en lo que los otros nos amarían. La angustia de castración es muy al fondo una angustia narcisista que intenta preservar a su majestad él bebe que algún día fueron.

La angustia en ciertos pacientes como aquellos con una enfermedad terminal, enfrentados a la proximidad de la aniquilación pueden verse invadidos por un exceso de descargas displacenteras que impidan al yo llevar a cabo sus procesos normales. Como por ejemplo la reflexión, que es una actividad del yo que demanda tiempo y que se torna imposible cuando el nivel afectivo entrafía grandes cantidades de energía, de ahí que el afecto se caracterice por la precipitación y por una selección de métodos similares a los que se adopta en el proceso primario. La inundación de lo afectivo se asemeja al proceso primario no inhibido, por lo que inhibe el curso normal del pensamiento y proceso secundario produciendo olvidos, y retomando vías que conducen a la descarga, como por ejemplo conductas impulsivas guiadas por el afecto (Freud, 1895). Si el yo se ve requerido por una tarea psíquica particularmente gravosa, un duelo, una sofocación de afectos o la necesidad de sofrenar fantasías sexuales que afloran de continuo, se empobrece tanto su energía psíquica disponible que es obligado a limitar su gasto de manera simultánea en muchos sitios, explicando el empobrecimiento psíquico que padecen algunos pacientes expuestos a fuertes procesos de angustia (Freud, 1926).

Capítulo III: Dinámica familiar y enfermos crónicos.

La familia puede vivir la enfermedad del niño como una amenaza para su propio equilibrio, produciendo bloqueos de la vida imaginaria de sus integrantes. Esto puede traer como consecuencia una imposibilidad para formar un proyecto de porvenir para ellos y el niño centrándose sólo en la vivencia de la enfermedad y explicando a partir de ella toda la subjetividad del hijo. El modo en que se internaliza en el núcleo familiar una noticia de enfermedad dependerá en gran medida de las relaciones familiares previas, así por ejemplo, cuando la pareja hubo experimentado conflictos previos la amenaza de una disgregación familiar es frecuente o por el contrario se pone en paréntesis toda diferencia para hacer frente a la situación traumática.

La enfermedad del hijo toca el narcisismo paterno y es motivo de muchas discusiones entre la pareja, que intenta buscar un culpable y una posible transmisión genética. La noticia también afecta a los hermanos del paciente, que reaccionan con manifestaciones sintomáticas (ansiedad, depresión, o fobia escolar) o bien con una especie de buena conducta e hipermadurez, pero cuya explosión sintomática puede producirse durante la adolescencia.

Blum-Gordillo (2009) propone dos modelos de reorganización familiar después de asimilar la noticia de la presencia de una enfermedad crónica. La primera la nombra centrípeta, y es aquella donde los miembros se aglutinan en torno a la situación de la enfermedad, la familia gira alrededor del paciente, quien absorbe buena parte de las energías y recursos afectivos y económicos disponibles, restando posibilidades de desarrollo y crecimiento a los demás integrantes de la misma. Es común que estas familias vivan en un estado de angustia y sobresalto casi continuo, pensando en las posibles complicaciones del paciente y en el riesgo de la muerte. La posición central aumenta en el paciente los beneficios secundarios de la enfermedad, y origina resentimientos por parte de los hermanos y un clima de tensión y malestar familiar que emerge en las actuaciones de los integrantes (retraso escolar, accidentes, embarazos, drogadicción).

En contraparte, la tendencia familiar centrífuga se expresa en conductas de evitación en torno a la situación de la enfermedad. Este patrón de interacciones supone que uno de los miembros, por lo general la madre, se ocupe casi exclusivamente del enfermo y lo sobreproteja, con lo que favorece su pasividad, y secundariamente refuerza los sentimientos y pautas de evitación del resto del grupo, se trata de una modalidad disfuncional tanto para el hijo, la madre y los otros miembros familiares. Además acorta excesivamente la distancia emocional entre la madre y el hijo, facilitando sentimientos de confusión, dificulta el desarrollo del paciente y en consecuencia su adaptación psicosocial.

Los dos modelos presentados muestran formas de accionar patológicas, en la primera porque toda la energía libidinal se deposita en el paciente enfermo y en el segundo modelo porque el paciente enfermo es aislado de las dinámicas familiares y con esto se le impide un intercambio enriquecedor para su psique. Podemos figurarnos un modelo adecuado para los pacientes que padecen una enfermedad crónica, donde como ya vimos son muchas las transformaciones tanto individuales como familiares que trae como consecuencia. Hablamos de un buen pronóstico familiar cuando se produce una metabolización por parte de los miembros de familia de la situación que amenaza al pariente, esto permitirá que los padres vean con objetividad la situación a la que se enfrenten y produzcan estrategias efectivas que posibiliten la elaboración por parte del hijo de la vivencia traumática que atraviesa. En estas familias se esperaría que el hijo enfermo cumpliera un rol similar al que tienen los otros miembros, que en la medida de sus capacidades estuviera involucrado en tareas del hogar o en decisiones familiares. Estas familias que se han abierto a la posibilidad de hacer un duelo por el equilibrio familiar perdido serán capaces de proveer un espacio de diálogo genuino sobre los miedos, sueños y fantasías que el paciente y los otros miembros realicen. Esta dinámica familiar positiva tendrá fuertes repercusiones en la adherencia terapéutica y en la posibilidad de elaboración de la enfermedad.

Los padres frente al diagnóstico de una enfermedad pueden modificar su modelo de crianza, estas actitudes por lo general son de sobreprotección donde el

mundo exterior es vivido como si fuera peligroso, hostil y fuente de posibles accidentes para el niño; o también puede generarse un estatuto de omnipotencia del niño, al que no se le puede imponer ningún impedimento. Junto con esto es importante mencionar que el niño obtiene algunas ganancias secundarias del proceso de la enfermedad, como se mencionaba anteriormente se establece una relación cercana y casi exclusiva con la madre donde los hermanos ni el padre constituyen rivales en cuidados y afecto, esta es una de las razones por las que muchos niños no quieren regresar a su casa después de un periodo de hospitalización (Bekei, 1981).

Los padres niegan el saber del niño acerca de la muerte del mismo modo que lo hacen sobre su sexualidad, es tentador para el padre imaginar a su hijo, una extensión de sí mismo, como otro yo que vive y desea sin límites, que no está sometido a los designios de la vida y la muerte, y que a diferencia de ellos es un ser inmortal carente de límites. Frente a una enfermedad crónica esta fantasía no sólo se hace pedazos, sino que también enfrenta a los padres a su propia muerte y castración.

En el capítulo anterior revisamos la participación que tiene el médico en la vida fantasmática del individuo, algo semejante ocurre para la conformación de la familia, en consecuencia muchos dibujos que realizan niños hospitalizados demuestran una nueva triangulación edípica entre madre-hijo-médico. También se pueden dar serias perturbaciones en el hijo a partir de la entrada del equipo asistencial, pues son estos los que se ocupan de los cuidados y los intercambios con el niño, la madre queda desplazada de su función y esto puede generar perturbaciones en su relación con el hijo, sobre todo cuando se trata de un niño pequeño en una época en la que obtiene de la madre gran parte de sus gratificaciones (Marcelli, y Ajuriaguerra. 1996)

Son diferentes los mecanismos que se ponen en movimiento frente al diagnóstico de una enfermedad cuando el niño cursa los primeros años de vida, que la detección de una malformación congénita al nacer principalmente en el proceso de la investidura afectiva. Tomemos el caso de una paciente que le

detectan una cardiopatía congénita al nacer, como todos los daños de los que puede ser portador un niño al nacer dificulta el proceso de investidura por parte de los padres, pero es el simbolismo del corazón, y sobre todo el peligro de muerte súbita, común en las enfermedades cardíacas, lo que pesa sobre el niño y amenaza al mismo tiempo a su familia, que no puede inicialmente investirlo. Dado el papel fundamental que desempeña en el desarrollo psíquico y emocional del niño la investidura de los suyos, es esencial preservar en los primeros meses de vida esta investidura pese al duelo brutal que deben hacer los padres del niño que lo esperaban sano (Bekei, 1981).

Otros factores externos al hijo podrán interferir en la forma en que los padres invistan a su hijo, como por ejemplo el deceso de algún ser querido en el momento del nacimiento. Las modalidades de duelo y su identidad ponen en juego la calidad de sus vínculos con la persona muerta y con el hijo recién nacido. Inconscientemente se puede tomar a este niño como elemento de reemplazo cuya llegada funciona como una negación de la pérdida de un ser querido “el niño que reemplaza permite así a los padres ahorrarse un trabajo de duelo que los pondría a ellos mismos en peligro. El nacimiento de un hijo enfermo también puede producir reacciones que se asemejan al trabajo de duelo, esto provoca una herida narcisista que frena la investidura del niño y que puede verse aumentado con la pérdida de un ser querido previo al nacimiento (Weli-Halpern, Debray, y Perichi, 1995)

1.3.1 Maternaje y enfermedades crónicas.

¿Qué ocurre cuando un bebe nace enfermo o con un defecto orgánico? ¿Cuándo esta falla se establece en un órgano tanpreciado como el corazón, que además guarda tantos significados sociales como el amor, las emociones y el contacto con el otro? ¿Qué fantasmas despierta, reaviva, transforma en la madre, y en el triángulo parental? ¿Y cómo repercute esta situación en las interacciones, en la investidura y en última instancia en el desarrollo físico y psíquico del bebé?

La relación que establezca una madre con su hijo estará sujeta a factores intrapsíquicos de ésta, éstos comprenden una amplia gama de factores

comenzando por el propio desarrollo edípico de la madre y los fantasmas que se engendraron por entonces, así como todos aquellos que se han ido acumulando y transformando en el transcurso de la vida, incluyendo el pasado más reciente, es decir, aquellos meses previos al embarazo, así como los que comprendieron el mismo embarazo, tiempo en el que se cristaliza o no el bebé imaginario “que ya habitaba o no en la madre” y que al momento del nacimiento se precipitará sobre él, vía de las interacciones, significándolo (Aulagnier, 1986).

Por ejemplo el deceso de alguien muy cercano a la madre corre el riesgo de entrar en resonancia con los procesos normales de entrada a la maternidad. El trabajo de duelo, con sus etapas clásicas según Bowlby (impresión, incredulidad y búsqueda dolorosa, desorganización y reorganización) interfiere con la recomposición intensa de la identidad de la mujer que espera un hijo. Las modalidades de duelo y su identidad ponen en juego la calidad de sus vínculos con la persona muerta y la personalidad de la madre. La noción del niño de reemplazo cuya llegada funciona como una negación de la pérdida de un ser querido “el niño que reemplaza” permite así a los padres ahorrarse un trabajo de duelo que los pondría a ellos mismos en peligro. El nacimiento de un hijo enfermo también puede producir reacciones que se asemejan al trabajo de duelo, esto provoca una herida narcisista que frena la investidura hacia el niño (Weli-Halpern, Debray, y Perichi, 1995)

Aulagnier (1986) sugiere que en la mayoría de los casos el inicio del embarazo coincide con la instauración de una relación imaginaria en la que el hijo no es representado por lo que es en realidad, sino como un cuerpo imaginado donde se vuelca la libido y narcisismo materno. Cuando él bebé nace la madre confronta la idea previa con el cuerpo real del hijo, mientras más distante sea una de la otra, más la madre negará todo aquello que esté en el registro de la diferencia. Una malformación congénita puede constituir una diferencia importante que sea vivido como un trauma para la madre, este encuentro con un bebé dañado va a exigir una reorganización de su propia economía psíquica para elaborar el luto por él bebe idealizado perdido e integrar a este nuevo miembro

que no había sido esperado. La psique de estas madres padece un traumatismo de encuentro, este recién nacido se sitúa fuera de su historia y puede provocar tal caos en el aparato psíquico de la madre que pone en riesgo la totalidad de una construcción cuya fragilidad permanecía oculta.

Desde el inicio de la diada madre e hijo se establece una intensa comunicación, hablamos de la intuición maternal donde se produce una identificación selectiva y de gran alcance hacia las demandas que emite el bebé. La contrapartida de esta capacidad materna es la percepción por el bebé de los humores de la madre, de sus deseos conscientes así como de los inconscientes. Esta comunicación se produce de forma no verbal en los primeros meses de la vida, estos son expresados a través de una actitud afectiva específica entre ambos sujetos de la diada, estas señales afectivas se convierten en una forma de comunicación, estos intercambios prosiguen ininterrumpidamente, sin que la madre se percate de ellos, y tal modo de comunicación ejerce una presión constante que conforma la psique infantil. El niño percibe al afecto subyacente de la madre, ya que mientras su percepción de la realidad externa es muy débil, su inconsciente está en contacto directo con el de la madre, y logra registrar el impacto de los sentimientos hostiles aunque estén sobrecompensados por una conducta solícita, y esto lo hace reaccionar con trastornos (Spitz, 1965).

Ha de tenerse en cuenta que las relaciones entre una madre y su hijo difieren de cualquier otra relación en el mundo, pues ese mismo bebé que ahora tiene en sus brazos, hace poco estuvo dentro de ella y fue una parte de su cuerpo. El apego al bebé era inseparable del apego a su propio cuerpo, y el feto estaba investido con la misma catexia narcisista que reservamos a nuestro propio cuerpo. Cuando a través del parto el recién nacido se convierte en algo separado a ella, la madre ha de sufrir un proceso de escisión, de renuncia a la fantasía de que el niño era algo idéntico a ella. Este será un proceso gradual, durante un largo tiempo todos los logros del niño serán suyos, y todos los defectos del infante su propio fracaso (Spitz, 1965).

Un hijo enfermo, genera una gran ambivalencia para las madres, despertando cierto rechazo, pues es común que en la dinámica fantasmática la madre se ubique como la culpable de la enfermedad del hijo. En muchos casos hay una modificación y superación de las secuelas físicas de la enfermedad, en caso de tener una madre suficientemente buena que aporte un holding adecuado pudiendo contribuir a que el defecto se asimile y se elabore posteriormente de forma sublimatoria. Esto nos ilustra una vez más la profunda relación que existe entre los integrantes de la diada madre-hijo, y como cambios sutiles en uno de los protagonistas generan cambios importantes en el otro, ya sea en el desarrollo físico y biológico de estos, o hacia el detenimiento de éste y hacia la depresión de ambos protagonistas. Esta serie de cambios o continuidades en los cuidados maternos no están determinados por un psiquismo materno cerrado a sí mismo, sino por el contrario, éste se encuentra sujeto a sus propias fuerzas internas y a la relación de éstas con fuerzas externas en las que se entremezclan, como la relación que tiene la madre con el padre o con las familias de orígenes (Rivera, 2000).

La enfermedad del hijo se constituye como un duelo, y la madre puede reaccionar con una fuerte depresión en respuesta a la herida narcisista perpetrada sobre su hijo, esto tendrá consecuencias en el proceso de construcción del yo, así como el establecimiento de las relaciones de objeto, situación relacionada con la calidad del vínculo primario establecido. En ocasiones extremas encontramos el dominio de una pulsión de muerte, donde el hijo va perdiendo existencia para la madre y se le condena a la muerte, en el sentido afectivo. En otras ocasiones el aislamiento se produce por la intensa angustia y síntomas depresivos en los que se encuentra la madre que impide llevar a cabo un maternaje adecuado. Tanto los cuidados físicos como la relación afectiva que establezca la madre con el hijo, determinarán en sumo grado la recuperación orgánica y el desarrollo psíquico que posteriormente presentará el bebé enfermo (Weli-Halpern, Debray, y Perichi, 1995)

Muchas de las madres con hijos gravemente enfermos muestran una actitud de angustia manifiesta acerca de sus hijos, y pronto quedó demostrado que bajo esa angustia manifiesta se ocultaba una proporción inusitadamente grande de hostilidad inconsciente reprimida que compensan con una solicitud exagerada. Es bastante común que esta madre no les guste tocar a sus hijos para no hacer contacto con la enfermedad o la falla orgánica, esto es común en madres narcisistas que esperan que sus hijos sean sus prolongaciones de éxito y aceptación social. La conducta maternal en estos casos es el resultado de un conflicto consciente, para tales madres el hijo sirve de desahogo de sus satisfacciones narcisistas y exhibicionista y no como objeto amoroso (Spitz, 1965) La falta de contacto y cuidados afectuosos propicia daños en la relación objetal y en la constitución yoica, esto conduce a un retraso en el área de adquirir conocimientos y también en el de las relaciones sociales.

La presencia constante de la muerte en el hijo puede resultar en un bloqueo de toda actividad fantasmática y simbólica en la madre, afectando el desarrollo del aparato psíquico en el hijo. La hiperansiedad materna, así como la fe rígida en el aspecto puramente biológico del tratamiento, pueden implicar cierto daño en la vida fantasmática del niño y reducirlo a una especie de máquina en la que todos los estados emocionales, deberán ser relacionados con las variaciones del ritmo biológico. La posibilidad para estos padres de poder expresar sus dificultades, su agresividad y el deseo de muerte por lo que toca a su niño, así como sus sentimientos de culpa, les haría poder reconocer los afectos positivos. Tendrían una visión más justa de la realidad la que en consecuencia les parecería menos destructiva. Por último podrían amar a su hijo y ocupar para él su lugar de padres suficientemente buenos.

La capacidad de reverie de la madre deberá poder filtrar las ansiedades primitivas, la que debemos suponer más intensamente persecutorias por la presencia del daño corporal y del dolor que desintegra. Si la madre lo ha aceptado tal cual era al nacer y por lo tanto su self se ha ido conformando normalmente, todo tratamiento a posteriori, tendrá para el paciente una connotación realmente

reparatoria, de lo contrario, sobre la base de la ambivalencia o el total rechazo de la madre el self vivirá estos procedimientos como un ataque más (Bekei, 1981).

Para Winnicott (1971) la madre es reconocida como aquella que instaura el reconocimiento del defecto o pasarlo por alto. El niño no se concibe como defectuoso a priori, sino que es la madre la que se lo hace percibir. Winnicott (1971) plantea que al principio de la vida del niño tiene una primera impresión de normalidad si se siente amado y aceptado tal cual es. La madre funciona como un espejo para el niño, ella devolverá a través de su mirada la aceptación y el amor, o el rechazo y el asco. Así mismo el self se reconoce a sí mismo en los ojos y expresión facial de la madre, si ésta es dulce y cariñosa, si le sonríe y le habla, le está transmitiendo su aceptación y su amor sin ambivalencia. Si en cambio su cara traduce repugnancia, temor, intranquilidad o contrariedad, el niño percibirá que algo no va bien con él.

Aulagnier (1986) enfatiza la función de la madre en el proceso de historización del infante, propone que el hijo sólo podrá elaborar el suceso de la enfermedad como acontecimiento singular, parte de su historia a partir de los discursos que provea la madre sobre tales sucesos, así esta respuesta haya sido de exclusión, definida por los silencios cargado de sentidos en este caso, o el discurso que sobre el sufrimiento padecido podrá emitir esa madre a posteriori. Es la madre la que dará sentido y orden a la relación que el sujeto va a mantener con ese mal que su cuerpo padece.

Ferenczi (1931) comenta que lo peor para un niño afectado de algún traumatismo durante la infancia, es la denegación por parte de la madre de las consecuencias físicas y psíquicas generadas, las afirmaciones de “no pasa nada” y “no se siente dolor” producen la parálisis traumática del pensamiento donde la capacidad de reflexionar y pensar se detiene o se bloquea. A partir de estos eventos traumáticos, el niño o joven pasará a negar durante años, tratando de borrar aquellas huellas, incluso si es necesario anestesiando su propio cuerpo, para ya no reconocer o tomar contacto de ese dolor. A partir de esta denegación por parte de la madre los niños pasarán no sólo a negar, sino también a renegar

de dicho evento, tratando de borrar todas las huellas, incluso si es necesario “cortando” o “amputando” una parte de su cuerpo: aquella que fue tocada por la enfermedad, utilizando el clivaje, más que para no saber, sería más bien para ya no reconocer, sobre esa parte que alguna vez les perteneció, pero que ya no les pertenece, pues ahora le pertenece a los médicos y a la ciencia.

Cuando nace un hijo enfermo o portador de una malformación se reactivan muchas fantasías y una de ellas es la de la venganza materna. Durante una parte de su infancia la niña siente una intensa envidia por el cuerpo de la madre y sus productos (orina, heces, leche) esta envidia intenta dañar estos elementos y la consecuencia es el miedo a la retaliación, dígame sufrir el mismo ataque por la misma vía. Cuando una madre tiene un hijo normal se tranquiliza respecto a estas fantasías donde había destruido el vientre materno y donde pensaba que ella no podría tener hijos sanos, pero no acontece igual frente a un hijo “defectuoso”, pues se reactivan las fantasías de haber arruinado el vientre materno y se confirma la retaliación consumada. También por parte del hijo aparecen fantasías de haber arruinado el vientre de su madre y en consecuencia haber sido dañado por ella con todo sadismo. Si la madre pudo acceder a la posición depresiva, el clima emocional frente a este bebé será de pena por el daño involuntario cometido, pero si la madre no tiene esta problemática bien elaborada predomina en ella un clima confusional o persecutorio interpretando la realidad como peligrosa y dolorosa, y predominando en esta madre el rechazo, el asco y la negación maniaca frente a su hijo (Bekei, 1981).

La situación de tener un hijo con un padecimiento cardiovascular, que afecta múltiples sistemas orgánicos, y la psique tanto de la madre como del padre, genera importantes conflictos y desestructuraciones del psiquismo que se manifiestan como angustia, dolor, desesperación, depresión, ansiedad, aislamiento y otras sintomatologías.

1.3.2 Él bebe con enfermedad cardiópata.

Las cardiopatías congénitas tienen como característica, como todos los daños de los que puede ser portador un niño al nacer, el hacer difícil e incluso imposible la investidura por parte de los padres. Pero es el simbolismo del corazón, y sobre todo el peligro de muerte súbita, anexado a las enfermedades del corazón, lo que pesa sobre el niño y amenaza, al mismo tiempo, a su familia, que no puede inicialmente invertir a este niño. Esta falta de investidura es con frecuencia inconsciente y enmascarada por una sobreprotección muy marcada, y es causante de el alejamiento afectivo que realizan algunas madres. Esta falta de investidura puede llegar a provocar dificultades de orden psicológico, como disturbios en la expresión motriz, lenguaje, disturbios psicossomáticos ligados o no a la enfermedad concreta, y cuya determinación es de orden psíquico (Weli-Halpern, Debray, y Perichi, 1995).

Encontramos también disturbios en la personalidad, debido quizás a la falta de investidura global del niño. Raras veces nos encontramos con psicosis francas de autismo, son más bien desarmonías evolutivas, el niño mantiene el contacto con la realidad pero con márgenes importantes de inadaptación o de inadecuación que varían según los sectores de actividad, los polos de interés, las personas y los momentos. Dado el papel fundamental que desempeña en el desarrollo del niño la investidura de los suyos, es esencial preservar en los primeros meses de vida esta investidura pese al duelo brutal que deben hacer los padres del niño que esperaban sano, y pese a la grave herida que se ha hecho a su narcisismo, por eso es necesario el trabajo psicoterapéutico con los padres con la finalidad de evitar la instalación de defensas demasiado rígidas que dificultarían una investidura adecuada (Weli-Halpern, Debray, y Perichi, 1995).

Debido a los hechos que rodean el nacimiento de un niño afectado de una cardiopatía grave (conmoción para los padres al descubrir la enfermedad, hospitalizaciones precoces) la relación entre madre y lactante puede sufrir perturbaciones importantes. Son muchos los padres que temen ir al hospital a ver

a sus hijos o que no pueden tocarlo o incluso hablarles. Frecuentemente uno de los momentos más difíciles es cuando después de mucho tiempo dentro del hospital, y en los meses más críticos para la relación madre-bebé, el hijo enfermo regresa a la casa y los padres deben realizar sus cuidados y enfrentarse a la realidad de tener un hijo enfermo que necesita otra mirada (Bekei, 1981).

A la edad de los lactantes los niños cardíacos son frecuentemente descritos por sus madres como niños muy tranquilos y silenciosos. Algunos son pasivos y replegados en sí mismos y dan muestras de poco entusiasmo frente a su madre. Hay poco juego con los adultos, o curiosidad ante sus caras, lo que en la infancia desencadena un juego pobre y poco creativo. Muy pocos bebés cardíacos juegan con sus manos, o pies, o ciertas partes de la cuna. Las conductas autoeróticas como la succión del pulgar, con frecuencia están ausentes. Sorprende la ausencia de balbuceos, los niños permanecen despiertos y silenciosos, presentan frecuentemente retardos en el lenguaje. Para estos bebés parece que ninguna satisfacción ni sustituto de satisfacción puede venir de su propio cuerpo, la satisfacción debe venir del otro, a falta de sentir que dentro de sí habita el objeto bueno no se puede identificar con el objeto bueno, ni tomar su cuerpo como propio. En cambio son niños extremadamente sensibles al contacto social y reaccionan vivamente a la separación (llantos, rechazo a comer, a dormir), quizás acaparados por su relación con el otro abandonan su relación con los objetos físicos que le rodean. También se pueden observar ciertos automatismos, el bebé que mueve incansablemente su campo visual o el que vuelve la cabeza siempre hacia el mismo lado.

Sabemos que la emoción pone dos cuerpos en resonancia, y que tanto la madre como el hijo establecen un campo cerrado de interacción, amor y comprensión, pero puede ser que un bebé cardíopata no muestre interés por su madre generando así sentimientos de culpa, exclusión y de no ser una madre suficientemente buena, lo cual puede provocar que la madre disminuya sus interacciones con el bebé y esto afecte su relación y desarrollo.

En enfermedades como las cardiopatías no es tan notorio la deficiencia que porta el hijo, por lo que las madres desmienten con mayor facilidad la enfermedad del hijo, estos mecanismos permite un mayor acercamiento, relación y afectividad hacia el hijo que se concibe como “normal” y al cual se le piden e imponen demandas de un niño sin una enfermedad, lo cual pone al niño en un lugar de negación y de no aceptación propia (Rivera, 2000).

II. MÉTODO

2.1 Planteamiento del problema

La enfermedad es un episodio normal e inevitable en la vida del ser humano, podemos hablar de enfermedades pasajeras, o de enfermedades crónicas que confrontan al sujeto en cuestión, a la problemática de la muerte, la relación con los otros y las pérdidas narcisistas. Son muchos los mecanismos que están involucrados en la integración que realiza un sujeto sobre su cuerpo enfermo, pero para un lactante o un niño pequeño padecer una enfermedad crónica es más complicado pues en ésta etapa el bebé aún no posee la capacidad para elaborar el el sufrimiento físico por el que atraviesa, esto repercutirá indiscutiblemente en la conformación de su aparato psíquico y en la relación que establezca con su cuerpo.

Otra variable que se añade a este proceso en el lactante es la relación con los padres y la familia que recibe al hijo enfermo y la calidad del vínculo que se establezca a partir de esta relación. ¿Qué consecuencias tendrá la vivencia de un cuerpo enfermo para la propia representación del niño y su cuerpo, para el desarrollo de su aparato psíquico, y para la relación con sus padres? Consecuencias que serán sufridas a lo largo de la vida pero que en la adolescencia tendrán un carácter especial ya que el adolescente se encuentra frente a un cuerpo que no solo no se ha desarrollado biológicamente, sino que además se ve acompañado de una psique inundada por la angustia de muerte, impidiendo llevar a cabo los procesos que acompañan a la adolescencia como la separación de los padres, la apropiación de la sexualidad genital y la relación afectiva con pares.

A continuación describiremos el caso de una paciente que ha padecido una malformación congénita cardiovascular desde los 6 meses de nacida, expuesta a múltiples tratamientos invasivos, profundos y riesgosos que han puesto su vida en peligro en varias ocasiones, una de ellas hace dos años antes de que acudiera a psicoterapia. Al consultorio llega una adolescente de 14 años que impresiona por

su fragilidad, diminuta de talla y sobresalientes cicatrices queloides¹ en su pecho. Su principal demanda consiste en poder separarse de la madre sin verse atrapada en una angustia de aniquilación. Cuando se separa de la madre por tiempos cortos comienzan ideaciones sobre la muerte de esta en situaciones catastróficas, y ante estos pensamientos se pregunta ¿qué sería de mí, si ella no estuviese? El síntoma se presenta ocho meses después de que la paciente fue intervenida y hubiese pasado un mes en recuperación, en el pabellón de Terapia intensiva, sintiéndose sola y deprimida. Así mismo, al inicio de la psicoterapia no manifestó sentir temor por las operaciones, ni por el riesgo de muerte, pero a partir del trabajo terapéutico logra expresar su temor ante su propia muerte y la constante necesidad de comprobar si existe el cielo, donde podrá reunirse con sus familiares una vez que ellos o ella, hayan muerto.

Como se mencionó anteriormente Cora es una adolescente con una pubertad tardía aparentando una menor edad de la que posee, esto le provoca serios conflictos con sus compañeros de escuela pues le dicen que es de menor edad que ellos y la hace sentir aislada y diferente. Es importante hablar de la pubertad en esta paciente pues antes de su entrada a la secundaria, su cuerpo no mostraba mayor diferencia al de sus compañeros de la misma edad. Era un cuerpo parecido al de los otros que no reflejaba la enfermedad y hacía a Cora sentirse sana y le permitía continuar negando la enfermedad crónica que atraviesa su cuerpo. Ahora ya no hay modo de ocultar su diferencia biológica con los otros, la menstruación no ha aparecido y su cuerpo no se desarrollará, tendrá siempre la marca de la diferencia, tanto Cora como su madre lo han visto y esto ha desatado la angustia que por mucho tiempo la paciente supo controlar a través de los mecanismos de defensa que tanto ella como su familia pusieron en acción para apartar la representación de la muerte y la enfermedad de sus vidas.

Cora se siente culpable de muchas cosas, pero no sabe decir con precisión sobre qué se siente culpable. Pareciera que se siente culpable de padecer una enfermedad costosa que imposibilitó a su madre de continuar su desarrollo

¹ Crecimiento de tejido cicatricial adicional donde la piel ha sanado después de la lesión.

profesional a causa de cuidarla, pero ella no se atreve a decirlo. Cuando habla de su enfermedad ríe y parece el relato de una aventura que le ha sucedido a otros, pero no a ella. Pareciera que el temor que ella no puede reconocer sobre su muerte lo proyecta en su madre sintiendo angustia sobre el temor que siente ante perder a la madre. Le pregunta a Dios porque la hizo así ¿enferma? No, dice ella, miedosa. Sobre la enfermedad y los tratamientos expresa poco, parece no interesarle y habla de sí misma como sana, pero no entiende porque su cuerpo es tan pequeño y porque se tarda tanto la menstruación en llegarle. Los mecanismos de defensa como la desmentida y la negación trabajan a toda marcha en la paciente y en su madre, que negando la condición de la hija la ha inscrito en clases de tenis de las cuales la paciente sale agotada sin explicarse porque.

Las relaciones de Cora con las personas son lejanas y frías, excepto con la madre a la que necesita para sentirse protegida. Cora y su padre apenas se hablan aunque viven en la misma casa, la madre describe a su hija como su marido, frío, apático y aburrido, en cambio ella y su hijo son divertidos, guapos e interesantes. La madre demanda que su hija sea otra persona, espera que en la terapia la transformemos en independiente, sociable y muy segura de sí misma. La madre describe a la hija como pegajosa, diciendo que no soporta que siempre quiera estar con ella y que no le permita un tiempo a solas. La madre es muy dura con la paciente y le exige mucho como excelentes calificaciones so pena de castigo en cambio el hijo mayor reprueba el año y es recompensado con regalos. Así mismo, se observan movimientos oscilantes en la paciente entre complacer el deseo de la madre y configurar un deseo propio, esta apropiación de sí produce fuertes sentimientos de culpa e incluso ha llegado a castigarse a través de amigos imaginarios que la obligan a dañarse o de eventos psicosomáticos como migraña, dolor de estómago y fuertes resfriados. El tema de la muerte en esta familia es tratado como tema de enciclopedia, donde se normaliza como si fuese algo regular y cotidiano, con una falta de empatía muy grande hacia un tema que para Cora es más cercano que para otro adolescente que no padece una enfermedad crónica, que en efecto si amenaza su vida.

Para Cora no es fácil enfrentarse a los cambios, cualquier situación nueva la hace sentirse amenazada y desprovista de recursos para continuar, ante estos momentos se refugia en la madre o la terapeuta para que generen recursos que ella siente no posee. Así mismo se observa un pensamiento muy concreto, incapaz de generar abstracciones o metáforas, carente de creatividad, donde todo lo que piensa o dice lo saca de su medio y de lo que otros piensen sin lograr una metabolización propia de esa información. Sus intereses en la vida son escasos, le gusta pasar tiempo con la madre, estar en su casa y algunos programas en la televisión, esto ha repercutido en la conformación de su discurso, el contenido de sus pensamientos y lo arcaico de sus defensas frente a la angustia.

La vivencia de una enfermedad desde muy pequeña se ha convertido en una experiencia traumática para la paciente, generando fallas en la conformación del aparato psíquico. Esto además se ha unido a una madre que no ha podido investir del todo a su hija dañada, aceptándola solo al costo de la desmentida y la negación sobre el verdadero ser de su hija, su malformación y sus diferencias individuales. Pareciera que en este rechazo que se observa por parte de la madre, hay un deseo de muerte hacia su hija, que tantas dificultades le ha traído ya no solo por la enfermedad, sino también por una personalidad que es diferente a la de ella, generándole molestias.

De lo expuesto anteriormente surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿Cómo la enfermedad y la ausencia de los procesos puberales limitan los alcances del mecanismo de la desmentida en Cora desencadenando una intensa angustia de muerte? ¿Qué relación guarda el rechazo latente (icc) y el deseo de muerte por parte de la madre en la aparición de los síntomas en Cora?

Supuesto

La angustia de muerte en Cora, una adolescente con cardiopatía congénita, se ha desencadenado por la ausencia de los procesos puberales, que limitan los alcances del mecanismo de la desmentida de la enfermedad que durante la

infancia le sirvió para controlar la angustia aunado al rechazo latente (icc) y deseo de muerte por parte de la madre.

2.2 Definición de las categorías

Ausencia de procesos puberales: se define por la falta de desarrollo de los caracteres sexuales después de los 13 años en la mujer y de los 14 años en el varón.

Adolescente cardiópata: adolescente que padece una malformación congénita del corazón, producido por un desarrollo incorrecto de dicho órgano durante la gestación.

Desmentida: Mecanismo de defensa ante la angustia de la amenaza de la castración y apunta a la percepción de una realidad externa. Dicho proceso defensivo no implica la anulación de la percepción, sino más bien una acción sumamente enérgica para mantener renegada una percepción traumatizante para el yo, rechaza las consecuencias que dicha percepción provoca sobre una creencia previa que se quiere mantener (Laplanche, y Pontalis, 2010).

Rechazo latente materno: relación imaginaria e inconsciente que establece la madre con el hijo donde hay una carga significativa de odio y de ambivalencia, que incluye un deseo de muerte y aniquilación por parte de la madre hacia el hijo (Aulagnier, 1986).

Angustia de muerte: estado afectivo que se desprende o funciona como una señal frente al peligro, y emprende este mecanismo de protección tanto para los estímulos exteriores como a los impulsos interiores indeseados. Temor exacerbado ante la muerte o la posibilidad de muerte de los objetos amorosos (Freud, 1926).

2.3 Objetivos Generales

Analizar como la angustia de muerte en Cora desmentida en la infancia hasta el momento en que una fallida y esperada pubertad (carente de los cambios físicos con que se acompaña esta etapa), le impide a Cora seguir manteniendo escindido la representación de una enfermedad crónica. Esto aunado a un rechazo

constante por parte de la madre y un deseo inconsciente por deshacerse de la molestia que ha representado tener una hija enferma y diferente a ella.

Objetivos específicos

Relacionar como la ausencia de los procesos puberales en una adolescente ha propiciado el fallo en mecanismos defensivos rígidos que hasta la pubertad funcionaron conteniendo la angustia.

Analizar las dificultades que se presentan en la relación de una madre hacia una hija con una enfermedad crónica desde el nacimiento y algunas de las consecuencias psíquicas en la adolescente.

2.4 Tipo de estudio

El presente trabajo se realizó con una metodología de corte cualitativo, esta modalidad hace énfasis en el estudio de la subjetividad del individuo. Se investiga en el entorno del mundo real para comprender la forma natural en la que se comportan los fenómenos, se utilizan estrategias flexibles para la obtención de los datos y éstos se obtienen de los actores involucrados en esa realidad. El investigador cualitativo intenta capturar los datos sobre las percepciones de los actores desde adentro, llevando un proceso de profunda atención, de comprensión empática, y de suspensión de las preconcepciones de los temas objetos de discusión. Es un método que además toma en cuenta la participación de los investigadores, pues son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son su objeto de estudio (Alvarez-Gayou, 2003).

Esta investigación se apoya en el estudio de caso como estrategia metodológica, este tipo de estudio analiza temas actuales y fenómenos contemporáneos, que representan algún tipo de problemática de la vida real y que no han sido estudiadas de forma consistente por la dificultad de identificar los casos potenciales. Este tipo de estudios son útiles para comprobar y generar hipótesis y suelen ser usados como primera aproximación de grandes investigaciones cuantitativas. Tienen como ventaja la capacidad de poner a prueba los argumentos en relación directa con los fenómenos a medida que se

lleva a cabo la investigación. Además, los estudios de caso implican una cercanía mayor con el campo, éste representa una poderosa fuerza disciplinaria, demandante y asertiva que provee retroalimentación constante al investigador modificando constantemente sus suposiciones, conceptos e hipótesis preconcebidas (Fyvberg, 2003).

La información obtenida a través del proceso psicoterapéutico será sometida a un análisis hermenéutico, este tipo de estudio busca interpretar los diferentes sentidos del discurso ofrecido por el sujeto. El discurso del paciente es un todo autónomo pero su propósito comunicativo lo hace una obra abierta en movimiento, éste además guarda un sentido pues se origina en una situación concreta y se inserta en un entorno que lo determina y da sentido. Además de que este discurso se produce a partir del lenguaje, el cual por su complejidad, conduce a múltiples dificultades para la construcción de un único sentido que posibilita la diversidad de significados y significantes. La psicoterapia psicoanalítica, trabaja con el discurso del paciente, con el terapeuta y su intento por entender no solo el contenido manifiesto sino también el latente, desde la malla teórica de las ciencias psicoanalíticas inaugurada por Sigmund Freud (Arraez, Calles, Moreno de Tovar, 2006).

2.5 Participantes

El estudio de caso se llevó a cabo con una adolescente de 14 años que inició un tratamiento psicoterapéutico con orientación psicoanalítico, refiriendo sentir mucho miedo y angustia frente a la muerte, además manifiesta serias complicaciones en la interacción con los pares y síntomas de depresión.

2.6 Escenario

La presente investigación junto al proceso psicoterapéutico se llevó a cabo en un Centro Comunitario ubicado en el sureste de la Ciudad de México, el cual cuenta con diversos programas enfocados al servicio de la comunidad. Este forma parte de la sedes del programa de prácticas de la maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes de la UNAM.

2.7 Instrumentos

Los elementos fundamentales del proceso psicoterapéutico desde la teoría psicoanalítica son, la relación transferencial analista-analizado, la escucha del terapeuta, la entrevista profunda, la asociación libre, la neutralidad, la abstinencia y el encuadre psicoterapéutico (Coderch, 1990).

En la asociación libre se le invita al paciente a decir todo lo que piense y sienta, sin seleccionar nada de este material y sin omitir nada de lo que le venga a la mente, aunque este material le parezca ridículo, carente de interés o inoportuno (Freud, 1896).

La Psicoterapia Psicoanalítica es una forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa (Laplanche y Pontalis, 2010).

La entrevista en profundidad, se emplea para explorar la subjetividad y reformular la historia de vida de un sujeto, ampliando el espectro de ideas, fantasías y afectos accesibles a su conciencia, esto se logra a partir de la comprensión más allá de lo manifiesto y rastrea la emocionalidad a partir de la asociación libre, los sueños, los actos fallidos, los síntomas y aun de los silencios, contenidos cifrados o inconscientes de la subjetividad de su interlocutor para desentrañarlos y comunicárselos (Ruiz, 2004).

Una vez que el terapeuta y el paciente se hallan de acuerdo con la conveniencia de realizar el tratamiento, es importante realizar el encuadre, esto incluye las pautas de relación que entre ambos regirán en adelante, la manera de llevar a cabo las sesiones terapéuticas, como la frecuencia, pagos y la duración aproximada del proceso (Coderch, 1990).

La neutralidad es una de las cualidades que definen la actitud del analista durante la cura. El analista debe ser neutral en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera, y abstenerse de ofrecer cualquier tipo de consejo. Debe además ser neutral frente a la transferencia que deposita el paciente sobre el analista, y por último ser neutral

frente al discurso del paciente, es decir, no conceder a priori una mayor importancia un contenido compartido por el paciente, esto quiere decir que todo es importante, y quizás si el analista se enfoque en un solo tema descuide otros temas importantes para la sintomatología del paciente (Laplanche, y Pontalis, 2003).

El fenómeno de la transferencia es fundamental para el trabajo psicoanalítico, tanto en lo relacionado al conocimiento de los procesos psicológicos inconscientes, como en lo que concierne al psicoanálisis como herramienta terapéutica, pues la cura está en estrecho vínculo con la relación que se establece entre analizado y analista. Se trata de una repetición de prototipos infantiles sobre las relaciones pasadas, que se depositan sobre el terapeuta, esto permite la posibilidad de elaborar tales vivencias que han quedado inscritas como traumáticas. La contratransferencia es un fenómeno afectivo que surge en el terapeuta como resultado de la influencia de los pensamientos inconscientes del paciente, es necesario reconocer y advertir estos pensamientos con la finalidad de no perturbar el proceso terapéutico (Corderch, 1990).

2.8 Procedimiento

En el Centro Comunitario “Guillermo Dávila” se selecciona a los pacientes con base en las residencias disponibles, a éstos se les pide que sigan un proceso inicial previo antes de comenzar el tratamiento. Este se constituye por 1) Preconsulta, 2) Historia clínica 3) Evaluación de pruebas psicométricas (Inventario de Depresión de Beck e inventario de Beck de Ansiedad); de igual manera, se completa un expediente con información general respecto al paciente y a sus familiares en caso de ser menor, además de firmar el consentimiento informado donde se exponen las reglas del centro y del tratamiento. Después de asignado el caso, se realizaron cinco entrevistas con la paciente y tres con la madre de la paciente para verificar datos de la historia clínica y conocer a profundidad el motivo de consulta, posteriormente se presentó el encuadre del tratamiento donde se acordó con la paciente un tratamiento con una frecuencia de una sesión a la semana. El tratamiento se constituyó por las entrevistas iniciales y las sesiones

psicoterapéuticas que a la fecha de corte para este estudio ha tenido una duración de 55 sesiones. A lo largo del tratamiento se han trabajado las demandas iniciales de la paciente, así como temas que han ido surgiendo durante el proceso, siendo este proceso supervisado por un especialista en el campo de la clínica psicoanalítica.

2.9 Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación se adhiere a los principios fundamentales de Respeto a los derechos y a la Dignidad de las personas, Cuidado responsable, Integridad en las relaciones, y Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad, establecidos en el Código Ético del Psicólogo (2009).

Tanto el trabajo terapéutico como la posterior investigación se llevó a cabo respetando la dignidad y el bienestar de la paciente (art. 49), los datos obtenidos se han mantenido bajo la confidencialidad con el fin de proteger la integridad física y moral del paciente, para ello se hace uso de seudónimos y distorsionando cierta información que pudiera promover su identificación, protegiendo de esta forma su identidad (art. 67, art. 68). Toda la información recabada y utilizada para esta investigación fue obtenida bajo el establecimiento de un consentimiento informado por escrito (art. 118, 126) que fue aceptado y firmado tanto por la paciente como por su madre al inicio del tratamiento psicoterapéutico, en éste otorgan la autorización de hacer uso de sus datos con fines investigativos (art. 136). Este caso además fue supervisado como parte de el proceso de formación dentro de la maestría, además de la revisión teórica constante necesario para respaldarlo.

3. LA PACIENTE

Ficha de identificación

Nombre: Cora

Escolaridad: Primer año de secundaria

Sexo: Femenino

Lugar de origen: México, D.F.

Ocupación: Estudiante

Cora es una adolescente de trece años de edad, estatura aproximada de 1.40 metros, complexión delgada, tez blanca, aparenta tener una menor edad alrededor de cuatro años menos. Por lo general trae el pelo suelto y lo usa para taparse parte de la cara cuando llegamos a un tema que la incómoda. Su aliño es adecuado, al comienzo del tratamiento vestía con el uniforme escolar, después comenzó a usar ropa más acorde a su edad. Sobresale su cicatriz queloide que viene desde su tórax hasta la clavícula, ella no intenta ocultarla. Su marcha es lenta y desgana, se sienta en el sillón y bosteza constantemente durante la sesión, acto seguido siempre se disculpa. Al comienzo era acompañada por la madre, la cual se arreglaba con esmero para llevar a la hija a las sesiones, durante el transcurso del tratamiento Cora acude sola a sus sesiones. Siempre llega puntual, inicia hablando de temas triviales o sin encontrar un tema que le interese trabajar, hasta que retoma el tema de la angustia y comienza a mostrarse triste y preocupada.

Posee una inteligencia en el rango promedio y tiene buenas calificaciones escolares, ella siempre está muy angustiada lo que le impide consolidar el proceso secundario. Tiene pocas actividades sublimatorias y sus gustos son reducidos, le gusta ver la televisión, pasar tiempo con la madre y cocinar pasteles. Es una adolescente muy aplicada en lo académico pero no parece disfrutarlo ni sentirse plena con este logro. Su pensamiento aún es concreto, presentando dificultad para pensar sobre los otros, e historizar su pasado.

Inicia el tratamiento psicoterapéutico a la edad de 13 años y continúa asistiendo por un año y seis meses. A la madre le aconsejan llevarla al centro ubicado en la Facultad de Psicología y es asignada al programa de Psicoterapia de Adolescentes. La paciente y su hermano habían acudido previamente a una terapia de juego, durante un periodo de seis meses, desconocen la afiliación de la terapeuta. La madre consideraba que sus honorarios eran altos (600 pesos) y que el centro tendría costos más económicos, con base en este detalle eligen el centro al que acude a terapia Cora, aunque el padre de la paciente trabaja para una empresa nacional ostentando un salario muy alto.

3.1 Motivo de consulta

La madre busca la atención psicológica pues se siente desesperada sobre la situación que atraviesa la hija. La primera sesión acuden madre e hija para explicitar el motivo de consulta. Cora no puede separarse de la madre por más de unas horas, se apodera de ella una fantasía donde los padres mueren de forma violenta y ella queda sola, ante este hecho ella se pregunta sobre lo que depara la vida sin la madre. Le atormenta también la duda sobre si existirá el prometido paraíso y ella podrá reunirse con sus padres, o después de la muerte viene un gran vacío donde no podrá reencontrarse con sus seres queridos. Esta fantasía se acompaña de mucha angustia, miedo y ansiedad que hace que la paciente siempre esté muy triste, preocupada y no quiera salir de casa ni alejarse de la madre. El tema de la muerte se ha vuelto para ella un elemento persecutorio que no la deja pensar en nada más ni disfrutar la vida. Además, se siente muy culpable de experimentar este miedo pues piensa que decepciona a la madre y no es la hija que aquella desearía. Teme estar triste por el resto de su vida y que nadie pueda ayudarla. La madre espera que el tratamiento cambie completamente a la hija haciéndola más sociable y extrovertida, no entiende que sucede con su hija quién pasa horas llorando, no quiere salir de su casa y no tiene amigos. Se pregunta qué han hecho mal para que Cora sea de esta forma.

3.2 Historia del padecimiento

El síntoma aparece cinco meses después de haber sido sometida, por segunda ocasión, a una operación a corazón abierto. Iba de vacaciones con su mejor

amiga, su hermano y la familia de esta amiga a su casa en Cuernavaca, durante el camino presenta una fantasía donde sus padres morían y pensó que tendría que vivir con esa familia para siempre. En ese momento comienza un ataque de pánico, pide que paren el carro en el que iba, llama a los padres y solicita que la vayan a buscar en ese mismo punto de la carretera. A partir de ahí no puede salir de viaje con esta amiga, ni pasar la noche fuera de su casa, ni participar de viajes escolares, los cuales son frecuentes en el colegio donde estudia. Cuando se explora la amistad con Juliana (amiga), no parece existir un problema a primera vista, pero luego vemos que esta amiga ya se ha desarrollado físicamente, tiene novio y hasta algunos acercamientos sexuales con éste, además de que le sugiere ver películas de terror que a la paciente la hacen desencadenar una serie de fantasías de muerte. Previamente a este viaje, había manifestado temor a estar fuera de su casa, en un campamento que había hecho unos meses antes y donde se sintió muy angustiada, triste y ansiosa por regresar a su casa pero la madre lo adjudicó a la lejanía del viaje. En este viaje con la amiga se desencadenan las fantasías de muerte, la angustia y la ansiedad, aunque parece que la fusión con la madre siempre ha estado presente desde la infancia.

3.3 Historia clínica

Cora es la segunda hija de un matrimonio de más de veinte años. Ambos padres estudiaron la carrera de Derecho, se conocieron mientras hacían el doctorado en el extranjero. La madre tenía dificultades para embarazarse por lo que decidió dejar de trabajar, ya que ella asociaba la infertilidad con el estrés. Un año después de tener al primer hijo, quedó embarazada de Cora, la cual no fue planeada debido a que la madre había sido operada de endometriosis unos meses previos al embarazo de Cora.

Cuando el hijo mayor tenía unos meses de nacido, se quedó a cargo de los abuelos mientras los padres acuden a un evento social. La casa de los abuelos es asaltada por dos sujetos y durante el robo matan al tío de Cora, el hermano menor de su madre. Un evento muy trágico que hasta hoy en día provoca el llanto de la madre de Cora en la sesión. Este evento se constituyó como un gran secreto para

la paciente y el hermano, quién estuvo involucrado físicamente en el incidente aunque fuese sólo un bebé. La madre se entera del embarazo cuando ya habían transcurrido algunos meses, pero siente una gran emoción, y piensa que este bebé puede reconstruir la historia familia desgarrada por la muerte del hermano. Cora nace en condiciones normales, parece ser una bebé sana y los primeros seis meses devuelve la ilusión de la sustitución del miembro familiar perdido.

Durante un viaje a Puerto Vallarta notan que la bebé no respira de forma normal, vomita constantemente y en ocasiones cambia su coloración corporal. La madre consulta con un médico general y éste aconseja a los padres regresar de urgencia a la Ciudad de México y consultar a un cardiólogo pues parece tener un soplo en el corazón. Al consultar al cardiólogo infantil, éste realiza el diagnóstico de Tronco Arterioso tipo I, una malformación congénita cardíaca donde falta la vena pulmonar, la cual es necesaria operar para salvar la vida de la paciente. La madre se siente abatida al saber el diagnóstico, durante un tiempo había podido reprimir la pérdida del hermano pero la aparición de la enfermedad la confronta con otro duelo y la madre se siente muy deprimida. Cora pasa mucho tiempo en el hospital hasta que alcanza el peso y condición de salud requerida para poder ser operada, a los siete meses le practican una operación a corazón abierto donde colocan un aditamento artificial para hacer un canal que simulara la vena faltante, pasa varias semanas en terapia intensiva. Cuando sale del hospital a la madre se le complica cuidarla, de lo estresada que se sentía, las manos se le dormían y necesita contratar a una niñera para que hiciera los cuidados básicos. La madre decide no volver al trabajo para poder dedicarse al cuidado de su hija, pues tenía que estar pendiente de las necesidades médicas de ésta, esto le produce molestia pues siente que no ha podido desarrollarse cabalmente.

Cora cursa un desarrollo normal, no acostumbraba a llorar mucho, gateó antes del primer año, produce un lenguaje esperado para su edad, aprende a controlar esfínteres antes de los dos años siendo entrenada por sus padres y abuelos. Sólo ha estado en dos escuelas durante toda su escolaridad, ambas religiosas aunque los padres no se muestran muy practicantes. Es una niña muy

tímida a la que le cuesta trabajo tener amigos y enfrentarse a nuevos retos. Por lo general no tiene amigos, su primera amiga es Juliana, y piensa que fue su amiga porque nadie más la quería, pues el grupo de pares la consideraba “machorra”. Cada año al pasar a un nuevo salón se siente ansiosa y tiene miedo sobre lo que encontrará en ese grupo, siente que es incapaz de hacer nuevos amigos. Aun le sucede, pues hace unos meses sufrió un proceso de mucha angustia al entrar a un nuevo grupo de secundaria, su mayor temor es ser rechazada por su grupo de compañeras. Sobre su infancia sólo recuerda haber tenido amigos imaginarios con los que pasaba mucho tiempo, se la hacía más fácil jugar con ellos que con amigos reales. Uno de estos amigos imaginario la obligaba a hacer cosas que ella no quería como salirse de una fiesta de la que estaba muy aburrida, o a mover brazos y piernas de formas obsesivas. Otro de estos amigos apareció en el período donde ella estaba en terapia intensiva (a los diez años cuando le realizaron otra cirugía) y fue un gran consuelo frente a la soledad experimentada.

A los 10 años de edad es sometida a una segunda operación a corazón abierto. En ésta, deben quitar el aditamento artificial que pusieron 10 años antes, una operación de este tipo es verdaderamente violenta para el cuerpo humano pues deben romper costillas para acceder al corazón, además de congelar el cuerpo como si estuviera muerto para que el corazón se detenga y no se desangre. Esta cirugía duró alrededor de trece horas, unas horas después de haber terminado la operación, se presenta un sangrado interno por lo que deben operarla de emergencia. Esta intervención ocurre en la madrugada, por lo que debe hacerla un médico de guardia que no conocían. A los padres les avisan cuando la paciente está siendo operada, la madre piensa por un momento que quizás moriría durante esta intervención. Este evento es relatado a Cora unos meses después de la operación pues consideraban que ya había salido del peligro y podía conocer lo que había sucedido. Cora pasa cinco semanas en terapia intensiva, aunque le habían dicho que solo serían tres, por la gravedad de la intervención. La paciente considera que estas fueron las peores semanas de su vida, ya que estaba aislada, los padres solo tenían permitido visitarla una hora al día, se sentía muy sola, y con intensos sentimientos de tristeza y aburrimiento.

Seis meses después de la operación, Cora es enviada por los padres a un campamento en San Antonio durante un mes. Desde un inicio no se siente motivada a ir y comienza con enfermedades psicosomáticas como dolores de cabeza, vómitos y vértigo, además de expresar la incomodidad que sentía de ir al viaje. Finalmente se va y reacciona muy mal a la separación, llama diario a la madre diciéndole cuanto la extraña, cuanto necesita regresar a su casa por lo triste que se siente, esto desespera a la madre, la cual esperaba que su hija aprovechara este evento para desarrollar sus habilidades sociales. La hija de una amiga de su madre la acompaña pero desde que llegan al campamento se aleja y prefiere juntarse con adolescentes más grandes por lo que Cora pasa la mayor parte del tiempo sola, careciendo de los recursos para encontrar nuevas amigas.

3.4 Historia familiar

Cora vive con ambos padres y su hermano mayor de quince años, el padre es una figura ausente que aporta los ingresos económicos, trabaja como abogado para una empresa pública petrolera y pasa mucho tiempo fuera de casa, por viajes que realiza como parte de su trabajo. Se asemeja a la paciente en la timidez, aunque también parece tener accesos de cólera donde grita y ofende a los hijos cuando no logran hacer un ejercicio de matemáticas. Comparte los rasgos psicosomáticos que también tiene Cora, cuando se enteró de la enfermedad de la hija, se llenó de canas su pelo de tanto estrés. La madre describe al padre como un amigo con el que se lleva muy bien, donde no hay peleas, celos, ni ningún tipo de pasión, lo describe como un hombre poco afectuoso, que además no le interesa la interacción con la familia.

La madre es muy impositiva con la paciente, la obliga a usar vestidos aunque a la paciente no le guste, si no la complace puede dejarle de hablar todo un día. La paciente suele ser muy pasiva y complacer a la madre en sus demandas, aunque vayan en contra de ella misma. La madre impide en Cora las acciones de independencia, por mínimas que sean como usar tatuajes de henna, maquillarse o usar tacones, pues considera que aún está muy chica para hacer eso.

El hijo mayor comenzó, a ser fuente de problemas con su entrada a la adolescencia, pues reprobó muchas materias, consume alcohol y cigarros, miente a los padres y pelea constantemente con la madre por las dificultades escolares. A partir de esta transformación del hermano en un joven conflictivo, la madre considera que la adolescencia es la peor etapa y tiene miedo a que su hija se vea transformada en una “aborreciente”. Cora duerme en el mismo cuarto con el hermano y ha empezado a sentirse incómoda al compartir un espacio tan pequeño con él, pues el hermano pasa mucho tiempo de la noche hablando con amigos y su cuerpo se ha sexualizado. Siente que su hermano la supera en todo pues es más sociable, más creativo y además él no está enfermo.

En tres ocasiones ha participado en las fiestas que realiza el hermano consumiendo alcohol bajo la influencia de este y los amigos, ellos lo hacían desde antes pero desde que la paciente entró a la secundaria, se ha visto más interesada en participar. Confesó a su mamá lo que había hecho, lo que tuvo mayores repercusiones para ella que para el hermano, al que solo castigaron unas horas, la paciente comenta que los padres no logran ser constantes en los castigos que imponen al hermano y son muy permisivos con él. Siente mucho miedo de que el alcohol afectase su corazón y dejó de hacerlo. Además, siente que su hermano no la quiere ni se preocupa por ella, y hasta llega a pensar que su hermano le había dado alcohol para que ella tuviese un infarto y muriese.

A su vez la madre tuvo una adolescencia difícil, mantenía frecuentes peleas con sus padres y padeció de alopecia durante varios años, lo cual ella considera le afectaba su relación con los otros. Decidió ir a estudiar al extranjero lo que disminuyó el padecimiento, ella piensa que fue por alejarse de los padres y la disminución del estrés. Cora se siente más cercana a su familia materna, pues considera que ellos son más tolerantes y cariñosos con ella. Muchos de ellos viven en una playa de la costa del Pacífico y ella suele pasar los veranos en este lugar, cuando regresa se siente muy triste y sola, añora este tipo de vida. Ambos abuelos fallecieron el mismo mes, sin que este evento pareciera provocar una experiencia dolorosa. La madre considera que siempre han tratado a Cora como si

fuese una niña “normal”, pues le dan libertad para escoger la comida que ella quiera, la hacen responsable de tomar sus medicinas, e incluso siempre ha practicado deportes extremos como el tenis, pues es un deporte que todos disfrutan de hacer, en especial los padres, aunque a Cora no le guste ni éste ni ningún tipo de deporte.

En el área escolar no presenta dificultades, ha sido una buena estudiante, más obligada por la madre quién la chantajeaba con la beca que tenía, que por un genuino interés en el estudio. Con el ingreso a la secundaria ha dejado de hacer tareas o trabajos pues se siente poco interesada. Cuando habla de un proyecto profesional no se ve segura, sus padres quieren que entre a estudiar a una preparatoria incorporada al sistema UNAM para que sea más fácil su acceso a la universidad. Su padre le ha recomendado ejercer una carrera de cuidados como medicina, o enfermería, pero a ella no le gustaría trabajar con enfermos, ni rememorar su historia pasada de enfermedad y hospitalizaciones.

Tiene pocos recursos para simbolizar y el malestar irrumpe en el cuerpo a través de enfermedades psicosomáticas. Su pensamiento todavía es concreto, es incapaz en los inicios de tener insights, relacionar las informaciones, de cuestionarse y le cuesta trabajo hacer actividades creativas como dibujar o imaginar diversos escenarios. Sus asociaciones son siempre muy pobres y superficiales, cuando hablamos sobre lo que le gusta de los amigos solo puede recuperar rasgos superficiales como el color del pelo, el tipo de ropa que usan y su estatura. También le pasa cuando se imagina el futuro solo puede pensar desde los rasgos fisiológicos como tener el cabello más rubio, o ser más alta. También se le complica pensar desde ella misma, sus gustos, sus disgustos, todo lo remite a la figura de la madre. Se observa una incapacidad para integrar los eventos traumáticos y las emociones que le acompañan, negando así la vivencia de la enfermedad e imposibilitándole afrontar los riesgos que conlleva para su cuerpo y su desarrollo individual. Gran parte de la energía psíquica está depositada en el miedo, la angustia y la enfermedad, reduciendo el espacio para permitir la construcción de una identidad, generar proyectos o separarse de la madre. El

tema de la sexualidad está vetado de su discurso y le causa mucha culpa hablar sobre el deseo y la sexualidad que ha comenzado a experimentar.

Al ingresar a la secundaria se desata una fuerte crisis de angustia, inicia en un grupo nuevo donde no conoce a nadie, dice extrañar la primaria y la forma de trabajo, le cuesta mucho lidiar con situaciones nuevas e intentar hacer amistad con nuevas personas. Logra lidiar con la entrada al grupo nuevo, genera nuevas amistades y se siente feliz, pero le da mucho miedo no poder superar el paso al segundo año sin el acompañamiento realizado por la terapia. Durante el proceso terapéutico, logra explorar los temas que le causan displacer y se siente más dispuesta a tomar acciones contra las situaciones que le desagradan, además que se observa un detrimento considerable del monto de angustia con el que inicia la psicoterapia.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Cuando uno se decide por ejercer la práctica psicoanalítica sabe que la tarea no será sencilla, pues no hay manuales ni guías de chequeo, cada paciente es el rompecabezas de una imagen, que en un inicio nos es desconocida. Recuerdo haberme sentido de esta forma, confundida y frustrada, cuando comencé a trabajar con Cora, pienso que ella se sentía de la misma forma, pues sus trastornos no guardaban ninguna relación con la auto representación que ella había realizado a lo largo de su vida. Las manifestaciones físicas parecían emerger sin ningún tipo de coherencia y carentes de significados, provocando aún más caos y angustia. Fueron muchas las hipótesis que surgieron en el camino de la psicoterapia, preguntas que fueron encontrando sus respuestas a partir de la paciencia, la perseverancia, la supervisión teórica, y el análisis personal del terapeuta. El rompecabezas terminó de armarse en el proceso de este trabajo investigativo psicoterapéutico a partir de la conjunción entre la teoría y la práctica con Cora. Aprendí que es mayormente el discurso del paciente el que responde todas las preguntas si se tiene la suficiente paciencia para esperar por estas respuestas.

4.1 Angustia de muerte en una adolescente con cardiopatía, Cora. “Si ellos se mueren, yo también”

C: Siento mucho miedo a separarme de mis papás, por mucho tiempo, por más de unas horas.

T: ¿Te pasa sólo con tus papás?

C: Sí. Aunque no me pasa igual con los dos, siento mucho más miedo que le pase algo a mi mamá que a mi papá. Porque mi mamá siempre ha estado conmigo y es la que más me ha cuidado, mi papá trabaja mucho y mi mamá está siempre en la casa.

T. ¿Hay algún incidente que denote esto? O ¿Cuándo comenzó este miedo?

C. Hace un mes me invitaron a pasar un fin de semana en la casa de Cuernavaca de mi mejor amiga. Nos conocemos desde los seis años, y somos muy amigas, incluso mi hermano es mejor amigo de su hermano, somos muy unidos. Yo estaba muy emocionada de pasar unos días fuera de mi casa, pero de camino a la casa me entró mucha nostalgia y empecé a extrañar mucho a mis papás, y entonces me puse a pensar lo que pasaría si mis padres murieran en ese momento y yo no tuviera la oportunidad de volverlos a ver. En ese

momento me entró mucho miedo, pedí que pararan la camioneta y llamé a mis padres para que me fueran a buscar en medio de la carretera, no podía soportar la idea de estar lejos de ellos, incluso pienso que sí no estoy con ellos algo terrible les puede suceder y yo no estaré ahí para protegerlos.

T. ¿Cuánto tiempo había transcurrido de tu operación a corazón abierto?

C. Sólo seis meses.

C: A mí no me da miedo morirme, de hecho no lo había pensado hasta ahora que me preguntas.

T: Que curioso, tomando en cuenta que has estado involucrada en dos operaciones mayores donde tu corazón ha estado expuesto, además de que tuviste una hemorragia interna y hubo que hacer varias cirugías de emergencia donde tu vida pendía de un hilo.

C: Sí es verdad pero como estaba anestesiada no sentía nada y entonces ¿cómo me iba a preocupar?

T: Entiendo que en el momento de la operación no pensarás en nada pero ahora si lo puedes pensar e incluso puedes llegar a sentir miedo por eso que pasó, o por ser operada en el futuro.

C: Es extraño pero no me preocupan mis operaciones, ni siquiera siento miedo de ir al hospital o de ver a los médicos. Me preocupa más que a mis papás les pase algo y no pueda verlos más.

Retomando a Freud (1915) sobre las teorizaciones que realiza alrededor de la elaboración de la representación de la propia muerte y del semejante, para Cora (una adolescente tantas veces cercana a la muerte por su padecimiento cardíaco) es difícil, por no decir que para ella es casi imposible imaginar su propia muerte por lo cual recurre a diferentes mecanismos de defensa que le permiten alejar la representación de la muerte propia para depositarla en los padres, a través del mecanismo de la proyección y el desplazamiento. Los padres son los objetos identificatorios privilegiados para depositar una angustia que Cora no tiene elementos para metabolizar (Alizade, 1995).

Durante la primera infancia la proyección constituye uno de los mecanismos más básicos que permiten al infante movilizar la angustia y el displacer hacia el exterior,

depositándola principalmente en la madre o el objeto primario para quedarse con lo bueno y realizar la integración. Esta posibilidad de proyectar la muerte hacia los padres permite a Cora lidiar con la representación de la muerte y la posibilidad de quedar ella atrapada por esa representación, pues sin sus padres se siente morir, lo cual remite a su propia muerte, pues como ella menciona *“sí ellos se mueren no sé qué será de mí”*. Es interesante que aunque hay una clara negación sobre la idea de morir, se proyecta sobre los padres que constituyen una parte fundamental del apoyo al yo de la paciente, eso explicaría el monto tan grande de la angustia, pues en ambas versiones ella muere y pierde gran parte de su narcisismo.

Lo que complica el caso de Cora es que al ser la angustia de muerte tan aguda, la fantasía de muerte cuando se hace consciente tiende a paralizar la vida psíquica de la paciente. Esto, desde mi perspectiva, ocasionado por la constitución de una serie de eventos traumáticos no tramitado como es la enfermedad y las operaciones cardiovasculares. Para esta paciente la muerte no es un tema más de la enciclopedia, de la cual puede jugar a negarla sin mayor complicación como es usual en la mayoría de las personas, para ella la muerte es un tema actual, que le concierne por la presencia de un fallo congénito cardiovascular, el órgano más determinante en cuanto a vida se trata, para ella la muerte constituyó y constituye una posibilidad innegable que debe tramitar a través del pensamiento.

Freud (1926) señala la relación que mantenía el hombre primitivo con el tema de la muerte, desconociéndola, negándola y buscando proyectarla en el otro para alejarla de su yo. Hoy en día vemos una actitud similar, constituyéndose como un tema tabú, frente al cual mostramos mucho “morbo” o deseo por presenciar, pero que a la vez se intenta evitar con la finalidad de no invocarla. Algo similar ocurre con Cora, pues no le gusta hablar de su enfermedad, ni relatar los procedimientos quirúrgicos, siente que la enfermedad es un tema que no es de su incumbencia y habla de la angustia refiriéndose a “el miedo” como si fuese algo externo que no le pertenece y al que teme invocar, considerándolo como un tema ominoso. Considero que esta actitud ha sido tomado del ambiente familiar pues los padres evitan el tema de la enfermedad, incluso la madre comenta “que siempre la han tratado como a una niña normal”,

imposibilitándole la apropiación de esa enfermedad como una parte constitutiva de su historia de vida.

Aunado a esta intensa angustia de muerte en Cora, característica de pacientes con enfermedades crónicas, vemos también un elemento constitutivo del proceso adolescente, el duelo por la pérdida de los padres de la infancia. Durante la adolescencia se da muerte a los maravillosos padres de la infancia, se les entierra con el estandarte de los héroes para reconocerlos como seres castrados con defectos y dificultades. Así vemos que todo lo que se hubo organizado durante la latencia, ya no es válido para el adolescente, por lo que será un proceso doloroso el elaborar nuevos modelos identificatorios y la separación gradual del núcleo familiar. En el niño pequeño los padres conforman una porción fundamental del yo, vemos en Cora un sentimiento de tal pérdida frente a la posibilidad de muerte de los padres, que podemos pensar no solo como pérdida objetal sino también como una importante pérdida narcisista del yo, quien vive esta muerte como un vaciamiento del yo. Es común que los pacientes con enfermedades crónicas sean sobreprotegidos por sus familiares, impidiéndoles conocer el mundo por sí mismos y desarrollar una independencia tanto física como mental, similar a los pares de su misma edad (Morales y Castillo, 2007).

C: Mi mamá se enoja si no uso vestidos. A mí no me gusta usarlos, me veo rara, pero ella se enoja mucho si no los uso, y entonces yo prefiero usarlos porque no me gusta que ella no se enoje conmigo o esté molesta conmigo. Ella siempre me escoge la ropa y me acompaña de compras para decidir que ropa debo comprar.

C: No me cae muy bien Karen (una amiga de la escuela). Mi mamá dice que ella y su mamá son raras y que no son personas con las cuáles no me deba llevar porque son raras.

C: Mi mamá no quiere que me maquille, ni que me depile, ni que me pinte el pelo, dice que aún soy muy pequeña para estas cosas, y yo no quiero pelear con ella.

Se observa que en la relación que mantiene Cora con su madre, intenta complacerla constantemente, permitiendo que la madre tome todas las decisiones importantes sin que la paciente reclame un espacio propio. La adolescente teme perder una parte de sí misma que además de proporcionarle una satisfacción narcisista, son los sujetos que han cuidado de ella durante las operaciones y a los que ella se siente

en deuda por aceptarla como hija. *¿Quién más podría quererme?* Cora teme crecer, pues sabe que esto implica separarse de los padres, construir un proyecto de vida independiente y tener que involucrarse en el cuidado de su enfermedad.

Es característica de la adolescencia la construcción de una identidad, donde se utilizan nuevos modelos identificatorios más apegados a los pares que a las figuras parentales. Padres e hijos encabezan serias batallas por el control de la vida del adolescente, la tarea principal del adolescente es desprenderse de los lazos de dependencia familiar para integrarse al grupo de pares. Cuando comencé a trabajar con Cora, note el vínculo adhesivo que mantenía con la madre, era incapaz de enojarse con los padres o reprocharles alguna equivocación cometida hacia ella, no tenía amigos y pasaba poco tiempo fuera de su casa, su única salida era ir a la escuela y sus actividades recreativas siempre incluían algún familiar. A ella le costaba mucho trabajo pasar tiempo con adolescentes, sentía que no encajaba, además de manifestar un serio problema de timidez durante toda su infancia, donde todo el tiempo se sentía inadecuada e incapaz de gustarle a cualquier otro. En esta paciente se notaba un proceso de duelo frente a la pérdida del mundo infantil, pues sentía mucha tristeza de dejar la primaria como la conocía, y pasar a la secundaria, además de que en su medio familiar circulan discursos que califican a la adolescencia como “la aborrecencia” donde los adolescentes son transformados en monstruos a los cuales es difícil amar.

Desde que el hombre comenzó su camino a la civilización visualizó los peligros que la naturaleza le aguarda y lo precario de su existencia, ante esto puso en marcha distintos mecanismos defensivos buscando disminuir la angustia frente a la muerte y posibilitándose rodeos que lo protegieran de esta representación. La religión ha sido una de las intelectualizaciones más importante con la que el hombre ha intentado paliar su angustia frente a la muerte, creando argumentos religiosos acerca de la próximas vidas, la existencia de un cielo y de un infierno que funciona como un método de regulación pulsional, posibilitando postergar la satisfacción del deseo por la consecución de un futuro anhelado, además que la muerte no se vive como la aniquilación total del ser sino que es un evento para continuar la vida en un mejor lugar. Es necesario mencionar que Cora ha estudiado siempre en colegios católicos que

además refuerzan la fe con clases como “Educación en la fe”, “Adoctrinamiento religioso” y rezos diarios, por lo que los temas de la culpa, el infierno, Dios y el Diablo, y el cielo, constituyen un uso común en su discurso y en las explicaciones que da a su enfermedad y a sus conflictivas cotidianas.

Vemos en Cora a un acercamiento fanático a la religión, que no le permite dudar sobre los preceptos de la misma. La religión se ha constituido como una suplencia frente a la angustia desencadenada por la enfermedad y la letalidad de la enfermedad. Desde mi perspectiva la religión se ha constituido como una búsqueda de sentido frente al sin sentido de la enfermedad. Aunque también ha sido fuente de angustia y de culpas, lo veremos a continuación en las evidencias del discurso donde ella dice ser un producto del diablo por su enfermedad cardíaca, lo cual la sitúa en una posición negativa al ideal del yo que ella aspira.

C: Ya me di cuenta lo que verdaderamente me preocupa de la muerte de mis padres es no saber qué ocurrirá con ellos cuando mueran. ¿A dónde se irán? Me da miedo que no exista el cielo y que no vaya a encontrarlos del otro lado, me preocupa no tener confirmado la existencia del cielo. Me preocupa que quizás yo no vaya al cielo, porque he hecho cosas que no son buenas y quizás a mí no me lo permitan, y me quede sola.

C: “La muerte me ronda”. Me da mucho miedo pensar sobre la muerte, porque no estoy segura que exista el cielo, no tengo la certeza de que exista. Le pregunto constantemente a Dios porque me había dado esta...

T: (Piensa la terapeuta ¿enfermedad?)

C: Este, miedo. A partir de ahí comencé a pensar que quizás Dios estaba enojado conmigo.

T: ¿Por qué podría estar enojado contigo?

C: Pues no sé. Lo peor que he hecho en mi vida es robar una jirafa de un amigo y mi mamá me obligó a regresarla. Lo que pienso es que si Dios es tan perfecto no me puede haber hecho a mí, entonces no sería mi padre porque yo nací imperfecta, así que entonces yo sería hija del diablo, él puso la mano sobre mí y dañó mi corazón.

La idea de morir, ya sea de ella o de sus padres, provoca una angustia que desorganiza el aparato psíquico, la posibilidad de morir en Cora ha sido tangible, pues en la operación que ocurrió 2 años antes presentó, un sangrado interno posterior a la operación que puso en peligro la vida de la paciente. Además de que el fallo congénito

que padece está nada más y nada menos que en el corazón, el órgano decisivo cuando de vida hablamos, es el sistema que tiende a definir la vida biológica, pues si no hay corazón no hay circulación hacia otras regiones y hay ausencia de vida por completo. Tanto Cora como su madre saben que la esperanza de vida de un sujeto con un fallo cardiaco congénito es mucho menor que la de una persona promedio, incluso saben que existe una alta probabilidad de que Cora no pueda ser madre por los riesgos que esto puede tener sobre el corazón de la paciente.

C: Yo no sé cuántos años voy a vivir, no le pregunto a mi doctor. Yo espero que muchos, mi doctor dice que yo puedo vivir muchos años aún, de todos los pacientes que tiene dice que soy la que mejor está.

Madre de Cora: Ella ha vivido muchos años más de lo que esperaban los doctores. Su promedio de vida es mucho más bajo que las personas normales pues su corazón bombea más rápido y puede morir antes que el promedio.

Ella no podrá tener hijos, porque su cuerpo no se va a desarrollar como el de las otras muchachas, e incluso tener un hijo podría matarla porque le podría subir la presión y darle un infarto.

Yo quiero que ella disfrute cada día de su vida. Cuando era chica yo no sabía cuánto tiempo iba a vivir, eso fue muy difícil.

Cuando la operaron hace dos años tuvo una complicación después de la primera operación, tuvieron que abrirle de urgencia, pensé que se moría.

Frente a esta angustia de muerte desorganizante el yo ha conformado un síntoma, que permite la descarga de la energía pues hay un miedo constante a que algo ocurra, ese algo es morir, y esto se ha desplazado hacia una representación mucho más soportable tanto para la paciente como para los padres, el miedo a separarse de los padres. El cual es muy comprensible tomando en consideración que es una niña que siempre ha estado muy alejada de los pares y apegada a los padres. Este síntoma, tiene dos manifiestas ventajas, la primera es que logra negar la representación de su propia muerte, y la segunda es que permite al yo ligar la energía psíquica flotante pues focaliza la angustia en un único proceso fóbico, estar lejos de la madre. Esto facilita las funciones del aparato psíquico pues resulta más sencillo lidiar con un único objeto fóbico del cual uno se puede alejar o evitar, como para Cora ha sido dejar de ir a la casa de su amiga en Cuernavaca o no hacer actividades con amigas pues le provoca

“mucha flojera”, que lidiar con una angustia que no tiene forma y que remite a la castración narcisista más profunda, la aniquilación del ser. El síntoma, brinda increíble ganancias secundarias pues la madre debe de cuidarla y protegerla cuando ella tiene miedo, o permite que la paciente falte a clases para quedarse con ella en la casa, el síntoma acerca a Cora al cariño y cuidados de su madre.

Como menciona Freud (1926) el exceso de angustia desorganiza el sistema e impide al yo llevar a cabo las funciones de pensamiento, como la memoria, la reflexión, el investimento de nuevos objetos, y la posibilidad de encontrar caminos sublimatorios para descargar la angustia. En esta paciente se nota una insuficiencia para generar cadenas de pensamiento asociativo, comprensión, por lo general sus contestaciones son de total desconocimiento, no sabe porque ocurren muchas cosas e incluso no parece interesarle conocer las razones de eso que le pasa o siente. Esto guarda una estrecha relación con el trato que ha recibido su cuerpo por parte del cuerpo médico, su cuerpo está sometido a este cuerpo de conocimientos, ella es solo un objeto, no se le explica lo que le sucederá, ni lo que sentirá, ni ella pregunta o siente que deba preguntar sobre estos eventos pues siente que su cuerpo no le pertenece ni es algo de lo que ella deba preocuparse.

C: Estoy ansiosa, ya quiero que me baje la menstruación.

T: Ya has hablado con tu médico sobre tu desarrollo hormonal. ¿Habrá alguna dificultad por la enfermedad que tienes?

C: Pues no sé. No le he preguntado.

T: ¿Tú no le preguntas cosas sobre tu cuerpo?

C: Pues no sé. Él lo sabe todo de mí y pues no me siento cómoda de preguntarles. Me da pena.

Otra sesión

C: Me da mucho miedo el dentista. Duele mucho, no me ponen anestesia, y me hacen endodoncia.

T: ¿Y por qué no te ponen anestesia? Las endodoncias son muy dolorosas.

C: Pues no sé, él es el que sabe, él es el especialista y si él no me la pone pues yo no se la puedo pedir porque es el que sabe.

T: Sí, pero tú eres la que pasa el dolor.

En los comienzos de la psicoterapia estaba inundada de angustia, y conocemos que el proceso primario inhibe el curso normal del proceso secundario de pensamiento produciendo olvidos, y retomando vías que conducen a la descarga de estos afectos. Conocemos que la salida de estos afectos al medio externo es el último recurso del que se vale el yo para descargar, pero es frecuente que esta angustia sea depositada como recurso último en el cuerpo generando así enfermedades psicosomáticas. Cora padece un importante número de enfermedades psicosomáticas como intensas migrañas que la dejan todo el día postrada en la cama de los padres, dolores de estómago y eczemas que aparecieron constantemente durante el proceso psicoterapéutico.

El yo de Cora se ve requerido por una tarea psíquica particularmente gravosa, pues tiene que sofocar los afectos que le ocasionan el pensar en la muerte que afloran de continuo. La necesidad de anular estas representaciones ha resultado en un empobrecimiento de su energía psíquica disponible, obligándola a limitar su gasto en los objetos que habitan la realidad externa, condenándola a la timidez, la inseguridad, el aislamiento y la imposibilidad de investir nuevos objetos exogámicos. A continuación se presentan dos fragmentos donde ella logra hablar de este empobrecimiento psíquico.

C: Siento mucho miedo constantemente. Siento incluso que algo malo está detrás de mí siempre, acechándome para lastimarme cuando menos me lo espere. Siempre siento que algo malo va a suceder. Antes de la operación no tenía estos miedos.

C: Tengo que estar lidiando con el miedo y la enfermedad todo el tiempo, estas dos cosas me cansan mucho y me están robando mi felicidad y mi posibilidad de tener amigos.

En el material que presentaremos a continuación se manifiesta un fuerte sentido de culpa por la supervivencia, ¿por qué yo sí y ellos no? Se evidencia creencias de poca valía y de dudas sobre si su vida es mejor que la de esos otros que fracasaron en su intento por vivir. Además que esta culpa esta aunada a un sentimiento de inferioridad que ella manifiesta, y a un sentimiento de no ser suficientemente buena para la madre,

hay un temor a ser rechazada por la madre, por el defecto con el que nació. ¿Por qué estoy yo viva? ¿Por qué yo no fui uno de los muertos? ¿soy merecedora de esta vida? ¿No debería estar yo en el lugar de alguno de los muertos? ¿Qué hice yo para merecer la vida? ¿Qué hicieron ellos para merecer la muerte? Estas preguntas generan en Cora sentimientos de ambivalencia que se debaten entre la gratitud por estar viva y la culpa que siente al enfrentarse a la muerte de otros. Este tema trae emparejado la envidia sentida ante los pares que no están enfermos o los otros pacientes que tuvieron una mejoría mucho más pronta (Blum-Gordillo, 2009).

En el siguiente relato se logra ver con claridad el sentimiento de culpa inconsciente que esta adolescente manifiesta frente a su supervivencia, y también la envidia que siente frente a la salud que tienen otros pares.

C: Ayer soñé muy bonito. Yo ya era adolescente, estaba muy rubia, súper alta y tenía unas botas hermosas. Estaba en una cápsula en medio del espacio, y tenía que saltar a otra cápsula porque la mía iba a explotar y sino saltaba me moría. Yo lograba saltar pero dos amigos que venían conmigo no lo logran y se mueren.

T: ¿Y con que asocias a estos dos amigos?

C: Creo que esos dos amigos son los niños del hospital. Son esos niños que quizás no tuvieron tanta suerte como yo para superar la enfermedad del corazón.

Me siento muy afortunada y a la vez culpable por todos estos niños que estaban en peores condiciones que yo en el hospital. Me acuerdo de una niña cuando estaba en terapia intensiva, que estaba muy grave, estábamos en la cafetería y su mamá la traía en una silla de ruedas, intenta sonreírles pero ya no lo logra de lo cansada y mal que estaba, se veía morada como si la muerte ya la estuviera abrazándola. También me acuerdo de otra niña, que fue al hospital por muy poco tiempo, y sólo le hicieron un proceso corto, ella sí que es afortunada.

La enfermedad suele situarse en el registro de la culpabilidad, como si procediera de una falta y materializara el castigo, esto anudado con los deseos parricidas que se desatan como parte del proceso adolescente y ha producido un fuerte sentido de culpabilidad en Cora.

C: Me siento muy culpable por muchas cosas. Siento que tengo que hacer todo bien o algo malo me va a suceder. Hay cosas que me gustan como ver películas de terror pero después de verlas me siento muy culpable porque sé que no debo verlas.

T: ¿Ante qué otras cosas te sientes culpables?

C: Me siento culpable cuando no complazco a mi mamá o por no salir bien en la escuela porque sé que con eso hago felices a mis papás. Es lo mejor que se hacer.

La adolescente asocia la película “Hostal” con la muerte de los padres, en la cual raptan a unos individuos para someterlos a diferentes torturas para finalmente matarlos. El espacio donde ocurren estas series de torturas remite en el imaginario de la paciente al salón de operaciones, pues contiene diferente instrumental característico del espacio médico, como bisturí, tijeras, pinzas, guantes, agujas y otros objetos punzocortantes con los cuales lastimaban la piel y diferente órganos muy sensibles de los sujetos raptados, y los cuales han empleado en los procedimientos quirúrgicos que le han realizado.

C: Vi la película Hostal y me hizo sentir muy mal. No pude dormir en toda la noche. Me imaginaba a mis papás en las sillas de Hostal siendo torturados. Les sacaban los ojos, y ellos gritaban. Yo me imaginaba que ellos se morían.

Esta fantasía además de ser de un tinte muy violento y sádico donde se observa un deseo por lastimar a los padres, denota como las vivencias médicas se han instalado en la psique de la paciente como eventos traumáticos. Lo traumático está determinado por un evento de una carga intensa que no se pudo tramitar a través del pensamiento quedando así desalojado de la conciencia e imposibilitado de tramitarse a través de los recursos normales del aparato (Freud, 1926). Estos sucesos traumáticos se mantienen descargados durante un largo tiempo hasta que un suceso exterior los active. En el caso de Cora, los eventos traumáticos se han enquistado en el aparato psíquico, y la adolescencia y todos los movimientos que esta produce han movilizad la energía psíquica que ha removido los eventos traumáticos en un segundo momento. A continuación presentaremos la relación entre el fallo de la desmentida, el retorno de lo reprimido a causa de la ausencia de los procesos puberales.

4.1 La ausencia de un cuerpo puberal limita los alcances de la desmentida. “Mi cuerpo es diferente y no sé por qué”

Es frecuente encontrar en la clínica del adolescente un desconcierto generalizado frente a la aparición del cuerpo genitalizado y de las transformaciones que se producen a

partir del desarrollo puberal. El cuerpo es vivido como un intruso que perturba desde el interior la tranquilidad psíquica del joven, ejerciendo fuertes presiones e incluso como elemento desencadenador de la psicopatología. Gutton (1993) describe la psicosis pubertaria, un tipo de psicopatología donde el cuerpo genitalizado es fuente de múltiples conflictos para el adolescente, propiciando incluso el suicidio, como un intento desesperado del adolescente que intenta deshacerse del cuerpo genitalizado persecutorio, fuente de tanto sufrimiento.

Cora no es una excepción, pero sufre desde otro lugar, para ella también ha sido difícil la entrada a la adolescencia, la confluencia con la genitalización del hermano y de las amigas que la rodean, en contraste con su cuerpo que aún no presenta los cambios típicos de la pubertad, ella incluso aparenta ser menor y ostenta un cuerpo infantil, el motivo de mucha insatisfacción, inseguridad y desconcierto. Digamos que para otras adolescentes puede ser angustiante la aparición de la menarca, el desarrollo de los rasgos sexuales secundarios y el reconocimiento por el entorno de estos cambios los cuales la colocan en otro status para su familia y sus pares. En el caso de Cora, lo que desconcierta es la ausencia de todos estos eventos que conforman el proceso adolescente y su inserción en el mundo femenino.

C: No me gusta salir a los espacios comunes del condominio donde vivimos. El otro día fui y todos se veían muy grandes, ese día una niña que es más chica que yo me preguntó si iba en cuarto grado de primaria. Me enojé mucho, es injusto, yo soy más grande que ella. Me pasa lo mismo en la escuela, siempre soy la más chica, siempre he sido la más pequeña en todos los salones en los que he estado, ya quiero crecer y dejar de ser la más chica.

C: Me la pasé muy mal en el viaje a San Antonio. Yo iba con Lucía, la hija de una amiga de mi mamá, yo pensé que ella sería mi amiga y nos acompañaríamos durante todo el viaje. Pero a medida que fueron pasando los días ella se fue alejando de mí y comenzó a rechazarme en frente de las otras niñas. Yo creo que ella lo hacía pues se quería juntar con las niñas más grandes y yo me veía como una niña pequeña, no como adolescente.

Estas diferencias corporales se viven como rasgo de diferencia y de inferioridad, desencadenando en Cora un aislamiento afectivo de los pares por temor a ser identificada como diferente y a causa de esto un empobrecimiento de sus lazos sociales. Este sentimiento de exclusión y el posterior aislamiento ha sido parte de su

historia infantil, pues ella se describe como una niña muy tímida, temerosa de la imagen que tuviesen los otros de ella. Este temor al contacto social ha devenido en serias inhibiciones, a partir de una fusión con la madre le es difícil pensarse desde ella misma, propiciando un conformismo exagerado al deseo de los otros y una actitud pasiva frente a los retos de la vida.

Cora rechaza el contacto con la realidad aislándose del medio y refugiándose en la relación simbiótica que mantiene con la madre. No tolera la verbalización sobre su diferencia anatómica, no quiere escuchar a otros reclamando una explicación sobre su estatura, pues esto evoca huellas mnémicas profundamente dolorosas sobre un pasado de enfermedades, operaciones e internamientos. En cambio pide circular en representaciones superficiales donde no se discuta el tema que evoca tales momentos traumáticos. Hace uso de este mismo mecanismo en las sesiones pues espera de la terapeuta quedarse en la superficie y ante reflexiones profundas pide no continuar o se resiste al trabajo desconociendo estos eventos dolorosos (Alizade, 1995).

C: Siempre soy la más pequeña.

T: ¿Por qué será?

C; Pues no sé. Mi hermano es alto, igual que mi mamá, pero yo no heredé eso.

T: ¿Será por tu falla cardíaca?

C: No creo, bueno no sé, quizás sí, pero quiero ser más alta, y no me importa la enfermedad que tengo.

La ausencia de los procesos puberales y la falta de reconocimiento de la diferencia en su grupo de pares, provoca una señal de alarma que genera interrogantes frente a los que no se había detenido durante la infancia, cuando su cuerpo no reflejaba mayormente la enfermedad y su menor estatura constituía un rasgo diferencial importante ¿Qué le sucede a mi cuerpo? ¿Por qué no es como el de otros? Uno de los eventos constitutivos que marcan la entrada al proceso adolescente es el desarrollo de los caracteres sexuales, este cuerpo avisa al niño que un nuevo orden se está constituyendo. El cuerpo juega un nuevo rol para el adolescente, es la sede del placer sexual y de la relación con el otro, debe poder diferenciar entre lo sexual genital y la

ternura, la entrada de la pubertad inaugura una nueva clase de relaciones con los padres y los hermanos. La barrera del incesto obliga al púber a buscar en los objetos externos lo que no puede obtener de los objetos familiares.

Cora es consciente de la diferencia que su cuerpo expresa, ha visto en los adolescentes que la rodean, el hermano y la mejor amiga, la genitalización que emana de sus cuerpos y el desarrollo físico que han experimentado. Este reconocimiento de la diferencia ha producido una confrontación de su representación narcisista, ella se cuestiona sobre las condiciones biológicas que la hacen diferente a su grupo social de referencia, vive su cuerpo como extraño, ajeno y persecutorio.

C: Mi hermano ha cambiado mucho desde que entró a la adolescencia. Sus piernas están muy peludas y ha crecido mucho. Ya no quiere jugar conmigo, antes pasábamos todo el día jugando juntos pero él ahora tiene otros intereses, como estar en el ipad, o el celular masajeándose con una amiga, yo creo que es su novia, pero él lo niega.

C: Mary fue a la casa de su novio y sus papás no estaban ahí. Se comenzaron a besar en la cama y él le quería quitar la playera pero ella no se dejó. Él quería tener relaciones sexuales, pero ella todavía no se siente preparada para tener relaciones sexuales con él. Hicimos una promesa donde tendríamos relaciones sexuales hasta que cumpliéramos 18 pero yo creo que ella lo romperá antes.

El sentimiento de molestia en Cora es evidente cuando los otros la reconocen como diferente por la ausencia de los signos típicos de la pubertad. Sus pares suelen hacer preguntas sobre lo que impide este desarrollo en Cora, esto la hace sentirse triste, vulnerable e impotente frente a una realidad que la toma por sorpresa por no haber sido suficiente bien elaborada como parte de su historia de vida (Morales y Castillo, 2007). La imagen que le devuelve el espejo a Cora no concuerda con la imagen idealizada que ella ha configurado desde la negación y la desmentida de su enfermedad. El cuerpo que ella ahora ve es un cuerpo infantil, mutilado y poblado de cicatrices que confrontan a Cora con su autorepresentación narcisista, la finitud de su vida. Un cuerpo que no es prudente mostrar ni compartir por llevar en sí el sello de la diferencia (Alizade, 1995).

T: ¿Cómo te va en la secundaria?

C: Mmmm...No me siento como alguien que va en la secundaria. No me puedo sentir adolescente porque mi cuerpo aún no ha cambiado en nada. Mi cuerpo es muy diferente al de mis compañeras, ellas han crecido, y tienen más de todo, están más formadas. En cambio yo parezco una niña chica, y me tratan como si lo fuera. Siento que nadie se va a fijar en mí con este cuerpo ¿Qué le pasa a mi cuerpo que no crece?

T: Tú naciste con una malformación congénita cardíaca y eso ha provocado un retraso en tu crecimiento. Tú tienes una estatura promedio con los adolescentes cardiópatas, pero te comparas con tus compañeras de la escuela que no padecen este tipo de enfermedad. Claro que no pueden tener el mismo desarrollo porque han tenido historias de vidas muy diferentes.

C: mmmm... (se nota muy triste cuando evoco el paso de la enfermedad) Cuando estaba más chica no sentía estas diferencias, yo era chica pero no se veían tanto la diferencia, pero ahora en la adolescencia todos han crecido mucho. Cada día los veo más grande y yo más chica. Ahora sí se nota lo diferentes que somos.

Durante su niñez Cora logra identificarse con sus pares sin dificultad, pues su cuerpo aún no se manifiesta como la sede de una enfermedad crónica. La imagen psíquica que se tiene del propio cuerpo se integra a partir del espejo del otro, así como de las palabras de rechazo o reconocimiento que se hace sobre el cuerpo a partir del discurso del otro, el cuerpo infantil de Cora formó parte de la normalidad por lo que ella estuvo protegida de sentirse diferente, pero la entrada a la adolescencia marca para Cora un estado de conciencia que en la niñez no se produce, pues su cuerpo ya no coincide con el ideal compartido (Dolto, 1997).

De acuerdo con Tubert (2001), el adolescente busca con ansías desesperadas reducir la angustia provocada por la sexualidad genital, esto lo logra al homogeneizarse con los pares, así se reducen las diferencias y se elabora conjuntamente la angustia, corroborando una supuesta normalidad. Podemos ver esto claramente en las tribus urbanas donde los adolescentes a través de la música, la ropa y los pensamientos intentan diluir su individualidad en la contención que les ofrece el grupo. La imagen del cuerpo adolescente puede ser vivida como tranquilizadora en cuanto se encuentre en un rango de normalidad biológica y de ideal de belleza social, Cora no forma parte de la normalidad estética, nació con una malformación morfológica. Las operaciones y procedimientos médicos han dejado visibles cicatrices, ella busca

ubicarse dentro del grupo de pares como un medio para desmentir la enfermedad, el dolor y el sentimiento de exclusión.

C: No sé qué pasa con mi cuerpo. Aun no aparece la menstruación, ya me debería haber bajado. A todas mis amigas ya les ha bajado, me siento rara. Me dijeron que te baja el mismo mes y el mismo año en que le bajo a la mamá, pero yo ya rebasé la edad de mi mamá. Pero tengo esperanzas en que este año ya me baje, estoy muy emocionada. Ya compré mis toallas y las tengo ahí para cuando me baje porque uno nunca sabe cuándo te va a bajar.

T: ¿Qué te ha dicho tu cardiólogo sobre este tema?

C: Pues no sé. Nunca le había preguntado. No había pensado que el pudiese saber de esto. Creo que me da pena preguntarle, mejor le pregunto a mí mamá.

La madre comenta en sesión que el doctor le había dicho que era altamente probable que Cora no tuviese menarca, pues para el desarrollo hormonal se necesita un peso específico y Cora tiene un desarrollo por debajo lo normal, sería para ella muy difícil alcanzar ese peso por su condición médica y esto imposibilitaría la aparición de la menstruación.

La aparición de la menstruación es uno de los acontecimientos más significativos de la mujer en su adolescencia, determina la entrada al mundo femenino adulto, constituye un elemento identificador con la historia sexual de la madre, además de marcar de forma tajante el reconocimiento de las diferencias anatómicas (Tubert, 2001). La ausencia de la menstruación, en Cora, la excluye de los eventos compartidos con las chicas que la rodean, y principalmente de la propia madre, le impide vincularse con la madre como otra mujer y se mantiene en una postura infantil frente a está. En su fantasía la madre y ella están unidas en su desarrollo puberal pero esto es una negación de su propia historia biológica. La madre también oculta los hechos concretos médicos pues a la paciente no le comparte la información dada por el médico y la motiva para que compre toallas y se encuentre preparada para la aparición de la menstruación.

Cora busca una explicación diferente a su enfermedad para explicar su retraso hormonal, no logra relacionar el retraso puberal con su falla congénita, incluso no hace la relación entre el cardiólogo y la menstruación. Se encuentra marginada de las problemáticas típicas de su generación, y ha sido incapaz de introducir la enfermedad y

el dolor en su historia de vida como explicación válida a su diferencia, por lo que se le dificulta dar un sentido a la ausencia de los rasgos corporales adolescentes.

Resultado complicado la entrada a la adolescencia sin el cuerpo que dé cuenta del cambio, además de que al padecer una enfermedad desde la infancia se establece un vínculo más estrecho entre los padres y ella, colocándola en un lugar de dependencia donde no se le permite fácilmente separarse y diferenciarse. Durante el tratamiento se intenta mostrar otras tareas que caracterizan a la adolescencia, como la construcción de un proyecto de vida independiente de los padres, la relación con los pares, la búsqueda de satisfacción amorosa fuera del núcleo familiar, nuevas posibilidades identificatorias, la historización del pasado y la proyección de un futuro, todo tipo de tareas que no requieren un cuerpo adulto genital, y que son también proyectos que el adolescente debe lograr entrar a la adultez.

“El cuerpo es portador de la enfermedad que el espíritu niega”

El yo cuenta con múltiples mecanismos defensivos que tienen como finalidad contrarrestar los desencadamientos de angustia y displacer. La angustia de aniquilación es una de las vivencias más dolorosas a las que se puede enfrentar el aparato psíquico, es el evento más temido para la existencia del yo, ante la devastación de la pulsión de muerte, no hay posible reorganización. Por lo que los mecanismos de defensa que se emplean deben ser los más certeros, aquellos que posibiliten al yo desalojar esta representación del conjunto consciente, de forma constante y duradera. Cora tiene un reducido abanico de mecanismos defensivos, no ha accedido a los mecanismos defensivos más evolucionados como la sublimación o la formación reactiva, sino que hace uso de mecanismos defensivos arcaicos como la proyección, la negación, la escisión y la desmentida. Este último fue uno de los mecanismos que se observó con más frecuencia dentro del tratamiento.

T: Dices que te da mucho miedo que tus papás se mueran ¿A ti te dará miedo morirte?

C: A mí ¿por qué?

T: Bueno, padeces una enfermedad crónica desde los seis meses de nacimiento, en el corazón, que es el órgano decisivo de la vida. Además de que has sido intervenida en 2 ocasiones, la última donde estuviste en serio peligro de muerte.

C: Nunca lo he pensado. A mí de hecho me gustan los hospitales, me siento feliz cuando veo a mi médico. Yo siempre he estado anestesiada y por eso no siento nada ni me preocupa nada. (Sonríe al hablar de los procesos médicos a los que ha sido expuesta). (Habla de estos sucesos como si ella no hubiese estado presente, como si le hubiese ocurrido a otra persona, no a ella).

Resulta contradictorio que 20 sesiones después a este extracto ella sienta pánico a ir al dentista, ocupando dos sesiones para hablar sobre su angustia al acudir al dentista, pues dice sentir mucho dolor en estas citas.

C: A veces me gustaría estar enferma, para así tener algo que me duela de verdad, algo que los médicos puedan extraer de mí.

La desmentida es un mecanismo frecuentemente empleada por los pacientes que cursan una enfermedad crónica, como una cardiopatía donde los síntomas al no ser visibles se comportan silenciosamente lo que resulta fulminante (Bekei, 1997). Desconociendo el pasado médico de Cora se le percibe como una niña sana, pues su físico aunque pequeño no muestra evidentes daños corporales, una vez que se conoce su edad, considerando que es ya una adolescente pero tiene el cuerpo de una niña de ocho años se percibe la importante diferencia en cuanto a biología se refiere. Cora transcurre su infancia instalada en esta desmentida, negando la enfermedad, cuando se trae su padecimiento al espacio terapéutico ella parece desconocerlo como parte de su historia de vida. Incluso cuando se le devuelve algún material sobre la importancia que ha tenido este sufrimiento en su historia ella lo niega, es como si ella se descolocara de ese lugar de enfermo y la enfermedad habitara el cuerpo de alguien más.

Resulta muy interesante que mientras habla de sucesos muy dolorosos ella sonríe y se muestra feliz, los cuenta con un tono de heroísmo. En Cora se observa la coexistencia de dos tendencias, el yo se ha escindido con la finalidad de defenderse negando una parte de la historia, la enfermedad, las hospitalizaciones, el dolor físico, la malformación, la que sabe la verdad y otra que la niega constantemente como si de ella no se estuviera hablando. El cuerpo enfermo se llega a vivir como un perseguidor y

busca ser arrojado hacia afuera proyectándolo a los otros como a los padres (Gutton, 1985). Esta escisión es bien soportada por Cora durante la infancia pues los padres se constituyen como sus soportes identitarios y permiten negociar la escisión, el cuerpo enfermo se desplaza a los padres y al pediatra, así la parte enferma queda negada. El momento de la pubertad comporta una reactivación de la elaboración de las representaciones de la enfermedad, donde el cuerpo con la carga de lo genital cobra un valor novedoso. Debido a esta fractura acaecida en la infancia, Cora retoma el asunto de la enfermedad desde una perspectiva diferente pero patológica. Esto explica porque Cora habla de su angustia como “el miedo” percibiéndolo como algo externo que viene atacarla, que está constantemente detrás de ella y la hace sentir incapaz de relacionarlo con algo propio de su historia, pues el reconocimiento de esta enfermedad la ha tomado por sorpresa.

C: A mis papás les gusta mucho el tenis. Desde chica yo voy al tenis pero no me gusta. Yo tomo clases pero me canso mucho y no entiendo por qué me falta tanto el aire. Termine muy cansada sintiéndome muy mal pero sigo yendo porque a mis papás les gusta que vaya.

Hay una falta de aprobación del cuerpo que sufre, se trata de un cuerpo vulnerable que necesita ser anestesiado para no tomar contacto con este profundo dolor, se niega la castración, y el sujeto se escinde como última defensa contra una herida a su ideal del yo que no puede tolerar. El mecanismo de la escisión termina por empobrecer el yo de la paciente, pues se ha visto privada de una parte fundamental de su historia. Sólo reconoce la parte idealizada del cuerpo, por lo tanto las representaciones de la enfermedad y la angustia que esta desencadena no puede descargarse a través del pensamiento y la sublimación. Esta angustia ha tenido que buscar otro tipo de descargas, en el caso de Cora se ha empleado el cuerpo, presentando una amplia gama de enfermedades psicosomáticas como migraña, dolor de cabeza, dolor de estómago, eczemas además de una inhibición generalizada frente a la vida y al placer (Ferenczi, 1931).

C: Cuando estaba en el hospital veía a los niños enfermos. Me daban mucha pena, y lástima porque ellos si estaban muy grave y quizás no se salvarían.

La escisión y la desmentida se emplean para desalojar de la conciencia un saber muy doloroso, para Cora ha sido insoportable saber sobre la vulnerabilidad física que presenta su cuerpo, pretende mantener su representación narcisista de completud y para esto debe desechar una gran parte de su vida. Cora ha tomado ambos caminos de forma simultánea porque por un lado niega la realidad de su enfermedad y por otro lado reconoce el peligro de la realidad pero lo desplaza a otras personas y objetos, como los padres. Este proceso es frecuente en niños que han sufrido algún traumatismo en su infancia, como la presencia de una enfermedad crónica, abusos sexuales o pérdida de alguno de los progenitores (Freud, 1940). Es claro esto cuando ella habla de los niños enfermos con los que convive en el hospital, desplaza sobre ellos la imagen de sí misma, en cambio cuando ella habla de las operaciones lo hace como si hubiese ido a un parque de diversiones, imposibilitada de tomar contacto de su propio dolor. Gutton (1985) trabaja con un grupo de adolescentes que padecen enfermedades crónicas donde es común que se presente el fenómeno de la desapropiación de su cuerpo, el cuerpo se vuelve un objeto que es entregado al cuerpo médico, al no tener un cuerpo propio es común que proyecten sus emociones, representaciones y estados en las personas cercanas.

Considero que las dos operaciones a la que ha sido expuesta la paciente se han configurado como vivencias traumáticas, estas vivencias han aportado un aumento de excitación psíquica, que impone fracaso en su elaboración por los medios normales y habituales, lo que inevitablemente da lugar a trastornos en el funcionamiento psíquico. Lo traumático escapa a la representación, pues se rige por el proceso primario, y por ende también escapa a las leyes de lo temporal, esto dificulta las posibilidades de insertar el suceso como parte de la historia del sujeto para ser posteriormente elaborado, esto termina por promover la desmentida en Cora (Freud, 1920).

El entramado familiar proporciona al niño un repertorio de mecanismos defensivos que le permiten hacer frente al displacer, Cora hace un uso excesivo de la desmentida para enfrentarse a los sucesos angustiantes, este mismo mecanismo es común encontrarlo en el discurso familiar que rodea a la paciente y a su enfermedad. Después de ser operada por segunda ocasión pasa cuatro semanas en terapia intensiva. Frente

a estos recuerdos sí manifiesta tristeza pues pasó mucho tiempo aislada, se sentía sola y abandonada por los padres a los que solo podía ver una hora al día.

C: Cuando estaba en la sala de terapia intensiva me sentía muy triste, pero yo creo que era por la anestesia.

T: ¿Por la anestesia?

C: Eso me dijeron papás, que los médicos les habían dicho que la anestesia que me habían colocado durante la operación había sido muy fuerte y que eso me podía estar provocando depresión.

T: O también podrías estar triste por tener que estar aislada, sola sin tus padres, o porque te dolía tu cuerpo de tantos procedimientos médicos a los que estuviste expuesta.

C: No, yo creo que fue por la anestesia. Eso me dijeron mis papás y ellos siempre tienen razón.

Hay una clara negación por parte de la paciente y su núcleo familiar sobre los elementos corporales afectados y sobre el dolor producido por las intervenciones médicas, esta negación es transmitida a través del discurso parental pues la madre interpreta la tristeza de Cora como producto de una alteración biológica y niega las consecuencias psíquicas y corporales que acarrearán procedimientos médicos de tal magnitud.

C: A mi papá no le gusta hablar de mi enfermedad. No le gusta hablar de ninguno de mis problemas. El sólo llega del trabajo y me pregunta cosas del día pero nunca hablamos de nada importante. Con mi hermano tampoco hablo de mi enfermedad. Siento que no es necesario hablar sobre estos temas.

La negación sobre la gravedad de la enfermedad es un mecanismo habitualmente usado por las familias, una verdadera conspiración del silencio envuelve al niño desde su entorno familiar. Este silencio induce en el niño actitudes de repliegue, de mutismo, que contribuyen a enfatizar su aislamiento e intensificar su actitud de dejación frente a la enfermedad (Weli-Halpern, Debray, y Perichi, 1995). El núcleo familiar de Cora se ha esforzado por desconocer, borrar la enfermedad, y a veces al mismo tiempo la pubertad. Pues la madre aún

considera que Cora es muy chica para maquillarse, pintarse el pelo o usar zapatos de tacón, así ella puede mantenerse como la madre de una niña y no debe rivalizar por la atención con una adolescente.

Durante el tratamiento se realiza un seguimiento con la madre de la paciente con la finalidad de tener un panorama más amplio sobre la historia clínica de Cora y el entorno familiar que la rodea. En estas sesiones se constata que la madre también hace uso del mecanismo de la desmentida sobre la enfermedad de la hija.

M: Yo no sé porque Cora está tan preocupada por el tema de la muerte. Yo hablo mucho con Cora sobre la muerte. Le he enseñado que es algo que nos pasa a todos, que en cualquier momento cualquiera de nosotros se puede morir, que no debe preocuparse por algo que le pasa a todo el mundo.

La madre habla del tema de la muerte como si esté no fuese una realidad efectiva para la hija, la cual ha estado de forma cercana y frecuente a la muerte. Se habla de la muerte como un tema enciclopédico sin reconocer la realidad de un tema que puede provocar fuerte angustia en esta paciente. El rechazo y la negación sobre el reconocimiento de lo que la enfermedad conlleva han confinado a esta paciente a la soledad y al aislamiento y a la imposibilidad de hablar sobre los eventos dolorosos de su pasado (Alizade, 1995).

M: Nosotros siempre hemos tratado a Cora como si fuese una niña normal. Ella toma clases de tenis, come lo que ella quiere e incluso desde hace unos años tiene la responsabilidad de tomarse sus medicinas, y hasta se le olvida hacerlo.

Cora olvida tomarse sus medicinas, de la cual la madre la hecho responsable, cuando se le pregunta sobre los medicamentos, desconoce su función y dice que se le olvida tomarlas porque no se siente enferma.

La paciente acude a clases de tenis a pesar de la enfermedad cardíaca porque a los padres les guste este deporte y consideran que ambos hijos deberían practicarlo. Una vez más no se toma en cuenta la subjetividad de la hija y las diferencias corporales que ella manifiesta, cuando sería más conveniente una actividad física que no demande tanto esfuerzo cardiovascular. Una vez más se pone de manifiesto la desmentida en Cora al olvidar tomar las pastillas y la explicación sobre este olvido, es que ella no se

siente enferma por lo que no se siente comprometida a tomar estas pastillas. Cuando se investiga sobre la función de estos medicamentos resultan ser decisivos pues son medicamentos que controlan el flujo sanguíneo de todo el cuerpo.

A los 11 años, sólo 6 meses después del evento de la operación mandan a la adolescente a un campamento en San Antonio, USA por 4 semanas.

T: ¿Por qué la envían al campamento en Estados Unidos?

M: Consideramos que los 11 años es una excelente edad para salir a conocer el mundo. A mí me hicieron lo mismo a su edad, y fue una gran experiencia.

Vemos como la madre intenta repetir su historia sin considerar las características específicas de su hija, pues este viaje se realiza solo ocho meses después de que la paciente hubiese sido intervenida en una operación a corazón abierto. Ferenzci (1931) comenta que resulta fatal para un niño afectado de una enfermedad grave la denegación por parte de la madre de las consecuencias físicas y psíquicas generadas por la enfermedad pues es la madre la que ayuda al niño a metabolizar las repercusiones de una enfermedad de tal grado. Las afirmaciones de “no pasa nada” “no se siente dolor”, producen la parálisis traumática del pensamiento, instalando este tipo de vivencias como traumáticas y patógenas. A partir de esta denegación propiciada por la madre, el niño pasará a negar durante años la historia de su enfermedad, tratando de borrar aquellas huellas, incluso si es necesario anestesiando su propio cuerpo, para ya no reconocer o tomar contacto de ese dolor, que es finalmente el dolor de no ser aceptado por su madre.

Las cardiopatías son enfermedades silenciosas, cursan de forma asintomática por un tiempo prolongado, por lo que es común que las madres de estos pacientes desmientan con mayor facilidad la enfermedad del hijo. Este mecanismo permite un mayor acercamiento, relación y afectividad hacia el hijo que se concibe como “normal” y al cual se le piden e imponen demandas de un niño sin una enfermedad, lo cual pone al niño en un lugar de negación y de no aceptación realista (Rivera, 2000). La ausencia de los procesos puberales ha acarreado el reconocimiento de una realidad displacentera, representación que estuvo oculta durante la infancia de la paciente

gracias al uso de la desmentida por parte de Cora y de su entorno familiar. La adolescencia y los múltiples movimientos que ésta genera han propiciado el reencuentro con la enfermedad y esto ha producido la movilización de la angustia en Cora.

4.3 “Rechazo inconsciente y deseos de aniquilación maternal”

El recibimiento de un hijo es un momento muy importante para los padres, en este nuevo integrante se depositan fantasías, anhelos y expectativas no alcanzadas por ellos. Existe siempre una dificultad en los padres que reciben a un hijo con una malformación congénita, para amarlo y aceptarlo con estas fallas. La malformación es vivida con frecuencia como una responsabilidad parental, la búsqueda de un culpable origina fuertes disputas entre los padres. El nacimiento de un hijo enfermo revive una intensa herida narcisista infantil en los padres, que frena la posible investidura y libidinización que se realiza sobre el hijo, viviéndolo como un malhechor que ha perturbado la estabilidad familiar (Weli-Halpern, Debray, y Perichi, 1995). Además de que todo hijo llega a la vida con alguna misión, reconstituir la relación parental, satisfacer el narcisismo materno o funcionar como reemplazo de una perdida familiar. En el caso de Cora, los padres otorgan una misión manifiesta y consciente, la devolución de la ilusión perdida a toda una familia por la muerte de uno de sus integrantes más queridos. Cora es esperada para reconstituir el lazo familiar y reparar la depresión profunda que padece su madre por la muerte de su hermano, antes de nacer ya la habían hecho responsable de un misión imposible.

M: Unos ladrones entraron a casa de mis papás, yo estaba en una fiesta y había dejado a mi hijo menor con ellos. Mi hermano menor se dio cuenta que algo pasaba y trató de detener el asalto pero lo mataron, su muerte me dejó muy deprimida. Unos días después me enteré que estaba embarazada de Cora y fui muy feliz, la esperaba con muchas ansias. Yo pensé que con el nacimiento de Cora yo me iba aliviar de esta tristeza pero cuando supe de su enfermedad ahí sí me vine para abajo. Los primeros cuatro meses fui muy feliz, casi no pensaba en mi hermano, todos éramos muy felices, hasta que Cora se empezó a sentir mal y el médico nos dio la mala noticia. Cuando los médicos me dieron el diagnóstico de Cora yo literalmente, me fui para abajo. Imagínate que durante la primera operación que le hicieron ella tenía seis meses de nacida y yo no podía cuidarla porque las manos se me paralizaban

del estrés y no podía ni cargarla ni tocarla, tuvimos que contratar a alguien para que la cuidara porque yo no podía. Yo me pasé toda la infancia de Cora muy deprimida, tanto por ella como por mi hermano, me escondía en el baño para poder llorar y que ni ella ni su hermano me vieran.

Un conjunto de factores preceden y afectan la relación que establece la madre con el hijo, como el mundo psíquico de la madre, la configuración edípica y los fantasmas que se engendraron por ese entonces, la relación que haya establecido con el padre del hijo, y las vivencias traumáticas que preceden el momento del nacimiento del hijo (Rivera, 2000). La noción del niño de reemplazo cuya llegada funciona como una negación de la pérdida de un ser querido, permite a los padres ahorrarse un trabajo de duelo que pondría en peligro la configuración familiar, este tipo de función está cargada de muchas expectativas y por lo general son niños atados al deseo de los padres que existen con la función de satisfacerlos.

Cora es situada por la madre como un reemplazo, pues es imaginada por la madre como la solución a la depresión ocasionada por la muerte del hermano, su misión antes de nacer es constituirse como un aliciente o encubrimiento para la depresión que enfrentaba el núcleo familiar. Lo que sorprende a la madre es la enfermedad con la que Cora nace, ésta es vivida como un segundo trauma para la madre, ella esperaba un bebé reemplazo que tapara hacer el duelo por el hermano perdido, pero su bebé dañado le exigió una reorganización de su economía psíquica para elaborar el luto por él bebe idealizado que ella había esperado y por el hermano muerto, lo que propició un profundo odio hacia esta hija que no había satisfecho sus expectativas y que la enfrentó al dolor de la pérdida. La madre no elaboró un duelo por el hijo imaginario dañado e intenta que la hija cumpla estos ideales que alimentan su narcisismo, lo podemos ver en las clases de tenis a las que la lleva y en las demandas que hace a su hija, en las cuales niega la subjetividad e individualidad de la hija.

El evento donde se le paralizan las manos frente al cuerpo de la hija, es una inhibición común que describe (Spitz, 1965) donde a las madres narcisistas no le gustaba estar en contacto con el cuerpo frágil de los hijos para no hacer contacto con la enfermedad y la falla orgánica, posibilitando la negación y el uso de la desmentida

frente a la enfermedad de los hijos. Estas madres con frecuencia se mantienen alejadas afectivamente produciendo fallas en la libidinización del hijo. La falta de contacto y cuidados afectuosos propicia daños en la constitución yoica y la relación objetal, esto se ve claramente en Cora una paciente que manifiesta una inhibición generalizada para la vida y la relación afectiva con sus pares.

La enfermedad de Cora se constituye como un evento traumático familiar, al cual no se le da salida a través de la palabra, simplemente se le sepultó en el silencio y la desmentida, de la misma forma que se calla la muerte del tío, el cual se constituye como un tema tabú del que Cora no sabe nada hasta que cumple catorce años. Esta madre vive la enfermedad de la hija como una herida narcisista perpetrada sobre ella y su ilusión de reconstitución familiar. Esto ha tenido consecuencias en la construcción del yo de Cora, y la circulación de la pulsión de muerte entre Cora y su madre, pues la hija ha ido perdiendo su existencia para la madre y se le ha condenado a la muerte psíquica. La esperanza de vida en Cora era muy poca cuando le detectan la enfermedad a los cuatro meses, este temor constante frente a la muerte inminente de la hija se constituye como un evento que paraliza el aparato de la madre, frente a esta paralización el sistema debe emplear algún tipo de recurso que permite la continuación de la vida. Esto se posibilita a través de la desinversión de esta hija por parte de la madre, el temor a perderla es reemplazado por el rechazo y los deseos de aniquilación por parte de la madre, esto le permite defenderse del temor de la muerte de su hija, matándola psíquicamente ella misma (Weli-Halpern, Debray, y Perichi, 1995). En las siguientes viñetas se muestra este deseo de aniquilación manifiesto sobre la hija.

C: Ayer jugando con mi perra me rasguñó la muñeca, fue algo leve pero yo me asusté mucho porque mi mamá me dijo que en esa parte las personas se cortaban cuando se querían morir. Yo tengo mucho miedo de morirme, me pregunto y me atormenta la idea de que yo me vaya a morir antes y no vuelva a ver a mis papás, quiero pensar que los volveré a ver, pero que tal sí volvemos a la nada y me quedo sola. A veces pienso en que sería mejor para todos si yo me muriera porque les doy muchos problemas con mi miedo.

C: Mi madre me dijo no me pensara en suicidarme. Yo tengo miedo de pensar en ese tipo de cosas y llevarlas a cabo, los que se suicidan no se van al cielo y yo tengo miedo de no estar en el cielo con mis otros familiares.

Cora parece muy asustada con esta afirmación que le propone la madre, sabemos que la negación siempre lleva un componente de afirmación, hay algo que desea esta madre y lo coloca manifiestamente sobre la hija. Cora parece muy asustada con la posibilidad de suicidarse, aunque también se nota un deseo de llevarlo a cabo y complacer a su madre, a la que constantemente busca hacer feliz. En las siguientes viñetas se muestra el rechazo consciente e inconsciente de la madre hacia Cora, hay una evidente dificultad en este madre para amar a Cora, por su enfermedad, por sus diferencias personales, por la historia precedente a su nacimiento, el rechazo es evidente y la estructura psíquica de Cora lo ha resentido.

M: Yo ya no puedo más con Cora, si ella se quiere ir a vivir con su abuela a Guerrero (donde vive gran parte de la familia) que se vaya y que me deje tranquila. No entiendo porque se siente tan triste si se lo hemos dado todo. No entiendo que te hace falta para ser feliz. Estoy muy desesperada con esta actitud tuya no sé qué más puedo darte, siempre lo has tenido todo y yo estoy harta de tu actitud egoísta. ¡Ya no la soporto!

Cora después de escuchar estas palabras se siente profundamente triste, culpable de hacer sentir mal a su mamá. Su tratamiento en gran medida se inició para complacer a su mamá, porque a su mamá no le gustaba como era ella y deseaba ser más parecida a lo que su mamá esperaba de una hija.

En estos reproches que enuncia la madre, no sólo se logra el deseo de alejar a la hija sino que hay un uso de la desmentida, tener una enfermedad crónica que involucra un daño orgánico es un motivo suficiente para sentirse triste, pero esta madre siente que se lo han dado todo y es imposible que Cora no se sienta satisfecha con su vida, si ella se lo ha dado todo. De manera general un hijo enfermo genera una gran ambivalencia para el núcleo familiar pero en especial para las madres, despertando sentimientos de rechazo, pues ellas se reconocen en su dinámica fantasmática como las culpables de la enfermedad del hijo, el hijo es vivido en este caso como una extensión dañada de la madre, la cual debe eliminarse o al menos negarla para continuar la ilusión de perfección. El padre, juega un papel fundamental en la

constitución psíquica del hijo, en el caso de la enfermedad posibilita a la madre la metabolización de la enfermedad del hijo, pero en esta familia el padre se ha desentendido de la enfermedad de la hija, dejando a la madre encargada de todos los cuidados y responsabilidades que tiene sobre la hija, otro factor que propicia el incremento de la hostilidad hacia la hija y la relación simbiótica y ambivalente que llevan a cabo madre e hija (Rivera, 2000).

MC: Yo estoy muy preocupada por Cora, no sé qué vaya a ser de su vida si algún día yo no estoy. Yo no sé qué vaya a ser de Cora cuando ella crezca. "No sé si algún hombre la pueda llegar a querer con esta enfermedad que tiene". Yo le pienso comprar un seguro médico para que el hombre que decida tener una relación con ella no tenga que cargar con sus gastos médicos, porque si ese hombre tiene que pagar sus gastos médicos no creo que nadie vaya a querer estar con ella. Yo quiero que mi hija tenga una vida normal en lo que cabe.

En la frase "no sé si algún hombre la vaya llegar a querer" parece proyectar su propio sentimiento hacia Cora, sus propias dudas sobre si algún día podrá querer a esta hija a pesar de su enfermedad. La madre sitúa a la enfermedad como un factor que imposibilita a los otros para apreciar y amar a su hija, esto se ve claramente en una segunda ocasión, cuando la madre pide a la terapeuta que tome al otro hijo en tratamiento en lugar de Cora, pues ella ya no lo necesita, en su fantasía el terapeuta al igual que ella prefieren al otro hijo que no está enfermo.

MC: Doctora me gustaría saber si podemos cambiar a Cora por mi hijo Raúl. Siento que Cora ha avanzado mucho y ya no lo necesita, en cambio mi otro hijo necesita ir a una terapia muy pronto, pues le está yendo muy mal en la escuela, ya Cora vino un rato y ya está mejor.

T: Eso no es posible, mi paciente es Cora y ella aún necesita el tratamiento.

Cora no comenta nada frente a la madre, luego dice haberse sentido muy asustado de que yo aceptara cambiarla por el hermano, pero frente a la madre no expresa ninguna inconformidad.

Luego vuelve a expresar el rechazo manifiesto que hace la madre sobre Cora, en general el discurso de la madre está cargado de mucho odio y rechazo hacia su hija.

M: Mandé a Cora a un campamento en Estado Unidos por 1 mes, fue una tortura para mí porque todos los días me llamaba para decirme lo triste y sola que se sentía. Me quería llamar a todas horas y yo ya estaba harta de escuchar tanto problemas y tanto sufrimiento. Un día le dije que yo podría ir por ella a San Antonio pero resultaría ser una gran decepción para su padre y para mí, y además éste sería uno de los grandes fracasos de su vida. Ella me llamaba diario dos veces al día llorando, yo le pedía que no llorara pues me desesperaba, una vez sí le dije “Puras lágrimas y llantos contigo Cora, no te soporto más”.

Es indiscutible que para su madre Cora representa puras lágrimas y llantos, la vive como un problema y como una gran decepción para ella y para el padre. Viendo la situación desde Cora, notamos que ninguna satisfacción proviene desde ella misma, se ha instalado en una relación dual con la madre y la coloca como la única portadora de lo bueno. Esta adolescente es extremadamente sensible al contacto social y reacciona violentamente a la separación, como en este viaje que hace a San Antonio donde se siente abandonada, incapaz de poder vivir sin la madre, fusionada hasta un punto que se siente morir si la madre no se encuentra. Esta simbiosis ha sido producida por la madre, que en un intento por ocultar el rechazo ha propiciado una relación muy cercana con la hija donde ella funciona como el metabolizador psíquico de la hija, haciéndola sentir que el mundo es despiadado si ella no está, cuando en realidad el peligro está colocado en esta relación, donde la madre siente un profundo repudio por su hija y deseo de muerte.

M: Cora es como su papá, muy seca, los dos son muy callados y muy tímidos. En cambio yo y mi hijo Raúl somos muy sociables, y extrovertidos. Su mejor amiga es como mi hijo Raúl y la mamá de esta amiga es muy antisocial e introvertida, por eso Cora se lleva tan bien con esta señora porque son idénticas. Me gustaría que Cora fuese más como mi hijo mayor que le gustara salir, tener amigos y no que siempre quisiera estar pegada a mí como chicle, no me deja respirar. Ella siempre ha sido muy tímida desde chica, le cuesta mucho trabajo hacer amigos y separarse de mí, pero últimamente yo la vivo como un problema pues yo quiero que salga más y disfrute.

Resulta interesante como la madre propicia alianzas inconscientes en el núcleo familiar, ella se coloca junto con el hijo e identifica a Cora con los aspectos negativos que le molestan de su marido, identificándose con el objeto bueno y colocando a los otros como malos. Desde su enfoque la hija solo puede ser como ella o como su hijo,

no logra aceptar las diferencias que manifiesta su hija, espera ver en ella una copia de sí misma.

La madre comienza el proceso terapéutico expresando mucha angustia frente a la enfermedad de la hija, dice querer ayudarla y le ofrece al terapeuta la imagen de una madre suficientemente buena muy consternada por la situación de su pequeña hija. De acuerdo con Spitz (1965) con frecuencia las madres de hijos enfermos muestran una imagen de angustia y preocupación al mundo, pero ocultan una proporción inusitada de hostilidad inconsciente reprimida, esto se confirmó en la madre de Cora, que en el desarrollo del tratamiento, expresó esta hostilidad reprimida. Cuando nace la hija, la madre decide no volver a su trabajo pues debía cuidarla y tener tiempo disponible para asistir a las consultas y los procedimientos médicos, esta madre se graduó de Doctorado en Derecho Internacional en el extranjero, comentando que le gustaba mucho su carrera pero que sus obligaciones maternas le requerían mucho más tiempo del esperado (Spitz, 1965).

MC: Usted sabe yo no pude volver a trabajar en mi carrera por las obligaciones de mamá. Yo no quiero culpar a Cora por esto, ni que ella se sienta responsable, pero tener un hijo enfermo es una gran responsabilidad y toma más tiempo que un hijo normal.

Se observa que en la negación que la madre hace sobre un supuesto conformismo a su situación laboral denota molestia e inconformidad con las dificultades que ha generado la condición médica de la hija. Esta madre narcisista esperaba ver en su hija una prolongación de sí misma, una mujer exitosa y llena de logros sociales, pero su hija no sólo padece una enfermedad que la configura como un bebé diferente desde su nacimiento, sino que en su personalidad manifiesta sus diferencias, y esto provoca en la madre un aumento de hostilidad y rechazo hacia la hija.

Desde el comienzo del tratamiento algo me resultó particularmente extraño, la elección del centro Guillermo Dávila, el padre de Cora ocupa un cargo importante en una empresa gubernamental de mucho renombre en el país, por lo que su salario es elevado y podrían haber solicitado otro tipo de servicios psicológicos. Cuando investigo como llegan ahí, noto un cierto rechazo hacia la hija, considerando que su angustia no era tan grave y no necesitaban algo muy sofisticado para ayudarla. Hacen la elección

del centro con base en el costo y la posibilidad que sea barato, la salud psicológica de la hija no es suficientemente importante para los padres, aunque son testigos del sufrimiento que embarga a la paciente.

T: ¿Cómo llegan al Centro Dávila?

C: Pues porqué es barato. Ya habíamos ido con otra terapeuta pero era muy cara y mi mamá pensaba que lo mío no era tan grave como pagarle a alguien más experimentado.

Es importante que esta hostilidad haya sido apalabrada, pues ha estado presente de manera latente en la relación establecida entre la madre y la hija, lo que explicaría la timidez que manifiesta Cora desde su infancia, así como su miedo a no ser amada por los otros. ¿Cómo podría ser amada sino ha sido amada y aceptada por el objeto más importante de su vida, su madre? La posibilidad para esta madre de poder expresar sus dificultades, su agresividad y el deseo de muerte que siente hacia su hija, así como sus sentimientos de culpa, les haría poder reconocer también los afectos positivos que siente por la hija. Tendrían una visión más justa de la realidad la que en consecuencia les parecería menos destructiva. Por último podrían amar a su hijo y ocupar para él su lugar de madre suficientemente buena (Bekei, 1981).

4.4 Correspondencia entre la limitación de los alcances del mecanismo de la desmentida y el aumento de la angustia de muerte.

Cora ha desarrollado una nueva relación con su cuerpo, ahora le pertenece, se hace cargo de ella misma, y por ende de su corazón y de su bienestar. Como bien señala Gutton (1985) la enfermedad es fácilmente negada y desplazada a la relación entre el médico y la madre donde ellos se ocupan de su enfermedad como si fuese algo que a ella no le concierne.

La enfermedad y el dolor fueron eventos reprimidos en la infancia de Cora, estas representaciones fueron sepultadas en el inconsciente de la paciente con la ayuda del proceso de la negación y la desmentida. La enfermedad es fácilmente desmentida y escindida durante la infancia pues esta se depositó en los padres y al pediatra, el niño asume su vida corporal dejando la parte enferma en la pareja madre-médico. La violencia de la enfermedad, alejada por el niño o desconocida por él, resurge en la pubertad donde el cuerpo con la genitalidad cobra un nuevo valor. Debido a esta

fractura, el adolescente retoma el asunto de la enfermedad desde una perspectiva novedosa y patológica (Gutton, 1985). Cora sabe que está enferma, pero no se vive como una enferma. El asunto con estas representaciones es que se mantienen cargadas para la psique de la paciente, consumen una carga muy alta de la energía libidinal de la paciente produciendo que descuide su realidad afectiva y las demandas del presente.

C: Antes no pensaba en mi enfermedad, ni me preocupaba por lo que pasaba en mi corazón, sentía que en realidad no me pasaba nada y sólo tenía que ir al médico para estar bien. Ahora me doy cuenta de la seriedad de mi enfermedad y de los cuidados que tengo que hacer para estar bien.

C: Siempre voy al médico con mi mamá y ella siempre habla con el doctor, nunca se me había ocurrido que yo tenía que preguntarle algo al doctor, yo siempre lo dejaba en sus manos.

Puede haber sucesos traumáticos que se mantengan descargados por un periodo bastante largo y un suceso del exterior los active movilizando el afecto hacia estas huellas mnémicas que habían quedado descargadas (Freud, 1895). Esto es muy frecuente en la adolescencia, donde se codifica bajo nuevos conceptos los eventos ocurridos en la infancia, Cora a sus trece años cuenta con nuevos elementos para entender aquello que vivió y la magnitud de tal vivencia. Esto sucede en el viaje a Cuernavaca pues durante este tiempo Cora revive la ausencia de los padres y esto la regresa al tiempo en que se encuentra en terapia intensiva, donde se hace una asociación automática con el sufrimiento psíquico y físico producido por la enfermedad, y la cercanía que tuvo con la muerte. El tiempo de la terapia intensiva quedó imposibilitado de ser tramitado, el núcleo familiar desmiente la gravedad de la situación responsabilizando a la anestesia por la tristeza que embarga a Cora, por lo tanto el suceso se reprime; y cuando regresa toma a la paciente de imprevisto, inundando al sistema de angustia ante un sentimiento que el yo no logra entender ni tramitar pues no lo reconoce como propio viviéndolo como un intruso, es incapaz de representarlo en su entramado de huellas mnémicas (Freud, 1895).

Durante su infancia los afectos tuvieron bloqueada su salida normal, y estos han persistido como lastres duraderos en la vida anímica de Cora y son fuente de excitación constante que empobrecen al yo pues no se ha posibilitado su tramitación a través del pensamiento (Freud, 1895). Estas representaciones han sido simplemente desalojadas de la conciencia y han quedado estranguladas siendo imposibles darles salida en forma adecuada. Los recursos normales mediante los cuales damos salida a los afectos y las cargas traumáticas es a través de las palabras, las emociones y las acciones, Cora no habla, no siente y expresa muy poco, dice haber estado muy inhibida toda su infancia, se le dificulta saber que quiere, expresarlos e incluso identificarlo.

C: Antes era muy feliz, no pensaba en nada de este miedo, ni me preocupaba nada, todo cambió desde que crecí, ahora siempre estoy angustiada por todo.

C: Yo siempre fui muy tímida, casi no hablaba con nadie, siempre he estado muy cerca de mi mamá. Siempre me ha costado trabajo eso de comunicarme o decirle a alguien que está haciendo algo que no me gusta.

T: ¿Qué cosas crees que sólo son tuyas y de nadie más?

C: Mi nombre, mis doctores, mmmmm... no sé, quizás que me gusta hacer postres, nunca había pensado en que yo era alguien separado a mis papás.

Para Cora la enfermedad se ha configurado como una representación inconciliable que es motivo de muchos conflictos entre el Yo y el Súper Yo que exige a Cora estar sana para poder tomarla como objeto de amor, sabemos que el súper yo se conforma a partir de los deseos paternos (Freud, 1923). Estas representaciones inconciliables sobre su enfermedad han sido reprimidas, desplazando los afectos y dejándolas segregadas de todo tipo de asociación. Esto ha propiciado que se creen enlaces falsos, como la que realiza entre la aparición de su angustia y la casa de su amiga. Ella asocia el lugar con el desencadenamiento de su miedo en lugar de ubicarlo como algo propio de ella. El asunto con esta representación es que le permite defenderse de la representación de la enfermedad, desplazando la angustia y el miedo a otros objetos y propiciando una actitud fóbica ante ellos.

C: No quiero ir a casa de mi amiga, porque ahí fue el primer lugar donde me dio mi miedo y no quiero que me vuelva a dar.

T: ¿Pero tú crees que sea el lugar o sea algo que tú llevas a ese lugar?

C: Yo creo que es el lugar, porque ahí me dio y bueno desde ahí siento este miedo. (Cuando habla de su miedo, toca su mediastino).

T: ¿y que tendrá ese lugar que te hace sentir así?

C: Pues que ahí me dio el miedo por primera vez, y siempre que voy ahí siento que el miedo vuelve. No quiero volver a ir nunca.

Cora hace una asociación rígida sobre el miedo que ella siente y el lugar donde le ocurrió, una asociación temporal, que demuestra la rigidez de su pensamiento y las debilidades con las que se ha estructurado su yo a partir de mecanismos de defensas sumamente rígidos que han disminuido las posibilidades de Cora para pensar, sentir, amar, y recorrer nuevos caminos. La paciente ha sofocado las emociones producidas por la enfermedad en función de cumplir con el ideal materno de perfección, pero cuando se producen escenas o vivencias donde ella reproduce el desamparo original, el afecto hasta ese momento inhibido aflora con particular violencia (Gutton, 1985).

El Yo de Cora da muestras de muchas fracturas, evidencias que se han ido mostrando a lo largo de este análisis, y que se deben a la poca libidinización que ha mostrado la madre de Cora para cobijar a la hija y aceptarla con todas sus diferencias, y las dificultades implícitas que tiene la conformación de un Yo de un paciente enfermo desde el nacimiento enfrentado desde muy temprana edad al sufrimiento del cuerpo. El Yo de Cora, debe estar siempre atento antes los precipitados que la angustia de muerte desencadena, esto deja el yo siempre desprovisto de energía para emprender nuevas aventuras, el mayor temor de Cora es el desencadenamiento del afecto, verse desbordada por el proceso primario y la angustia (Freud, 1895).

C: Me da mucho miedo que este miedo siempre vaya a estar en mí y que nadie me pueda ayudar. Siento que nunca se va a ir y me deprime muchísimo.

C: Me asusta que todos los días vayan a ser iguales, porque yo estoy muy deprimida siempre, no me interesa nada, soy muy infeliz.

C: Siempre estoy muy atenta cuando va aparecer el miedo para tratar de pensar en otra cosa. Me pongo a rezar o a pensar en las personas que quiero, para que se vaya el miedo y no me haga sentir peor, porque una vez que se mete en mi cabeza me arruina todo el día.

El yo no puede impedir por completo la ocurrencia del proceso primario y es claro en la paciente que ante momentos de crisis se desbarata su aparato psíquico dando muestras de la fragilidad de su constitución psíquica (Freud, 1926). Después de seis meses de tratamiento, Cora inicia el primer año de secundaria en un grupo de nuevos compañeros donde ella se siente morir, pues no se siente capaz de hacer nuevos amigos. Esta situación propicia en Cora un estallido de angustia, pasa todo el día llorando, se siente muy deprimida, presenta eventos psicósomáticos, ausentismo escolar y llama a la terapeuta en repetidas ocasiones durante el día manifestando **“que ella no puede vivir así, que este miedo ante la vida no la deja continuar”**. Logra superar esta etapa, hace nuevos amigos y tramita la angustia que le causa la entrada a un nuevo grupo, cabe mencionar que la paciente asiste a la misma escuela donde cursó toda la primaria.

Estos eventos reprimidos han comenzado aflorar con la precipitación de la pubertad y los movimientos que esta nueva etapa de la vida acarrea. La adolescencia es un tiempo de re-estructuración de los eventos acaecidos en la infancia, cuando el aparato psíquico del adolescente no da abasto para metabolizar las perturbaciones novedosas que se presentan, la angustia podría desbaratar el aparato psíquico del adolescente (Gutton, 1985). La demora del desarrollo puberal ha producido el retorno de lo reprimido, la reminiscencia de las huellas mnémicas y la vuelta de los eventos traumáticos que se sepultaron en el pasado.

C: ¿Por qué mi cuerpo no es como el de las otras niñas? ¿Y yo por qué no tengo la menstruación, o me crecen los pechos? No logro entender porque soy diferente.

La desmentida es un mecanismo que funciona adecuadamente durante la infancia, pues los padres funcionan como los contenedores de identificaciones para el hijo, ya en la adolescencia deben poder construir nuevas identificaciones lo que desencadena la salida de nuevas representaciones que producen angustia (Gutton, 1993).

La pubertad para Cora ha activado un conjunto de representaciones sobre el cuerpo que a su vez han movilizado un grupo de representaciones pasadas sobre el cuerpo enfermo del cual ella es portadora. El cuerpo para Cora ha sido el elemento detonador de la angustia, pues en este no sólo ocurren los cambios puberales sino que además es el espacio donde se debate una enfermedad crónica, posicionando a este cuerpo dividido entre lo libidinal y el sufrimiento. Son muchos los sucesos que se concatenan en la adolescencia que favorecen la aparición de la angustia, frente a la imposibilidad asociativa de esta angustia se ha conformado un síntoma que permite a Cora lidiar con la vida, para no tener que llegar a desbaratar su aparato por el exceso de la angustia al que se ha visto enfrentada.

C: Siento que este miedo nunca se va a ir, me va a perseguir día y noche. Antes no pensaba en esto, ni sentía este miedo, vivía muy feliz y no pensaba en nada ni de la enfermedad ni de la angustia que me ha salido. Le tengo mucho miedo a la adolescencia, muchas cosas cambian para uno, tu cuerpo cambia, tu forma de ver la vida, tienes nuevas responsabilidades y tus padres esperan más de ti. Extraño estar en la primaria, todo era más fácil, todos me consentían y no me exigían nada.

Retomando al fundador del psicoanálisis, Freud (1926) conocemos que la angustia es la primera emoción que guardamos frente a vivencias traumáticas, y que esta energía es depositada en las huellas mnémicas. Esta energía es movilizada por vivencias que se asemejan a esos símbolos mnémicos guardados en el aparato psíquico. Cuando el sistema consciente se percata de algún contenido que pueda producir displacer o reactualizar la angustia, se activan los mecanismos de defensas que buscan la represión de tal contenido. Lo difícil es cuando un contenido es demasiado violento, o tiene mucha energía, como la angustia frente a la muerte, la cual por supervivencia estamos codificados para actuar frente a ella con toda la energía que el sistema posee para desalojarla.

La angustia de Cora ha sido en parte adaptativa, pues su vida ha estado en peligro constante, ella debe estar alerta frente a los signos que lo provea el medio sobre la muerte de ella o de alguien cercano. Esta angustia es también causa de la entrada de Cora a la adolescencia y de los reacomodos que deberá lograr para constituirse como adulta, y poder separarse de los padres, lo cual constituye una muerte simbólica

que ella no es capaz de realizar, por la constante cercanía con una muerte en el orden de lo real. Pareciera que detrás de esta angustia hay un deseo de muerte, para ella, o para los padres, el yo anticipa la satisfacción del impulso instintivo, y le permite reproducir las sensaciones displacenteras de la situación peligrosa que sería su muerte o la de los padres, con ello se da cuenta de lo peligroso que es su deseo.

Esta angustia es también innecesaria y contraproducente en este momento de su vida, porque ahora no corre peligro su vida, quizás si esta angustia se hubiese presentado en los momentos de la operación o en el tiempo pos-operatorio sería parte del proceso normal que se produce cuando nuestra vida está en peligro. Sería una angustia realista, pero la angustia que presenta ahora es de tipo neurótica, pues se manifiesta en el a-posteriori cuando la paciente ya salió del peligro mortal. Esta angustia da cuenta de un evento traumático no tramitado y que ha quedado dando muestras de vida desde entonces, la angustia posibilita el reconocimiento de los eventos traumáticos que necesitan incorporarse al sistema consciente del paciente (Freud, 1926). Una angustia flotante, dispuesta a adherirse a cualquier contenido de la primera representación adecuada que justifique la fuga de la angustia.

C: Me angustian muchas cosas. Que les pase algo a mis papás, o que se muera mi abuela porque ya está muy viejita. Me angustian los lunes, no me gusta ir a la escuela porque no sé qué pasará en la semana. Me angustian todas las situaciones nuevas, como la entrada a un nuevo año escolar porque quizás no conozca a nadie y no sé cómo hacer nuevos amigos. También me angustia que mi amiga me obliga a ver una película de terror o que me quiera llevar a la fuerza a su casa en Cuernavaca.

Cora ha podido movilizar su angustia a un objeto, la madre, de alguna forma ella tiene más control sobre el miedo a separarse de la madre que sobre esta representación tan difusa como es la angustia de muerte, pues en la angustia no hay objeto del cual escapar, mientras que en el miedo el objeto puede ser evitado (Safouan, 1988). Es evidente que este miedo imposibilita su separación de la madre y traerá emparejado otras consecuencias psíquicas para la paciente, pero es la forma que ella ha encontrado para lidiar con una angustia de este calibre.

El sistema de Cora ha erigido sobre estos síntomas y conjuntos de representaciones una defensa maníaca, incapaz de tomar contacto con el dolor de su cuerpo no ha podido tramitar las vivencias traumáticas. Esto ha posibilitado la escisión, y la aparición de las medidas protectoras y rituales de protección donde la madre se ha configurado como un objeto fetiche que permite a la paciente vivirse como completa sin falta y sin enfermedad (Gutton, 1993). Cuando los mecanismos defensivos fallan, nos encontramos con un retorno de lo reprimido, esta moción pulsional se desplaza hacia otro objeto, hacia el cuerpo o se asocia con otra representación. En el caso de Cora vemos como se han depositado en el cuerpo estas cargas, transformándose en enfermedades psicosomáticas que anulan cualquier tipo de tramitación, pues lo que se coloca en el cuerpo sólo se explica a través de lo biológico y el yo de la paciente lo vive como algo completamente ajeno a él. En el siguiente ejemplo vemos como la paciente tramita con la angustia que le provoca el cuerpo genitalizado.

C: Ayer fui con Mariana a Patio. Por fin conocí a su novio, me cayó bien. Estábamos solo ellos dos y yo, y era San Valentín. Ellos se estaban besuqueando todo el tiempo y las personas se nos quedaban viendo porque estábamos en un café y ellos estaban casi fajando.

T: ¿y tú como te sentías con eso?

C: Pues me daba igual. Yo me ponía a ver mi celular para no verlos. Después de un rato me comenzó a dar una migraña súper dura que tuve que llamar a mi mamá para que me fuese a buscar porque ya no aguantaba más de estar ahí, claro del dolor.

Cora presenta varios agrupamientos anímicos que se han mantenido independientes unos de sí, produciendo una escisión entre una parte brutalmente afectada por los procedimientos médicos y otra anestesiada que no se ha enterado de la enfermedad crónica a la cual se enfrenta. Hay una imposibilidad en la confluencia de estas dos representaciones, pues el amor de su madre depende de la negación que haga la paciente sobre su parte enferma, y el amor de una madre es uno de los principales anhelos de los hijos, por lo que esta paciente en el afán de complacer a la madre ha admitido la clausura de una porción de su historia. La paciente pasa toda su infancia escindida, con una muy poca integración de los objetos, por lo que solo puede ver a la madre como muy buena y a ella ubicada en el otro polo como alguien muy

mala. Esto mismo sucede hacia la terapeuta pues ella siente que fuera del espacio terapéutico ella no es nada ni puede lograr nada por sí misma sin la presencia del otro que posee todo lo bueno.

C: Yo no me siento como una persona enferma. Nunca pienso en mí como si hubiese tenido una enfermedad del corazón. Me veo como una persona sana. Yo no pensaba en estas cosas antes del viaje.

C: Yo me siento muy culpable pues le doy muchas preocupaciones a mi mamá cuando ella siempre me ha dado lo mejor. Ella es muy buena y yo no soy merecedora de eso porque yo le doy muchos disgustos con este miedo que tengo.

C: No sé qué vaya a pasar cuando me vaya de la terapia. Tengo miedo que regrese el miedo y que me vuelva a sentir tan deprimida y que no pueda lograr yo misma sentirme bien, siento que tú me ayudas mucho y no creo poderlo hacer sola.

La entrada a la adolescencia marca un momento de confrontación sobre la diferencia que su cuerpo muestra, esto muestra las limitaciones de la desmentida y la negación que mantiene por un largo tiempo a la paciente instalada en una fantasía de completud. Su cuerpo le ha impuesto el reconocimiento de su enfermedad y vulnerabilidad, esto impide a la paciente negar su condición médica, y automáticamente se activan una serie de preguntas como ¿por qué mi cuerpo es diferente? ¿Es por la enfermedad? ¿Qué conlleva estar enferma del corazón? ¿Me voy a morir? ¿Esta enfermedad me va a matar? ¿Cuándo moriré? Dudas que activan la angustia de muerte que experimenta la paciente, inundando al Yo de un contenido intrusivo que la paciente no reconoce como propio, pues había sido negado y reprimido por la paciente y su núcleo familiar durante la infancia. La enfermedad, en general, provoca un reconocimiento de la vulnerabilidad en la que todos estamos instalados pero negamos de forma constante, sobre la cercanía con la muerte. Este reconocimiento sobre la muerte explica porque Cora se siente amenazada todo el tiempo y ha visto su sistema paralizado por una angustia difícil de tramitar.

4.5 La angustia de muerte y el deseo de cumplir el mandato materno de muerte en Cora

Tal como señala (Spitz, 1965) desde el nacimiento se establece una intensa comunicación inconsciente entre la madre y el hijo, la madre funciona como un metabolizador de la angustia del hijo traduciendo en palabras aquello que el niño no puede apalabrar, como la enfermedad y el dolor. La contrapartida de esta capacidad materna es la percepción por parte del bebé de los humores maternos, de sus deseos conscientes e inconscientes. Esta comunicación se produce de forma no verbal durante los primeros meses de vida, se expresa a través de los afectos y el baño sonoro con el que cubre la madre al hijo desde sus primeros encuentros. Cuando el hijo comience a hablar este intercambio puede ir diversificándose, pero siempre habrá una comunicación latente inconsciente entre el hijo y su madre.

El niño siempre percibe el afecto subyacente de la madre, ya que mientras su percepción de la realidad externa es muy débil, su inconsciente está en contacto directo con el de la madre, y logra registrar el impacto de los sentimientos hostiles aunque estén sobrecompensados por una conducta solícita. Estos intercambios prosiguen ininterrumpidamente sin que la madre se percate de ellos, por lo general también son inconscientes para ella, tal comunicación latente ejerce una presión constante que conforma la psique infantil y sus perturbaciones. En el caso específico de Cora hemos visto en un apartado anterior como la madre manifiesta una hostilidad consciente hacia la hija y deseos de muerte inconscientes que la adolescente ha registrado y ha incorporado a su propio discurso, tomándolos como propios.

C: Las personas se aferran a una persona. Tienen miedo de que se vayan a ir de su lado, y sin esa persona su vida no tiene sentido, creen que están solos, y se sienten muy tristes. Yo me sentía así con este miedo, no sabría que hacer sin mi mamá. Me siento muy triste de que este miedo no se vaya porque decepciono a mi mamá, ella quiere que yo esté bien, que sea sociable, que tenga más amigos, y a mí me encantaría complacerla pero no sé cómo hacerlo. A veces he pensado que pasaría si me muero, pues dejaría de darle preocupaciones y ella estaría muy tranquila, sin mí. Quizás ella sería feliz y no tendría tantos problemas como tiene conmigo ahora.

Este es un extracto del discurso de Cora donde podemos afirmar que la paciente es consciente sobre las molestias que causa en su madre, de lo inconforme que se siente su mamá al tenerla de hija, pues no satisface sus demandas e incomoda a su madre. Ella misma plantea la posibilidad de morir para satisfacer a su madre, perder su propia vida solo para complacerla, frente a este deseo el aparato psíquico debe poner en marcha una serie de mecanismos que impidan a la paciente llevar a cabo el acto del morir, pues pone en peligro a todo el sistema. Aquí se desata la angustia que caracteriza a Cora, hay una imposibilidad de hablar de este miedo que remite a la imposibilidad que ella tiene para hablar sobre el rechazo materno.

C: No quiero hablar de mi miedo, es algo de lo que no me gusta hablar, no me gusta ni pensar en ello, mejor lo borro de mi mente y pienso en otras cosas. Mejor no hablemos de eso.

En otra ocasión hablamos sobre los problemas que estaba enfrentando con su mamá y pregunta ***¿Mi mamá me querrá?*** Acto seguido cambió a otro tema y comienza a mostrarse muy resistente frente al tema de la relación con la madre. Dice estar preocupada porque la madre no la quiera más, *porque ella siempre está triste, y la madre ya está desesperada de ella, se siente mal porque no logra complacer a su mamá.*

Estos deseos maternos de aniquilación han quedado reprimidos para la paciente, pues el simple reconocimiento de una realidad tan perturbadora como el reconocimiento del deseo de muerte materno lastimaría profundamente su yo ideal hasta dejarla sumida en una profunda depresión. Cora solo llevó al tratamiento dos sueños, ambos ricos en material y en simbolismos sobre su inconsciente, un lugar de difícil acceso tanto para ella como para la terapeuta. En el sueño Cora ha reconocido la hostilidad y rechazo que tiene su madre hacia ella, vemos como se comprueba la hipótesis de Spitz (1965) donde propone que el intercambio de la diada es recíproco y que el hijo posee un acceso a los contenidos que conforman el aparato psíquico de la madre. Estos elementos han sido desfigurados en el sueño, aplicándoles una censura, pues sería

muy doloroso para el Yo de la paciente reconocer un profundo deseo de muerte que proviene del objeto original, la madre.

C: Ayer tuve una pesadilla muy fuerte, era como tipo Resident Evil, todos eran zombies menos nosotros, yo y mi primo. Durante el sueño yo tengo la idea de ir a buscar a mi madre para que nos ayude, pero en el camino un zombie me atrapa y me mata dándome un abrazo. Ponen mi cuerpo en un lugar donde hay otros muchos cuerpos, yo estoy viéndolo todo, quiero levantarme e irme pero no puedo porque aunque soy consciente, estoy muerta. De repente llega una señora vestida de enfermera que es la que me va a matar para siempre y me dice "Eso cielo, eso". Me recordó a mi mamá esa enfermera cariñosa.

T. ¿tú que piensas del sueño?

C: Es que acababa de ver la película de Resident Evil y me dejó muy impactada. Lo que me parece chistoso es que la señora enfermera fuese mi mamá, no tiene lógica porque mi mamá nunca me querría hacer daño.

C: (en una sesión posterior comenta) Mi papá me dijo el otro día que las cosas que amamos son las que nos destruyen.

En el sueño y en las asociaciones que realiza posteriormente reconoce la ambivalencia del vínculo materno, no es casual que la maten mientras la abrazan, en este acto se combina el odio y el amor, la ternura y la violencia que caracteriza la relación con su madre. En la negación que realiza posteriormente cuando se le pide que brinde más información sobre el sueño, ella logra decir la verdad sobre lo que percibe en su madre. Ella no entiende como siendo su madre querría hacerle daño, si suponemos que una madre es la encargada de velar por el hijo y de darle vida más que muerte. Termina la asociación evidenciando su desconcierto frente a las personas que la cuidan pues relaciona el amor con la muerte, en realidad lo que busca decir es ¿Cómo es posible que aquellos que dicen amarnos también quieran nuestra muerte? El vínculo materno es siempre ambivalente, pero las experiencias buenas deben sobrepasar a las malas para que el individuo pueda acceder a una integración satisfactoria, para Cora las experiencias de rechazo han sobrepasado a las de aceptación por parte de su madre, lo que explica porque siente que los otros siempre están juzgándolas y no estarán interesados en ser amigos de ella. En el apartado sobre el rechazo inconsciente y deseos de aniquilación de la madre hacia Cora pudimos

constatar el doble discurso que prevalece en esta relación, donde la madre intenta aparentar estar muy preocupada por la hija, al mismo tiempo que se le manda a un campamento en otro país, meses después de una operación de elevada gravedad, este parece ser un discurso contradictorio que deja a la paciente paralizada y confundida sobre lo que se espera de ella.

Todos estamos determinados por dos corrientes, la primera es fusionarse con la madre, regresar al vientre materno y morir, o separarse de ella para emprender una nueva vida. Dos decisiones que enfrentan a Cora a un dilema, el primero es dejarse arrastrar por la pulsión de muerte, y complacer a la madre en su deseo de aniquilación de la hija, o elegir la pulsión de vida, a costa de decepcionar a su madre y perder su amor. Otra cuestión del sueño muy interesante es el estado consciente-muerte en el que ella está, pues aunque pareciera que ya no está es participe de todo lo que le rodea, este elemento me hizo pensar en esta inhibición que la ha acompañado desde su infancia. Pareciera que ella está muerta, no participa pero está pendiente de todo lo que pasa y es consciente de todo lo que la rodea. Esto mismo sucedió en el transcurso de la terapia, yo sentía que nada había ocurrido en la paciente e incluso sentía poco interés de su parte, para verme realmente sorprendida cuando al final del tratamiento Cora pudo hacer una lista de las reflexiones que había podido realizar en el espacio analítico.

Otro elemento que me permitió identificar el reconocimiento del odio materno, es una de las fantasías que tuvo mayor peso en su angustia. Ella llega un día hablando de la película del Aro.

C: Estoy muy preocupada, tengo mucho miedo de que la niña del Aro venga por mí y mis papás, y que nos mate a todos, porque además puede aparecer por la televisión.

Investigo tanto el contenido manifiesto como el contenido latente de esta película, con la finalidad de otorgarle un sentido dentro del contexto de Cora. En esta cinta una niña regresa desde la muerte a través de un video para matarte del susto, Samara como se llama el personaje busca a través de la muerte la relación con el otro, busca salvarse del olvido y el abandono acaecido por sus objetos primarios. El argumento más profundo de esta cinta es el hondo rechazo que sienten hacia esta niña desde su

nacimiento, y durante toda su infancia, llegando la madre a asfixiarla para luego tirarla a un pozo, donde muere de hambre, frío y desesperación. La película habla sobre los hijos que han nacido bajo el signo de la diferencia, con cualidades tanto físicas como psíquicas distintas a lo que los padres imaginaban, lastimando el ideal y el narcisismo parental, llegando incluso a costarles la vida. Cora así como Samara han nacidos marcadas por la diferencia y esto ha provocado en sus madres un profundo rechazo, se vive a estas niñas como productos dañados que hieren el narcisismo parental. Las fantasías que construimos, siempre dan cuenta de un material propio que ha sido proyectado hacia el exterior por la imposibilidad de reconocerlos como propios (Freud, 1896).

Es inevitable que el niño ceda el cumplimiento de sus deseos para satisfacer a sus objetos primarios, esta es una de las principales reglas de la civilización, cómo se teme perder el amor de los objetos, el niño renuncia al cumplimiento de su voluntad para satisfacer a otros y seguir siendo amado por los padres (Freud, 1923). Entonces lo más temido es la pérdida del amor objetal, lo que justifica que las personas se postran ante los deseos de otros por el temor a perder su amor. Las pérdidas de este tipo procuran un fuerte golpe al yo ideal, al narcisismo y al ideal del yo, el cual se sostiene por las miradas del otro. Estas miradas de aprobación y amor enriquecen al narcisismo, hay una complacencia narcisista en la satisfacción del deseo del otro. Esto se logra ver claramente en Cora, que renuncia a sí misma para complacer a la madre.

C: Yo no quería ir al viaje en San Antonio pero mi mamá quería y pues no me quedó de otra que ir. Aunque me quería regresar antes ella me dijo que sería una gran decepción para ella y yo me aguanté.

C: A mí no me gustan los vestidos, a mi mamá sí. Si no hago lo que ella quiere ella se enoja mucho y me deja de hablar por mucho tiempo, y eso me pone muy triste, entonces me los pongo aunque no me sienta cómoda con ellos.

C: A mi mamá no le gusta esa amiga ni su mamá, dice que son tontas, a mí me cae bien pero bueno si a mi mamá no le gusta pues no salgo más con ella.

El primer objeto con el que el niño se identifica es la madre, ésta es la identificación primordial que constituye el aparato psíquico, en un primer momento el niño crea la ilusión de completud donde él y su madre integran una sola unidad. En esta identificación la madre deja una idea sobre lo que espera del hijo en la vida, dejándole parte de su inconsciente y construyendo el ideal que lo perseguirá por el resto de sus días. Idealmente lo que debe pasar luego es que el niño se reconozca como algo separado y pueda poseer sus propias cualidades sin ser una extensión de la madre (Freud, 1921). Situaciones como la enfermedad propician un lazo simbiótico entre las madres y los hijos que propician fallos en la individuación y la separación (Blum-Gordillo, 2009). Lo que explicaría por qué Cora es incapaz de vivirse como algo separado de su madre, identificándose con los deseos de muerte que posee su mamá como si fuesen suyos, e incluso llegando a pensar que si ella se suicidase su mamá estaría muy tranquila y sería muy feliz ¿pero y ella?

C: He pensado en el suicidio. No lo haría porque no me iría al cielo pero pienso en toda la tranquilidad que sentiría mi mamá si yo ya no estuviera.

Estar plegado al deseo del otro, es un acto de mucha pasividad y es común encontrarla en la infancia, cuando los niños dependen de sus padres para obtener todo tipo de recursos psíquicos, pero en la adolescencia vemos un desasimiento de estos objetos y una búsqueda activa del reconocimiento en otros objetos. Cora sigue atada al deseo de su madre, incluso ahora que atraviesa la adolescencia, por lo que no logra separarse, encontrar nuevos objetos que le devuelvan amor, y que le permitan construir una identidad propia sin estar cargados los deseos maternos de muerte. Cora desplaza sus propios deseos para ponerse a merced del otro, colocándose en la vida desde un lugar pasivo y de dependencia absoluta hacia la madre. También la madre ha exigido a Cora que anule su propio deseo, cuando le impide maquillarse, pintarse el pelo, escoger la ropa o los amigos que ella quiere frecuentar, como condiciones para quererla.

Esta es una madre que miró a su hija como objeto de su deseo, el deseo de devolver la unidad a la familia, no como una persona separada a ella, el deseo de Cora

quedó sometido a la complacencia de su madre. Su valía depende de cómo la vea su madre, es todo o nada para ella, Cora se ha quedado anclada a ella, no tiene ni busca un deseo propio, sino que su vida está en dependencia de satisfacer las demandas de la madre. Cuando dejas de llevar a cabo tu deseo y llevas solamente el deseo del otro auestas es una forma de morir, porque pierdes toda individualidad y subjetividad, y te conviertes en una extensión del otro, como el seudópodo del que hablaba Freud (1895) que sólo es una extensión del cuerpo central, pero que no puede decidir por sí mismo a donde dirigir su deseo. Esto, efectivamente, brinda una complacencia narcisista en Cora quién a costa de perderse gana un poco de amor y cobijo por parte de la madre.

El reconocimiento del deseo de muerte por parte de la madre coloca a Cora en un dilema, por un lado le gustaría complacerla como ha hecho siempre, pero este deseo implica su vida, el bien máspreciado que tenemos por lo que complacerla iría en contra de sí misma. Este contenido ha propiciado la salida de la angustia, pues la angustia emerge frente a un contenido perjudicioso e inconciliable con el sistema, el deseo de morir para satisfacer a la madre y obtener su amor. Sabemos que lo que puede ser un conflicto para una instancia puede no serlo para otra (Freud, 1921) en este caso el superyó de la paciente se vería inmensamente gratificado en complacer a la madre en su propia muerte y “quitarle ese peso de encima”, pero el ello reclama su instinto de vida y su deseo por continuar en este mundo, lo que coloca a Cora en un conflicto entre dos instancias que buscan la satisfacción de su impulso. El yo ha propiciado la angustia de muerte frente a una serie de representaciones que son inconciliables, complacer a la madre y morir, o complacerse a sí misma y continuar en la vida.

4.6 Proceso terapéutico. Análisis transferencial y contratransferencial

El proceso psicoterapéutico es siempre innovador, pues implica el encuentro de dos mundos, con sus posibilidades, limitaciones y dos historias personales convergiendo en un mismo espacio y bajo un mismo propósito, encontrar repuestas a los problemas y conflictos del paciente, a través del análisis y la resignificación de sus recuerdos y vivencias dentro de la actualización de una nueva relación en la transferencia. Todo

encuentro terapéutico despliega la historia del paciente y la historia del analista, movilizando la transferencia y la contratransferencia, ambos elementos deben ser usados a favor del proceso terapéutico, y esto será logrado a partir de la supervisión y el análisis personal, herramientas enriquecedoras en el trabajo analítico. En otros momentos también podrá constituirse como un estorbo en el proceso psicoanalítico, siempre y cuando no sea analizado y quede en la mente del psicoterapeuta como un elemento catalizador de las actuaciones. La supervisión permite entonces enunciar estas emociones y ponerlas al servicio del proceso psicoterapéutico (Fuentes, 2010).

Los ejes que determinan una práctica clínica profesional son la teoría que sustenta a la técnica, la supervisión y el análisis personal. Sin estos tres elementos me hubiese visto imposibilitada en continuar el tratamiento con Cora, pues fueron muchos los fenómenos transferenciales y contratransferenciales que surgieron durante el análisis, que sin el apoyo de la supervisión clínica hubiesen propiciado la terminación del análisis. Quisiera traer a colación un detalle especial del caso de Cora, el paciente enfrentado a la muerte por condiciones reales como una enfermedad crónica, moviliza una serie de emociones que provocan mucha angustia en el psicoterapeuta, ya que remiten al tema del sufrimiento y de la muerte, temáticas angustiantes para todos, generando una activación del malestar.

En nuestra vida cotidiana negamos constantemente la enfermedad, la muerte y el sufrimiento psíquico, incluso se dice que todos nuestros deseos tienen como finalidad negar el vacío que nos deja la muerte, frente a la cual todos estamos destinados. En el terapeuta que trabaja con pacientes enfrentados a la muerte real, se produce un bloqueo en la fantasmaticación así como ocurre en los pacientes, por lo que la supervisión es indispensable para poder tomar la suficiente distancia, para analizar los datos y dar cauce a la angustia del paciente, sin ver incorporado nuestro propio acopio de angustia. Se debe estar siempre alerta a la contratransferencia producida por la vivencia del paciente, el exceso de angustia puede llegar a bloquear la creatividad del propio analista e impedir el trabajo elaborativo (Franco, 2001). Esto me ocurrió en sesiones donde hablamos sobre la soledad, la enfermedad, y la muerte, yo visualizaba mi miedo a pensar, hablar o sentir estos temas, llegué a sentirme triste después de las

sesiones, en un inicio incluso me vi negando la gravedad somática de la paciente desmintiéndolo como hacían los padres, por el temor constante que sentía ante la muerte de la paciente. Esto fue trabajado tanto en supervisión como en análisis personal, posibilitándome entender como la angustia de muerte se había apropiado de mi pensamiento y creatividad, imposibilitándome ver todas las posibilidades que la pulsión de vida tenía aún para Cora, y como la estaba destinando a la muerte así como había hecho la madre.

Una vez expuesto esta particularidad del paciente con enfermedad crónica, me gustaría exponer una serie de elementos transferenciales y contratransferenciales que aparecieron durante el proceso terapéutico, y que fueron retomados a partir de la supervisión, como eventos significativos en la búsqueda de la verdad y el desarrollo de una práctica profesional de calidad.

Cora fue una mis primeras pacientes dentro del programa de la maestría. Desde el comienzo de nuestra relación me pareció una adolescente con una necesidad afectiva muy grande, que se esforzaba mucho por ser amada, incluso dejando a un lado su propio placer. Para Cora todo lo bueno siempre está en el otro, en la madre, en el padre, en el hermano o en la terapeuta, ella no ha podido apropiarse del objeto bueno para sentirlo como propio, por lo que siempre necesita de la presencia de otros para sentirse segura. Esta inseguridad con la que ella vivía las relaciones con los demás, le impedía expresar sus emociones de enojo y tristeza provocadas por estos objetos idealizados, guardando para sí todo el enojo, la envidia, la tristeza o los pensamientos sinceros. En varias ocasiones pudo expresar su rechazo a la terapia, pero sólo a través de la palabra de otros, diciendo que el hermano pensaba que era para locos, o que la madre no veía resultados, ella llegó a comentar que no quería decepcionarme, colocándome en un lugar que su madre tenía para ella. Recordemos que en la transferencia, estamos colocados en el lugar de otro, esas palabras y actos no son para nosotros, sino para un objeto amado, al cual no se le puede o no se le pudieron expresar esas emociones.

En muy pocas sesiones Cora idealizó la figura del terapeuta, y depositó en mí todo el conocimiento, llenándome de preguntas sobre lo que sucedía en su interior, como si yo fuese una especie de médico de su mente. Además de sentir que ella se quedaba vacía cada vez que se presentaba una separación, como vacaciones o el cierre de la psicoterapia, Cora mantenía una relación adhesiva con sus objetos, que le impedía separarse de ellos. La paciente ha mantenido una relación de sometimiento hacia sus médicos desde muy temprana edad, su cuerpo es vivido como algo que les pertenece y sobre lo que ella no tiene derecho. Esta situación se reprodujo en el espacio terapéutico, donde ella hacía preguntas esperando que yo le diera una explicación detallada sobre lo que estaba propiciando la aparición de la angustia, ella se quedaba desconcertada cuando yo le devolvía las preguntas para que ella las pensara y les otorgara un sentido propio. Mi actitud investigativa le incomodaba, e incluso me ponía a rivalizar con los médicos, diciendo que *le gustaría que ese miedo fuese algo de verdad para que los médicos se lo pudiesen quitar pues yo no había podido ayudarle en nada.*

Cuando comenzó la psicoterapia, Cora se comportaba como una niña más pequeña, ansiosa por obtener cariño y atención. Pienso que mi contratransferencia se unió con este deseo de la paciente, pues yo la vivía como una niña frágil que necesitaba mi protección e incluso noté que disminuía mis intervenciones para no lastimarla con un material que sentía no podía procesar. Esta contratransferencia propició algunas actuaciones, una de ellas cuando la paciente comenzó primer año de secundaria, en un grupo nuevo, lo que desató la angustia de Cora, se sentía atacada por todos los nuevos compañeros. Después de una sesión cargada de mucha ansiedad, yo recomendé a la madre de Cora que pidiese un cambio de salón, sin darme cuenta que lo que necesitaba Cora era poder superar sus miedos y fomentar la socialización. Incluso llegué a aliarme con el deseo de la paciente de no trabajar en el consultorio, sentía que ya se había cumplido el objetivo del tratamiento, cuando en realidad me había identificado proyectivamente con la meta de la paciente de resistirse al tratamiento y a la develación de los elementos del inconsciente.

La madre de la paciente desarrolló una transferencia ambivalente hacia el proceso psicoterapéutico, desde el comienzo me pareció una mujer cargada de mucho sufrimiento que desde las primeras entrevistas evidenció. También me pareció una madre muy seductora, interesada en causar una buena impresión en la terapeuta, lo que confirma la necesidad que tiene esta madre de sobre compensar el rechazo que siente hacia la hija. Después de una sesión con la madre, ambas acuden al centro vestidas iguales, en este gesto interpreto el deseo de la madre de ser la paciente y tener un espacio de escucha y re-significación de las vivencias dolorosas del pasado. Este deseo de la madre de ser la paciente se evidencia cuando pide sesiones para supuestamente, hablar de la hija pero termina hablando de los conflictos que padece con el hijo mayor. Durante el desarrollo de la psicoterapia, la madre va cediendo al impulso de controlar a la hija, y frente a la neutralidad que le demuestro y la no confabulación con su deseo, deja de mostrarse seductora conmigo para hablarme en contadas ocasiones mostrándose indiferente. Lo cual me parece un acierto del proceso psicoterapéutico pues la paciente necesitaba un corte en la relación amalgamada que tenía con la madre.

Durante el tratamiento sentí enojo hacia la madre, por el profundo rechazo que manifestaba hacia Cora. Esto fue analizado en la supervisión, como un elemento importante de la contratransferencia, que me permitió entender que yo estaba enojándome por algo que le correspondía enojarse a Cora, ella albergaba un fuerte enojo hacia su madre que no se permitía expresar, por culpa, temor a las represalias, o motivada por miedo a quedarse desprotegida, al enfrentarse a su madre. El enojo que ella no podía expresar era inoculado hacia mí, para que yo me hiciera cargo de emociones que a ella no podía sentir, este mecanismo fue habitual durante el tratamiento con Cora, ella no suele hacerse cargo de sus emociones y las proyecta constantemente en otros. Como en una ocasión, donde después de una sesión cargada de mucho dolor, donde hablaba sobre el fuerte rechazo que había experimentado por parte de su madre y su incapacidad para poder enfrentarse a los retos de la vida, yo me quedé después de la sesión con muchas ganas de vomitar, pasando todo el día con náuseas. En supervisión, se analizó la imposibilidad que había tenido como terapeuta

para devolverle todas esas emociones que había depositado en mí, como un nudo patógeno, incapaz de ser elaborado, como una representación cosa que se había alojado en mi estómago, buscando una salida de la forma más agresiva posible, vomitándolas, sacándolas de mi interior lo más pronto posible.

El trabajo con Cora, en ocasiones, llegó a producirme mucha frustración había en Cora muy poco interés investigativo hacia su síntoma, ella había asistido a la psicoterapia motivada por la complacencia a la madre y en la búsqueda de un paliativo para su angustia. En cuanto lo segundo se fue logrando, ella perdió interés en el verdadero objetivo de la terapia, el entendimiento. Se mantuvo en este espacio gracias a la transferencia amorosa que había hecho conmigo, colocándome en un lugar de objeto fetiche que impedía el acceso de la angustia. El espacio terapéutico se intentó rellenar con un discurso obsesivo y concreto, sobre eventos con poca relación con la conflictiva que ella estaba pensando, intentando erigirse como una barrera defensiva frente a mi ánimo investigativo. Continuamente cancelaba mis interpretaciones y negaba toda aparición de la tristeza y el enojo, como una parte natural de sus emociones. Aun así, pienso que fue un excelente primer aproximamiento al proceso psicoterapéutico para Cora, pues se produjeron preguntas importantes que ella tendrá que enfrentar en algún momento, y poseerá una serie de herramientas capaces de ayudarla en esta tarea.

La psicoterapia psicoanalítica persigue como objetivo principal la restauración psíquica del paciente, a través de la construcción de un discurso propio propiciado por la reflexión. En mi trabajo con Cora el objetivo terapéutico inicial fue la reducción de la angustia, la elaboración de pulsión de muerte, la restauración narcisista y la integración lo más armoniosa posible de la enfermedad a su historia de vida; todo esto para dar paso a la historización y a la prosecución de nuevos proyectos, como la entrada a la adolescencia y la construcción de un proyecto de vida independiente a la madre. El proceso terapéutico estuvo en gran medida enfocado a que Cora pudiese elaborar la pérdida narcisista producida por la enfermedad, y la integración de los eventos traumáticos que estuvieron por tanto tiempo reprimidos generando un desplazamiento

patógeno de la angustia. La posibilidad de conjuntar las dos partes de Cora: la niña enferma y niña sana, fue otro de los objetivos a los que estuvo encaminado el trabajo psicoterapéutico ya que era vital disminuir la desmentida y apropiarse de su historia. La psicoterapia le devolvió una mirada diferente a la que los médicos y la familia le han ofrecido desde niña, pues se le vio como una persona en su globalidad y no como un cuerpo dañado que necesitaba ser remendado.

A lo largo del tratamiento ha desarrollado otro tipo de intereses dentro del rango de la adolescencia, como la auto contemplación de su cuerpo, la relación amistosa que establece con pares, e incluso sentirse interesada por comenzar una relación amorosa con un compañero escolar. Los temas van cambiando a medida que se desarrolla el proceso terapéutico, comienza la psicoterapia hablando sobre enfermedad, muerte, religión y problemas con su mamá, para pasar a discutir conflictos entorno a los nuevos amigos, dudas sobre su cuerpo, y cuestiones referentes a la sexualidad que le producen curiosidad. El propósito de la psicoterapia es otorgar la posibilidad para que el paciente pueda visualizar de manera diferente la vida y en el caso del adolescente, construir unos cimientos para la adultez; pienso que ambas posibilidades han sido fundamentales para Cora, dándole la oportunidad de dar un sentido a todo lo ominoso que vivió en la infancia y que hoy es capaz de otorgarle nuevas explicaciones.

El proceso terapéutico, así como la figura del tercero interpretada por el terapeuta, permitieron una separación entre Cora y su madre; al comienzo de la psicoterapia, Cora pedía a la madre que la esperara en la sala común del centro psicológico, conforme al trabajo avanzó, Cora pudo ir sola al centro. Esto favoreció un mayor y mejor contacto con los pares, a los cuales pudo libidinizar en el momento en que dejó de colocar tanta libido a la relación materna. Cora se apropió de sí, pudo imponer un no entre su madre y ella, se hizo consciente de la necesidad de una separación entre ambas mujeres. Incluso la madre tomó una actitud diferente hacia Cora, en la sesión de despedida con la madre, ella dice haberse dado cuenta que debe respetar a su hija desde sus diferencias; que ha entendido que su hija es diferente a ella y que no debe presionarla para ser alguien que ella no desea ser.

En la sesión de cierre le pregunto a Cora sobre los logros que ella cree ha realizado en la terapia.

T: ¿Cómo te ves ahora en relación a cómo llegaste?

C: Pues siento que ha habido muchas mejorías. Me noto más sociable, más activa, queriendo hacer más cosas, interesada en la vida y en lo que me rodea. Cuando llegué estaba muy triste, todo me preocupaba, tenía mucho miedo de todo, era muy infeliz. Ahora he podido ver las cosas de otra forma. Me siento feliz en muchos lugares y ya no me preocupo por tantas cosas. Otra cosa que me ha gustado mucho de la terapia es la posibilidad que tengo ahora de diferenciar la fantasía de la realidad, darme cuenta que son dos cosas diferentes, y que no me debo preocupar por cosas que no son reales.

No hay análisis completo, en cada proceso quedarán puntos ciegos no analizados, y siempre habrá situaciones que reactualicen la angustia y propicien el desequilibrio de la libido. Pienso que en este proceso terapéutico, no se trabajó profundamente con las emociones de Cora, ni se abordó extensamente las vivencias traumáticas acaecidas en la infancia, al parecer aún eran muy recientes y producían mucho desconcierto en la paciente, el trabajo en ocasiones fue superficial pero favoreció cambios importantes en la paciente y consistió un primer acercamiento favorable que le puede permitir solicitar la ayuda en futuras ocasiones.

Para finalizar este apartado, me gustaría identificar las funciones psicoterapéuticas que se llevaron a cabo con Cora durante el proceso terapéutico, la clarificación, el señalamiento, más que la interpretación pues la paciente no se sentía identificada con los argumentos que yo le devolvía, por lo que se usaba más funciones de acompañamiento y de indagación, que de la construcción de un sentido. Desde mi lugar de terapeuta funcionaba como una madre que metabolizaba los nudos comunicativos que ella sentía en su interior, eso que ella sentía como imposible de transformar en palabras, eso que era motivo de tanto sufrimiento para ella, propiciando un vínculo de genuino interés entre la paciente y la terapeuta. La personalidad del terapeuta juega un papel importante en el proceso curativo del paciente, de ahí que se haya hablado del agente curativo que acompaña a la personalidad del terapeuta, pienso que más que enfocarme en el descubrimiento de los núcleos de la paciente estuve ahí para ella como

una madre suficientemente buena, capaz de amarla a pesar de sus deficiencias, una mirada que ella no había obtenido de su propia madre, generando un vínculo de honestidad y empatía. Anudado a ello me parece que este espacio permitió a Cora la posibilidad de expresar sus inquietudes adolescentes, en un espacio en el que no sería estigmatizada por las figuras parentales. Además de una mirada diferente que permitió a Cora identificar sus posibilidades y capacidades, un espacio que le permitió saber que existen los espacios seguros, aquellos en los que puede hablar y pensar lo que siente.

5. CONCLUSIONES

“Aquello que fui, hoy ya no soy”. Momento ominoso en que el joven descubre que ya no es el mismo, que su cuerpo ya no lo obedece, que atrás quedaron los días de juegos y amor paternal, hoy busca otra cosa, que aún no sabe con claridad cómo llamarlo. Recuerdos de la infancia que lo llenan tanto de nostalgia como de rechazo. El adolescente, está ahora en una metamorfosis, camina hacia el futuro tomado de la mano del pasado, el niño que fue ayer aún lo habita aunque él lo niegue, este niño aún seguirá hablándole, alegrándolo, llenándolo de miedos, esperanzas y angustias. Este niño y los dolores de los que haya sido víctima, pueden paralizar al joven que camina hacia la adultez, pueden detenerlo y fijarlo a un tiempo infinito de donde no hay salida posible.

Es por eso que nuestra infancia nos acompañará para siempre, fue ahí donde quedaron fijados los caminos del inconsciente, fue ese momento mítico donde nuestro destino quedó determinado. El adolescente rodeado de viejos y nuevos caminos, debe poseer una estructura lo suficientemente sólida, para que se mantenga alzada frente a los embates de los nuevos retos que le depara el ser adolescente. Mismas o nuevas piezas, otro rearmado, fusión única entre el pasado y el futuro, muerte y nacimiento, en una misma piel. Lo que consolida una base sólida es el triunfo de las experiencias buenas sobre las malas a lo largo de una vida, creer que existe suficiente amor ahí afuera a pesar del dolor y el sufrimiento vivido. Si el odio gana, entonces el joven nunca creerá que algo bueno le depara en el mundo del futuro, su vida será un eterno peregrinar entre el vacío y la desesperanza.

Este análisis ha mostrado las piezas perdidas de Cora, su madre, su enfermedad, su angustia, la cercanía con la muerte, hemos sido testigos de la fragilidad de su constitución y del vacío que la habita. El espectro de nuestros mecanismos defensivos determina la resiliencia de nuestro aparato, la posibilidad de ajustarnos al dolor del vivir, la posibilidad de tomar ventaja sobre la muerte, existir para vivir y no para sobrevivir; es Cora un ejemplo contrario de esta idea, ella vive por pura continuidad, su cuerpo respondiendo a la inercia se mantiene en

el mismo lugar, sin comprender que la vida está hecha de dolor y de renacimientos psíquicos. Su infancia está plagada de cuerpos lastimados, de dolor, de odio, de sin sentido, de coágulos traumáticos que impiden la libre circulación de su libido. Al pensar en su infancia imagino un campo lleno de jeringas, batas blancas, sangre, estetoscopios, camillas, sillas de ruedas, niños tristes, y padres desesperanzados. Imagino un mundo donde no hay nada más que dolor, donde se respira miedo y el futuro no parece ser un cuento de hadas. Estas imágenes son parte de una representación que Cora me transmitió transferencialmente a partir de nuestro trabajo clínico y tomado de antiguas experiencias que tuve al trabajar con niños diagnosticados con diversos tipos de cáncer. Este fue uno de los objetivos más importantes en el tratamiento con Cora, disolver los coágulos de dolor conformados en la infancia, mostrarle que la palabra cura más que el silencio, que el recuerdo sana mientras que el olvido nos enferma. La misión fue completada, tomó tiempo pero valió la pena, pues hoy Cora posee nuevas palabras para nombrar lo que le habita.

Los cimientos de este análisis fueron los objetivos que delimitaron este trabajo, elemento esencial para construir un proyecto sólido, coherente y organizado. Fue gratificante constatar que la teoría coincidía con aquello que observaba en la clínica, elementos que me ayudaron a esclarecer las oscuridades que conformaban al síntoma. A continuación de forma breve y concisa quisiera mostrar las principales conclusiones de esta investigación, y los aportes futuros que representa para el mundo del psicoanálisis y la medicina.

El niño proyecta todas sus angustias sobre los padres u otras figuras significativas de su medio, el adolescente, en cambio se asume como dueño de sus emociones, pensamientos y fantasías, la ruptura con los padres de la infancia no le deja otro camino, su futuro es la individuación. El mundo social se vuelve el sostén del adolescente, es su caldo de cultivo y el sustituto más importante del amor parental, todo lo que antes se buscaba en ellos ahora se anhela encontrar en el grupo de amigos. El teatro de su vida ha cambiado drásticamente, un

esfuerzo diferente deberá hacer para conseguir el amor de aquellos que no tienen obligación en hacerlo.

Pensar a Cora durante su infancia me es imposible sin pensar también en sus padres, especialmente en su madre, lo que hace de esta relación un vínculo simbiótico sellado por el odio que la deja sin la posibilidad de diferenciarse. Este vínculo indiferenciado ha propiciado en Cora la dificultad para delimitar sus contornos personales, para establecer una frontera entre la madre y ella. Las miradas familiares no le devuelven aceptación, son miradas de indiferencia y miradas que no han promovido la adecuada narcisización de la paciente. Rodeada de palabras que niegan, ocultan y desmienten su vivencia de la enfermedad Cora ha crecido, solo para hacer suyos estos mecanismos y ponerlos en práctica cuando de dolor se habla. Fue fácil para Cora escindir y proyectar, el conjunto representacional de la enfermedad, fue fácil deshacerse de este conjunto de representaciones que causaban enormes montos de displacer, se hizo fácil desmentir, pues el medio familiar ofreció las rutas facilitadas para hacerlo.

Escindimos, para hacer frente a una representación intolerable e inconciliable, somos capaces de borrar gran parte de nuestra historia con el único objetivo de evitar el displacer, Cora coloca las representaciones sobre la enfermedad fuera de su registro histórico. Esto la posiciona en un lugar de no ser, pues lo que nos hace únicos e inigualable es nuestra historia personal, esos eventos únicos que nos hacen ser incluso diferentes a nuestros hermanos, aquellos con lo que nos criamos, estos eventos conforman nuestra subjetividad y dan sentido a las decisiones que tomamos en la vida. Cora ha intentado borrar toda esta historia, para evitar el sufrimiento y el displacer psíquico, pero cuando evalúa su interior es incapaz de reclamar nada como propio.

Este vacío interno se ve incrementado por un deseo constante en Cora de complacer el deseo materno, lo cual la coloca desde la muerte, pues no hay subjetividad ni deseo que luche por la vida. Es cierto, que el yo busca defenderse a toda costa del caos provocado por la angustia y frente a este temor tan básico pondrá en acción todos los mecanismos de defensas disponibles, incluso los más

primitivos y por ende los más agresivos incluso para el mismo yo, como son la desmentida, la escisión y la proyección. Aquello que lo defiende es también lo que lo mutila, fuimos testigo del empobrecimiento yoico acaecido en Cora por el uso constante de estos mecanismos defensivos.

El inconsciente es una gran red de vasos comunicantes, que se activan a partir del contacto con el mundo externo. La adolescencia con sus movimientos y angustias es un gran catalizador de los eventos del pasado, es lo que llamamos el a posteriori, algo quedó ahí guardado y espera hasta que se tengan los elementos necesarios para decodificarlo y darle nuevos sentidos. Esto fue lo que sucedió con la enfermedad de Cora, y esto es lo que emerge durante la pubertad, cuando Cora se enfrenta al imaginario colectivo de lo que debe ser una adolescente. La ausencia de un cuerpo puberal confronta a Cora frente a una historia pasada de dolor, carencias y frustraciones sobre una enfermedad a la que no se logra dar un sentido. Estas representaciones, son una avalancha que ponen en desuso los mecanismos defensivos hasta ahora utilizados para reprimir estas representaciones-enfermedad, los mecanismos empleados en la infancia ya no son efectivos e irrumpen en la paciente con una fuerte angustia de aniquilación.

Una enfermedad es ya en sí un evento difícil de metabolizar, que debe ser digerida con la ayuda del núcleo familiar, sí a esto anudamos el rechazo materno debido a la enfermedad y la imposibilidad de satisfacer su deseo, entendemos porque Cora ha reprimido con tanta fuerza el vivirse como una persona enferma. Ella para satisfacer a su madre y colocarse como objeto de su amor debe negarse a ella misma en su totalidad. El vínculo entre Cora y su madre está cargado de una fuerte pulsión de muerte, donde la paciente vive una anulación por parte de la madre, la cual en ocasiones desearía verla muerta y deshacerse de estas complicaciones, ante lo cual la paciente ha pensado en su propia muerte como un último y desesperado intento por complacer a su madre y colocarse por fin como objeto de su amor.

Considero que el psicoanálisis es una ciencia válida para el tratamiento de pacientes aquejados de una enfermedad crónica, e incluso creo que es ético y

profesional ofrecer un espacio de escucha a los pacientes niños, jóvenes y adultos que atraviesen una experiencia de este tipo. El trabajo colaborativo entre la medicina y el psicoanálisis puede proveer grandes beneficios a los pacientes, en la reducción del sufrimiento y la integración de la enfermedad a su registro histórico. Un paciente crónico es mucho más que un cuerpo lastimado, es una psique destrozada que codifica el mundo a partir de la destrucción que lo habita.

Considero que está ha sido una investigación de buen nivel teórico y práctico, orientada por una excelente supervisión, y un aprendizaje profundo sobre las problemáticas que aquejan a un adolescente enfrentado a la miseria de la enfermedad y la muerte. Pienso que el trabajo con pacientes es siempre un motor y cuestionamiento de la teoría, y del desarrollo del psicoanálisis, pero nos enfrenta con nuestro propio dolor, carencias y muerte, por lo que es un trabajo arduo, complicado pero al mismo tiempo muy gratificante.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aberastury, A., y Knobel, M. (1977) *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós Educador.

Alizade, A. (1995). *Clínica con la muerte*. Buenos Aires: Amortorru.

Alvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y Metodología*. México: Paidós Educador.

Arraez, M., Calles, J., Moreno de Tovar, L. (2006) La hermenéutica: una actividad interpretativa. *Sapiens*, 7 (2); 171-181.

Aulagnier, P. (1986). Nacimiento de un cuerpo. Origen de una historia. En Hornstein, L. (Eds) *Cuerpo, Historia e interpretación* (pp. 117-170). Buenos Aires: Paidos.

Aulagnier, P. (1986). *Un intérprete en busca del sentido*. México, D.F: Siglo XXI.

Auttie, F., Buendía, A., Calderón, J., y Zabal, C. (2013). *Cardiología Pediátrica*. México, D.F: Editorial Médica Panamericana.

Bekei, M. (1981). El psiquismo del niño enfermo orgánico. En Fedfogel, M., y Zimmermann, A. (Eds) *El psiquismo del niño enfermo orgánico* (pp. 13-34). Buenos Aires: Paidós

Blos, P. (1991). *La transición adolescente*. Buenos Aires: Amortorru.

Blum-Gordillo, B. (2009). Psiconefrología. En Gordillo, G., Exeni, R., y De la Cruz, J. (Eds). *Nefrología Pediátrica* (pp. 753-772). 3ª México, D.F: Elsevier.

Chamizo, O. (1998). *Cuerpo, afecto y lenguaje. Psicoanálisis y enfermedad somática*. Buenos Aires: Paidós.

Coderch, J. (1990). *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica*. Barcelona: Editorial Herder.

Dolto, F. (1997). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Madrid: Paidós Ibérica.

Ferenczi, S. (1931). *Análisis de niños con los adultos. Obras completas de Sandor Ferenczi*. Buenos Aires: Amortorru.

Ferrari, P (1998). La expresión somática. El niño aquejado de enfermedades mortales. En Lebovici, S., Diatkine, R., y Soule, M. (Eds) *Tratado de psiquiatría del niño y el adolescente*. Tomo IV (pp. 333-340). Buenos Aires: Biblioteca nueva.

Flyvbjerg, B. (2005). Cinco equívocos sobre la investigación basada en estudio de caso. *Estudios Sociológicos, vol. XXIII (2)*, 561-590.

Franco, X. (2001). Reacciones psíquicas en niños con cáncer que van a ser sometidos a cirugía. Tesis inédita de maestría en Psicología Clínica. México, UNAM.

Frankel, J. (2002). Exploring Ferenczi concept of identification with the aggressor. Its role in trauma everydaylife, and the therapeutic relationship. *Psychoanalytic Dialogues, 12*, 101-139.

Freud, A. (1952). The role of bodily illness in the mental life of children. *Psychoanalytic study of child, 7*, 69-81.

Freud, S. (1895). *Proyecto de Psicología*. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen I. Buenos Aires: Amortorru

Freud, S. (1896). *Estudios sobre la histeria: Caso Elisabeth von R*. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XII. Buenos Aires: Amortorru.

Freud, S. (1905) Tres ensayos para una teoría sexual. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen VII. Buenos Aires: Amortorru.

Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XIV. Buenos Aires: Amortorru.

Freud, S. (1915). *Duelo y Melancolía*. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XV. Buenos Aires: Amortorru

Freud, S. (1915). *De Guerra y Muerte. Temas de actualidad*. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XV. Buenos Aires: Amortorru

Freud, S. (1917). *Lecciones introductorias al Psicoanálisis. La angustia*. Obras completas de Sigmund Freud. Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XVIII. Buenos Aires: Amortorru

Freud, S. (1921). *Psicología de la masas y análisis del yo*. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XVIII. Buenos Aires: Amortorru

Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XIX. Buenos Aires: Amortorru.

Freud, S. (1926). *Inhibición, Síntoma y Angustia*. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XX. Buenos Aires: Amortorru.

Freud, S. (1930) *El malestar en la cultura*. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XXI. Buenos Aires: Amortorru.

Freud, S. (1933). *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis. La angustia y la vida instintiva*. Obras completas de Sigmund Freud. Tomo III. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1940). *La escisión del yo en el proceso defensivo*. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen XXIII. Buenos Aires: Amortorru.

Fuentes, M. (2010). La supervisión clínica: un espacio de aprendizaje psicodinámico en la formación del psicoterapeuta psicoanalítico. *Carta Psicoanalítica, 17*, 23-42.

Gennaro, J. (2010). El silencio de la cripta. Pulsión de muerte y cuerpo fragmentado. *Psicoanálisis, 32*, 307- 323.

Green, A. (1986). *Narcisismo de vida y narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amortorru.

Gómez, F. (2003). Desnutrición. Salud Pública de México, 45, 52-73.

Gutton, P. (1994). Nuevas aportaciones a los procesos puberales y de la Adolescencia. México, D.F: Amerpi.

Laplanche, J. y Pontalis, J. (2010). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

Marcelli, D., y Ajuriaguerra, J. (1996). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.

Morales, L., y Castillo, E. (2007). Vivencias de los adolescentes en diálisis: una vida con múltiples pérdidas pero con esperanza. Colombia Médica, 38, 4, 44-53.

Muñoz, M., y Pozo, J. (2011). Pubertad precoz y retraso puberal. Pediatría integral, 15(6), 507-518

Raimbault, G. (1975). *El niño y la muerte*. Madrid: Saltés.

Rechartt, E., Ikonen, P. (1984). A propósito de la interpretación de la pulsión de muerte. En Green, A., Widlocher, D. (Eds) *La pulsión de muerte* (pp.79-97) París: Amortorru.

Ruesga, E., y Saturno, G. (2011). *Cardiología. 2ª* México, D.F: Manual Moderno.

Ruiz, E. (2004). La entrevista como encuentro de subjetividades. Investigaciones Sociales, 13, 357-368.

Scalozub, L. (2007). El protagonismo del cuerpo en la adolescencia. Psicoanálisis, 29, 377-391.

Segal, H. (1984). De la utilidad clínica del concepto de instinto de muerte. En Green, A., Widlocher, D. (Eds) *La pulsión de muerte* (pp.35-51) París: Amortorru.

Sociedad Mexicana de Psicología (2009). *Código Ético del Psicólogo*. 4ª edición. México: Trillas.

Spitz, R. (1965). *El primer año de vida*. Distrito Federal: Fondo de cultura económica.

Tubert, S. (2009). Un extraño en el espejo. La crisis del adolescente. Coruña: Ludus.

Weil-Halpern, F., Debray, R., Perichi, C. (1995). Resonancia actual de las enfermedades crónicas graves. En Lebovici, S., Weil-Halpern, F. (Eds) *La psicopatología del bebé* (pp. 343-376). 1ª ed. Madrid: Siglo XXI.

Winnicott, D. (1971). El cuerpo y el yo. *Revista de psicoanálisis*, 3, 21-32.

