



**Universidad Nacional
de La Matanza**
Escuela de Posgrado

**TESIS DE ESPECIALIZACIÓN EN PSICOANÁLISIS CON
ORIENTACIÓN CLÍNICA EN ADULTOS**

VIOLENCIA Y TERMINALIDAD TERAPÉUTICA

Autor: Dr. Alberto Bruno PECZNIK
Director: Lic. Ada ROSMARYN

Buenos Aires, Septiembre 2009.

DEDICADO A:

Todos los que supieron resistir la corrupción y la discriminación del sistema de salud.

Todos los que fueron excluidos por querer cambiarlo.

Todas las víctimas de las distintas formas de violencia social y cultural.

Todos aquellos que construyen diariamente utopías.

A todos ellos.

ÍNDICE GENERAL

Presentación	4
Cuestiones Preliminares	7
Capítulo 1: Terminalidad Terapéutica y Cuidados Paliativos	9
1.1 Conceptualizaciones generales	9
1.2 El paciente oncológico	10
1.3 Cuidados del enfermo terminal	11
1.4 Índices de medición de calidad de vida y pronóstico	14
1.4. <i>a</i> No oncológicos	15
1.4. <i>b</i> Oncológicos	16
1.5 ¿Qué es acompañar?	18
1.6 Objetivos de la intervención terapéutica	20
Capítulo 2: Marco Teórico	24
2.1 Introducción	24
2.2 Acerca de las pulsiones	27
2.3 Acerca de la agresión y la violencia	30
2.4 Referente al proceso	42
2.5 En cuanto al encuadre, el dispositivo y el tratamiento	45
2.6 Acerca del terapeuta	47
Capítulo 3: Metodología	56
3.1 Una investigación compleja	56
3.4 Decisiones metodológicas	59
Capítulo 4: Presentación y análisis de casos	67
4.1 Los casos	67
➤ 4.1.1 <i>Betty</i>	68
➤ 4.1.2 <i>Jorge</i>	71
➤ 4.1.3 <i>Luisa</i>	74
➤ 4.1.4 <i>Rosa</i>	76
4.2 La interpretación	81
Resultados y Conclusiones	91
Bibliografía General	95

Presentación

La muerte no es triste. Lo triste es que mucha gente no llegue a vivir. Siempre ocurre algo, cada momento es extraordinario.

Anónimo

Suele atribuirse que un sufrimiento es consecuencia de un mal, y aquel que lo padece lo considera injusto y cruel. Sin embargo, resulta importante entender este comportamiento en el momento en que se sufre por la percepción de la propia muerte.

Caracteriza a los hombres la eterna ansia de inmortalidad.

Mi ejercicio como médico cuenta ya con la experiencia de 29 años. Comencé especializándome en Medicina Interna – Clínica Médica - y ejercí como tal los primeros 19 años. Luego me dediqué a Cuidados Paliativos, es decir, al control del dolor y sufrimiento en pacientes en terminalidad terapéutica y el respectivo trabajo que conlleva con su núcleo familiar. En nueve de los últimos 10 años me desempeñé también como psicooncólogo, y en los últimos 3, me formé y desempeñé como psicoanalista de adultos.

He comprobado los estragos que causa la percepción de la propia muerte tanto en los que quedan como en los que parten. He visto cómo, frente al dolor y el sufrimiento que implica, el sujeto se sumerge desde su posición minusválida en estados a veces regresivos, otros de dependencia, otros de fragmentación con habituales respuestas violentas. Esto puede suceder tanto en el propio paciente como en sus familiares.

Del mismo modo, en el sujeto muriente como en las familias, he observado todo tipo de transformaciones, corporales y emocionales. Las corporales son aquellas que han llevado al deterioro incrementado, generalmente por el encarnizamiento terapéutico y por la propia enfermedad. Las transformaciones emocionales son las que han acompañado estos procesos aunque no siempre de igual manera.

Subdividí y clasifiqué a dichas transformaciones en benignas y malignas, llamando 'transformaciones benignas' a aquellas que acompañan el proceso de la enfermedad y la aceptación de la misma; y 'transformaciones malignas' a las que se generan cuando esto

no ocurre, floreciendo la violencia en el paciente y la familia. Se me impuso así la pregunta en torno a los principales obstáculos que se oponen a la transformación benigna.

Apoya la elección de este tema la importancia de actuar desde el psicoanálisis en los estados antes mencionados, teniendo en cuenta que la mayoría de las veces las intervenciones apuntan a neutralizar la violencia, tanto en el paciente como en los familiares, tratando de evitar los efectos colaterales y tardíos que ésta provoca.

He podido pesquisar por lo general que en una primera instancia, lo que se recuerda cuando la muerte ha acontecido, en gran medida es influido por la forma en que ésta se produjo. Acorde a esto, se organiza luego el recuerdo del decurso de vida desarrollado hasta llegar a la muerte. Esta es una de las razones por las que importa, justamente en esa circunstancia, la intervención psicoterapéutica.

A partir de estas consideraciones me propuse algunos objetivos generales y específicos, buscando dar cuenta de los mecanismos por los que el psicoanálisis actúa como catalizador de la violencia en los procesos de terminalidad terapéutica.

Se irán desplegando entonces las variables teóricas en estos procesos, junto con las modificaciones que acompañan al Yo, a través de la transformación del narcisismo del adulto, los mecanismos defensivos y las respuestas del sujeto ante el dolor y el sufrimiento.

No menos importante, resulta la consideración de las diversas respuestas del núcleo familiar. (inter subjetivas y subjetivas), la relación del sufrimiento con el odio, la culpa y la pérdida de autoestima.

Por último, el decisivo tema de la ética en la praxis profesional vinculada al concepto de eutanasia, suicidio, muerte natural, muerte asistida y deseo de "*no querer continuar viviendo así*".

El problema será planteado a partir de mi experiencia personal en el trabajo con pacientes en terminalidad terapéutica (Dolor y Cuidados Paliativos), tanto en mi consultorio como en el ámbito hospitalario y en el de una clínica oncológica.

Las hipótesis de investigación las formulé a partir de mi experiencia de años de práctica en hospital y consultorio más el trabajo en la coordinación de talleres con reuniones multifamiliares y familiares. Esto me permitió comprender cómo influye en gran medida la situación de terminalidad terapéutica en el sujeto y su familia.

Quiero aclarar que lo multifacético de mi rol (Médico de Dolor y Cuidados Paliativos, Psicooncólogo y Psicoanalista) se fue dando de forma dinámica a partir de las exigencias que la propia realidad me imponía. Por lo tanto a veces (como en el caso 4) mi desempeño fue únicamente como psicoanalista y psicooncólogo. En los casos anteriores, mi actuación fue en ocasiones como médico de cuidados paliativos, y en otras como psicoanalista y psicooncólogo al mismo tiempo, dependiendo de las demandas insertas en las circunstancias sociales y subjetivas del paciente y familia. Los límites de la realidad impidieron que esta labor se realizara a través de un equipo terapéutico interdisciplinario, que concibo como situación ideal.

Mi interés se centra en la delimitación y esclarecimiento de algunas de las variables teóricas que se ponen en juego en esta clínica particular. El objetivo es que pensar acerca de las mismas pueda llevarnos a una mejor comprensión de la subjetividad en estas situaciones. La idea es intentar llevarlo a cabo abordándolo desde la singularidad del sujeto con conciencia de su propia muerte y la reacción de sus familiares.

Sostengo que cuanto mejor se delimite la situación desde un abordaje psicoanalítico, éste podrá ser más efectivo como catalizador de la violencia engendrada por la desinvestidura del objeto muriente tanto por parte de sus allegados como por él mismo. Es posible que redunde así en un mejor tratamiento que optimice el cuidado del sujeto, familia y profesional interviniente.

Cuestiones Preliminares

Para avanzar en la investigación que subyace a la producción de la presente tesis, se recuperaron aquellos interrogantes que por su relevancia direccionaron tanto la búsqueda de materiales teóricos como la selección de los casos aquí presentados.

Entre ellos recordamos:

¿Qué significa vivir con conciencia de muerte?

¿Qué relación tiene esta situación con el narcisismo, la agresión, y la violencia?

En otro orden de comentarios anticipamos que la estructura de esta tesis presenta cuatro capítulos. En el primero de ellos hemos presentado conceptualizaciones generales sobre la problemática específica de estudio: *pacientes en terminalidad terapéutica*, teniendo en cuenta aquellos principios que conforman los aspectos centrales del *estado de la cuestión* en el tema.

En el segundo capítulo, se ha desarrollado el *marco teórico* en el cual se expusieron las principales categorías de análisis referenciadas en los autores desde los cuales fundamentamos nuestra perspectiva de análisis de los casos bajo estudio.

En un tercer capítulo, exponemos los fundamentos metodológicos específicos y las decisiones metodológicas que nos han permitido delimitar la *problemática* de estudio, enunciar las ideas directrices a modo de *hipótesis de trabajo* y formular los *objetivos* tanto generales como particulares.

En el capítulo cuatro, en primer apartado se presentan y analizan los casos seleccionados según criterios previamente explicitados en el capítulo anterior. En el segundo apartado del capítulo, se retoman enunciados relevantes de los pacientes, para interpretarlos en concordancia con el Marco Teórico para lo cual se enfatizan algunas referencias conceptuales desarrolladas en dicho Marco Teórico (M.T.) entendiendo que de esta manera se ofrece una mejor comprensión de las aplicaciones teóricas a los casos clínicos presentados.

Por último en las conclusiones, tratamos de actualizar las *preguntas* que fueron punto de partida de nuestra investigación, recuperamos las *ideas directrices* y los *objetivos* para, de esta manera, integrar los resultados emergentes del análisis e interpretación de los cuatro casos estudiados.

Capítulo 1. Terminalidad Terapéutica y Cuidados Paliativos

1. Terminalidad Terapéutica y Cuidados Paliativos

1.1 Conceptualizaciones generales

Nos ocuparemos en particular de los pacientes en *terminalidad terapéutica* -que es la denominación que damos a todo proceso orgánico de enfermedad que al día del diagnóstico no presenta posibilidades de curación, llevando indefectiblemente a la muerte- y de su vínculo con los profesionales médicos o psicólogos que lo tienen a su cuidado. Situaremos por lo tanto, y a partir de diversas fuentes, algunas referencias generales de los temas correspondientes a *calidad de vida* y *Cuidados Paliativos*.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) define la **Calidad de Vida** como: "*la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.*" (1)

En cuanto a los **Cuidados Paliativos**, la reconocida organización internacional los define como aquella: "*asistencia activa e integral para las personas con enfermedad terminal y sus familiares, brindada por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud.*"

Los objetivos de los cuidados paliativos son:

- Reafirmar la **importancia de la vida** aún en la etapa terminal.
- Establecer un **cuidado activo** que no acelere la muerte ni tampoco la posponga artificialmente.
- Proporcionar **alivio al dolor** y otros síntomas angustiantes.
- **Integrar** los aspectos **físicos, psicológicos** y **espirituales** del cuidado.
- Facilitar que la persona enferma lleve una **vida tan activa** como sea posible.
- Ofrecer un sistema de **apoyo a la familia** para ayudarla a afrontar la enfermedad del ser querido y sobrellevar el duelo. (2)

1.2 El paciente oncológico

Considerando que las viñetas que vamos a presentar corresponden a enfermos oncológicos, haremos referencia a la dinámica de esta enfermedad y al impacto emocional en el paciente y su familia, apelando en principio a una descripción general que luego irá siendo desplegada en la singularidad de cada caso.

El cáncer tiene algunas características que la convierten en una enfermedad única: afecta diversas partes del cuerpo, compromete todos los aspectos de la vida, y es responsable de una alta tasa de mortalidad.

En su encarnizada lucha por la vida el enfermo sufre pérdidas sustantivas: órganos, miembros, autonomía, que dañan la imagen de sí y de su integridad corporal. Al mismo tiempo estas pérdidas producen discapacidades que van configurando diferentes heridas narcisistas.

Entendemos que saber que se padece cáncer es un evento catastrófico para cualquier sujeto. En la mayoría de los pacientes la reacción inicial es de temor, negación e incredulidad. Mientras que para algunos otros prima la desesperación, el abandono o la resignación.

Luego de la aceptación de la enfermedad y la adaptación activa al tratamiento, el paciente presenta disturbios emocionales que van de la ansiedad a la depresión, y a medida que la enfermedad y el tiempo transcurren, o bien si se presentan recaídas, el sentimiento de soledad hace presa del paciente, sentimiento que conlleva, en la generalidad de los casos, al aislamiento y a la autosegregación de la comunidad. (3)

Episodios de esperanza-desesperanza, miedo, preocupación, tristeza y angustia, son previsible y usualmente transitorios, aunque en otras ocasiones persisten y demandan gran comprensión e intervención de profesionales y familia.

El paciente bascula entre ansiedad y tristeza, pudiendo surgir episodios de violencia en ese tránsito. A ellos nos referiremos particularmente.

Otro momento difícil para un enfermo canceroso, es la transición de un tratamiento curativo a uno paliativo, el cual pasa así a representar el principio del fin de su vida.

Aún en este período, el *distress* también debiera ser transitorio y reemplazado por el surgimiento de nuevas metas y objetivos.

1.3 Cuidados del enfermo terminal

Cuando el enfermo acepta que la muerte es inminente, el cambio en la comunicación con todo su núcleo social, familiar y terapéutico es dramático: siente que ya no le resta nada por decir, y no se interesa en ninguna cosa que tenga implicancias futuras. El futuro para él no existe. (4)

En la actualidad se prefiere hablar de situaciones clínicas al final de la vida, en las que la enfermedad terminal ocupa un lugar intermedio entre enfermedad incurable avanzada y la situación de agonía.

Enfermedad incurable avanzada: Es aquella de curso progresivo y gradual, con diverso grado de afectación tanto de la autonomía como de la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, y que evolucionará hacia la muerte a medio plazo.

Enfermedad Terminal es la enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con múltiples síntomas, impacto emocional, pérdida de autonomía, escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva. La enfermedad terminal puede o no ser oncológica.

Situación de agonía: Es la que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, en ella existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta, y pronóstico de vida limitado a horas o días. (5)

El óptimo cuidado del paciente terminal requiere –de acuerdo con la ASCO (*American Society of Clinical Oncology*) -superar tres barreras como requisito esencial:

- Deficiente comunicación acerca del pronóstico.
- Oferta de opciones terapéuticas y expectativas no realista.
- Desconocimiento del cuidado paliativo óptimo. (6)

La O.M.S por su parte, ha propuesto siete puntos en el cuidado paliativo:

1-Cuidado activo y total.

- 2-Manejo multidisciplinario de la calidad de vida.
- 3-Control de síntomas.
- 4-Mantenimiento de la función.
- 5-Soporte psicosocial y espiritual.
- 6-Soporte espiritual de la familia.
- 7-Atención integral del fin de la vida. (7)

El experto Andrés Solidoro Santisteban, dedicado durante más de cuarenta años al tratamiento del cáncer, propone que la actuación del médico frente al paciente moribundo se enmarque en cinco puntos:

- Discontinuar la administración de medicamentos inútiles.
- No pedir exámenes o estudios innecesarios.
- Interrumpir toda medicación que no esté dirigida al alivio de síntomas.
- Instituir medidas paliativas para la disnea, dolor, agitación o *distress* respiratorio.
- No discontinuar la medicación sintomática, aún cuando se observen cambios respiratorios, sedación, o hipotensión. (8)

Un profundo sentido humanitario que lleve a la puesta en práctica de estos principios, incluyendo el acompañamiento a los familiares del enfermo, orienta el adecuado manejo del enfermo terminal.

La noción de 'muerte' remite a una experiencia de la que no es posible tener relato. Pertenece, en un contexto social amplio, al registro de lo innombrable, y representa una de las heridas narcisistas más importantes.

En las *situaciones clínicas al final de la vida*, lo importante es atender al enfermo y su familia en sus diversos aspectos: físicos, psicológicos, sociales y espirituales, intentando procurar el máximo bienestar posible, proceso que tendrá en cuenta en todo momento la dimensión humana del sujeto padeciente.

Curar y paliar no son incompatibles. Lo paliativo supone relativizar los tratamientos y su posible beneficio, en consenso con el paciente y su familia, teniendo en cuenta que la

libertad para elegir es un derecho fundamental que asiste al enfermo en toda circunstancia.

Más que la muerte en sí, a muchos pacientes les preocupa el proceso de sufrimiento que lleva a ella, en muchos casos debido a experiencias cercanas de las que tienen conocimiento. Quienes cuenten con recursos psíquicos que permitan metabolizar el proceso, vivirán de modo menos traumático esta etapa, transformando activa y creativamente la realidad, conciliando las experiencias penosas, e intentando darles sentido. Denominamos a esta situación *transformación benigna*. En ella los episodios de violencia no tienen lugar.

El valor de las intervenciones terapéuticas, sean médicas o psicológicas, debe ser siempre analizado en función del impacto que producen en la *calidad de vida*, considerando que la dificultad en medir dicha incidencia reside en que posee un significado diferente para cada quien. Uno de los parámetros de evaluación es la *funcionalidad*. En general la más valorada -y la que los enfermos desean mantener mientras vivan- es la *funcionalidad física*. En cuanto a la *funcionalidad psíquica*, desde luego si su pérdida resulta total, es imposible que sea percibida y duelada.

Otras funcionalidades, aunque de menor importancia que las anteriores, son las sociales y económicas. Estas sirven para garantizar las necesidades básicas: alimentación, vivienda, vestido, salud, cultura y ocio.

El apoyo familiar es fundamental para mantener la salud psíquica: amar y sentirse amado. Por lo tanto, entendemos como *calidad de vida* la satisfacción de vivir con libertad y bienestar. Esto significa la máxima conservación posible de funcionalidad física, social, económica y emocional, que permita al paciente satisfacer sus deseos, o bien la capacidad de resignar algunos de ellos, sintiéndose al menos parcialmente satisfechos, en paz, queridos y consolados.

Influyen en la *calidad de vida* los siguientes factores:

- La autonomía.
- La relación familiar y social con personas, animales, plantas y cosas. (La soledad, objetiva o subjetiva representa un factor negativo.)
- La forma de aceptar la vida.
- La existencia de objetivos o metas que ayuden a vivir e ilusionarse.

- Factores que favorezcan la autoestima.
- La inclusión del sufrimiento como parte de la vida.
- La ética, la moral, los valores (el amor, la honestidad, la sinceridad) que dan sentido a la vida y ayudan a reestructurarla en las distintas circunstancias.
- La posibilidad de disfrutar del tiempo libre.
- El estado psicológico y los recursos psíquicos con los que cuenta la persona.
- La satisfacción vital como una de las dimensiones esenciales de la calidad de vida. (Es difícil suponer plena salud y autonomía en el individuo aislado)
- El bienestar psicológico, referido al estado de ánimo, tanto positivo como Negativo. (9)

1.4 Índices de medición de calidad de vida y pronóstico

Si bien la estimación de un pronóstico es un tema delicado, no es de ningún modo un motivo para evitar hablar del mismo con pacientes y familiares. Por el contrario, es importante tener presente que muchos de ellos morirán súbitamente, por tanto la tarea de los profesionales a cargo es no soslayar este importante tema cuando corresponda encararlo. Scout A. Murria y colaboradores señalan que al momento de monitorizar indicadores pronósticos y observar una declinación progresiva e irreversible del paciente, corresponde preguntarse: "*¿Me sorprendería si mi paciente muriera en los próximos 12 meses?*". Si la respuesta es no, es fundamental dar al paciente y su familia la oportunidad de planificar una buena muerte, con los cuidados adecuados a esa circunstancia. (10)

Esto no significa hablar con el paciente del tiempo a vivir ni de lo que dicen las estadísticas, ya que cada sujeto es una singularidad. Una forma de encarar esta situación es tratar de aceptar la incertidumbre común a todos nosotros respecto del momento de nuestra muerte.

Aquí cabe la pregunta: ¿qué supone decir *buena muerte* y proceso de *transformación benigna*? Buena muerte es aquella en la que puede realizarse un proceso de cuidado activo, aliviando el dolor y los síntomas angustiantes, integrando los aspectos físicos, psicológicos y espirituales del paciente. Es también respetar y hacer valer el principio de autonomía del enfermo, disminuyendo el impacto físico y psicológico, favoreciendo la

comunicación con su familia y sus cuidadores, y transformando el sentimiento de soledad y aislamiento.

Se realiza así un proceso de *transformación benigna*, para el que sin duda el paciente debe contar con recursos psíquicos suficientes que le permitan metabolizar y catalizar el proceso del morir.

Contamos con escalas e índices con los cuales es posible medir el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes. Para los no oncológicos, se utiliza las guías médicas generales (*Guidelines*) y para los oncológicos: **WHO ECOG**/(*Eastern Cooperative Oncology Group*)/ **Zubrod Score Performance Status**, y el *índice de Karnofsky*.

1.4 a Pacientes no oncológicos

Guías Médicas generales (*Guidelines*) para determinar el pronóstico:

Criterios

- Paciente muy mayor con vida limitada debido a: diagnóstico específico, varios diagnósticos o sin un diagnóstico claramente definido. El paciente y/o familia están informados de la situación.
- Paciente y/o familia, previa información-comunicación, han elegido tratamiento de control de síntomas sobre tratamiento curativo.
- Paciente que presenta alguna de las siguientes características:

A: Documentación clínica de progresión de la enfermedad que puede incluir:

- Progresión enfermedad primaria demostrada por medio de sucesivas valoraciones, estudios complementarios, etc.
- Varias visitas a urgencias, hospitalizaciones, etc. en los últimos 6 meses.
- Numerosas demandas de atención sanitaria en domicilio, residencias asistidas, etc.
- Objetivación de un declive funcional reciente:

1. Declive reciente en pacientes con reducción previa de la funcionalidad por enfermedad crónica (ej. paciente con paraplejia crónica por alteración de la médula espinal que recientemente es diagnosticado de un cáncer).
2. Disminución funcional documentada por:
 - de Karnofsky 50
 - Dependencia en al menos 3 ABVD (bañarse, vestirse, comer, transferencias, continencia, capacidad de deambular independientemente al baño).

B: Documentación de alteración nutricional reciente relacionada con el proceso terminal:

- Pérdida de > 10% del peso de forma no intencionada en los últimos 6 meses.
- Albúmina < 2.5 g/dl. (11)

1.4 b Pacientes oncológicos

WHO ECOG/Zubrod Score Performance Status. (12)

0 Asintomático

1 Tiene síntomas pero es capaz de deambular en un 100 %

2 Sintomático y en cama, menos del 50 % del día.

3 Sintomático, en cama más del 50% del día, pero no postrado.

4 Postrado en cama.

5 Muerto.

Índice de Karnofsky: Es un sistema de puntuación del 0 al 100 asignado por un médico a partir de las observaciones sobre la capacidad de un paciente para realizar trabajos comunes. La cifra 100, significa que el paciente tiene una capacidad física

normal, sin evidencias de enfermedad. Este índice es útil para comparar la eficacia de diversas terapias, y evaluar la prognosis de los pacientes individualmente.

100%	Normal. No hay evidencia de enfermedad.
90%	Posibilidad de llevar vida normal; ligeros signos o síntomas de enfermedad.
80%	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de enfermedad.
70%	Posibilidad de cuidar de sí mismo, imposibilidad de llevar una actividad normal o de realizar un trabajo activo.
60%	Requiere asistencia ocasionalmente, pero tiene posibilidades de llevar a cabo la mayoría de sus necesidades personales
50%	Requiere asistencia y frecuentes cuidados médicos.
40%	Incapacitado; requiere asistencia y cuidados médicos especiales.
30%	Incapacidad severa; está indicada la hospitalización. No hay inminencia de muerte.
20%	Muy enfermo, es necesario hospitalizar; requiere tratamiento de sostenimiento.
10%	Moribundo. Progreso rápido fatal.
0%	Muerto.

1.5 ¿Qué es acompañar?

Acompañar a una persona que está muriendo es una de las experiencias vitales más enriquecedoras, como también una de las más desgastantes.

Sea porque el que está muriendo es la pareja, un hijo, u otra persona cercana, o porque somos parte del equipo tratante, el sufrimiento y el dolor se hacen presentes. Nos referimos tanto al sufrimiento físico como al psíquico y al espiritual. Entre los familiares se produce el fenómeno del aislamiento: el tema no se habla con la esperanza de proteger al otro del sufrimiento. El paciente no comunica sus miedos y angustias para no preocupar, y cuando por último lo insinúa recibe un: *'no hables de eso. Te vas a mejorar...'*

La familia no habla de la muerte próxima, ni de sus emociones, suponiendo que eso asustaría al enfermo. Así se produce la comedia del absurdo: todos saben y todos sufren, haciendo 'como si nada' fuera a ocurrir. Se profundiza el abismo entre las partes, y se fomenta el aislamiento. Otro observable es la frecuencia de lo que se ha dado en llamar 'muerte anticipada'. Cuando esto ocurre, la familia se distancia afectivamente del enfermo, tomando decisiones importantes sin su participación, y llevando una vida familiar sin su integración. Por su parte, el enfermo se aísla, se refugia dentro de sí mismo, y vive la proximidad de la muerte en silencio, en un estado angustioso y depresivo, con muy escasa participación en la vida familiar. Estas dos reacciones, la familiar y la del paciente, se potencian una a otra, conformando un círculo vicioso difícil de romper.

También se observa una serie de reacciones a nivel familiar que indican la negación de la proximidad de la muerte, y una suerte de incompreensión del estado psíquico del enfermo. Un ejemplo es la insistencia en que el paciente se alimente, y la no aceptación de su negativa. Esto produce graves crisis de angustia en el enfermo, junto con sensaciones de culpa por no estar colaborando en el proceso de recuperación. El paciente íntimamente sabe que va a morir pronto, su organismo es incapaz de alimentarse, y toda insistencia del entorno es inútil y causante de angustia.

Hay situaciones -como veremos más adelante en el caso 1- en que la intención de deshacer la negación del paciente, aún sabiendo la imposibilidad de lograrlo, está guiada

en el terapeuta por la convicción de que ayuda al marido de la enferma, quien niega parcialmente la real situación de su mujer. Su intención es ayudarlo a enfrentarla acompañado y sostenido por la figura del profesional.

En el mismo caso, se evidencia la negación del agravamiento de la enfermedad por parte de la paciente, al mismo tiempo que su reacción de furia ante el intento de disolverla por parte del terapeuta. La negación opera sobre su sentimiento de impotencia ante la evidencia de la muerte cercana. El narcisismo omnipotente, vencido, reacciona con furia. Esta furia es la que percibe el analista en el diálogo con su paciente.

Dice Freud: *"Enfermedad, muerte, renuncia al goce, restricción de la voluntad propia, no han de tener vigencia para el niño, las leyes de la naturaleza y de la sociedad han de cesar ante él."* En otro párrafo: *"El punto más espinoso del sistema narcisista, esa inmortalidad del yo que la fuerza de la realidad asedia duramente, ha ganado su seguridad refugiándose en el niño."* (13)

De manera que podemos entender por qué los enfermos en terminalidad terapéutica, o cualquier paciente que se sabe morir, reaccionan con violencia ante el asedio de la realidad, refugiándose en el narcisismo infantil. La furia representa también la caída de la represión de los deseos más primitivos, entre ellos el deseo de matar. (14)

Así también, en el período previo a la muerte, la persona con frecuencia tiene graves crisis de insomnio: padece un miedo inconsciente a cerrar los ojos, porque en lo más íntimo de sí, percibe que tal vez no los vuelva a abrir. Esto podría incluirse en la 'angustia de muerte'.

Enfrentado a la situación traumática de su posible cercanía a la muerte, se pueden observar a veces reacciones en las que el paciente no sabe dónde ubicarse. En ocasiones se siente vivo, apoyado por la familia, en interacción con su medio social y laboral. En otras, estando vivo se siente muerto. En este último caso, aún existiendo apoyo familiar, el enfermo se aísla, se derrumban sus expectativas hasta en el día a día, y carga con su cuerpo sin proyectos ni sueños. A esta situación la denominamos estar 'muerto-vivo'.

La muerte es parte de la vida y etapa final del crecimiento. Sin embargo, vivimos en una cultura que hace esfuerzos sobrehumanos por negarla, lo que lleva a los enfermos a sentirse 'poco aceptados' en la proximidad de ella. Se sienten aterrados, sin espacio para expresarse y solos, sin posibilidad de reclamo.

Para el equipo tratante y la familia constituye una obligación el sensibilizarse al

lenguaje que usa el paciente. Con frecuencia emplea un modo de comunicarse en clave, del cual ni él mismo es plenamente consciente. Frases como 'muchas gracias por lo que han hecho', 'estoy muy cansado, quiero descansar', 'estoy preocupado por lo que va a pasar más adelante', 'mañana voy a estar mucho mejor', etc. muchas veces tienen un significado más profundo que el literal. El paciente se está despidiendo y no tiene plena conciencia de ello. Pero una persona perceptiva y sensible puede captar la clave y ser una parte fundamental en el proceso de despedida, así como el paso de la vida a la muerte puede marcar la diferencia entre estar y no estar realmente.

Para una comunicación efectiva con el paciente, en esta etapa, se requieren ciertas condiciones básicas ineludibles:

- Un ambiente adecuado, en el que la persona sienta que hay un tiempo disponible para ella, sin interrupciones, lo que favorecerá una predisposición positiva por parte del enfermo.
- Una capacidad explícita de escuchar: que el paciente sienta que tiene una persona disponible por entero para escucharlo, que va a entender tanto su lenguaje verbal como el no verbal.
- Favorecer la expresión del enfermo sin bloquear su discurso, ni sus emociones.
- Transmitir al enfermo la sensación de que en ese momento él es lo único importante, lo más importante, y que lo que él quiera expresar es también de vital importancia.
- Dosificar la información.
- Transmitir al enfermo que existirá un vínculo permanente y sostenido en la relación con el profesional durante todo el proceso.
- Usar el lenguaje no verbal para transmitir calidez, complicidad, capacidad de guardar secretos, o simplemente, para transmitir presencia e incondicionalidad.

1.6 Objetivos de la intervención terapéutica

- Acompañar al paciente en sus emociones frente a la proximidad de la muerte.
- Apoyarlo en su cotidianeidad; dar sugerencias de orden práctico que permitan un día a día más fácil y llevadero junto a su familia.

- Establecer un contacto humano permanente, disponible y gratificante.
- Asistirlo en el duelo por sus múltiples y sucesivas pérdidas (capacidad física, mutilaciones, amigos, status, etc.)
- Fomentar y facilitar la comunicación con la familia y el equipo tratante. Las crisis emocionales que se presentan tanto en el paciente como en los miembros de la familia y el equipo, hacen necesarias instancias catárticas, de expresión profunda.
- Velar para que el paciente mantenga el auto-respeto, la intimidad y la autoestima. (15)

Citas bibliográficas:

- (1) **Organización Mundial de la Salud.** (OMS). *World Health Organization* (WHO).
- (2) *Ibíd.* Serie de Informes Técnicos N° 804. *Alivio del dolor en el Cáncer y Cuidados Paliativos*. Comité de Expertos de la OMS. Ginebra, Suiza. 1990.
- (3) **Milton, G.W.**, *Thoughts in Mind of a Person with Cancer*. *British Medical Journal*, 1973; 4:221-223.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/>
- (4) **Solidoro Santisteban, A.**, *El médico, la muerte y el morir*, revista *Diagnóstico*, volumen 38 Número 1, ene feb 1999
www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros
- (5) **Navarro Sanz, J.R.**, Cuidados Paliativos no oncológicos. Enfermedad Terminal: concepto y factores pronósticos. SECPAL., Organización Médica Colegial, Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Allí citados: *Declaración sobre la atención médica al final de la vida* (documento). Organización Médica Colegial, Sociedad Española de Cuidados Paliativos.(SECPAL) enero 2002, y *Cancer pain relief and palliative care: Report of a WHO expert committee. Technical report series 804*. Geneva: *World Health Organization*, 1990. Guías Médicas SECPAL.com
- (6) **American Society of Clinical Oncology (ASCO)**, *Cancer Care during the Last Phase of Life*. Adopted on February 20, 1998 by the American Society of *Clinical Oncology (ASCO)*. *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 16, No 5 (May), 1998 pág. 1988.
- (7) **Solidoro Santisteban, A.**, *El médico, la muerte y el morir*. *Diagnóstico* volumen 38 Número 1, ene-feb 1999.
www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros
- (8) *Ibíd.*
- (9) **Aresca, L.**, *Cuidados Paliativos: Calidad de vida en el final de la vida* del libro *Psicooncología. Diferentes miradas*, AAVV, Lugar Editorial, Bs.As, 2004.
- (10) **Murria, S, Boyd, K, Sheik, A.**, *Palliative care in chronic illness*. *BMJ* 2005; 330:611-12. (Citado en *Cuidados Paliativos no oncológicos. Enfermedad Terminal: concepto y factores pronósticos*. J. Ramón Navarro Sanz.)
- (11) **Stuart B, Alexander C, Arenella C, Connor S, et al.**, *Medical Guidelines for determining prognosis in selected non-cancer diseases*. National Hospice Organization. Second Edition. Arlington. 1996, y Joanne Lynn. *Serving patients who may die soon and their families*. *JAMA* 2001;285:925-32. (Citado en *Cuidados Paliativos no oncológicos. Enfermedad Terminal: concepto y factores pronósticos*. J. Ramón Navarro Sanz.)
- (12) **American Journal Clinical Oncology (CCT)** 5:649-655, 1982
- (13) **Freud, S.**, *Introducción del narcisismo*, *Obras Completas*, Volumen XIV Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1976, pág. 88.
- (14) **Freud, S.**, *Tótem y Tabú*. (1914), Volumen XIII, *Obras Completas*, Amorrortu, Buenos Aires, 1976.
- (15) **Pino Ramírez, G.**, *Duelo muerte y acompañamiento*, Universidad del Zulia, Venezuela en:
<http://www.luz.ve/>

Capítulo 2. Marco Teórico

2. Marco Teórico

2.1 Introducción

Las primeras consideraciones en torno a la percepción de la propia muerte, y a la finitud cercana como situación traumática, dan lugar al tema de nuestra tesis: "*Violencia y Terminalidad Terapéutica*"

Es bien conocido que para Freud el trauma se define como un aumento de excitación dentro del sistema nervioso que éste no es capaz de tramitar mediante acción motriz, ni de integrarlo asociativamente. El encuentra "[...] buenas razones [...]" para diferenciar una situación traumática de una situación de peligro, y las resume diciendo: "*La situación de peligro es la situación de desvalimiento discernida, recordada, esperada. La angustia, es la reacción originaria frente al desvalimiento en el trauma, que más tarde es reproducida como señal de socorro en la situación de peligro.*" (1)

La percepción de la propia muerte es traumática en tanto el yo resulta inundado, volviéndose incapaz de administrar el exceso de estímulos, tanto internos como externos, evocando un estado primitivo de desvalimiento.

"*El yo, que ha vivenciado pasivamente el trauma, repite ahora, de manera activa, una reproducción morigerada de este, con la esperanza de poder guiar de manera autónoma su curso.*" (2)

La inundación implica el ataque a la ilusión narcisista inconsciente de inmortalidad del yo y de sus vínculos amorosos, colocándolo en una situación de duelo de características únicas: el objeto perdido será uno mismo.

En su trabajo "*El trauma psíquico infantil de nosotros a Freud: trauma puro, retroactividad y reconstrucción*", W.Baranger, M.Baranger y J M.Mom, hacen referencia precisamente al texto freudiano *Inhibición, síntoma y angustia* recién citado, destacando allí el concepto de *situación traumática*, centrada en experiencias anteriores. Por ejemplo: pérdida de la madre como objeto, pérdida del amor del objeto, pérdida del amor del superyó. Eventos que dejan sumido al sujeto en una situación de desvalimiento, esto es en un estado de total impotencia, motriz o psíquica.

Para estos autores, la articulación del trauma y la pulsión de muerte, subyace a *Inhibición síntoma y angustia* -apareciendo sólo algunas veces, afirman- 'como lo

prueba la nota al pie' de Freud en dicho texto que ellos reproducen: *"Acaso ocurra bastante a menudo que en una situación de peligro apreciada correctamente como tal se agregue a la angustia realista una porción de angustia pulsional. La exigencia pulsional ante cuya satisfacción el yo retrocede aterrado sería entonces la masoquista, la pulsión de destrucción vuelta hacia la persona propia."* (3)

Sostienen entonces que: *"No hay ninguna situación traumática en la que no intervenga esta pulsión, ya que todo trauma provoca una desmezcla pulsional, activando la compulsión a la repetición y exigiendo nuevas investiduras libidinales y medidas defensivas del yo."* (4)

Acorde a lo anteriormente expresado, el duelo por un objeto -que aún no nos ha abandonado- tiene como referencia duelos anteriores no concluidos, y al mismo tiempo, se trata de una experiencia especial y única que se debe vivir.

Nos detendremos particularmente, a lo largo de este trabajo, en los conceptos de *narcisismo, trauma, pulsión de muerte y duelo.*

Dado que la propia muerte representa una importante injuria al narcisismo, observamos respuestas de violencia sobre la que trabajan luego diversos mecanismos de defensa. Mecanismos que para Anna Freud se definen como ese conjunto de recursos psicológicos por los cuales el sujeto: *"a través del yo inconsciente, y buscando preservar sus sentimientos de seguridad, se resguarda contra las angustias de los conflictos internos y miedo a las acechanzas del mundo exterior."* (5)

Diferenciamos entonces, incluyendo los que reconoce Anna Freud y los que destaca Melanie Klein, a los siguientes: regresión, racionalización, inhibición, aislamiento, conversión, desplazamiento, identificación, sublimación, formación reactiva, negación, desmentida, escisión, represión, vuelta contra sí mismo, transformación en lo contrario, control omnipotente del objeto, proyección, idealización, e introyección.

Nos detendremos especialmente en los que aparecen con mayor fuerza en nuestra clínica: negación, escisión, desmentida, vuelta contra sí mismo, control omnipotente del objeto, transformación en lo contrario, y también en los que Sigmund Freud menciona refiriéndose a la psicosis: introversión y regresión libidinal narcisista.

"Un contenido de representación o de pensamiento reprimido puede irrumpir en la conciencia a condición de que se deje negar" dice Freud. *"La negación es un modo de*

tomar noticia de lo reprimido; en verdad es ya una cancelación de la represión, aunque no, claro está, una aceptación de lo reprimido." (6)

Agrega Freud que la función intelectual se separa del proceso afectivo. La finalidad es que su contenido de representación no se haga consciente. Por cierto logra hacerse consciente a través del juicio adverso, y cumple con dos objetos de la función de juicio: des-atribuir la propiedad de una cosa (en el caso que nos ocupa, el fin de la vida) y admitir la posibilidad de existencia de su contrario.

Es importante diferenciar la negación, de la escisión del yo como proceso defensivo. Para Freud: *"El neurótico se extraña de la realidad efectiva porque la encuentra-en su totalidad o en alguna de sus partes- insoportable."* (7)

En el mismo artículo, destaca como una tendencia general del aparato anímico, el hecho de que pueda reconducirse al principio económico de ahorro de gasto: *"[...] parece exteriorizarse en la pertinacia del aferrarse de la fuente de placer de que se dispone y en la dificultad con que se renuncia a ellas. Al establecerse el principio de realidad: [...] una clase de actividad de pensar se escindió; ella se mantuvo apartada del examen de realidad y permaneció sometida únicamente al principio del placer."* (8)

Más adelante avanza: *"La represión permanece omnipotente en el reino del fantasear; logra inhibir representaciones in status nascendi, antes que puedan hacerse notables en la conciencia, toda vez que su investidura pueda dar ocasión al desprendimiento del displacer."* El yo-placer sólo puede trabajar por la ganancia de placer evitando el displacer, y el yo-realidad: *"[...] no tiene más que aspirar a beneficios y asegurarse contra perjuicios."* (9)

"El carácter más extraño de los procesos inconscientes (reprimidos) al que cada indagador no se habitúa sino venciendo a sí mismo con gran esfuerzo[...]" resulta, dice Freud, del hecho de que en ellos no rige para nada el examen de realidad: *"[...] la realidad del pensar es equiparada a la realidad efectiva exterior, y el deseo, a su cumplimiento, al acontecimiento, tal como se deriva sin más del imperio del viejo principio del placer."* (10)

Es decir que, obviamente, la dificultad de enfrentar una situación traumática de tal magnitud, tiene que vincularse con el reinado del principio del placer en detrimento del de realidad.

En su tesis de maestría, la psicoanalista Mónica Hamra, hace hincapié en que el concepto 'escisión del yo' cobró importancia a partir de 1927, en el artículo de Freud *El fetichismo*, donde expresa la idea de que: "[...] la escisión es consecuencia de la desmentida" [el resaltado es nuestro] y siguiendo nuevas observaciones clínicas afirma que no es privativa de la perversión, sino que sus límites se extienden a todo el campo de las neurosis. Queda, entonces, íntimamente ligada la escisión a la desmentida. Hamra alude a la idea de Freud de considerar la contracción de la neurosis como un intento de curación en el que se trata de reunir las partes del yo escindidas por el *influjó del trauma*. Concluye que, para Freud -a diferencia de Melanie Klein, para quien la escisión es una de las más importantes defensas esquizoparanoides- la escisión no es una defensa, sino el resultado de un acto defensivo. (11)

La percepción de la propia muerte cercana es una afrenta insalvable e insoportable, una situación traumática a la que se responde con un funcionamiento primitivo del psiquismo. ¿Cómo no *negarla*, fantaseando en lo contrario y deseado y rechazando la percepción del malestar, equivalente a peoría y cercanía del final?

En *La escisión del yo en el proceso defensivo*, Freud afirma que una conducta extraña, no esperable, en la historia de un paciente, se explicaría, con alguna imprecisión, que acontece bajo la injerencia de un trauma psíquico. La percepción de la realidad de la propia muerte es un trauma psíquico, porque atenta contra la pretensión inconsciente de inmortalidad, propia del narcisismo primario. (12)

En *Doctrina de las pulsiones*, él afirma que el ello tiene poder, arrogándose los deseos genuinos vitales del individuo. Sin embargo, aclara que la intención de protegerse con vida y alejarse de los peligros, mediante la angustia, no sería labor del ello sino del yo. Éste tiene que hallar la forma más favorable de conseguir satisfacción, teniendo en cuenta, además, la realidad del mundo exterior. Esta labor es la que efectúa a través de la elaboración de los mecanismos de defensa. (13)

2.2 Acerca de las pulsiones

Cabe, en este momento, realizar algunas puntuaciones acerca de la pulsión, la pulsión de muerte y el narcisismo, tan presentes en nuestra clínica.

Definimos pulsión como un concepto dinámico que consiste en un empuje que hace tender al organismo hacia un fin. Este fin es siempre suprimir el estado de tensión a través del encuentro con un objeto. Por lo tanto diríamos que la pulsión es la forma de relación con el objeto en la búsqueda de satisfacción.

En *Pulsiones y Destinos de la Pulsión*, Freud define la naturaleza de la pulsión como una constante de origen somático que representa una excitación para el psiquismo. Sus características son: la fuente, el empuje, el objeto y el fin. (14)

Enumera distintas maneras de lograr la satisfacción además del camino directo: la sublimación, la represión, la transformación en lo contrario, la vuelta contra sí mismo y el pasaje de activo a pasivo y viceversa.

Finalmente, en *Introducción del Narcisismo*, enumera dos destinos más, característicos de las psicosis: la introversión y la regresión libidinal narcisista. En este mismo artículo adelanta una noción acerca del amor del sujeto a un objeto en particular: él mismo. Agrega que hay una libidinización del conjunto de las funciones del yo que no responden únicamente a la lógica de la autoconservación. De este modo, la preservación del yo estaría ligada al registro de la necesidad y al del deseo, pasando el yo a ser también un objeto sexual. Desde allí pierde sentido la diferenciación de las pulsiones entre las del yo y sexuales, para pasar a ser las del yo y del objeto. (15)

En *Más allá del principio del placer*, Freud precisa el concepto de pulsión de muerte, Tánatos, que opone a Eros, pulsión de vida. De esta forma, aquella anterior antítesis se subsume en esta nueva. (16)

La función de Tánatos es volver al estado inorgánico. La de Eros es volver inofensiva esta función destructiva, volcando gran parte de ella hacia los objetos del mundo externo. En este proceso interviene la musculatura al servicio de diversos mecanismos de defensa.

Freud diferencia las dos pulsiones básicas: Eros y Pulsión de destrucción. Dentro del primero se sitúan las pulsiones de autoconservación de sí mismo y de la especie, el amor yoico y el amor hacia el objeto. (17)

La meta de Eros, es producir unidades de ligadura cada vez mayores y conservarlas. La meta de Tánatos, "*disolver nexos y, así, destruir las cosas del mundo.*" (18)

Tánatos también puede subordinarse a los fines de Eros. En el análisis de los casos, que presentaremos más adelante, se verá el uso de Tánatos al servicio del principio del

placer. Este ha sido vulnerado en su aspiración máxima: la infinitud, lo que constituye, como dijimos, una situación altamente traumática para el yo, de la que él mismo se defiende.

Desde otro marco teórico, siguiendo ideas de M. Klein, vemos cómo estos mecanismos de defensa, tales como la escisión y la negación, que destruyen nexos, estarían usando fuerzas de la pulsión de muerte al servicio de la pulsión de vida. (19)

La negación, para esta autora, es el mecanismo que con mayor intensidad hace uso de la destructividad. "Aniquila", dice, tanto el dolor infringido por el trauma como la situación traumática misma y el vínculo con el objeto que la origina. Agrega que las alteraciones en la mezcla y proporción de las pulsiones tienen las más variadas consecuencias.

Cuando se produce un importante incremento de la pulsión de muerte en su ligazón con Eros por ejemplo, un amante puede convertirse en un asesino o violador. Por otro lado, la inversa, una disminución de la agresión puede hacer del amante un impotente.

Según Freud, la pulsión de muerte es muda y por lo general visible cuando es volcada hacia fuera en actos destructivos o autodestructivos.

Volviendo a la consideración de las pulsiones, decimos ahora que la pulsión de vida (que incluye las pulsiones de autoconservación) tiene como finalidad la conservación del individuo. El morir pasaría a ser una amenaza que aviva la necesidad de la conservación del ser. En el superyó, a su vez, montos considerables de la pulsión de muerte son fijados en su interior, lo que incrementa su severidad. Esto, aunque no aparece en las viñetas que presentamos, es frecuente observarlo en el incremento de la agresión superyoica volcada sobre el yo (crítica, hostigamiento, auto reproches) cuando el individuo se enfrenta con la propia muerte.

Retener la agresión resulta insano. Lo que se resiste, persiste, y esta situación implica el empobrecimiento o la anulación de la capacidad de sublimar esta pulsión.

Al mismo tiempo, dada la mezcla pulsional, el acto retentivo secuestra pulsión de vida que podría haberse utilizado en actos constructivos o creativos. A partir del trabajo de M-Klein que consulta: [*Notas sobre los Instintos de Vida y de Muerte*, M.Klein, OC, Tomo 3, 1974] Paula Heimann lo explica muy claramente (20)

Diremos entonces que es necesario Eros aún para el acto de morir. Este último acto de la vida puede ser constructivo o destructivo.

En uno de sus trabajos sobre el proceso del duelo, Melanie Klein dice que la peor situación es aquella en la que el sujeto vuelca el odio consecuente a la pérdida, contra sí mismo. (21)

Freud, respecto de las personas que sufren psíquica o físicamente, plantea que, mientras el sufrimiento exista, hay una resignación del interés por todas las cosas del mundo exterior, y a su vez un secuestro de la libido de los objetos de amor. El sujeto "*cesa de amar.*" (22)

En el mismo sentido, aunque en términos de André Green, diremos que el otro pasa a ser un objeto desinvertido a partir del uso de la *función desobjetalizante*. (23)

Con respecto al abandono de los objetos externos, Paula Heimann explica -en el caso de la hipocondría, estado narcisista- de qué modo el sujeto se aleja con odio de sus objetos externos para investir sólo el objeto introyectado dañado. (24)

2.3 Acerca de la agresión y la violencia

Una de las definiciones de *violencia* a la que apelamos dice: "*Cuando la fuerza, física o moral, se impone en contra de una voluntad en el terreno de la ética y el derecho, se habla de violencia.*" (25)

En *El malestar en la cultura*, Freud se refiere a la naturaleza humana, enfatizando que lejos de ser el hombre "*una criatura tierna y necesitada de amor, que sólo osaría defenderse si se la atacara*" cuenta también entre sus disposiciones instintivas "*una buena porción de agresividad.*" Es por esto que el prójimo no representa para él sólo un posible colaborador y objeto sexual, sino además "*un motivo de tentación para satisfacer en él su agresividad, para explotar su capacidad de trabajo, sin retribuirla, para aprovecharlo sexualmente sin su consentimiento, para apoderarse de sus bienes, para humillarlo, para ocasionarle sufrimientos, martirizarlo y matarlo. Homo homini lupus: ¿quién se atrevería a refutar este refrán, después de todas las experiencias de la vida y de la historia?*". (26)

Es imposible pensar la acción de una enfermedad de las características del cáncer sin subjetivarlo como el efecto de una conducta violenta en la que el paciente se siente víctima de un vínculo cargado de odio. Es habitual escuchar expresiones tales como: "¿Por qué a mí?", "Hay gente mala que está sana y no se enferma de cáncer", "¿Qué

hice yo para merecer esto?" Así se alude al Destino, a Dios, la venganza de los otros, etc.

Desde allí, desde lo inexplicable, desde el sentimiento de injusticia, desde la impotencia, podemos comprender que la primera respuesta sea asimismo la violencia, aunque ulteriormente pueda ser catalizada llegando a convertirse en aceptación, sumisión, o persista como tal, volcada hacia sí mismo o hacia los demás. De esto veremos reiterados ejemplos en los casos clínicos citados.

Se hace necesario ahora definir el concepto de agresividad y diferenciarlo del de violencia, del que algo anticipamos. La agresión es la tendencia o conjunto de tendencias que se actualizan en conductas reales o fantasmáticas, dirigidas a dañar a otro, a destruirlo, contrariarlo, humillarlo, etc. La agresión puede adoptar modalidades distintas de la acción motriz violenta y destructiva; no hay conducta, tanto negativa (rechazo de ayuda, por ejemplo) como positiva, tanto simbólica (por ejemplo, ironía) como efectivamente realizada, que no pueda funcionar como agresión. (27)

Consideramos a la agresividad como un carácter fundamental de cualquier ser vivo. Se origina en la biología (desde Freud esto aludiría a la fuente de la pulsión). Su intensidad puede ser variable: desde la pelea física hasta los gestos o expresiones que aparecen en cualquier conversación.

La agresividad es un comportamiento o conducta que en cierto nivel puede ser considerada normal, funcional, necesaria para la supervivencia y vida cotidiana, pero a otros niveles pasa a ser disfuncional, anormal y hasta devastadora contra los que nos rodean o contra nosotros mismos, dado que siempre tiene que ver con la destrucción.

Además de poder causar daño físico, lo que más se aplica a nuestro tema, es que puede servir para coaccionar o influir en la conducta de otras personas para demostrar el poder que se tiene con los que se siente subordinados o para conseguir una reputación o imagen de líder. El mecanismo sería el siguiente: la agresividad, efectiva o sugerida, generaría temor y éste a su vez otorgaría la sensación de poder en el agresor.

Acorde a la definición del diccionario, *la conducta agresiva, dirigida hacia un tercero, con fines y propósitos personales, en contra de la subjetividad de otro o de la realidad que se opone al deseo, sería considerada como violencia.* [El resaltado es nuestro] (28)

Violencia proviene del latín *violentia*, y se refiere al: "ejercicio absoluto del poder de uno o más sujetos sobre otro, que queda ubicado en un lugar de desconocimiento; esto es, no reconocido como sujeto de deseo y reducido, en su forma extrema, a un puro objeto." Así la particular eficacia de la violencia consiste en: "anular al otro como sujeto diferenciado, sumiéndolo en una pérdida de identidad y singularidad que señala el lugar de la angustia." (29)

La violencia es por lo general de *carácter egoísta sin ningún ejercicio de la empatía y esto nos lleva a su vinculación directa con el narcisismo y la pulsión de muerte.*

A su vez, podemos definir a todo aquello que viola lo razonable como perteneciente a su campo. Por lo tanto, compendiando diversas fuentes, diremos que la violencia, en general, va acompañada de abuso, de exceso, entendiendo su contenido como *la intromisión en la subjetividad del otro, que es tomado como objeto con el único fin de satisfacer egoístamente la pulsión de dominio.* Esta relación ya indica la vinculación con el tema del narcisismo.

Un ser violento podría decir a su víctima: "*Te convierto en trofeo para ejercer mi impunidad.*"

La propia muerte ataca las aspiraciones narcisistas omnipotentes, y este hecho genera respuestas violentas, dado que el narcisismo es el bastión más importante de la subjetividad. La violencia, a su vez, sirve de defensa contra el sentimiento de humillación, impotencia, envidia a los sobrevivientes, angustia de abandono y soledad, (desamparo).

Si bien podemos considerar a la agresividad, como una parte constitutiva de Eros, a determinados niveles y/o situaciones, lo sería más de Tánatos. El *quantum* de agresividad aumenta según factores constitucionales y situaciones vividas por el sujeto que lo sumen en el sentimiento de impotencia y/o desvalimiento. ¿En qué ocasión estos dos sentimientos privan al individuo de su capacidad racional? --En las situaciones límite que amenazan al yo con su extinción (situación traumática).

Avala esta opinión el hecho de que a lo largo de la historia de la Humanidad, todos los hechos que amenazaban con la imagen omnipotente de sí mismo o con la extinción del yo, tuvieron como respuesta una furiosa violencia por parte de la sociedad. ¿Y no es acaso la propia muerte la mayor afrenta narcisista? Recalcamos la idea de *la propia*

muerte, ya que la ajena puede estar, por lo general, investida por otros afectos o directamente desinvertida (indiferente).

En lo que hace a nuestro tema entonces, esa situación extrema a la que aludimos es la posibilidad cercana o certera de la propia muerte. Aquí se nos impone un interrogante. Dado el presupuesto de que el narcisismo o amor por sí mismo es parte de la constitución de todo individuo, podríamos diferenciar dentro de él a aquel *suficientemente bueno* del exceso que lo patologiza. Entonces podríamos suponer que la intensidad de una respuesta hostil frente a una situación de peligro de extinción es proporcional al *quantum* de amor por sí mismo que posea cada sujeto. En este sentido consideramos los dos orígenes del narcisismo: el primario y aquel que es resultado del retiro y vuelta sobre el yo del amor por los objetos. Hipotetizamos que el conocimiento de la propia muerte es una situación traumática que en un principio coloca al individuo en un estado seudopsicótico, donde la furia narcisista estaría vinculada a la regresión libidinal masiva que señala Freud en *Introducción del narcisismo* como otro destino de la pulsión. (30)

Ejemplificamos esta idea con una frase relativamente habitual en los pacientes murientes: "No sé en qué vereda pararme: si en la de los vivos o en la otra."

Vamos a referirnos en este punto a los conceptos vertidos por Kohut en su trabajo "Reflexiones sobre el narcisismo y la furia narcisista". Alude allí a la furia intensa y frenética que se conoce como "reacción catastrófica" propia de las personas que padecen un daño cerebral y se ven frente a la imposibilidad de realizar una tarea sencilla: "Una deficiencia en el campo de nuestras funciones mentales se experimenta como pérdida del self." (31)

Agrega como ejemplo las heridas narcisistas que representan los *lapsus linguae* de pacientes o personas en situaciones de exposición pública.

Dice más adelante: "Se enfurecen frente a la súbita manifestación de su falta de omnipotencia en el área de su propia mente y no por haber revelado un deseo o una fantasía inconsciente." (32)

A continuación señala que la preocupación excesiva por borrar la herida narcisista debe entenderse también como un intento *furioso* [el resaltado es nuestro] de borrar la realidad del incidente mediante recursos mágicos, "incluso hasta el punto de sentir el deseo de que uno desaparezca para borrar el recuerdo atormentador." (33)

En algunos casos es el terapeuta quien recibe, por proyección, la responsabilidad de la muerte del ser querido. En otros casos es el propio muriente quien provoca, con su agonía, un sufrimiento narcisista insoportable en sus familiares, lo que los lleva a desear abreviar este período con un gran sentimiento de culpa y una claudicación familiar. Herida narcisista, furia frente a la evidencia de su deficiencia en el campo del *self* grandioso omnipotente y omnisciente. Al mismo tiempo, así como el niño se enfurece frente a los padres que permitieron que aconteciera una situación traumática, es el terapeuta, quien, a veces, como "*objeto del self omnipotente*", recibe la furia del sujeto por haber permitido la injuria. (34)

Transcribiremos un párrafo esclarecedor para la comprensión de este caso en el que sólo el asesinato del ofensor saldaría la injuria: "*La fanática necesidad de venganza y la interminable compulsión a saldar cuentas luego de una ofensa no son los atributos de una agresividad que está integrada con los propósitos maduros del Yo; por el contrario, tal furia indica que la agresión se movilizó al servicio de un self grandioso arcaico y que se pone de manifiesto dentro del marco de una percepción arcaica de la realidad.*"

Afirma que los individuos que sufren heridas narcisistas y responden a ellas con "*rabia insaciable*" no reconocen en su oponente a alguien "*dotado de iniciativa independiente cuyos objetivos no coinciden con los propios.*" (...) Quien ha sufrido esa herida narcisista "*no descansa hasta haber eliminado a un ofensor vagamente experimentado que se atrevió a oponérsele, a estar en desacuerdo con él o a superarlo.*" (35)

La agresión, como ya señaláramos, es la tendencia que se dirige al acto o se expresa en fantasías cuyo contenido es el daño, la destrucción, o la humillación del otro.

Puede no ser una acción motriz violenta y destructiva. Toda conducta, tanto positiva como negativa, simbólica como fáctica, puede funcionar como agresión. Un ejemplo es la ironía. (36)

En "*Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*" André Green menciona una "*tendencia generalizada a no resignarse a morir, o rechazar ese desenlace lo más lejos posible [...]*" acompañado de una "*[...] inconsciencia relativa con respecto a la acumulación de los medios de destrucción.*" Afirma que el hombre no puede saber ni consciente ni inconscientemente qué es la muerte: "*Aún si no podemos saber qué es la muerte, ni*

representárnosla; y aún si el inconsciente la ignora, en el sentido de no darle lugar alguno, esto no elimina la consciencia que el hombre tiene de ese saberse mortal." (37)

Postula que cuando Freud plantea el sistema inconsciente y la representación de la muerte, lo hace de una forma radical, lo que se justifica por la racionalidad propia del proceso primario: no conocer la duda ni grados en la certidumbre, ignorar la negación y permanecer insensible al paso del tiempo. A su vez, todo esto está regido por el cumplimiento del deseo, y en ese dominio, si no se lo consigue en la realidad, el medio para satisfacerlo es suprimir los obstáculos que se le oponen.

Nos preguntamos por qué el ser humano no lleva consigo su consciencia de finitud. Una de las respuestas probables es que la finitud equivale a la amenaza de castración, que no es sino el fin del placer. Por su parte Freud, afirma que el yo es en gran parte inconsciente, por ende puede pensarse que sus funciones esenciales frente a la angustia también lo son (entre ellas la elaboración de los mecanismos de defensa). Los mecanismos de defensa surgirían en la primera infancia frente al sentimiento de displacer. Entonces, la creencia en la inmortalidad arraiga en el yo inconsciente. Sin embargo, como el yo también es consciente, la racionalidad que permite saber acerca de la mortalidad, hace que una parte del individuo tome una posición omnipotente megalomaniaca en su relación a la vida. (38)

De este modo anula aquella parte yoica que se sabe mortal, quedando escindido el yo. *"La inmortalidad sería al narcisismo lo que la negación de la castración es a la libido de objeto." (39)*

Cuando el yo se enfrenta en la realidad con la certidumbre de su finitud, entra en un proceso de duelo. Es el duelo por uno mismo que, de acuerdo a nuestra clínica, tomamos como el primer paso del enfrentamiento con la propia finitud.

Consideramos este duelo, por sus características aunque no por su etiología, como de tipo melancólico.

La *melancolía* puede definirse como la *"afectación profunda del deseo, caracterizada por una pérdida subjetiva específica, la del yo mismo"*. Es una depresión profunda en la que se extingue el deseo y hay un *"[...] desinvertimiento narcisista extremo [...]"* es decir: *"[...] una enfermedad del deseo, constituida alrededor de una pérdida narcisista grave." (40)*

Para E. Roudinesco la melancolía es "la manifestación más extrema de un deseo de autoaniquilación ligado a la pérdida de un ideal". El ideal del yo inconsciente es de algún modo la inmortalidad, y el saberse morir, facilitaría la tendencia a la autoaniquilación. (41)

Según los desarrollos de Freud en *Duelo y melancolía*, podríamos suponer que el yo quedaría fijado a la fase oral canibálica que implicaría el consumo destructivo del objeto, que en este caso es él mismo. Sabemos que a la altura de ese trabajo Freud no había descubierto todavía la pulsión de muerte. (42)

En *El Yo y el Ello* ya está presente esta pulsión, y toma a la melancolía como un puro cultivo de ella: en la melancolía opera una desintrincación de las pulsiones. Por lo tanto, toda disminución de la ligazón de las pulsiones tiene por consecuencia desasir a las pulsiones de muerte de sus lazos con Eros. (43)

De aquí se deriva que podemos pensar que no toda angustia de muerte es sustituta de la angustia de castración, ya que en ocasiones la angustia de muerte es producto de la desintrincación de las pulsiones. (44)

Este modelo podría también aplicarse eventualmente a la idea de que lo que es para las neurosis de transferencia no lo es para las neurosis narcisistas, cuyo extremo menos vital es la melancolía. Una de las aristas del análisis de la melancolía muestra la existencia de una escisión en el yo: una parte del yo se identifica con el objeto perdido, mientras que la otra conserva su condición. El rechazo de la muerte del objeto, entonces, podría favorecer la fantasía de inmortalidad del yo. Esto explicaría el porqué de la presentación de la violencia en los familiares y en el muriente. Hablamos de la violencia causada por la percepción de la muerte, en particular la que siente quien se prepara para enfrentar la suya propia.

Resumiendo: pensamos que el duelo frente a la consciencia de saberse morir es de tipo melancólico. Fundamentamos esta idea en la hipótesis de que, si bien es cierto que el yo frente al impacto emocional de la enfermedad retira la investidura de sus objetos, regresionando del narcisismo adulto a uno primario, este, a su vez, entra en una neurosis narcisista. De ahí que el duelo sea de tipo melancólico.

En el duelo, por el narcisismo incumplido, la amenaza de castración se convierte en una herida. En el vínculo de los familiares con el sujeto muriente pensamos que también puede darse este mecanismo. El yo de cada uno de los integrantes de la familia se toma

por el yo del muriente, por identificación con el mismo. Esta situación llevaría a comprender los auto reproches, auto acusaciones, la desvalorización de sí mismo, que implican de por sí violencia. Estos sentimientos autoreferenciales de los integrantes del grupo familiar, aunque sucedan en distintos momentos, sólo ocultan un incremento de la posición omnipotente megalomaniaca, vista desde un punto de vista negativo (omnipotencia negativa). Otra interpretación supone ver en estas actitudes subjetivas la otra cara de la ambivalencia hacia el objeto, con la represión de los deseos sádicos. En ambos casos se trata de anular la violencia que reaparece contra sí mismo o dirigida de manera encubierta hacia el objeto a perder.

Tratando de comprender la situación de autoagresión en todas sus modalidades (como las anteriormente mencionadas) seguimos a André Green quien, tomando como referencia a Freud, en *El yo y el ello* dice que la escisión del yo se da en la relación violentamente conflictiva entre el yo y el superyó.(45)

Al debilitarse Eros, en el ello se potencia la violencia de la pulsión de muerte que se establece en el superyó. Idea esta que se encuentra expuesta en *La escisión del yo como proceso defensivo*. (46)

Diremos que la situación capital es aquella en la que el objeto muriente es uno mismo, cuando aparece la autoagresión. Como sabemos el yo sirve a tres amos, en constante contradicción (realidad, superyó y ello). El yo se convierte en sede de conflictos, que sólo se revela con amplitud en la enfermedad, pero está presente en todos los individuos. En la enfermedad se encarna en no abandonar sus fijaciones libidinales primitivas, incompatibles hoy con la realidad exterior, tanto física como social, y sufre la destructividad de la pulsión de muerte centrípeta o centrífuga, que es utilizada para mantener en alto un estandarte ya inexistente. Esta destructividad de la pulsión de muerte actúa como un veneno que mina al individuo desde su interior. Este sería el escenario subjetivo y real en el que se despliega la violencia.

Según Klein, la idealización del objeto muriente por parte de sus allegados no sería más que el disfraz o la desmentida de las angustias persecutorias que despierta el objeto. El objeto resulta persecutorio porque trae la presencia de la muerte, expresión extrema de las pulsiones destructivas ya imposible de ser negadas. (47)

La creencia en la inmortalidad es un estado de idealización del yo inconsciente, mientras que, por otra parte, el yo consciente está amenazado en su existencia, aunque esta amenaza esté parcialmente desmentida.

Avanzando con el tema de la depresión de tipo melancólico y el duelo podríamos pensar que es la consecuencia de la dificultad por abandonar a los objetos que nos dan la alegría de vivir. Si estos desapareciesen, la pulsión la vida nos devolvería el gusto por vivir una vez realizado el trabajo de duelo, desde el momento en que la libido invertiría nuevos objetos o reinvertiría, luego de desinvertirlos, aquellos que nos decepcionaron. Cuando el duelo se hace interminable, no es la presencia del amor la que certifica este hecho sino el resentimiento por el abandono. Por otra parte, si los objetos murientes no forman parte de nuestro patrimonio libidinal, la indiferencia ante la muerte es lo que se hace presente. (48)

En el artículo "*El eje narcisístico de las depresiones*" Guy Rosolato marca la relación entre la culpabilidad y la depresión. Expresa que, de haber un grado suficiente de paranoia preexistente a la depresión melancólica, éste marcará el nivel de culpabilidad y la capacidad de elaborar el duelo y la castración. Agrega que el deprimido a menudo tiene como objetivo inconsciente causar culpa en el otro. (49)

En nuestro caso, el ser muriente aspira a que sea otro el que cargue con la culpa que considera no le concierne. (Véase más adelante casos 2, 3 y 4) El concepto de Klein de la identificación proyectiva se refiere precisamente a la proyección sádica de los contenidos no deseables en el otro, quien pasa así a representar a uno mismo. (50)

Propusimos la idea de que la amenaza de castración (la propia muerte) se convierte, en el sujeto muriente, en una herida narcisista, y una de las fundamentaciones sería la expresada por Rosolato, éste afirma que toda derrota física frente a una enfermedad, la edad, el paso del tiempo o una enfermedad crónica grave alteran la imagen narcisística de un cuerpo sin debilidades, es decir la imagen narcisística primitiva. Es la diferencia, dice este autor, entre la realidad y el yo ideal versus el ideal del yo o el yo. (51)

La conciencia de muerte podría ser vivida como una trasgresión al ideal de inmortalidad, lo que nos lleva a considerar una compensación moral y a tomar en cuenta la idea de culpabilidad, a través de la que mejor se expresa la depresión, la impotencia y la frustración. El concepto de culpabilidad se apoya en las siguientes posibles reacciones: en primer lugar un castigo sobre el plano moral personal que se convierte en

una necesidad de expiación, obligación de enmendarse y cambiar. En el vínculo con los otros se impone la reparación, precio del esfuerzo de borramiento a un supuesto mal causado. Por último, el perdón. Este permite la reconciliación. Esta sucesión de reacciones y momentos afectivos son los que estarían implícitos en lo que denominamos "*proceso de transformación benigna*".

El yo ideal narcisístico expresa un pedido inflexible: que las imágenes de la realidad correspondan a su ideal. Cuando esto se da, no aparece violencia ni depresión de tipo melancólico.

Esta circunstancia se debe a que el yo acepta la realidad frustrante que le toca vivir, en un acuerdo egosintónico. Sin duda este será el punto de trabajo más importante del analista: conseguir mayores momentos de acuerdo.

Por el contrario, el divorcio entre el yo ideal, la realidad y el ideal del yo, da libre curso a la severidad del superyó. (Esto lo veremos en el análisis de los casos 3 y 4).

Para G. Rosolato, una forma de diferenciar el masoquismo de la depresión es que esta última cursa sin placer, es una regresión al antiguo desamparo. Y así como la depresión tiene una relación directa con el doble narcisístico que es el yo ideal (narcisismo primitivo), su resolución implica un recorrido reconciliatorio con el objeto primero. De esto sería un excelente ejemplo el análisis de un muriente que hace Klein en su trabajo sobre la interpretación de la novela "*Si yo fuera usted*" (52)

Para Rosolato la depresión tiene una finalidad: contagiarse en los otros con la finalidad de dominarlos y culpabilizarlos. Imaginamos esta idea en el seno de una familia con un sujeto muriente. "*La violencia puede tomar este aspecto, convirtiéndose en un medio de dominación sobre individuos susceptibles de abdicar en el desaliento y dándose de buena gana como víctimas acusadoras.*" (53)

En *La depresión: un estudio psicoanalítico*, Hugo Bleichmar propone el estudio de los factores que inciden en la determinación de la agresión en la génesis de la depresión. Así como el narcisismo es el amor por el propio yo, la autoagresión es una relación con uno mismo desde la vertiente del odio. La autoagresión es la intencionalidad agresiva, como para el narcisismo es el amor. Repasamos estas ideas porque las consideramos pertinentes a la situación del muriente y sus objetos de amor-odio (54)

La diferencia entre el yo ideal y la realidad es vivenciada como tensión narcisística, y es experimentada como dolor. Éste está dirigido desde el sujeto hacia sí mismo. No se ama

sino que se odia, a través del siguiente mecanismo: tensión, dolor, agresión, desvalorización, colapso narcisista, depresión.

Bleichmar distingue la depresión culposa (relación de tensión entre el yo y el superyó) de la depresión narcisista (relación de tensión entre el yo y el Ideal). Esta última tiene más que ver con los sentimientos de degradación y desvalorización, humillación y vergüenza. En la práctica clínica estos dos tipos de depresiones no aparecen aisladas sino combinadas en distintos grados. Y esto es lo que vemos en nuestros ejemplos clínicos, donde frente a estos dos tipos de depresiones se perfeñan diferentes mecanismos de defensa. En estos casos, tanto la culpa proveniente del superyó como la autodesvalorización y humillación provenientes del Ideal, tienen que ver con la no aceptación de las pérdidas de la/s funciones, y la pérdida de la autonomía.

Otto Kernberg, define la personalidad narcisista como caracterizada por las ambiciones desmedidas, exagerada centralización en sí mismo, adaptación superficialmente eficaz, fantasías grandiosas, sentimiento de inferioridad y excesiva dependencia de la admiración y el homenaje, en distintas combinaciones. Presenta también sensación de hastío y futilidad con una continua búsqueda de satisfacción, poder, riqueza y belleza, con serias deficiencias en su capacidad de amar y preocuparse por los demás.

Se observa una permanente insatisfacción e incertidumbre consigo mismos, con una tendencia consciente o inconsciente a explotar "*sin piedad a los demás*" (55)

Otra característica que refiere Kernberg es la crónica e intensa envidia y las defensas contra la misma, en especial la desvalorización, el control omnipotente y el retraimiento narcisista.

Cabría pensar en el narcisismo del ser muriente, frente al peligro de su extinción, como relativamente independiente de su personalidad previa. Hemos observado que, aun en los casos en que el narcisismo patológico sea mínimo, frente a la situación traumática de enfrentarse con la propia muerte, éste se exagera. Pensamos precisamente en el narcisismo y su injuria: es su yo amado el que perecerá.

Kernberg propone la idea de que la organización defensiva en las organizaciones narcisistas es similar a la de los estados fronterizos en cuanto al predominio de la escisión y la disociación primitiva. De esta manera se puede observar la coexistencia de la ambivalente grandiosidad y sentimiento de inferioridad. A grandes rasgos ambos cuadros se diferencian porque la personalidad narcisista posee un concepto de sí mismo

integrado, aunque patológicamente grandioso, un concepto de sí mismo ideal así como del objeto, situación que no coincide con las características del trastorno fronterizo.

Un sujeto en situación de saberse morir, a raíz de la situación traumática que atraviesa, pasaría, independientemente de la estructura de su aparato psíquico, a un funcionamiento narcisista patológico, de acuerdo a su situación vital.

Para diferenciar el narcisismo patológico del normal y del infantil, destaca que el individuo narcisista, si bien tiene un exagerado amor por sí mismo, éste es altamente pobre y sumamente autodegradante. A su vez las diferencias entre el narcisismo patológico y el normal de la temprana infancia es que en este último las fantasías grandiosas referidas a sí mismo y al objeto tienen un fundamento más real.

Existe una capacidad efectiva de confiar en los objetos significativos y depender de ellos, capacidad de amar y agradecer de características auténticas. En el narcisismo infantil normal las exigencias al objeto son derivadas de necesidades reales, mientras que las demandas del narcisismo patológico son excesivas, imposibles de satisfacer y por lo general consecuencia de un proceso de destrucción interna de los suministros recibidos. Una demanda al objeto, en el narcisismo infantil normal es egocéntrica y con características tiernas, mientras que en el patológico la demanda es violenta. Finalmente, las fantasías de poder en la temprana infancia no significan deseo de posesión absoluta del objeto ni su control, a diferencia del narcisismo patológico. Este autor refiere que este narcisismo patológico aparece en el vínculo con el terapeuta y con su familia con las siguientes características: dentro de las resistencias que se hacen presentes en este cuadro encontramos la negación de la existencia del analista como ser humano autónomo e independiente, sin que se produzca la simultánea fusión que se da en los pacientes más regresivos. El analista es sólo visto como un "*objeto satélite*". Rabia y envidias orales son formas de exteriorizar la cualidad de su vínculo. (56)

Es importante destacar que, para este autor, corroborado por nuestra clínica, la figura del analista (y sus familiares) recibe la proyección del objeto del *self* grandioso, simple prolongación del sí mismo grandioso. Creemos que la furia que encontramos en los distintos casos que presentaremos tiene que ver con la exigencia de idealidad incumplida, con la que está investida la realidad y la figura del terapeuta. Esta idealidad podría considerarse una situación de "pseudo psicosis", o locura, en la que el individuo no puede creer lo que él mismo sabe.

Cabría preguntarnos si, en el caso del paciente sabedor de su propia muerte cercana, se podría pensar en un narcisismo patológico por regresión libidinal a un narcisismo primitivo. Recordemos que Freud, en *Introducción del Narcisismo* agrega dos destinos más de la pulsión, característicos de las psicosis: la introversión y la regresión libidinal narcisista. En este caso no se trataría de una reacción psicótica sino de una patologización de una respuesta a la situación más traumática que cabe vivirse. Este es el motivo por el que denominamos "pseudopsicótica" a esta situación.

Sin embargo, creemos que dada la generalidad de la situación y su cualidad, no se podría hablar de un narcisismo patológico aunque coincida en muchas de sus características. Sí entendemos que podemos referirnos a una regresión a un narcisismo primitivo de características patológicas.

Apoyándose en otros autores, Kernberg manifiesta también que la agresión surge de la matriz del desequilibrio narcisista, una búsqueda insaciable de venganza a consecuencia de una herida narcisista.

2.4 Referente al proceso

Para finalizar tomaremos dos puntos: uno referido al proceso terapéutico mismo, y el otro relativo al encuadre, dispositivo y tratamiento.

Citaremos a continuación a A. Alizade, y su trabajo "*Clínica con la muerte*" referido a lo que llama '*narcisismo terciario*', estrechamente vinculado con nuestro concepto de *transformación benigna*: "*La forma terciaria es una forma simple, tranquila, coexistente con un 'estar en el mundo' donde priman el principio de realidad y el principio de relatividad. A la omnipotencia se contraponen la sencilla potencia en un sujeto que sabe algo de sus límites y de la transitoriedad de su devenir.*"

El sujeto dispone una parte de su energía en dirección a sus semejantes, los otros seres vivientes: "[...] y también hacia aquellos que vendrán más adelante en una temporalidad que le concierne aun cuando él ya no ocupe más el espacio material de los vivos." (57)

Tomamos esta visión idealizada como un '*tender hacia*' mediante un proceso terapéutico capaz de tener el tiempo suficiente para catalizar la natural disposición inversa, tanto del muriente como de sus familiares. En el mayor o menor éxito de este

intento debemos incluir el tipo libidinal previo (erótico, obsesivo o narcisista) y la neurosis individual y familiar.

El *narcisismo terciario* que desarrolla Alizade "implica un salto cualitativo y un movimiento de trascendencia." Mientras el narcisismo primario tiende a la unidad y el secundario remite a figuras cerradas: "El *narcisismo terciario* remite en cambio a una *figura abierta*", en conexión con el mundo. (58)

Llamamos *proceso de transformación benigna* a aquello que Alizade denomina *proceso transformador narcisista terciario*.

Las transformaciones clínicas que podríamos apreciar son las correspondientes a un proceso catalizador. Coincidiendo con las propuestas de la misma autora estas serían: desnarcisización, excentramiento, organización de nuevas *gestalts*, trabajo de duelo y resignificación del principio de relatividad, reordenamiento del sistema narcisista, familiarización con la realidad siempre limitante, domesticación de las pulsiones, nueva representación de la idea de poder, acceso a la sabiduría y al humor y control de la destructividad. Primarán los sentimientos de solidaridad y responsabilidad, libertad interior y creatividad.

En el libro del epidemiólogo checo P. Skrabanek, encontramos la referencia a otro autor con la que coincidimos ampliamente: "[...] Cuando un siglo y la cultura agonizan, declarar la muerte a la muerte se convierte en una preocupación esencial. [...] Cuando el hombre pierde el sentido de su continuidad histórica con el pasado, cuando ya no tiene la esperanza de ver a sus hijos mantener la lucha de sus antepasados por una existencia digna, limita su horizonte a su propia existencia individual." (59)

Estamos convencidos de que la clave para alcanzar la finalidad de la *transformación benigna* es la aceptación y valoración de que nuestra trascendencia radica únicamente (aunque no es poco) en lo que de nosotros queda en los demás.

En cuanto a la serie de puntos ideales que el *proceso de transformación benigna* incluye, nos preguntamos cuáles, y cuánto de ellos es posible realizar.

Esto nos lleva a los límites de la domesticación de la pulsión de muerte, en coincidencia con la idea de Freud en cuanto a los deseos destructivos básicos del inconsciente. Pero saber de esto no nos exime de responsabilidad en el intento de ampliar el conocimiento.

El punto de diferenciación entre lo que postula Alizade como "*proceso transformador narcisista terciario*" y nuestro concepto de "*transformación benigna*", es que el

nuestro se ve cumplido independientemente del punto al que se arribe, El proceso, de por sí, es la transformación. La propuesta de Alizade en cambio, se ve como una meta ideal como condición de ser, lo que lo transformaría en una figura cerrada. En la "transformación benigna" el proceso se centra en sí mismo y en la canalización de la violencia. Esto incluye no sólo al muriente sino a su grupo familiar.

Otra de las claves de esta transformación es mantener o reobtener el amor al otro, a pesar de que sobrevivirá a nuestra desaparición. Ahora cabría preguntarnos cuál sería, entonces, un "proceso de transformación maligna". Y ofreceríamos la siguiente respuesta: aquel que incrementa la violencia o no ofrece posibilidades de proceso de cambio. El que deforma la realidad manipulando los resultados, el que no incluye dentro de las posibilidades de transformación los recursos de la familia y del paciente.

Uno de los puntos centrales en cuanto a respuestas logradas a nuestros interrogantes de tesis, es que la desmentida, a veces considerada como sólo propia de la perversión, es una parte ineludible del proceso de metabolización de un trauma narcisístico. En "El fetichismo" Freud diferencia la represión de la desmentida: "Si se quiere separar de manera más nítida el destino de la representación del destino del afecto y reservar al término de la represión para el afecto, 'desmentida' sería la designación alemana correcta para el destino de la representación." (60)

Al pie de página el traductor aclara que: "Cabe destacar que en el capítulo VIII del "Esquema del psicoanálisis" (1940), Freud establece otra distinción entre el empleo de ambos términos: la represión se aplicaría a la defensa contra las demandas pulsionales internas, y la desmentida a la defensa contra los reclamos de la realidad externa." (61)

Estos conceptos nos llevan a corroborar una vez más la aseveración de Hamra en cuanto a que la desmentida no se aplica sólo a la perversión sino que está presente en muchos otros cuadros psicopatológicos. En el artículo de Baranger, Baranger y Mom ya citado, éstos expresan la idea de que la situación traumática no consiste sólo en un exceso de cantidad de excitación no procesable, sino que también tiene que ver con su contenido emocional. Estas últimas consideraciones nos llevan a expresar la idea de que la percepción de la propia muerte, cercana y real, es una situación traumática que puede caer bajo el efecto de la desmentida.

De *Inhibición, síntoma y angustia* extraemos la idea de que de acuerdo con el desarrollo de la serie angustia-peligro-desvalimiento (trauma), se resume que la situación de

peligro es la situación de desvalimiento discernida, recordada, esperada. La angustia es la reacción originaria frente al desvalimiento en el trauma, que más tarde es reproducida como señal de socorro en la situación de peligro. (62)

Cabe decir lo mismo para la desmentida, como para la escisión o para el papel de la violencia, en tanto respuesta natural de un yo gravemente injuriado.

Repetidas veces ha sido señalado por Freud cuán en detalle puede perseguirse la analogía de la religión con una neurosis obsesiva, y cuántas peculiaridades y destinos de la formación religiosa pueden comprenderse por este camino. Armoniza muy bien con esto el hecho de que el creyente esté protegido en alto grado del peligro de contraer ciertas neurosis; la aceptación de la neurosis universal lo dispensa de la tarea de plasmar una neurosis personal. La creencia en una vida después de la muerte, y la de una figura todopoderosa y protectora, salva de las zozobras de la certidumbre del propio fin. (63)

2.5 En cuanto al encuadre, el dispositivo y el tratamiento

En el proceso del morir están involucrados tanto el sujeto muriente como sus futuros deudos. Todos absolutamente deberán atravesar un camino de aceptación de lo irreparable. Si bien toda la vida consiste en realizar este duelo por múltiples situaciones y objetos irreparables, el del propio morir tiene características únicas.

Este proceso consta de cinco etapas, según Elizabeth Kübler Ross la negación (como reacción de protección), el enojo o ira, el acuerdo o la negociación (donde aparecen las preguntas), la depresión o tristeza (en que ya no se niega lo ocurrido) y la aceptación. Podríamos plantearnos si el proceso no consistiría en la transformación de la melancolía en tristeza, con la paulatina pérdida de la violencia que aquella lleva insita. (64)

Existen tres momentos claves en el decurso de la enfermedad: el momento del diagnóstico, la primera recurrencia, y ante cada signo evidente de la progresión de la enfermedad. Estos momentos deberán ser encarados dentro del dispositivo terapéutico.

Uno de los puntos a tener en cuenta es la llamada "claudicación familiar", siendo este el momento en que el grupo de allegados pierde la capacidad para cuidar y acompañar al enfermo. Las causas de esta situación son múltiples. Entre ellas:

- Las dificultades propias de la familia.
- El miedo que surge frente al diagnóstico.

- La falta de cobertura de las necesidades de la familia.
- El impacto de la enfermedad terminal en los familiares.
- Fallas en los objetivos del tratamiento.

Otro de los puntos a tener en cuenta son los llamados 'pacientes difíciles', que llevan a la 'claudicación profesional'. Estos son aquellos con los que el terapeuta 'se enoja' o se siente abrumado; a los que da cita fuera de hora, o a los que les 'hace favores' inusuales en su práctica. También todos aquellos por los que el profesional siente rechazo.

El exceso de conductas demandantes, el exceso de dramatismo, la reiteración de conductas confusas, y los cambios de una queja a otra, son indicadores de dificultad psicológica en un paciente.

En la aproximación y acomodación del encuadre y el dispositivo, deberemos tener en cuenta ciertas circunstancias propias de cada caso: el nivel personal y la historia personal del paciente y la familia, el medio sociocultural, y el equipo de profesionales intervinientes.

Definimos encuadre como el conjunto de constantes gracias a los cuales puede tener lugar el proceso psicoanalítico. Otra forma de definirlo sería: "*el conjunto de estipulaciones que aseguran al mínimo de interferencias a la tarea analítica, al par que ofrece el máximo de información que el analista puede recibir.*" (65)

Siguiendo las ideas de J. Bleger en este punto, recomendamos en una primera entrevista la indagación acerca de las fantasías de enfermedad, de curación, historia de dolencias, tipo de fortaleza yoica. Trataremos de determinar formas de funcionamiento, de transferencia (neurótica, narcisista o psicótica), la contratransferencia, la sintomatología neurótica que acompaña el cuadro, la evaluación de las defensas que están en juego, la posibilidad de *insight*, de autonomía, funcionalidad, comunicación simbólica, amplitud del yo, grados de sublimación, angustia, clivaje, tensión y celos y rivalidad. (66)

Entendemos los criterios diagnósticos como un sistema conjetural de recursos que parte de la singularidad y nos aproxima a la posibilidad de abordaje, permitiendo detectar cambios y movimientos en el tratamiento. Es interesante poder detectar cuál es el miembro de la familia de características más sanas, a fin de tener en él un posible aliado o punto de apoyo dentro del grupo para optimizar el tratamiento.

Uno de los principios de los que partimos es que toda consulta de cuestiones médicas sea respondida por el equipo médico. En razón de esto sería conveniente que la primera entrevista sea realizada por ambos miembros del equipo tratante: el médico oncólogo (si se trata de cáncer) o el especialista de que se trate, junto al psicoterapeuta.

Es también importante realizar dos primeras entrevistas: una con el paciente de manera individual y otra con el grupo familiar sin el paciente. En lo sucesivo el terapeuta determinará cuándo las entrevistas familiares se realizarán en presencia o en ausencia del enfermo. Pensamos que, si las circunstancias lo ameritan, la presencia de éste es deseable para facilitar la comunicación intragrupo.

En los encuentros subsiguientes, se trabajará en torno a la necesidad de establecer objetivos terapéuticos a corto plazo, elaborar sentimientos de culpa, desesperanza, temor, frustración y la violencia implícita. Todo esto llevará a una mejor aceptación del tratamiento y de la enfermedad.

En estas consultas resulta importante orientar acerca de modos de vida, actividades, alimentación, relaciones sexuales, revalorización de metas diarias y a corto plazo con la intención de encontrar un sentido a aquel que se está perdiendo. Resulta necesario intercalar entrevistas familiares para disminuir la tensión y las ansiedades del grupo y permitirle la elaboración de nuevos patrones de adaptación. De existir, resulta indispensable revisar situaciones antiguas de conflicto. Se trata, también, de instalar, a través del tratamiento, una nueva percepción del tiempo, minimizando la importancia de las ocasiones en las que el paciente deba modificar sus turnos de sesión, ya que no consideramos en estos casos que esto sea una ruptura del encuadre.

Es importante la psicoprofilaxis previa y posterior a toda intervención quirúrgica.

2.6 Acerca del terapeuta

La responsabilidad que conlleva el tratamiento de estos pacientes no difiere de la que corresponde a cualquier tratamiento psicoterapéutico. Sin embargo, en estas situaciones vitales el psicoterapeuta deberá ser más flexible respecto a inconvenientes que surgieren durante el tratamiento. A pesar de esta advertencia convendrá que mantenga ciertos límites para evitar el exceso de demanda que convertiría al paciente en 'difícil', más allá de su particular circunstancia.

Consideramos útil fijar, desde las primeras entrevistas, nuestros límites y alcances. Esto implica: cantidad de consultas semanales y/o mensuales, monto de honorarios por las consultas, días de disponibilidad, lugar en los que transcurrirán los encuentros, disponibilidad telefónica y su carácter arancelado o no.

Existe asimismo la responsabilidad del terapeuta de acompañar a su paciente en los momentos de internación y/o en sus últimos días, siempre y cuando sea solicitado por el enfermo.

Como sugerimos anteriormente, es necesario integrar al grupo familiar en el encuadre terapéutico, con consultas programadas o a pedido, del mismo grupo o alguno de sus integrantes o por sugerencia del profesional. Estas consultas serán reconocidas dentro de los aranceles.

En estos casos se presentan a menudo problemas de comunicación, para lo cual tendremos en cuenta nuestra capacidad de escucha y comprensión. Todo aquello que se comunique girará en torno a la demanda del paciente. El terapeuta cuidará los límites de la información, ya que en ocasiones el exceso de la misma puede ser nocivo. Existen preguntas imposibles de responder, como por ejemplo: *¿"Cuánto tiempo me queda?"* *"¿Cuánto vive un paciente con esta enfermedad, o a partir de mi estado?"* En estos casos será conveniente apoyarse en el principio de realidad y el sentido común, incluyendo como respuesta: *"¿Cómo saberlo, quién de nosotros puede decirlo?"*.

Resulta relevante incluir en la comprensión el lenguaje gestual. Algunas conductas deben ser francamente rechazadas: contestar al enojo con enojo, prejuizar una actitud o comportamiento o alentar expectativas irreales.

La familia constituye un sistema de relaciones interpersonales que conforman una unidad. Cualquier modificación repercute en todos sus miembros. Es importante identificar las necesidades, los conflictos, los recursos, y buscar consenso. Se deberá hacer un planteo honesto de objetivos y estrategias e intentar incrementar el compromiso con Eros, en los pacientes que están adheridos al sentimiento de muerte (como podrá verse en el caso 4). Esto se hará posible según la medida de las capacidades de paciente y analista.

Uno de los problemas más importantes que afrontará el profesional, junto a la familia y al paciente, es *la conspiración del silencio*. Este sería básicamente el ocultamiento del diagnóstico para con el enfermo, lo que debería constituir un límite para el terapeuta.

Muchas veces es conveniente concertar varias entrevistas con la familia a fin de concensuar qué es aquello que les preocupa respecto a la verbalización del diagnóstico, al mismo tiempo que se tiene en cuenta el deseo y la capacidad del paciente. Si este punto no se resuelve el resultado sería *la conspiración*. Las razones de que esto se dé radicarían en la angustia que despierta en quien oculta el conocimiento de la muerte. La solución advendrá a través de una negociación con el grupo familiar con el propósito de mantener abierta la comunicación. En este intento de quebrar *la conspiración* es importante plantear no sólo lo que saben sino lo que sienten y creen.

Otro de los problemas importantes con que se enfrenta el terapeuta es la incertidumbre. Sugerimos naturalizar la incertidumbre como parte de todos los actos y situaciones de nuestra vida.

Horacio Etchegoyen, se refiere a las ideas de Kohut, discrimina tres tipos de transferencias narcisistas: la idealizadora, la especular y la gemelar. La primera reactiva la imago parental idealizada, reactivación terapéutica del objeto omnipotente. Aparece como resultado de la actitud empática del analista y reproduce el momento en que la perturbación narcisista primaria de la psiquis recupera la perdida experiencia de perfección transfiriéndola a un objeto del *self* rudimentario. Una vez que este estado se establece, al objeto de su narcisismo primario le es atribuido su poder. De este modo este objeto se convierte en fuente de seguridad y calma. (67)

En nuestra clínica esta situación aparece cuando el paciente, una vez indicado por el oncólogo un esquema terapéutico, duda de éste y nos pide asesoramiento en cuanto a decisiones terapéuticas. En los casos que nos ocupan, aconsejamos aprovechar esta transferencia idealizadora sin creerla ni reprimirla. De este modo, a través de la idealización, podemos catalizar la agresión al mismo tiempo que sostenemos la defensa de formación reactiva frente a la culpa, hasta tanto ésta sea posible de deshacer.

Otra transferencia narcisista, la especular, no es demasiado observable en esta clínica. Ella se refiere a la reactivación del *self* grandioso, junto a un conjunto de derivados de impulsos exhibicionistas y fantasías grandiosas. El paciente busca que el analista lo admire y lo elogie. En estos casos lo que sugerimos es analizar con el paciente sus deseos de aprobación y admiración en relación con la realidad.

En este tipo de transferencia se ponen de manifiesto las ambiciones del paciente, mientras que en la idealizada se evidencian los ideales del mismo.

Por último nos referiremos a la transferencia gemelar, poco visible en nuestra experiencia clínica. El paciente, dentro de este estado transferencial, busca en el analista un alter ego que piense por él.

Tenemos dos momentos cruciales en el proceso terapéutico. Para que se realice una transformación benigna en el grado que sea posible, el terapeuta tendrá claro que: 1.- intentará rescatar el quantum posible de deseo de vida y placer para promover la creatividad aún en este último momento, y 2.- pulsará las posibilidades que posee el paciente para tolerar el deshacer los mecanismos de defensa, muchas veces encubiertos en la violencia, que intentan desmentir o negar el fin. Incluirá en su consideración que esto sea necesario y a la vez posible. Este punto será especialmente tenido en cuenta por el terapeuta en el momento de sus intervenciones. (Se verán momentos de choque o ruptura en la presentación de los casos clínicos, debidos precisamente al litigio que mantiene el paciente por mantener una postura de megalomanía u omnipotencia al tiempo que defiende tenazmente la eficacia de sus mecanismos de defensa.)

Tres dificultades importantes, entre otras, puede tener que enfrentar el equipo terapéutico. Estas suelen presentarse en un panorama de exceso de actividad y/o abandono institucional. Estas serían: la dificultad de asumir la muerte propia, la falta de entrenamiento y la falta de experiencia personal en cuando al momento de la agonía. Todas ellas podrían aminorarse en tanto el trabajo se plantee en equipo (trabajadores sociales, psicoterapeutas, médicos, enfermeras, cuidadores, voluntarios, terapeutas físicos, nutricionistas, ministros de fe). Lo contrario, a menudo correría el riesgo de caer en el *burn out*. Consideramos la importancia de sostener un espacio de comunicación terapéutica individual así como conjunta, a través de monitoreos externos del equipo.

No ingenuamente dejamos para el final el tema de la juridización de la muerte. En relación a este término, en su libro "*La otra muerte. Psicoanálisis en cuidados paliativos*" Marcelo Negro se refiere a él como la reducción de la mayoría de los vínculos sociales a formas jurídicas, reglamentos legales e intermediaciones de ciertos especialistas. (68)

Existe, entonces, una juridización de los procesos de tratamiento y muerte. Encontramos en este libro una referencia a otro texto "*Muerte digna: consideraciones bioéticas-jurídicas*" de Luís Guillermo Blanco, quien hace referencia a una nomenclatura relativa a eutanasia, distanasia y ortotanasia. *Eutanasia* aparece definida como la acción médica

con la que "se pone fin en forma directa a la vida de un enfermo próximo a la muerte, que así lo solicita, para lograr de este modo dar término a los sufrimientos de su agonía." Distanasia es "la prolongación exagerada del proceso del morir de un paciente, resultante del empleo inmoderado de medios terapéuticos extraordinarios o desproporcionados". Finalmente la ortotanasia sería "un morir a su debido tiempo." Una muerte, en palabras de M. Negro: 'moralmente correcta'. Suprimir, limitar, o hacer abstención, ante la inminencia de la muerte, "de todo tratamiento fútil, extraordinario o desproporcionado.(69)

Diremos que los *cuidados paliativos* corresponden así a lo que fue descripto como *ortotanasia*.

El proceso de llegar al final de la vida demanda muchas veces una cantidad de recursos no existentes en la realidad, los pacientes agotan su potencial de recursos y el sistema de salud los arroja de su supuesto paternaje al: 'arréglese como pueda, no tenemos cama', 'si no le dan la medicación en su prepaga u obra social, llame a un abogado y establezca un recurso de amparo'. Si pensamos en el principio de autonomía, principio bioético soberano, estaríamos casi de acuerdo en la aceptación de la posibilidad de que surja *el deseo de no querer seguir viviendo así*. Este deseo no debiera ser socialmente cuestionable, ni legalmente juzgable, como no lo es nuestra manera de amar. Debemos aclarar que esta idea es radicalmente opuesta a las definiciones de 'suicidio'. La eutanasia se diferenciaría de este tipo de decisión porque en esta se han agotado los recursos. Si el principio de realidad, y las circunstancias del paciente dan cuenta del sufrimiento y la pérdida de la calidad de vida, más allá del nombre que quiera dársele, podríamos apoyar ese deseo de 'no querer seguir viviendo así'.

La eutanasia o la muerte asistida no son dispositivos aceptados jurídicamente, y no es de interés en esta tesis ahondar este tema que requeriría un enfoque médico, legal, filosófico y ético. Entendemos que el común denominador del proceso de morir es responder al problema del dolor y el sufrimiento, surgiendo términos como 'muerte digna' o 'buena muerte'. En *cuidados paliativos*, este sería precisamente aquel que se refiere a la calidad de vida hacia el final de la misma.

Citas bibliográficas:

- (1) Freud, S., "Inhibición, síntoma y angustia", O. C. Amorrortu, Bs.As, Volumen XX, Página 156.
- (2) *Ibíd.*
- (3) Baranger, W., Baranger, M., Mom, J.M., APA, 35º Congreso Psicoanalítico Internacional. Tema: "Análisis terminable e interminable cincuenta años después" Título: "El trauma psíquico infantil de nosotros a Freud: trauma puro, retroactividad y reconstrucción" (1987) Revista de Psicoanálisis, XLIV,4.
- (4) *Op.cit.*, Pág. 14.
- (5) Freud, A., "El yo y los mecanismos de defensa", 1961. Paidós. Bs.As, 2006.
- (6) Freud, S., "La negación", 1925, O.C. Volumen XIX, pág. 253.
- (7) Freud, S., "Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico", O. Completas. Volumen XII, pág. 223.
- (8) *Ibíd.*, pág. 226.
- (9) *Ibíd.*, pág. 227.
- (10) *Ibíd.*, pág. 230.
- (11) Hamra, M., "El retorno de lo escindido" (2006) Revista Nº 31, Psicoanálisis y Universidad, Reseñas de las Tesis de Maestría y de Especialización en Psicoanálisis UNLaM – AEAPG | 2001 / 2007.
- (12) Freud, S., "La escisión del yo en el proceso defensivo" (1938) O.C. Volumen XXIII, Amorrortu 1976.
- (13) Freud, S., "Esquema del psicoanálisis" (1938) Volumen XXIII, Amorrortu 1976.
- (14) Freud, S., "Pulsiones y Destinos de la Pulsión" (1915) O.C.. Volumen XIV, Amorrortu. 1979.
- (15) Freud, F., "Introducción del Narcisismo", O.C.. Volumen XIV. 1915. Amorrortu, 1979.
- (16) Freud, S., "Más allá del principio del placer" (1920) O.C.. Volumen XVIII, Amorrortu, 1979.
- (17) Freud, S., "Esquema del psicoanálisis" (1938), O.C. Volumen XXIII.
- (18) *Ibíd.*, Pág. 146.
- (19) Klein, K., "Algunas consideraciones teóricas de la vida emocional del lactante", O.C. 1974.
- (20) Heimann, P., "Algunas funciones de introyección y proyección en la temprana infancia" en M. Klein. O.C. "Desarrollos en Psicoanálisis", Tomo III, 1974, Hormé, Paidós.
- (21) Klein, K., "El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos" Tomo II, O. Completas.
- (22) Freud, S., "Introducción del Narcisismo" (1914), Cáp. II, Volumen XIV, Amorrortu, 1980, pág. 79.
- (23) Green, A., "Pulsión de muerte, narcisismo negativo, función desobjetalizante", En "La pulsión de muerte". Green y otros. Primer Simposio de la Federación Europea de Psicoanálisis. Marsella (1984), pág.74.
- (24) Heimann, P., "Algunas funciones de introyección y proyección en la temprana infancia" en M. Klein. O.C. "Desarrollos en Psicoanálisis", Tomo III, 1974, Hormé, Paidós.
- (25) Diccionario de Filosofía, Editorial Herder, Barcelona, 1991.
- (26) Freud, S., "El malestar en la cultura", O.C. Volumen XXI, Pag. 108, 1930, Amorrortu.

-
- (27) Laplanche y Pontalis, Diccionario de Psicoanálisis, Ed. Labor. 1974.
- (28) Diccionario de Filosofía, Editorial Herder, Barcelona 1991.
- (29) Diccionario de psicoanálisis de las configuraciones vinculares, Coordinado por: Carlos Pachuk - Rasia Friedler Ediciones del C. Paidós. 1998.
- (30) Freud, S., (1915) O.C.. Volumen XIV, Amorrortu. 1979.
- (31) Kohut, H., *Reflexiones sobre el narcisismo y la furia narcisista* Revista de Psicoanálisis N°: 3, 1980, APA, Buenos Aires, Pág. 454. En el apartado: "La reacción catastrófica y otros hechos similares".
- (32) *Ibíd.*
- (33) *Ibíd.*
- (34) *Ibíd.*
- (35) *Ibíd.*
- (36) Laplanche, J.; y Pontalis, J.B., *Diccionario de Psicoanálisis*, Ed. Labor. 1974.
- (37) Green, A., "Narcisismo de vida, narcisismo de muerte", Epílogo. "El yo, mortal- inmortal", pág. 239 (1982) Amorrortu, 1999.
- (38) Freud, S., "El Yo y el Ello" (1923) O.C. Vol. XIX, Amorrortu 1979.
- (39) Green, A., "Narcisismo de vida, narcisismo de muerte". 1983. Amorrortu. 1999, Pág. 248.
- (40) Chemama, R., *Diccionario del Psicoanálisis*. 2ª Edición, Amorrortu 2004.
- (41) Roudinesco E., y Plon, M., *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Paidós.
- (42) Freud, S., "Duelo y melancolía" O.C. volumen XIV. 1915 Amorrortu, 1979.
- (43) Freud, S., O.C. volumen. XIX. (1923) Amorrortu 1979.
- (44) *Ibíd.*
- (45) Green, A., "Narcisismo de vida. Narcisismo de muerte." 1983. Amorrortu. 1999.
- (46) Freud, S., O.C. Vol. XXIII, (1938), Amorrortu, 1974.
- (47) Klein, M., "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante", O.C. 1952. Tomo 3, Hormé-Paidós. 1974.
- (48) Freud, S., "De guerra y muerte. Temas de actualidad" (1915), O.C., Amorrortu, 1974.
- (49) Rosolato, G., "El eje narcisístico de las depresiones" en "La relación con lo desconocido", Ediciones Petrel, 1978.
- (50) Klein, M., *Obras Completas. Desarrollos en Psicoanálisis*. Tomo 3, 1952, "Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante" Editorial Paidós-Hormé, 1974.
- (51) Rosolato, G., op.cit.
- (52) Klein, M., en "Sobre la interpretación", O.C. Tomo IV. Hormé-Paidós. 1974.
- (53) Rosolato, G., op.citp. Pág. 164-165.
- (54) Bleichmar, H., Nueva Visión. 1991.
- (55) Kernberg, O., "Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico" Edit. Paidós. 1985, pág. 236.
- (56) *Ibíd.*
- (57) Alizade, A., "Clínica con la muerte", Amorrortu Editores, 1996, pág. 97.
- (58) *Ibíd.* pág. 96.

(59) **Skrabaneck, P.**, "La muerte de la medicina con rostro humano", (citando a Christopher Lasch, "The culture of narcissism. American Life in an Age of the diminishing expectation." New York, Warner Books, 1979), ED. Díaz de Santos, Madrid, 1999, pág. 23.

(60) **Freud, S.**, O. C. 1927. Volumen XXI. Amorrortu. 1979, pág. 148.

(61) *Ibíd.*

(62) **Freud, S.**, (1925) O.C. *Inhibición, síntoma y angustia*, Volumen XX. Amorrortu, 1979.

(63) **Freud, S.**, "El porvenir de una ilusión", O. C... Volumen XXI. 1927. Amorrortu, 1979.

(64) **Kübler Ross, E.**, *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona, Grijalbo, 1975.

(65) **Etchegoyen, H. R.**, "Fundamentos de una técnica psicoanalítica". Amorrortu editores, 2005.

(66) **Bleger, J.**, Criterios de diagnóstico (1973), *Revista de psicoanálisis* N°2.

(67) **Etchegoyen, H. R.**, "Fundamentos de una técnica psicoanalítica". Amorrortu editores, 2005, pág. 184-194.

(68) **Negro, M.**, *La otra muerte. Psicoanálisis en cuidados paliativos*, Letra Viva. 2008.

(69) *Ibíd.*

Capítulo 3. Metodología

3. Metodología

3.1 Una investigación compleja

Como fue anticipado en la *Presentación*, este trabajo de tesis ha sido pensado desde una perspectiva interdisciplinaria y desde el cruce entre la práctica médica, la psicooncología como especialidad, y la especificidad del psicoanálisis.

En esta dirección es que la investigación que abordamos, presenta ciertas complicaciones de índole metodológica y epistemológica por cuanto por la naturaleza de su *objeto de estudio* éste es el resultado de una construcción compleja en la que se articulan:

- la práctica clínica
- los criterios generales de la investigación científica
- la especificidad del método psicoanalítico

Desde la práctica clínica los "hechos de salud-enfermedad-atención" (1) se suceden de tal manera que pueden buscarse en ellos regularidades, determinaciones causales y con carácter de universalidad, de normalidad, y de objetividad.

En este sentido la investigación emergente desde la práctica clínica habilita un tipo de indagación sistemática que se instala en el discurso universitario (2) es decir cumple con los requisitos de una investigación científicamente válida a saber:

- define los hechos observados por referencia a la determinación de los conceptos, esto es a la teoría científica
- traduce los hechos en datos científicamente válidos por recurso al método científico
- sostiene la objetividad evitando todo tipo de subjetivación
- controla el proceso de investigación mediante determinados requisitos tales como las operaciones a realizar en las instancias de validación conceptual, empírica, operativa y expositiva. (3)

Salvadas las cuestiones de método, debemos reconocer un segundo nivel de complejidad, esto es, en la dimensión epistemológica. Al respecto sólo diremos que conocemos los debates actuales sobre los diferentes paradigmas en la investigación en salud y que dentro del repertorio existente, hemos adoptado los lineamientos generales de aquellos enfoques críticos que incorporan la posibilidad de pensar la investigación en salud también desde la perspectiva de la subjetividad.

En este sentido, por la naturaleza de la problemática de estudio y por el perfil profesional del investigador, esta tesis se sostiene en decisiones que reconocen la necesidad de "un anudamiento entre teoría, práctica y clínica" (4)

En referencia a la dimensión teórica (momento de validación conceptual del proceso de investigación) es necesario decir que en esta tesis, dicha dimensión presenta un doble aspecto: el explícito, desarrollado primero en el marco teórico y puesto en juego después en el análisis de los casos, y el implícito cuyo núcleo central es el paradigma indiciario (5)

Cuando lo que se trata de investigar integra la singularidad del sujeto " hay dos enfoques posibles: sacrificar la comprensión del elemento individual para alcanzar un nivel más o menos riguroso, más o menos matemático, de generalización, o bien tratar de desarrollar, aunque sólo fuera de manera tentativa, un paradigma alternativo [...] la razón es obvia. La probabilidad de descartar las características individuales es directamente proporcional a la distancia emocional del observador" (6)

De lo que se trata entonces, es adoptar como punto de apoyo para el análisis de los casos presentados en esta tesis el *método de los indicios* (detalles en el relato, en la obra de arte, en las biografías) y en consecuencia, más que pensar que se trata de una pura cualitatividad, entender que la cuestión operacional (validaciones empíricas y operativas) se referencia en el método interpretativo y sus procedimientos de análisis. Sin duda, en la perspectiva de la Hermenéutica, la interpretación vuelve legible un relato, sostiene Mauricio Ferraris (7) que en la interpretación psicoanalítica, las conexiones de sentidos no se dan en la dimensión de lo conscientemente entendido y por esto renuncia a las pretensiones de objetividad.

No obstante, y volviendo a la tríada *práctica clínica- investigación científica- investigación en psicoanálisis*, agregamos un segundo nivel de fundamentos implícitos que sustentan la investigación en el marco de esta tesis.

Retomando los criterios de Mario Testa, podríamos decir que intentamos desarrollar un proceso de investigación que justamente por aquello de la mirada interdisciplinaria, no dejó de tener en cuenta los cruces metodológicos y conceptuales propios de la construcción del saber en salud.

Esto significa considerar la tensión que se genera entre paradigmas tradicionales y críticos; tensión que se resuelve en la búsqueda de una convergencia demandada por la naturaleza de la problemática de estudio.

¿Y cómo funciona esta tensión /convergencia?

Definiendo las categorías de la investigación en sus tres posibles alternativas:

- en clave de paradigma y método único con sus dos variantes (explicación/ comprensión)
- en clave de convergencia (determinación y constitución; sentidos y significados; subjetividad y objetividad, todas ellas categorías a explorar en el despliegue de sus diferentes combinaciones y tal como se presentan al investigador cuando aborda el estudio del problema real)

Para ser más concretos y en relación a la construcción de conocimiento en salud, Mario Testa (1997) diferencia *significado es decir* las definiciones propias del lenguaje de la ciencia, de *sentido o* sea del sentimiento con que el sujeto vive el significado.

Estas categorías habilitan lecturas diferentes si combinamos ambos conceptos entre sí y con otras categorías, tales como podrían ser las de determinación, constitución; subjetividad, objetividad. Así es que a partir de estas múltiples combinaciones la investigación en salud pasa de ser una investigación solo de las causas a una investigación que integra las dimensiones de la explicación y la comprensión.

Resta decir en este sentido, que toda sospecha de renunciar a la objetividad se diluye por cuando no eludimos el reconocimiento de la misma, pero a condición en el caso de la perspectiva en que se fundamenta la tesis, que la relación entre subjetividad y objetividad sea vista desde la lógica de una construcción inacabada, sujeta a determinadas formas de razonamiento, a diferentes lógicas de la actividad científica:

“Lo indeterminado lo es porque aún no ha sido determinado cognitivamente; carece de validez trabajar con estructuras acabadas y esto advierte la necesidad de identificar las posibilidades de sentido” (8)

Sin duda estas reflexiones no alcanzan a dar cuenta de la profundidad de los debates actuales en torno a la investigación en salud, ellas han sido expuestas como prefacio a las decisiones metodológicas generales y como anticipo al tratamiento de los casos analizados en la tesis.

3.2 Decisiones metodológicas

- Es necesario aclarar que los casos analizados en la presente investigación están incluidos en un universo aproximado de 200 pacientes, partiendo de la base que en el Instituto Ángel Roffo, el promedio de consultas diarias fue de un promedio de 20 pacientes por día para el control de síntomas y gran parte de esos pacientes eran *contenidos* en el Servicio de Cuidados Paliativos y dentro del mismo cada especialista atendía de manera simultánea entre 6 a 8 pacientes durante alrededor de cuatro a seis meses de tratamiento.
- Se ha considerado como *unidad de análisis* de esta investigación a cada uno de los casos seleccionados conforme a los criterios de inclusión / exclusión que se exponen a continuación.
- Los casos presentados en esta tesis, han sido escogidos de la totalidad de los pacientes tratados, tanto en el ámbito hospitalario como en la clínica privada.
- Tanto el caso 1 como el caso 2, provienen de la atención de pacientes en el Servicio de Cuidados Paliativos de la Clínica Oncohematológica
- El Caso 3 ha sido elegido entre los pacientes asistidos en el Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Ángel Roffo.

-
- Los casos 1,2 y 3 sucedieron entre los años 2004 y 2008.
 - El caso 4 es relativo a un paciente tratado en la práctica privada desde hace prácticamente dos años y medio y que actualmente concurre a las consultas.
 - En cuanto a criterios vinculados con la propia experiencia profesional debemos incluir:
 - > La propia formación en psicooncología y en psicoanálisis
 - > El impacto que cada caso en particular produjo en el marco del tratamiento y la necesidad de documentarlo.

En dirección a lo comentado en la introducción a este capítulo, es necesario aclarar que cuando denominamos *caso* a cada una de las unidades de análisis, lo hacemos bajo dos presupuestos:

a) Presupuestos implícitos: Es decir aquellos que fijan las características y alcances de la investigación en salud a partir del estudio de casos (9)

- Se trata de un estudio intensivo en el que el centro de la observación es la dinámica de los procesos y su comprensión, más que la caracterización en términos de variables y de mensuras.
- Es una exploración que exige minuciosos estudios de seguimiento en el tiempo.
- No están condicionados por la aplicación de una metodología específica
- Prácticamente puede apelarse a diferentes técnicas de recolección de datos y/o a su combinación
- Una debilidad del estudio de casos es no ser aptos para la generalización.

-
- Una fortaleza de este tipo de estudios radica en su potencial para generar hipótesis de trabajo que podrían devenir en teorías generales.
 - Analizar y comprender las claves de la historia del sujeto; institución, familia, etc. que ha seleccionado para su estudio.
 - Los datos no sólo se reúnen en relación a cada sujeto sino también integrando experiencias sociales, de situación y con factores que contextualizar a la problemática. Los datos no sólo se reúnen en relación a cada sujeto sino también integrando

b) Presupuestos explícitos: Aquellos que caracterizan a la presentación y análisis de casos en el campo psicoanalítico.

- No es posible su formalización en términos de ciencia positiva.
- Se tomaron múltiples registros escritos coincidentes con cada sesión de cada caso analizado en el presente trabajo.
- Cada caso es tratado como una *viñeta clínica*, es decir se analiza una parte del relato del paciente que ha resultado significativa pero sin realizar un análisis denso de la sesión.
- La matriz de análisis de los casos presentados se apoya en los registros de sesiones completas; entrevistas y la selección de series de sucesos provenientes de los materiales de la clínica.

En relación a los *criterios de confiabilidad* y desde la perspectiva de una metodología general de corte cualitativo (10), creemos alcanzar el criterio *credibilidad* en la medida

que se han respetado los requisitos de *duración e intensidad* de la observación de cada uno de los casos.

Si bien por las características de nuestra investigación no podemos decir que hemos satisfecho el criterio de *transferibilidad* a pleno, sí hemos tratado de tener en cuenta para la selección de los casos, la relevancia del contexto en el que se enmarcan los mismos (ámbito hospitalario/ consultorio /talleres); asimismo dentro de los límites que ofrece la decisión de trabajar sólo con cuatro casos no hemos perdido de vista la *accesibilidad* a los mismos facilitada por el hecho de ser pacientes y familias asistidas por el investigador y si bien los cuatro casos están atravesados por una misma problemática –la situación de terminalidad terapéutica- presentan entre ellos un grado de heterogeneidad relativa.

Debido al secreto profesional, no nos es posible cumplir con el criterio de *dependibilidad*, ya que este se refiere a hacer pública las fuentes primarias, que en esta investigación son los relatos de los propios pacientes.

Ha guiado la presente indagación un conjunto de interrogantes que facilitaron el abordaje del objeto de estudio, entre ellos: ¿qué significa morir para el sujeto?, ¿qué significa vivir con conciencia de muerte?, ¿qué elementos emocionales entran en juego?, ¿cómo se adapta el aparato psíquico frente a la realidad de conciencia de muerte?, ¿qué relación tiene esta situación con el narcisismo?, ¿qué relación tiene el narcisismo con la agresión?, ¿qué relación tiene el narcisismo con la culpa?, ¿podríamos hablar de un tercer narcisismo?, ¿cómo se diferencian la violencia de la agresión?, ¿cómo surge el agresión en los procesos de terminalidad terapéutica?, ¿cómo surge la violencia en los procesos de terminalidad terapéutica?, ¿podríamos considerarlos parte de un funcionamiento, o corresponden a una organización o estructura?, ¿qué relación tiene la violencia y la agresión con la culpa?, ¿cómo se relaciona con la angustia?, ¿cómo se relaciona con el narcisismo?, ¿cuál es la implicancia de las pulsiones?, ¿qué relación tiene con la pulsión de muerte?, ¿Cómo interviene el psicoanálisis como catalizador emocional en el sujeto y en su familiares?.

Como ya explicitamos en *Cuestiones Preliminares*, se consideraron dos de ellas para delimitar el abordaje de los casos bajo estudio.

En cuanto a las *ideas directrices* que han guiado a esta investigación podemos sintetizarlas a de la siguiente manera:

Los años de práctica hospitalaria, la atención en el consultorio y el trabajo en talleres con reuniones multifamiliares y familiares, facilitaron la comprensión de la compleja trama de relaciones que atraviesan a la situación de terminalidad terapéutica y las maneras en que influye dicha situación en el sujeto y su familia.

Por su parte, los *objetivos generales* de la investigación son formulados de la siguiente manera:

1. Detectar y analizar las causas de la aparición de los funcionamientos propios de la situación de terminalidad y determinar si los mismos son o no estados previos correspondientes a una organización y / o estructura.
2. Indagar sobre los mecanismos por los cuales el psicoanálisis actúa como catalizador de la violencia en los procesos de terminalidad terapéutica.

Para alcanzar estos objetivos generales hemos realizado diferentes actividades en el desarrollo del proceso de investigación. En primer lugar hemos explorado los mecanismos presentes en estos procesos y las modificaciones del yo que se observan a través de la transformación del narcisismo del adulto.

En un segundo momento hemos trabajado sobre las variables teóricas que describen los mecanismos defensivos y las respuestas del sujeto ante el dolor y sufrimiento.

También hemos incluido las dimensiones teóricas que permiten comprender las respuestas del núcleo familiar. (Inter subjetivas y subjetivas).

Asimismo se han tenido en cuenta aquellas variables teóricas en la relación del sufrimiento con el odio, culpa, pérdida de la autoestima, y vicisitudes de yo-no yo.

A medida que avanzamos en el proceso de análisis de los materiales clínicos en clave de investigación, hemos necesitado incorporar dimensiones relacionadas a la liberación del exceso pulsional como violencia; a la implicancia de la muerte en la cultura; a las cuestiones de la ética en la praxis profesional y vinculado con el concepto de eutanasia, suicidio, muerte natural, muerte asistida y el deseo de no querer continuar viviendo.

Citas bibliográficas:

- (1) **Samaja, J.**, "*Epistemología de la Salud: reproducción social, subjetividad y Transdisciplina*" Editorial Lugar, Bs.As. 2004, pág.140.
- (2) **Testa, M.**, "*Saber en Salud :la construcción del conocimiento*" Editorial Lugar, Bs.As.1997, pág. 84 a 90.
- (3) **Samaja, J.**, "*Epistemología y Metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*", Editorial Eudeba, Bs.As. 1999, pág.215 a 218.
- (4) **Cancina, P.**, "*La investigación en psicoanálisis*", Ediciones Homo Sapiens, Santa Fe 2000, pág. 54.
- (5) **Ginzburg,C.**, "*El queso y los gusanos*", Mucknik editores, Barcelona 1981, pág.13 a 28.
- (6) **Guinzburg, C.**, "*Morelli, Freud y Sherlock Holmes: indicios y método científico*" en "*El Signo de los Tres*" U.Eco comp., Editorial Lumen, Barcelona, 1989, pág.137-138.
- (7) **Ferraris, M.**, "*Historia de la Hermenéutica*", Editorial Siglo XXI, México 2002, pág. 315-316.
- (8) **Millán, R.**, "*Prefacio*" (pág. 16-17) en Zemelman, Hugo "*Problemas Antropológicos y Utópicos del conocimiento*", Ediciones del Colegio de México, México 1997.
- (9) **Polit,D et alt.**, "*Investigación Científica en Ciencias de la Salud*", Ediciones OPS México 1985, pág. 186-188.
- (10) **Valle. M.**, "*Técnicas cualitativas de investigación social*", ediciones Síntesis Sociológica, Madrid, 1997, pág. 101-104.

Capítulo 4. Presentación y análisis de casos

4. Presentación y análisis de casos

4.1 Los casos

Presentamos a continuación los casos de cuatro pacientes. Dos de ellos (casos 1 y 2) asistidos en el Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Onco- Hematológico (Bs. As.), en el período en que se hallaba a nuestro cargo (2003-2007). Otro (caso 3) atendido en el Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Oncológico Ángel Roffo, en el que desarrollábamos nuestra especialidad en ese momento. Finalmente el último (caso 4) es de mi práctica privada.

Entendemos que la función fundamental del médico de Cuidados Paliativos es el control del dolor y de cualquier otro síntoma que presenta un paciente, tanto por la enfermedad que padece como a consecuencia de su terapéutica, siendo el mismo portador de una dolencia crónica e irreversible al día de la consulta.

Otra función, no menos importante, es ayudar -en principio al propio paciente, y por extensión a su familia- al procesamiento de la muerte. Un médico psicooncólogo podría cumplir ambas funciones, aunque lo ideal es trabajar en equipo multidisciplinario: el médico en el control de síntomas, y el psicoterapeuta en la contención y elaboración del proceso de enfrentamiento con la muerte.

En los casos presentados, el mismo profesional asume ambas funciones.

La muerte es la más grande pérdida no deseada, y de acuerdo a nuestra experiencia, genera: tristeza, rabia, ira, impotencia, intensificación y concientización del amor al objeto *muriente* (desde quien lo sobrevive y lo ama) y desde el enfermo, la intensificación del valor de la vida. Diferenciamos esta situación del sentimiento empático de los *no murientes*.

Para la consideración de los pacientes a los que haremos referencia, se aplicarán dos escalas: el *índice de Karnofsky* y el WHO ECOG/(*Eastern Cooperative Oncology Group*)/ *Zubrod Score Performance Status*. (PS), ya mencionadas en Capítulo 1: *Terminalidad Terapéutica y Cuidados Paliativos*.

Esta última, se utiliza en Oncología para medir las capacidades vitales y el principio de autonomía del paciente, y abarca un status de 1 a 4, siendo este último el más grave.

Cuando se detectan represiones u otros mecanismos que obstaculizan el procesamiento de la muerte, el profesional trabaja para levantar o disolver esas defensas teniendo en

cuenta la capacidad de tolerancia del paciente. De alguna manera el *terapeuta* (en el caso en que el profesional médico asuma también esta función) actúa como catalizador, teniendo en cuenta *las posibilidades, deseos y disposiciones de cada uno, en los distintos momentos de esta situación límite.*

En algunos casos este proceso transcurre sin violencia, corriendo por carriles saludables aunque no carentes de los sentimientos penosos de toda pérdida, mientras que en abrumadora mayoría, la reacción del enfermo terminal -poseedor de un Yo a punto de desaparecer- o de quienes lo aman, es de características violentas.

Los ejemplos clínicos presentados muestran las distintas formas en que la violencia se manifiesta en este tipo particular de pacientes, en relación a sus vínculos y a sí mismos. ¿Qué sucede con este procesamiento cuando el terapeuta-catalizador está ausente? El profesional actuante se halla muy comprometido y utiliza técnicamente su contratransferencia al servicio de la construcción de cada intervención.

Caso 1:

Paciente: Betty

Esta paciente llega en estado avanzado de su enfermedad. Tiene 48 años y lleva seis con cáncer. Había tenido un tumor maligno de mama que le fue extirpado luego de ser sometida a quimio y radioterapia. Luego de un período de mejoría, presenta metástasis en hígado, huesos y pulmón. Es entonces cuando se la deriva a la consulta en el Servicio de Cuidados Paliativos, dada la imposibilidad de continuar otra terapéutica. Concorre con un *Performance Status* (PS) de 3-4/5

La paciente se encuentra en terminalidad terapéutica -es decir sin posibilidad de tratamiento alguno al momento de la consulta- y se presenta a la misma acompañada por Miguel, su marido, quien la ayuda a caminar tomándola de ambos brazos, mientras él mismo se desliza hacia atrás. Su expresión es de dolor y cansancio.

Quince días después de la última consulta, Betty había desmejorado mucho.

Me pregunté por qué ella no me había llamado en ese período.

Se sienta frente a mí, y su marido a su lado.

Terapeuta: - *¿Cómo estás?*

Mirando al suelo y en tono arrogante, (consideramos a la arrogancia o la soberbia como expresión de una regresión defensiva a un narcisismo primitivo y como manifestación de violencia.) ella responde: *-Bien*

Resulta evidente su evasiva. Con la mirada me dirijo a Miguel, él hace un gesto negativo moviendo la cabeza. De esa manera me hace saber que no es así.

Terapeuta- *Hay algo contradictorio Betty. Vos me decís que estás bien, pero te vi caminar con la ayuda de los brazos de tu marido.*

Betty- *Hoy nada más, porque me siento dolorida.*

Miguel vuelve a negar esta aseveración, moviendo la cabeza.

Le pregunto a ella:

-¿Cómo están las ventas en tu kiosco?

(Nunca falta a la atención de su pequeño comercio.)

Betty- *No sé. Hace quince días que no voy.*

Terapeuta- *¿Por qué no fuiste, si estabas bien?*

Ambos se mantienen en silencio.

Intervengo:

-Te voy a cambiar la medicación, Betty. Aunque vos digas que estás bien, creo que no sólo hoy estás dolorida. Me pregunto y te pregunto, ¿por qué razón querés seguir así?

(Soy consciente de que no acepta su malestar porque así estaría confirmando su mala evolución.)

Se quedan en silencio. Ese silencio expresa la aceptación momentánea de una penosa realidad.

Luego ella pregunta:

-¿Qué me vas a dar?

Terapeuta- *Te voy a recetar ese jarabe de morfina del que habíamos hablado.*

Permanecen callados. Betty me mira como si no le hubiera dicho nada. Miguel baja su mirada, consternado.

Terapeuta- *¿Hay algo que quieran preguntarme?*

Luego de un largo mutismo, dice furiosa:

-Yo no tengo nada que preguntar, tengo todo claro. Sé que estoy bien. Y sé que me voy a curar.

Es evidente que no desea que la siga indagando. El tono de su voz y la expresión de su cara son de ira. Debo esperar a que abandone esta postura. Hoy no es el día en que podamos hablar sinceramente, y más aún, tal vez nunca lo será.

Es, sin embargo, una oportunidad para que su marido pueda hacerlo. Tal vez sea posible llegar a ella a través de él. Miguel tenía muy idealizada la figura de su mujer, de modo que la negación de Betty distorsionaba su propio sentido de realidad. Deshacer la negación, tenía como finalidad catalizar en él sus emociones, y acercarlo a la realidad negada por su mujer.

Terapeuta-*Y vos, Miguel, ¿tenés alguna pregunta para hacerme, respecto a esta modificación del tratamiento?*

Espero un instante. Avanzo:

Terapeuta -*¿Hay algo que quieras saber o preguntarme, respecto de este momento de la enfermedad de Betty?*

Responde:

-¡Son tantas las preguntas que tengo! Pero... ¿sabés? No las puedo hacer...-dice rompiendo a llorar.

Le permito desahogarse.

Miro a Betty. Continúa con su dura expresión. Parece ausente. (Pienso: 'Es una muerta-viva', 'Es su compañero de toda la vida el que está llorando')

Digo:

-Tengo la sensación, Miguel, de que temés lastimar a Betty con tus preguntas. Hacerla sufrir.

Él asiente con un movimiento de cabeza, mientras sigue llorando.

Decido hablarle a él, con la sensación de que dijese lo que dijese, a ella le daría lo mismo. Sin embargo, le pregunto si desea escuchar a su marido.

-Me da exactamente lo mismo. Yo no tengo ningún problema. Si él quiere, que pregunte. Cuando yo tengo algo para decir, lo digo y no me fijo.

Me dirijo a él y lo invito a hablar.

-Me parece que te resultaría más fácil que a Betty hacerme preguntas.

Habla entre sollozos.

-Tengo miedo de no saber qué hacer cuando llegue...el momento...No quiero que se mue...

No puede terminar de hablar y rompe en llanto.

-¡No sabe, doctor, cuánto la quiero!

Decidí que las sesiones fueran siempre con la presencia de su marido, ante la presunción de que su negación sería inamovible, y no deseando asumir una actitud perversa que rompiera el mecanismo violentamente. Él podía comprender lo que le sucedía a su mujer y a él mismo. Esta paciente realizó tratamiento paliativo y psicoterapéutico aproximadamente durante seis meses, al cabo de los cuales murió. Ella hubiera dicho que: "estando sana y lo más bien". El día de su muerte, Miguel me llamó para darme la noticia y agradecerme. Lo invité a que continuáramos viéndonos si sentía la necesidad de hacerlo, pero nunca más supe de él.

*

Caso 2.

Paciente: Jorge

Jorge tiene 40 años. Padece un cáncer de pulmón. Su *Performance Status* (PS) es 1/5. Es derivado a la consulta por su oncólogo con la finalidad -no formulada al paciente- de ser ayudado en el enfrentamiento con la situación de muerte. El argumento explícito es el de 'controlar los síntomas'.

El paciente se presenta con una actitud arrogante, acompañado por su esposa y una hija adulta. La mujer entra discutiendo con su marido acerca de una actitud suya inadecuada en un episodio de tránsito. La hija intenta suavizar la situación de enojo recordándoles que se encuentran en el interior del consultorio. Esposa e hija lucen notablemente bien arregladas.

Saludo a los tres y los invito a sentarse, preguntándole a él qué lo trae a mi consulta. Al mismo tiempo, la mujer gesticula mordiéndose los labios. Entiendo que quiere comunicarme su hastío por las continuas discusiones.

Jorge responde a mi saludo, diciendo:

-Usted sabe muy bien, doctor. Vengo a encontrar una solución. Porque yo esto, de una manera u otra, lo soluciono. Me entiende ¿no?- dice con mirada cómplice.

-La verdad es que no. Recién te conozco. ¿Me podés explicar lo que quiere decir?

-Mire: o me cura o me mato.

El suicidio es una posibilidad en el ejercicio de su autonomía, sin embargo, sus palabras 'suenan' a bravuconada. Tal vez piense que la palabra *suicidio* me conmueva, o transfiera a mí su sentimiento de temor y la responsabilidad de su muerte. Considero también su temor ante la propia idea de matarse.

Se irán sucediendo varias entrevistas que incluyen a su grupo familiar.

Su mujer y su hija reaccionan con ambivalencia a su actitud desafiante y manipuladora. Aunque sin verbalizarlo, expresan gestualmente su temor por la autodestrucción de Jorge, y también el deseo de que la tensión finalice. Esto llegará a expresarse abiertamente en siguientes entrevistas. En una entrevista individual su mujer dice: *"Doctor: me siento muy mal conmigo, pero hay veces en que no lo aguanto más, y desearía que se muera de una vez por todas."* En las situaciones en que surge este hartazgo, nos orientamos a pensar o en una falla en la labor profesional (médica y psicoanalítica) o en un exceso de demanda imposible de satisfacer, tanto de parte del paciente como de la familia, para con el médico y para con ellos mismos.

Retomando ahora el dialogo inicial con el paciente:

Terapeuta- *Recién te conozco. ¿Me podés explicar que querés decir?*

Jorge- *Mire: o me cura o me mato.*

Me sonrío internamente (ya que su amenaza no tenía peso para mí) y digo:

*-¡Qué lástima! Porque con mi especialidad, yo no curo. Pero sí alivio y ayudo a convivir con la enfermedad hasta que los profesionales que se encargan de curarte lo realicen.-*Hago una breve pausa y continúo. *-Por supuesto dentro de lo posible.*

Sigo: *-Otras veces pasa que se determina que es más grave y cruento un tratamiento que la misma enfermedad. Entonces deciden suspenderlo hasta que aparezcan nuevas posibilidades.*

Pero la verdad Jorge, es que yo recién te conozco, y todo esto todavía no lo sabemos. Lo que sí te puedo decir es que mientras lo averiguamos, vos podrás tener una mejor calidad de vida.

Explicué al paciente las bondades del tratamiento durante unos cuarenta minutos. A lo largo de ese tiempo, observé en él distintas respuestas gestuales: de asombro, ironía o desafío. Frente a esa situación, me di cuenta que no le importaba lo que había explicado. Esto no pasaba con su esposa e hija, que seguían atentamente mis palabras. Recordando lo que dijera al ingresar al consultorio ('*o me cura o me mato*') le manifesté:

-¿Sabés? ¡qué lástima, Jorge! –se produce un largo silencio en el que él me observa expectante.

Continúo:

-Esto que te estuve explicando es lo que yo podría trabajar con vos. Pero la verdad es que ahora recuerdo que me diste dos únicas posibilidades: o te curaba o te matabas. Y yo no te puedo curar.

Me levanto, lo saludo y me retiro del consultorio, con la certeza de que esta actitud es la única que puede hacerle bajar la guardia. Antes de retirarme observo el gesto de incompreensión de ambas mujeres. Al salir miro a ambas y les hago un guiño cómplice. Quiero que comprendan que esta actitud que asumo corresponde a una estrategia.

Jorge me sigue, gritando:

-¿¿Quién se cree usted que es?! ¡Yo exijo que sea usted quien me atienda!

Me doy vuelta, lo miro, y lo invito a reingresar al consultorio.

Nos sentamos, y le digo:

-Está bien. Pero vamos a tener que replantearnos juntos las expectativas del tratamiento. Por el momento tendremos que olvidarnos de algunas soluciones. Me refiero a lo que dijiste del "me mato". Ya hablaremos sobre ese tema.

Jorge realizó conmigo ambos tratamientos (del dolor y psicoterapéutico), durante un año y medio, y con una frecuencia semanal. Cada quince días recibía a toda la familia. Al grupo inicial se incorporó su otro hijo.

Durante ese tiempo, pudo realizar sus actividades normalmente, conservando su principio de autonomía a pesar de algunas limitaciones que le imponía su enfermedad. Esto lo aceptaba movido por su principio de realidad.

Tuvo momentos de tristeza, enojo, ira y negación, que fueron elaborados dentro del vínculo terapéutico, con las limitaciones del caso.

Su relación con sus hijos y su mujer mejoró. En las sesiones familiares, ella comentaba que su marido estaba menos violento. A veces, cuando la tristeza lo agobiaba, se negaba a levantarse, y esto enfurecía a su esposa e hijos. También esto fue trabajado.

Jorge muere a causa de una hemorragia digestiva alta aguda, en una unidad de terapia intensiva, sin relación con el tumor pulmonar por el que había consultado. Me entero de su muerte una semana después de acontecida, a raíz de un llamado a su casa para averiguar por qué habían faltado a la sesión familiar sin haberme avisado. Esta conducta, desde mi punto de vista, es una franca expresión de violencia, en tanto implica la anulación de mi existencia y compromiso personal.

*

Caso 3.

Paciente: Luisa

Luisa fue atendida en el Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Oncológico Angel Roffo, quedando a nuestro cargo el control de síntomas y la terapia del dolor de la paciente.

Es una mujer de alrededor de 55 años, presenta un tumor avanzado de ovario, con metástasis abdominales (hepáticas y peritoneales con obstrucción intestinal), pulmonares y óseas.

Un valor (PS) de 4/5, implica que su principio de autonomía en relación con su capacidad de desenvolvimiento independiente es escaso o nulo, agravado por los dolores. Debido a sus metástasis pulmonares y pleurales con presencia de derrame -que llevan a la insuficiencia respiratoria- se le debe realizar un sellamiento pleural. (Acto quirúrgico a través del cual se sellan las paredes de la pleura, evitando la acumulación de líquido.) De no hacerlo, el derrame aumenta y se hace necesario punzar periódicamente para la extracción del mismo.

Entendemos que el médico de Cuidados Paliativos interviene en toda decisión médica donde la terapéutica ya es imposible y se trata de aliviar los síntomas y el sufrimiento del paciente.

Luisa estaba internada en el Servicio de Cirugía. Contactamos con ella a partir de un pedido de dicho servicio al nuestro.

Al acudir a su habitación con otro colega (por lo general la primera consulta de pacientes muy graves la comparten dos médicos del servicio de Cuidados Paliativos, para ampliar la mirada y comprensión) nos disponemos a conocerla. Nos impresiona como una mujer sumisa, delicada, cuidadosa en el trato.

Investigamos su relación con la realidad de su enfermedad. Ella parece conocer y comprender el estado de su salud.

En el transcurso de su internación, de aproximadamente un mes, tratamos sólo con ella la mayoría de las veces. Luisa estaba casada y tenía dos hijos adultos e independientes. En ese lapso vimos muy poco al marido. En cada encuentro con este hombre, a veces solo, otras con ella, siempre se mostró querellante, disconforme y amenazador. A tal punto que Luisa con suma delicadeza, advertía:

-Tenga cuidado con mi esposo, doctor. No lo haga enojar.

Él se manifestaba disconforme con el servicio del hospital, el trato con los médicos y la labor de las enfermeras. Consideraba desacertado el tratamiento y sus implicancias. Nos dijo:

-Yo soy un ex policía y de esto entiendo. De cómo tratar a la gente.

-¿Me podés explicar qué me querés decir?

- *Que yo sé muy bien cómo hacer para que la gente haga lo que tiene que hacer. En este lugar eso no pasa. De eso vos tenés la culpa. Yo tengo otros métodos -*
dijo con una sonrisa irónica.

En mi ingenuidad supuse que sus palabras no estaban dirigidas a mi persona sino a lo que yo representaba para él. Pensé también que su disconformidad expresaba su angustia frente a la situación desesperante de su mujer y su futura pérdida.

En uno de los diálogos con la paciente, ella nos cuenta que su marido tuvo en su trabajo 'tareas especiales', y que le habían dado de baja en 1983.

Pensé que era un ex represor, y me pregunté si un represor puede dejar de serlo alguna vez.

Asistimos a Luisa durante casi treinta días. Muy poco pudimos saber de ella. Un lunes nos enteramos que había fallecido durante el fin de semana al aparecer su marido en el Servicio gritando y preguntando por mí de manera violenta. Llevaba consigo una bolsa de supermercado en cuyo interior se adivinaba una caja de zapatos. Me gritó:

-*¡Usted es un h...de p...! ¡Usted es el culpable de esto!*-dijo, señalando la bolsa, -*Acá está mi esposa. Se la vengo a mostrar. ¡Ya me las va a pagar!*

Se adelanta hacia mí con gesto amenazante. En ese momento los que presencian la escena, lo toman de los brazos y lo obligan a retirarse.

Salgo inmediatamente con un colega a dar una vuelta por los jardines del hospital.

Se me impone una primera reacción que apela al humor, preguntándole irónicamente a mi circunstancial compañero: "*¿tanto lío por una oferta de supermercado?*"

Apenas terminé de decirlo, me di cuenta de mi indignación, furia e impotencia. Me separaba de él, saber que todos esos sentimientos podían quedar en las palabras.

*

Caso 4.

Paciente: Rosa

Rosa tiene 49 años cuando me consulta como psico-oncólogo. Ha padecido un tumor maligno de mama. Motiva su pedido de atención un intenso sentimiento de angustia. Tratada con cirugía parcial (cuadrantectomía de mama), vaciamiento ganglionar, radioterapia y quimioterapia, y después de cinco años de medicación antiestrogénica, es dada de alta. (*Performance Status 1/5*).

-*Puede estar tranquila. Está todo bien*- le aseguró su médico oncólogo.

Al año siguiente retorna a la consulta con dicho médico a causa de un dolor en la región lumbar. Han pasado ocho años desde el descubrimiento de su primer tumor. El profesional le solicita una resonancia magnética de columna y pruebas de laboratorio para detectar marcadores tumorales. Allí se descubren metástasis óseas en columna lumbar y sacra. Le es informado a la paciente. Debe, entonces, recomenzar el tratamiento de quimioterapia.

Este es el momento en que me consulta: "*Yo pensé que esto no iba a volver a pasar. Estaba segura de que me curé.*"

Me llama la atención la particular manera de referirse a 'su curación': como un hecho producido por ella misma. Luego de otras asociaciones, comprendo que esta fantasía se acompaña de otra: ella misma es la creadora de su enfermedad.

La paciente relata que durante esos cinco años ha hecho muchos tratamientos psico-oncológicos. Ninguno le ofreció los resultados esperados por ella, a pesar de haber consultado a los especialistas de mayor renombre. Pensé que el destino de este tratamiento sería igualmente de transcurso breve. No obstante, decido comenzar.

Empieza su terapia con una sesión semanal. En la primera entrevista, dice:

-Estoy harta – acentuando la erre.- Todo esto me toma de sorpresa. Es toda una revolución. Y estoy cansada. Me siento en el ojo del huracán.

Rosa se presenta como conocedora de su mal. Tiene dos hijos adolescentes que viven con ella. Como no menciona a su marido en ningún momento de la entrevista, le pregunto, con cierta ironía, si es viuda. A esto responde:

-Por supuesto que no. La obra social que tengo me la paga mi marido.

Actualmente cursa la septuagésima quinta semana de tratamiento.

En otra sesión, me cuenta:

-Esta semana fue difícil. Estoy podrida de soportar. A pesar de eso te tengo que decir que me sentí muy poderosa al poder sacarle un turno al médico para el día que yo quería- dice riendo.

-¿Qué cosa no podés soportar?- le pregunto.

-La situación y lo incierto del futuro.

-¿Cómo te imaginabas el futuro?

-Nunca me imaginé el futuro.

-¿No tenés una agenda? ¿No se te vence el registro?

Estas preguntas tienen por finalidad traerla al día a día con la finalidad de proporcionarle metas reales y concretas a corto plazo, y a su vez aliviarla del sin sentido que pareciera tener su ausencia de proyecto de futuro.

-Te advierto que si el médico me dice que tengo que hacer quimioterapia, no la pienso hacer- dice enfáticamente, y con cierto tono de omnipotente autoafirmación.

Contesto:

-¡Qué lástima! Porque si ya funcionó bien una vez y estuviste sana durante cuatro años, esta podría ser otra oportunidad parecida. De todas maneras respeto que no la quieras hacer, aunque en este caso te tengo que decir que no estoy de acuerdo.

A lo largo de su tratamiento, se fueron dando los siguientes diálogos en diferentes sesiones:

-Estoy harta de todos y de la Medicina. Estoy harta de vos también.- Se queda un momento en silencio, y como tomando fuerzas, dice en tono audaz:

-Vos tenés intervenciones particulares, que sorprenden. No le podés decir eso a un paciente. Y creo que tenés un estilo provocador que tiene que ver con tu posición frente al paciente...A veces es como si invocaras la pulsión de vida en una persona que no tiene fuerzas y se siente violenta.

Espera un instante y dice de manera provocativa:

-Estoy en transferencia positiva con vos.

Entiendo, por el sentido de sus palabras, que se refiere a la transferencia erótica. A lo largo de todas estas alocuciones me había ido sintiendo incómodo, y ambivalente. Mi reacción de violencia frente a la violencia suya se evidencia también por mi renuencia al aumento del número de sesiones semanales a pesar de considerarlo conveniente.

Dejé para el momento propicio la interpretación de este conflicto transferencial/contratransferencial.

Es necesario destacar que jamás, a lo largo de su tratamiento, que lleva a esa altura alrededor de dos años, menciona a nadie de su entorno familiar. Sólo habla de ella, y de su vínculo consigo misma. Su postura, actitud física, vestimenta y gestos, la presentan como una mujer soberbia, altiva y arrogante.

Su negativa a realizar quimioterapia se trabaja durante varias sesiones, apuntando tanto a su omnipotencia como a su deseo de muerte. Al cabo de algunas semanas, decide comenzar el tratamiento quimioterápico, que continúa hasta la actualidad. Esta decisión médica se basa en un buen (PS) 1/5, y en la conservación absoluta de su principio de autonomía.

Veamos ahora algunas características de su tratamiento.

Todas sus sesiones comienzan con un silencio difícil de cortar. La transferencia erótica todavía se mantiene, a pesar de ser interpretada como hostil y resistente. A causa de mi contratransferencia negativa, me sigue siendo imposible atenderla dos veces por

semana. Llego a cuestionarme si es ético de mi parte, no pudiendo resolver esta actitud, continuar con su tratamiento. Decidí por la afirmativa, apoyándome en la idea de que sería necesario en ese caso, mantener la postura interpretativa del trasfondo hostil y resistencial de su transferencia erótica.

Cada sesión se me presenta como un combate entre Eros y Tánatos, en el que el primero intenta catalizar al segundo. Su mirada es vacía y oscura, y sólo en momentos especiales refulge cólera. Otras veces se muestra expectante de que algo suceda.

En una sesión, dice:

-Ayer tuve un día de mierda en una semana de mierda. Tuve la quimioterapia de mierda, tuve dolor de columna de mierda, me informaron que posiblemente me tengan que dejar puesto un catéter para continuar con la quimio que será de por vida. Después me fui a tomar algo sola y tomé un café de mierda. Me fui a casa y agarré la computadora para enterarme de la sobrevida de mierda que tiene un paciente con este tratamiento. Un tercio de los pacientes tiene una excelente sobrevida. Me sentí una idiota, teniendo pensamientos de proyectos profesionales, y la fantasía de separarme y hacer otra familia.

- Hizo una pausa y prosiguió:- Nunca jamás me hago una comida sola, y con esto estoy entrando en mi trastorno alimentario bulímico-anoréxico. En el medio de todos estos pensamientos vi lo que había para comer. Yo tuve formas compulsivas de comer. Vi un budín que había en casa. Era un budín de mierda pero me lo comí entero. Un kilo de budín. Después vomité todo. Todos llegaron tarde a casa. Nadie se enteró de nada.

Escuchándola siento que habla de su soledad buscada, como si tuviera para ella rango de jerarquía narcisista. Sin embargo, me dirijo a otro aspecto de su discurso, utilizando una estrategia interpretativa particular en el vínculo con pacientes oncológicos:

Le pregunto.- *¿Y qué tal el budín? ¿Estaba rico?*

La intención de mi intervención fue rescatar, aunque mínimamente, un primer momento de deseo. Lo que sigue a ese primer momento, está más cercano al orden del dolor.

Ella despliega toda su violencia hacia mí, diciendo:

-No puedo entender este tipo de intervención tuya.

Le explico que, más allá de su crítica y la opaca coloración de la semana, tuvo un deseo y fue por él. El problema es que este deseo también se transforma rápidamente en destructivo por su patológica relación placer-dolor-placer. *El primero bocado*, le digo,

en medio de tanta amargura, debió haber sido placentero. Digo también, que en esa ausencia de vínculos, ella es una parte activa.

-Yo no necesito a nadie- dice. [En esto repite la actitud negadora y narcisista de la paciente del caso 1] Yo no voy a llorar delante de mi familia- agrega con altivez.

Debemos prestar atención a las múltiples oportunidades en que en el relato de estos casos, hemos aludido a las actitudes de soberbia, altivez, vanidad o desplante. El discurso de los pacientes se relaciona con una cualidad repetida y altamente narcisista, usada defensivamente, frente a la impotencia del sentimiento de muerte.

Otro momento de una sesión: Rosa cuenta que retomó una relación con un novio que había tenido en la escuela secundaria. Se hace necesario aclarar que hacer referencia a su genitalidad, en el marco de tal transferencia erótica, resultaba casi imposible, porque ella se sentía inclinada a actuar en vez de reflexionar sobre el tema. Por mi parte, sentía que podía convertirme en el 'budín' de un episodio génito-bulímico.

Tan delicadas debían ser mis intervenciones que, intencionalmente, cuando ella hablaba de su genitalidad a modo de requerimiento hacia mí, respondía con alguna referencia sutil aunque fuertemente adherida a otro plano que la alejaba del deseo de actuación. Sólo cuando ella aludía en el nivel latente a su genitalidad, yo podía abordar el tema desde un derivado del mismo.

Otro momento:

-Cuando hice referencia a que yo me sentía como Tupac Amará, fue porque me sentía tironeada entre la salud y la enfermedad, entre la vida y la muerte, entre el deseo como fuerza y la quietud y la pasividad, entre lo que quiero y lo que no puedo. Yo no me siento ni héroe ni mártir. A veces me dicen: 'Sos un ejemplo'. Y parece que fuera la abanderada de los pacientes con cáncer.

Terapeuta:

-Más allá de saber por dónde estás tironeada, morir moriremos todos. Y creo que el problema al que te referís es de qué forma llegar a ese momento. Creo que a veces puede ser en primera fila, otras como abanderada, y otras tantas también va a poder ser en la fila quince.

Esta interpretación intenta atacar su narcisismo patológico, según el cual preferiría morir como heroína o mártir que como alguien del montón. Intento volver la pulsión de muerte a su contrario. Su respuesta, confirma la eficacia de mi intervención:

- *Yo me siento tironeada y en una trampa. Con la idea de que todavía va a haber alguien, quizá en el futuro, no sé cuándo, que me ayude a salir de esto.*

A esa altura sentí que esa aseveración descalificaba mi actuación terapéutica. Pero dado que su actitud permanentemente destilaba odio a todo lo que significase vida, decido que interpretar el aspecto hostil de sus palabras hubiera sido cronificar esa postura. De manera que paso de largo y continúo escuchando.

-*Desde que vos te fuiste [alude a mis vacaciones] sentí que pasé de un momento de la terapia a otro. Ya no hablé del cáncer. Y quiero sentarme y ponerme a trabajar este tema: si yo me preguntara qué quiero para mí dentro de cinco años, lo primero que se me ocurre es estar separada.*

Estas palabras apuntaban a un proyecto de vida, un futuro deseable que por primera vez se enunciaba.

4.2 La interpretación

En este apartado se retomarán algunos de los enunciados más relevantes de los pacientes seleccionados para interpretarlos en concordancia con el Marco Teórico.

Se han enfatizado algunas de las referencias conceptuales que fundamentan esta tesis, para una mejor comprensión de las aplicaciones teóricas en los casos clínicos presentados.

-*'Yo no tengo nada que preguntar, tengo todo claro. Sé que estoy bien, y sé que me voy a curar'* - dice Betty. [Caso 1].

'Yo no necesito a nadie' - dice Rosa. [Caso 4]

En su artículo *La negación*, Freud reproduce ocurrencias de algunos de sus pacientes que lo llevan a importantes reflexiones. Entre otras: "*Ahora Ud. pensará que quiero decir algo ofensivo [...] no tengo ese propósito*" y agrega Freud a continuación: "*Lo*

comprendemos: es el rechazo, por proyección, de una ocurrencia que acaba de aflorar." (1)

En esa dirección, nuestra paciente *Betty* tendría preguntas que formular: muchas cosas *no* le son claras, y al mismo tiempo sabe que *no* está bien y que *no* va a curarse. Parafraseando otra de las ocurrencias que señala Freud en el texto de referencia, diríamos: 'Es cierto que tengo cosas para preguntar, pero no tengo ninguna gana de considerar el tema.'(2)

La paciente *Rosa*, por su parte, *necesita* de alguien. Ella desearía hacer saber que su orgullo le impide requerir de la compañía y comprensión de otro.

Freud considera que un pensamiento reprimido puede irrumpir en la conciencia siempre y cuando se deje negar: "*La negación es un modo de tomar noticia de lo reprimido; en verdad, es ya una cancelación de la represión, aunque no, claro está, una aceptación de lo reprimido.*" (3)

La función intelectual, sostiene Freud, se separa del proceso afectivo. La finalidad es que el contenido de representación no se haga consciente. En estos casos entonces, logra hacerse consciente a través del juicio adverso.

Consideramos que la aseveración contundente y extrema: '*Sé que estoy bien, sé que me voy a curar*', equivale a un juicio adverso que cumpliría la función de "[...] *sustituto intelectual de la represión.*" Cumple en realidad con dos objetivos de la función del juicio: "[...] *des-atribuir una propiedad a una cosa [...]*" (en este caso el fin de la vida) y "[...] *admitir o impugnar la existencia de una representación en la realidad*" (en este caso la muerte.) (4)

Es una representación que tiene la cualidad de ser deseable o indeseable para el yo. En la situación límite operan, por ejemplo en el caso de *Betty*, funciones arcaicas ligadas al narcisismo primario y al yo placer purificado.

Debemos diferenciar la negación de la escisión del yo como proceso defensivo. El neurótico, nos dice Freud: "[...] *se extraña de la realidad efectiva porque la encuentra en su totalidad o en alguna de sus partes- insoportable.*" (5)

Agrega más adelante que una tendencia del aparato anímico "[...] *parece exteriorizarse en la pertinacia del aferrarse de la fuente de placer de que se dispone, y en la dificultad con que se renuncia a ellas.*". Cuando se estableciera el principio de realidad: "*una*

clase de actividad de pensar" se escinde, dice Freud, precisamente la sometida "*únicamente al principio del placer.*" (6)

La percepción de la propia muerte cercana es una afrenta insalvable e insoportable, una situación traumática, a la que *Betty* responde con lo más primitivo de su funcionamiento psíquico. ¿Cómo no rechazar la percepción de su malestar, equivalente a peoría y cercanía del final? ¿Cómo no fantasear en lo contrario y deseado: "*Estoy bien*"... "*Tengo todo claro*"... "*Sé que estoy bien y sé que me voy a curar*"?

Mónica Hamra expresa la idea de que la *escisión es consecuencia de la desmentida* - cuestión que resaltamos especialmente- y afirma que no es privativa de la perversión, sino que sus límites se extienden a todo el campo de las neurosis. La escisión entonces va a quedar íntimamente ligada a la desmentida. (7)

La percepción de la realidad de la propia muerte es un trauma psíquico, porque atenta contra la pretensión inconsciente de inmortalidad, propia del narcisismo primario.

Definimos la pulsión como un concepto dinámico consistente en el empuje que hace tender al organismo hacia un fin. Fin que por otra parte, es siempre suprimir el estado de tensión a través del encuentro con un objeto. Diríamos entonces que la pulsión es la forma de relación con el objeto en la búsqueda de satisfacción.

La meta de *Eros*, es producir unidades de ligadura cada vez mayores y conservarlas. La meta de la *pulsión de destrucción*, es "*disolver nexos, y así destruir las cosas del mundo.*" (8) Cuando *Betty* se niega a ver la realidad de su estado, *Rosa* ignora la existencia de sus seres queridos, el marido de *Luisa* amenaza de muerte al terapeuta y lo hace responsable de la desaparición de su mujer, y *Jorge* afirma "*me cura o me mato*", se impone la pulsión de muerte.

Con esto significamos el uso tanático de la agresión al servicio del principio del placer. Este ha sido vulnerado en su aspiración máxima, la infinitud, lo que constituye una situación altamente traumática para el yo.

En el caso 2, referimos que el paciente dice:

-Usted sabe muy bien, doctor. Vengo a encontrar una solución. Porque yo esto, de una manera u otra, lo soluciono. Me entiende ¿no? Con mirada cómplice.

-La verdad es que no. Recién nos conocemos. ¿Me podés explicar qué querés decir?

-Mire: o me cura o me mato.

En el caso 3, relatamos que el marido de la paciente dijo:

-Yo soy un ex policía y de esto entiendo. De cómo tratar a la gente.

-¿Me podés explicar qué querés decir?

- Que yo sé muy bien cómo hacer para que la gente haga lo que tiene que hacer. En este lugar eso no pasa. De eso vos tenés la culpa. Yo tengo otros métodos- Con sonrisa irónica.

[Es oportuno hacer un alto para referirnos al tuteo del terapeuta hacia los pacientes y sus familiares, conducta guiada por la intención de crear un lazo de intimidad y paridad entre ambas partes. En todos los casos los pacientes y familiares son avisados del uso del tuteo -siempre que lo consientan- y están habilitados a hacer lo mismo. En los casos 1 2 y 4 los pacientes aceptan tutear al profesional]

'*Vos tenés la culpa*', puede hacernos pensar en una personalidad de características psicopáticas, y un escindido y negado sentimiento de autoculpabilización imposible de ser reconocido. Esta imposibilidad absoluta daría cuenta, precisamente, de la violencia con que después nos encontramos.

Más adelante, citando el mismo caso:

"Un lunes supimos que había fallecido (la paciente) durante el fin de semana porque su marido apareció en el servicio gritando y preguntando por mí de manera violenta.

Llevaba consigo una bolsa de supermercado en la que se adivinaba una caja de zapatos.

Me gritó:

-¡Usted es un h...de p...! ¡Usted es el culpable de esto!-señalando la bolsa -Acá está mi esposa. Se la vengo a mostrar. ¡Ya me la va a pagar!

Se adelanta hacia mí con gesto amenazante. En ese momento los que presencian la escena, lo toman de los brazos y lo obligan a retirarse."

Recordamos otro tramo del relato:

"Salgo inmediatamente con un colega a dar una vuelta por los jardines del hospital.

Se me impone una primera reacción que apela al humor, preguntándole irónicamente a mi circunstancial compañero: "¿tanto lío por una oferta de supermercado?"

Cuando termino de decirlo, me doy cuenta de mi indignación, furia e impotencia. Me separa de él, poder expresar sentimientos en palabras sin que me lleven a actos violentos."

Podemos considerar la reacción del terapeuta (su comentario irónico a un colega) como una respuesta de agresión sublimada, consecuente al temor inconsciente frente a la puesta en peligro de su yo.

La violencia ejercida de un sujeto sobre otro, puede generar una respuesta de violencia, que no necesariamente se exterioriza en actos.

En el caso 1 *Betty* está *furiosa* como respuesta a la cuidadosa tentativa del analista de acercarla a la realidad de su situación. El tono de su voz y la expresión de su cara son *de ira* y furia.

La finalidad de la pulsión de vida es la conservación del individuo, y el hecho de *morir* constituye una amenaza que fuerza a la conservación del ser. El superyó, al fijar montos importantes de pulsión de muerte incrementa su severidad, y no es infrecuente observar el incremento de la agresión superyoica volcada sobre el yo cuando un individuo se enfrenta a la propia muerte. Dada la mezcla pulsional, por otra parte, el acto retentivo secuestra pulsión de vida que habría podido utilizarse en actos constructivos o creativos (9)

Entonces ¿necesitamos *Eros* aún para el acto de morir? La respuesta es afirmativa. Aún este último acto de la vida puede ser constructivo o destructivo.

Un enfermo con un PS 1, como en el caso 2, que dice: "*O me cura o me mato*", a la vez que amenaza al terapeuta, sugiere la vuelta contra sí mismo de la agresión mortífera. Cualquier otra conducta de rechazo de terapéuticas que pueden mejorar su condición de vida o incluso llevarlo a la curación, serían ejemplos de una vuelta sobre sí mismo de la pulsión de muerte. Se percibe claramente en el caso 4.

Cuando Melanie Klein hace referencia al proceso de duelo sostiene que la peor situación es aquella en la que el sujeto vuelca el odio consecuente a la pérdida, contra sí mismo. (10)

La familia de Jorge (caso 2) estaba atemorizada al ser víctima del manejo psicopático del paciente a través de su amenaza de suicidio. Éste intentaba así trasladar su miedo a la muerte a su mujer e hija (Identificación proyectiva) (11)

El terapeuta, con el gesto cómplice de guiñarles un ojo, intentó minimizar la verosimilitud de la amenaza y resolver el temor de ambas mujeres.

La amenaza del paciente incluía también la voluntad de proyectar su inaceptado sentimiento de impotencia tanto en su familia como en el médico.

Desde otro punto de vista, aunque de manera negativa, trataba de recuperar su capacidad de decisión, su ilusión de omnipotencia, en tanto había quedado en manos de un destino ineludible: la muerte. Al decir "*me mato*", volvía a tener en sus manos la posibilidad de controlar su futuro (recordamos el control omnipotente del objeto como una de las defensas esquizoparanoides en la teoría de Klein).

"*Me da exactamente lo mismo*", dice Betty (caso 1) "*Yo no tengo ningún problema. Si él quiere, que pregunte. Cuando yo tengo algo para decir, lo digo y no me fijo.*"

Esta verbalización nos lleva a las palabras de Freud respecto de las personas que sufren, psíquica o físicamente. Él nos plantea que mientras el sufrimiento exista, hay una resignación del interés por todas las cosas del mundo exterior, y a su vez un secuestro de la libido de los objetos de amor. El sujeto "*cesa de amar*", dice Freud (12).

Betty retira de su marido las cargas libidinales que están puestas sólo en su dolencia. Él pasa a ser un objeto desinvertido a partir del uso de la *función desobjetalizante*, a la que se refiere André Green: "*la manifestación propia de la destructividad de la pulsión de muerte es el desinvertimiento.*" (13)

"*No me fijo*", dice Betty.

En *Algunas funciones de introyección y proyección en la temprana infancia* P. Haimann señala en el caso de la hipocondría, como estado narcisista, que el sujeto se aleja con odio de sus objetos externos para investir sólo el objeto introyectado dañado. (14)

Hemos tomado una de las definiciones clásicas de violencia "cuando la fuerza, física o moral, se impone en contra de una voluntad en el terreno de la ética y el derecho."

Por otra parte en *El malestar en la cultura*, Freud se refiere a la naturaleza humana, describiendo al hombre, no como: "*una criatura tierna y necesitada de amor*" sino también: "[...] un motivo de tentación para satisfacer en él su agresividad [...] Homo

homini lupus: ¿quién se atrevería a refutar este refrán, después de todas las experiencias de la vida y de la historia?" (15)

Podemos así afirmar que *Jorge* resulta violento en su proceder; que la respuesta de *Betty* es violenta cuando expresa que no le importan los sentimientos, o el sufrimiento de su marido; que el ex represor es violento cuando acusa al terapeuta de ser causante de la muerte de su mujer. Su amenaza de muerte se expresaba así: "*soy un ex policía y de eso entiendo. De cómo tratar a la gente.*"

También podemos considerar violenta a *Rosa* cuando impone -a contrapelo de su sentimiento de impotencia- actitudes omnipotentes y autoafirmaciones soberbias, o manifiesta estar en transferencia erótica, intentando anular la acción terapéutica del analista.

Del mismo modo, la reacción de violencia del terapeuta, también se expresa cuando manifiesta haberse sentido incómodo y con rechazo a la actitud de la paciente, junto a su renuencia por sugerirle aumentar el número de sesiones semanales. Es la violencia contratransferencial vinculada a la violencia de la paciente, que deberá ser trabajada en el curso del tratamiento.

Es violencia en *Rosa* la falta de mención de los miembros de su familia, centrándose siempre en sí misma, en su soledad buscada, como rango de jerarquía narcisista, sus accesos bulímicos, o su afirmación de que "*no necesita a nadie*"

Acertadamente *Rosa* dice que el terapeuta interviene de manera "*inadecuada*", "*invocando la pulsión de vida en una persona que no tiene fuerzas y siente violencia*".

Creemos que esta postura analítica intenta poner la agresión al servicio de *Eros*.

Es imposible pensar la acción de una enfermedad de las características del cáncer sin subjetivarlo como el efecto de una conducta violenta en la que el paciente es víctima de un vínculo cargado de odio. Este podría ser nominado como el Destino, Dios, el sí mismo, la venganza de los otros, etc.

Desde allí podemos comprender que la primera respuesta sea asimismo la violencia, aunque ulteriormente sea catalizada en aceptación, sumisión, o persista como tal, volcada hacia sí mismo o hacia los demás. De esto hemos visto reiterados ejemplos en los citados casos clínicos.

Como ya señalábamos en el marco teórico, es importante diferenciar el concepto de *agresividad* del de *violencia*. La *agresividad* es un carácter fundamental de cualquier ser vivo, originado en la biología. Su intensidad puede ser variable: desde la pelea física, hasta los gestos o expresiones que aparecen en cualquier conversación. (Recordemos la furia y la ira de *Betty*, en el caso 1).

La conducta agresiva, dirigida hacia un tercero, con fines y propósitos personales, en contra de la subjetividad de otro o de la realidad que se opone al deseo, sería considerada como *violencia*.

Violencia proviene del latín *violentia*, considerándose violenta a la persona irrazonable, que se niega a dialogar y se obstina en actuar sin medir las consecuencias, con poco contacto con la realidad efectiva.

En el caso 1: "*Me da exactamente lo mismo. Yo no tengo ningún problema. Si él quiere, que pregunte. Cuando yo tengo algo para decir, lo digo y no me fijo*".

En el caso 2: "*O me cura o me mato*", delante de su mujer e hija.

En el caso 3 cuando el ex represor amenaza: "*Yo sé muy bien cómo hacer para que la gente haga lo que tiene que hacer. En este lugar eso no pasa. De eso vos tenés la culpa. Yo tengo otros métodos*".

En el caso 4, en que su transferencia erótica es llanamente *violentar* el encuadre, a la persona y función del analista.

La violencia es por lo general de carácter egoísta, sin ningún ejercicio de la empatía, y esto nos lleva a su vinculación directa con el narcisismo.

A su vez, podemos definir todo aquello que viola lo razonable como perteneciente a su campo. Por lo tanto, violencia, en general, va acompañada de abuso, entendiéndose como tal *la intromisión en la subjetividad del otro, que es tomado como objeto con el único fin de satisfacer egoístamente la pulsión de dominio*. (Dominio de Jorge, sobre el acontecer de su enfermedad y muerte, y a través del temor de su mujer y de sus hijos. Dominio del ex represor respecto del terapeuta y de su propia angustia frente a la pérdida de su mujer.)

En relación al vínculo con el otro esto sería también mortificante para él (familia, terapeuta). Al mismo tiempo, otra salida diferente al odio frente a la máxima frustración

que es el morir, es derivarlo hacia fuera. Un ejemplo de esto es el caso 3, en el que el ex represor amenaza al terapeuta con matarlo.

La muerte ataca las aspiraciones narcisistas omnipotentes, y este hecho genera respuestas violentas. Esta, a su vez, sirve de defensa contra el sentimiento de humillación, impotencia, envidia a los sobrevivientes, angustia de abandono y soledad.

La agresividad, si bien la podemos considerar parte de *Eros*, a determinados niveles y/o situaciones, sería más propiamente constitutiva de *Tánatos*. El *quantum* de agresividad aumenta según los factores constituciones y las situaciones vividas por el sujeto que lo sumen en el sentimiento de impotencia y/o desvalimiento. A lo largo de la Historia de la Humanidad, todos los hechos que amenazaban con la imagen omnipotente de sí mismo o con la extinción del yo, tuvieron como respuesta una enorme violencia por parte de la sociedad.

Podemos considerar la muerte como la mayor afrenta narcisista, la posibilidad cercana o certera de la propia muerte.

Apelando a algunos conceptos de Kohut hay individuos que se enfurecen: "*frente a la súbita manifestación de su falta de omnipotencia en el área de su propia mente y no por haber revelado un deseo o una fantasía inconsciente.*" (16)

En ellos la preocupación excesiva por borrar la herida narcisista deberá entenderse también como un intento *furioso* [el resaltado es nuestro] de borrar la realidad del incidente mediante recursos mágicos, "*incluso hasta el punto de sentir el deseo de que uno desaparezca para borrar el recuerdo atormentador.*" (17)

Estas ideas nos remiten al caso 3, cuando el marido ex represor intenta matar al terapeuta, testigo de su impotencia frente a la muerte de su mujer. Herida narcisista. Furia frente a la evidencia de su deficiencia en el campo del *self* grandioso omnipotente y omnisciente. Al mismo tiempo, así como el niño se enfurece frente a los padres que permitieron que aconteciera una situación traumática, es el terapeuta, "*objeto del self omnipotente*", quien recibe la furia del sujeto por haber permitido la injuria (18)

Citas bibliográficas:

- (1) Freud, S., *La negación* (1925), Obras Completas, Volumen XIX, Amorrortu, Bs.As, 9º reimpresión, 2003, pág. 253.
- (2) *Ibíd.*, "Se me ocurrió, es cierto que era mi madre; pero no tengo ninguna gana de considerar esa ocurrencia"
- (3) *Ibíd.*, pág. 253-4
- (4) *Ibíd.*
- (5) Freud, S., Formulación sobre los dos principios del acontecer psíquico (1911) *O. Completas*, Amorrortu, Volumen XII, pág. 223.
- (6) *Ibíd.*, Pág. 226.
- (7) Hamra, M., *El retorno de lo escindido* (2006) Tesis de Maestría en Psicoanálisis. (AEAPG)
- (8) Freud, S., *Esquema del psicoanálisis* (1938) Obras Completas, Volumen XXIII, Amorrortu, Bs.As, 1979. pág. 146.
- (9) Heimann, P., en *Notas sobre los Instintos de Vida y de Muerte*, en M. Klein. Obras Completas, Tomo III Paidós, 1974.
- (10) Klein, M., *El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos*, Obras Completas, Tomo II, Paidós, 1974.
- (11) Klein, M., *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*, Obras Completas, Paidós, 1974.
- (12) Freud, S., *Introducción del Narcisismo* (1914) O. Completas, Cap. II. Vol. XIV, Amorrortu, Bs.As, 1980. pág. 79.
- (13) Green, A., *Pulsión de muerte, narcisismo negativo, función desobjetalizante*. En *La pulsión de muerte*. Green y otros. *Primer Simposio de la Federación Europea de Psicoanálisis*. Marsella, 1984. (pág.74).
- (14) Heimann, P., *Algunas funciones de introyección y proyección en la temprana infancia*, en *Desarrollos en Psicoanálisis*, M. Klein, Tomo III, Obras Completas, Paidós, 1974.
- (15) Freud, S., *El malestar en la cultura*, Amorrortu, 1980.
- (16) Kohut, H., "Reflexiones sobre el Narcisismo y la Furia Narcisista". *The Search for the self*, dos Volúmenes, IUP, Nueva York, 1978. pág.453.
- (17) *Ibíd.*
- (18) *Ibíd.* Pág. 454.

Resultados y Conclusiones

En el punto de partida de nuestra investigación nos planteamos un conjunto de interrogantes de los cuáles dos permitieron delimitar el abordaje de los casos seleccionados para su estudio:

¿Qué significa vivir con conciencia de muerte?

¿Qué relación tiene esta situación con el narcisismo, la agresión, y la violencia?

Asimismo definimos ideas directrices que nos orientaron, por un lado en la tarea de sistematizar los registros de cada uno de los casos estudiados, y por otro facilitándonos el alcance de los objetivos propuestos.

En concordancia con las mencionadas preguntas, las ideas directrices y los objetivos, abordamos cada uno de los casos, los cuales aún en la singularidad que los caracteriza, nos han permitido aproximaciones tanto a su comprensión específica como a las causas de la aparición de los funcionamientos propios de la situación de terminalidad.

Así es que hemos podido determinar que dichos funcionamientos son estados previos correspondientes a una característica general humana, independiente de su organización y / o estructura y de su consciencia. Ya que observamos que la violencia, desplegada como parte de la naturaleza humana, se intensifica frente a la situación traumática a la vez que en tales circunstancias el sujeto disminuye su censura.

Del análisis e interpretación teórica de los casos, incluidos los dichos de los familiares de los pacientes, hemos podido inferir que se trata de personas de previo *funcionamiento narcisista con intensificación de éste* y nuevas manifestaciones de violencia. Esta situación la vinculamos con el enfrentamiento de la percepción de la propia muerte como parte de su realidad objetiva, y se halla presente en los cuatro casos analizados. Creemos que esto se extiende a la generalidad de los casos, cuando se trata de volver a un narcisismo regresivo.

Podríamos llegar a afirmar que la violencia forma parte de toda estructura/organización humana frente a esta situación. Lo hemos observado también en algunos casos de familiares agotados por el transcurso de la enfermedad, en ausencia del profesional-catalizador de la violencia.

En cuanto a la indagación sobre los mecanismos por los cuales el psicoanálisis actúa como catalizador de la violencia en los procesos de terminalidad terapéutica,

concluimos que en el paciente que se halle en una situación de negación, el analista intenta deshacer ésta en la medida en que la fortaleza yoica del sujeto lo permita.

Si por el contrario estamos frente a una situación de tristeza, impotencia, dolor, ira, desmentida, el analista actúa como interlocutor en un diálogo en el que el paciente presenta su violencia y el terapeuta devuelve la realidad en el grado apropiado para su metabolización. Iguales mecanismos se han podido constatar en la familia del muriente.

Es interesante destacar que lo antedicho se ha constatado en los cuatro casos presentados.

En cuanto a los recursos teóricos a los que apela el terapeuta para intervenir en estos procesos, pueden también observarse las modificaciones del yo que los acompañan a través de la transformación del narcisismo del adulto.

Así es que el carácter catalizador del terapeuta permite el aminoramiento del uso de los mecanismos defensivos al servicio de la negación o la desmentida. Su capacidad de percepción subjetiva le hace posible graduar y variar sus intervenciones. En algunas ocasiones la respuesta transformada se observa en los familiares, mientras que el enfermo se mantiene inaccesible. Esto es respetado por el terapeuta.

Situándonos en los casos analizados en el contexto del presente trabajo, podemos señalar que en el caso 1 (Betty) se observa la habilitación a la subjetividad del marido de la paciente, que puede mostrar abiertamente su dolor e impotencia. En el caso 2 (Jorge) se evidenció cómo la presencia de otro activo y no complaciente dio por resultado el cambio de la actitud del paciente. En el caso 3 (Luisa) el grado de violencia y el tipo de estructura psicopática del marido no dio lugar a modificaciones. Consideramos que la sumisión es una forma de violencia contra sí mismo, ejercida como respuesta defensiva frente al despotismo. En el caso 4 (Rosa) la intervención del terapeuta permite, aún hoy, que la paciente continúe desempeñando sus tareas profesionales y su vida en general, de manera autónoma, aceptando las prescripciones médicas y con suficiente grado de disfrute en lo que hace.

En cuanto a los mecanismos defensivos y de las respuestas del sujeto ante el dolor y sufrimiento podemos decir que en los cuatro casos presentados, se observaron mecanismos y respuestas de *negación* y *desmentida*, como así también el incremento del *narcisismo regresivo*. (Recordemos que estas categorías teóricas las hemos abordado desde S. Freud y M. Hamra)

Por otro lado, y en referencia a las respuestas del núcleo familiar (inter-subjetivas y subjetivas), podemos concluir a partir de los casos bajo estudio, que la contención afectiva y emocional por parte del terapeuta hace posible que los familiares hagan una abreacción de sus sentimientos hostiles y dolorosos. Esto se detectó en el caso 1 (Betty) en la medida en que el profesional interviniente se dirige al marido de la paciente y ya no a ella misma. En el caso 2 (Jorge), la firme actitud del terapeuta, presionó sobre el paciente permitiendo que se enfrentara con su necesidad de ayuda y abandonó su actitud amenazante en cuanto al suicidio como salida. El terapeuta resolvió, ante la situación inter e intrasubjetiva dominantes, implementar sesiones familiares intercalando las individuales. Estas transcurrieron durante un año y medio. Mejoró la relación con los distintos miembros de la familia, aceptó las indicaciones profesionales y toleró la paulatina pérdida de autonomía, abandonando su inicial reacción defensiva violenta y querellante.

En el caso 3 (Luisa) el grado de psicopatía del marido hizo imposible realizar modificaciones y en el caso 4 (Rosa), que aún continúa en tratamiento psicoterapéutico, recién en este último tiempo incluyó la figura de su marido y de sus hijos en el análisis.

En referencia a la relación del sufrimiento con el odio, culpa, pérdida de la autoestima, y visicitudes de yo-no-yo como así también en relación a la liberación del exceso pulsional como violencia, hemos podido observar que la violencia como respuesta defensiva de la toma de conciencia de la propia muerte (situación traumática) es posible que la consideremos desde el punto de vista de la "furia narcisista" con sus componentes de odio, culpa, pérdida de la autoestima y relación indiferenciada con el no-yo, que pasa a ser una extensión del self grandioso. Esto se evidenció en los cuatro casos y fue analizado e interpretado desde las aspiraciones narcisistas omnipotentes vulneradas, haciendo hincapié en el intento furioso de borrar la realidad, mecanismo que teóricamente hemos abordado desde H. Kohut, tal como se ha desarrollado en el marco teórico que sustenta la conceptualización de nuestras interpretaciones.

En síntesis, podemos decir que tanto desde el análisis de los casos presentados, como de la lectura de los autores seleccionados que abordan el tema de nuestro interés, se desprende que frente al duelo final -que es el duelo por sí mismo- el yo elige, entre otros caminos defensivos, la regresión narcisista. La misma implica el alejamiento libidinal de los objetos, es decir la *desinversión* del objeto, o la *desobjetalización*, tal como lo

hemos categorizado desde el enfoque de A. Green. Entendemos que desde el momento en que anula la subjetividad y la existencia del otro, este proceso es de por sí violento. Otros mecanismos defensivos, también ligados a la pulsión de muerte, son el intento de dominio o control omnipotente del objeto, y la proyección de los sentimientos penosos (dolor y culpa) en otro, que implican la escisión, la negación y la desmentida. En nuestra opinión, la certeza de la propia muerte cercana constituye una situación traumática.

Siguiendo el hilo de Christopher Lasch, citado oportunamente, quien repara en un siglo y una cultura agónicos cuya preocupación esencial pasa a ser la de 'la muerte a la muerte', decimos que esta idea apuntaría a la regresión libidinal narcisista de la cultura actual. Nosotros nos apoyamos en ella para observarlo en el estudio de casos puntuales. Por lo tanto la tarea del profesional -en su carácter de psico-oncólogo o médico paliativista- en los casos que nos ocupan, sería la de procesar el intrincado tejido defensivo que el paciente estructuró frente a esta particular situación traumática. Esto nos vincula con la situación de desamparo, uno de los sentimientos más desgarradores frente a la muerte. *Para el adulto, el estado de desamparo constituye el prototipo de la situación traumática generadora de angustia.*

Para concluir, sugerimos la hipótesis de que la regresión libidinal narcisista, uno de los destinos de la pulsión en la psicosis, estaría presente aquí e implicaría en sí misma un tal aumento de la pulsión de muerte que no puede ser neutralizada por Eros.

Quedaría como pregunta cuál es el borde entre psicosis y narcisismo patológico extremo en cualquier momento de la vida y en especial en el estado de terminalidad terapéutica.

Bibliografía General

- * **Alizade, A.**, "Clínica con la muerte", Amorrortu Editores, 1996.
- * **American Journal Clinical Oncology (CCT)** 5:649-655, 1982.
- * **American Society of Clinical Oncology (ASCO)**, "Cancer Care during the Last Phase of Life", *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 16, No 5 (May), 1998.
- * **Aresca, L.**, "Cuidados Paliativos: Calidad de vida en el final de la vida del libro *Psicooncología. Diferentes miradas*", AAVV, Lugar Editorial, Bs.As, 2004.
- * **Baranger, W, Baranger, M, Mom, J.M.**, APA, 35° Congreso Psicoanalítico Internacional. Tema: "Análisis terminable e interminable cincuenta años después" Título: "El trauma psíquico infantil de nosotros a Freud: trauma puro, retroactividad y reconstrucción" (1987) *Revista de Psicoanálisis*, XLIV, 4.
- * **Bleger, J.**, "Criterios de diagnóstico" (1973) *Revista de psicoanálisis* N° 2.
- * **Bleichmar H.**, "La depresión: un estudio psicoanalítico", Nueva Visión, 1991.
- * **Cancina, Pura H.**, "La investigación en psicoanálisis", Ediciones Homo Sapiens, Santa Fe 2000.
- * **Etchegoyen H.R.**, "Fundamentos de una técnica psicoanalítica", Amorrortu editores, 2005.
- * **Ferraris, Mauricio.**, "Historia de la Hermenéutica", Editorial Siglo XXI, México 2002.
- * **Freud, A.**, "El yo y los mecanismos de defensa", 1961. Paidós. Bs.As, 2006.
- * **Freud, S.**, *Obras Completas*, Bs. As., Amorrortu editores, 1979.
 - *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico*(1911)
 - Volumen XII.
 - *Tótem y Tabú.* (1914). Volumen XIII.
 - *Pulsiones y Destinos de la Pulsión* (1915) Volumen XIV.
 - *Introducción del Narcisismo* (1915) Volumen XIV.
 - *Duelo y melancolía* (1915) Volumen XIV.
 - *De guerra y muerte. Temas de actualidad* (1915) Volumen XIV.
 - *Más allá del principio del placer* (1920) Volumen XVIII.
 - *El Yo y el Ello* (1923) Volumen XIX.
 - *La negación* (1925) Volumen XIX.
 - *Inhibición, síntoma y angustia* (1925) Volumen XX.
 - *El porvenir de una ilusión* (1927), Volumen XXI.
 - *El malestar en la cultura* (1930) Volumen XXI.

-
- *La escisión del yo en el proceso defensivo* (1938) Volumen XXIII.
 - *Esquema del psicoanálisis* (1938) Volumen XXIII.
- *Ginzburg, C.,**
- "El queso y los gusanos", Mucknik editores, Barcelona 1981.
 - "Morelli, Freud y Sherlock Holmes: indicios y método científico" en "El Signo de los Tres" U.Eco comp. Editorial Lumen, Barcelona, 1989.
- *Green, A.,**
- *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, Epílogo. *El yo, mortal- inmortal* (1982) Amorrortu, 1999.
 - *Pulsión de muerte, narcisismo negativo, función desobjetalizante*, En *La pulsión de muerte*. Green y otros. Primer Simposio de la Federación Europea de Psicoanálisis. Marsella (1984).
- *Hamra, M.,** *El retorno de lo escindido* (2006) Revista N° 31, *Psicoanálisis y Universidad*, Reseñas de las Tesis de Maestría y de Especialización en Psicoanálisis UNLaM – AEAPG | 2001 / 2007.
- *Heimann, P.,**
- *Notas sobre los Instintos de Vida y de Muerte*, en M. Klein. Obras Completas, Tomo III Paidós, 1974.
 - *Algunas funciones de introyección y proyección en la temprana infancia* en M. Klein. O.Completas, en M Klein, P Heimann, S Isaacs y J Riviere *Desarrollos en Psicoanálisis*. Tomo III. Hormé, Paidós, BsAs, 1982.
- *Kernberg, O.,** *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*, Paidós. 1985.
- *Klein, M.,**
- *El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos* Tomo II, Obr. .Completas, Hormé-Paidós, 1974.
 - *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides.*(1946) en Obras Completas, Paidós, 1974.
 - *Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante* (1952) Obs. Completas, Tomo III Hormé-Paidós. 1974.
- *Kohut, H.,** *Reflexiones sobre el Narcisismo y la Furia Narcisista. The Search for the Self*, (dos Volúmenes), IUP, Nueva York, 1978.
- *Kübler Ross, E.,** *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona, Grijalbo, 1975.
- *Millán, R.,** "Prefacio" en Zemelman, Hugo., "Problemas Antropológicos y Utópicos del conocimiento", Ediciones del Colegio de México, México 1997.

-
- ***Milton, G.W.**, *Thoughts in Mind of a Person with Cancer*. British Medical Journal, 1973; 4:221-223. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/>
- ***Navarro Sanz.J.R.**, *Cuidados Paliativos no oncológicos. Enfermedad Terminal: concepto y factores pronósticos**SECPAL., Organización Médica Colegial, Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guías médicas SECPAL.com
- ***Negro, M.**, *La otra muerte. Psicoanálisis en cuidados paliativos*, Letra Viva. 2008.
- ***Organización Mundial de la Salud. World Health Organization (WHO)**
- Serie de Informes Técnicos N° 804.
 - *Alivio del dolor en el Cáncer y Cuidados Paliativos*. Comité de Expertos de la OMS. Ginebra, Suiza. 1990.
 - *Declaración sobre la atención médica al final de la vida* (documento). enero 2002, y *Cancer pain relief and palliative care: Report of a WHO expert committee*. Technical report series 804. Geneva: World Health Organization, 1990.
- ***Pino Ramírez, G.**, *Duelo muerte y acompañamiento*, Universidad del Zulia, Venezuela en: <http://www.luz.ve/>
- ***Polit, D et alt:** "Investigación Científica en Ciencias de la Salud", Ediciones OPS México 1985.
- ***Revista de Psicoanálisis N°: 3**, 1980, APA, Buenos Aires, Pág. 454. En el apartado: *La reacción catastrófica y otros hechos similares*.
- ***Rosolato, G.**, *La relación con lo desconocido (El eje narcisístico de las depresiones)*, Ediciones Petrel, 1978.
- ***Samaja, J.**,
- *"Epistemología y Metodología: elementos para una teoría de la investigación científica"*, Editorial Eudeba, Bs.As. 1999.
 - *"Epistemología de la Salud: reproducción social, subjetividad y Transdisciplina"* Editorial Lugar, Bs.As. 2004.
- ***Skrabanek, P.**, *"La muerte de la medicina con rostro humano"*, (citando a Christopher Lasch, *"The culture of narcissism. American Life in an Age of the diminishing expectation."* New York, Warner Books, 1979), ED. Díaz de Santos, Madrid, 1999, pág. 23.
- ***Solidoro Santisteban, A.**, *El médico, la muerte y el morir. Diagnóstico, volumen 38* Número 1, ene. feb 1999. www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros
- ***Testa, M.**, *"Saber en Salud: la construcción del conocimiento"*, Editorial Lugar, Bs.As.1997.
- ***Valle. M** "Técnicas cualitativas de investigación social", ediciones Síntesis Sociológica, Madrid, 1997.

Diccionarios consultados:

- *Diccionario de Filosofía*, Editorial Herder, Barcelona 1991.
- **Laplanche, J.- Pontalis, J.** *Diccionario de Psicoanálisis*, Labor, 1º edición 1971.
- **Chemama, R.** *Diccionario del Psicoanálisis*, 1º edición, Amorrortu, 1998.
- **Roudinesco E., y Plon, M.** *Diccionario de Psicoanálisis*. Edito. Paidós, 1998.
- **Pachuk, C. Friedler, R.** *Diccionario de psicoanálisis de las configuraciones vinculares*, Ediciones del C. Paidós. 1998.