

Directorio

Letra en Psicoanálisis

Director- Editor

Dr. Jaime Fausto Ayala Villarreal

Consejo de Redacción

Redacción

Concepción Rabadán Fernández
Maria Esther Castillo Barnetche
Ezequiel Martínez Martínez
Patricia Nava Alejo

Gráfico

Felipe Chavez Galicia

Nacional

Dr. Javier Amado Lerma

México, D.F., Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de Fuente Muñiz"

Mtra. Melba Álvarez Martínez

México, D.F., Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de Fuente Muñiz"

Mtro. Josafat Arzate Díaz

Pachuca, Hidalgo. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Dra. Thalia Attié Rohl.

México, D.F., Independiente

Dr. Walter Beller Taboada

México, D.F., Universidad Autónoma Metropolitana

Dra. Martha Patricia Bonilla Muñoz

México, D.F., Instituto Mexicano de Terapia Cognitivo-Conductual

Dra. María Esther Castillo Barnetche

México, D.F., Independiente

Dra. Rosa María Denis Rodríguez

Pachuca, Hidalgo. Centros de Integración Juvenil

Mtro. Armando Israel Escandón Muñoz

Taller Maladrón. CDMX

Dra. Fabiola Fragoso Castillo

Instituto Politécnico Nacional IPN.

Mtra. Martha R. Garza Tamez. *Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.*

Mtro. Pedro Rafael Hernández Uzcanga

México, D.F., Independiente

Mtro. José Carlos Llanes Sáenz

Monterrey Nuevo León. Hospital Regional Monterrey "ISSSTE"

Lic. Ezequiel Martínez Martínez

Ciudad de México, Independiente

Mtro. José Mendoza Landeros

México, D.F., Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia

Mtro. Macario Molina Ramírez

México, D.F., Escuela Superior de Educación Física (ESEF).

Dra. María Oswelia Murad Robles

México, D.F., Independiente

Dra. Alicia Parra Carriedo

México, D.F., Universidad Iberoamericana

Dra. Concepción Rabadán Fernández

México, D.F., Colegio Internacional de Educación Superior

Mtra. Paulina Reyes Retana Dahl

México, D.F., Independiente

Dr. Juan Gabriel Serna Guerrero

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Mtra. Martha Elva Valenzuela Amaya

México, D.F., Colegio Internacional de Educación Superior

Mtro. Josué Dante Velázquez Aquino

México, D.F., Colegio Internacional de Educación Superior

Consejo Editorial:

Internacional

Lic. Miguel Sassano

Buenos Aires, Argentina. Universidad de Morón

Dr. Rómulo Lander

Caracas, Venezuela. Sociedad Psicoanalítica de Caracas

Dr. Carlos Valedón

Caracas, Venezuela. Sociedad Psicoanalítica de Caracas

ÍNDICE

EDITORIAL

REFLEXIONES SOBRE EL INCONSCIENTE Y LO INCONSCIENTE.

Jaime Fausto Ayala Villarreal

CUANDO EL ALMA SE AHOGA: EL ASMA DE MARCEL PROUST

Armando Israel Escandón Muñoz.

ANTECEDENTES DE ABANDONO INFANTIL Y RIESGO SUICIDA EN LA POBLACIÓN DEL CENTRO FEMENIL DE REINSERCIÓN SOCIAL TEPEPAN

Angélica Lorelein Aguilar Hinojosa.

ME-MORIA: DEMENCIA SENIL Y MELANCOLÍA

Mario Enrique Vázquez Sandoval.

WINNICOTT: LA PSICOSOMÁTICA COMO CLÍNICA DEL MUNDO INTERIOR

Concepción Rabadán Fernandez.

EDITORIAL

REFLEXIONES SOBRE EL INCONSCIENTE Y LO INCONSCIENTE.

En la interpretación de los sueños (1900-1901) Sigmund Freud escribe: “lo inconsciente es lo psíquicamente verdaderamente real, nos es tan desconocido en su naturaleza interna como lo real del mundo exterior, y nos es dado por los datos de la conciencia de manera tan incompleta como lo es el mundo exterior por las indicaciones de nuestros órganos sensoriales” (tomo V, 600); anota la dificultad de la persona, para a nivel consciente, poder apoderarse de el vivenciar cotidiano, dificultado por las vivencias anteriores y la poca claridad lograda desde nuestra limitada percepción por los sentidos debido de alguna manera por las interferencias de la memoria en las nuevas percepciones.

Entre las cualidades y particularidades del inconsciente, su núcleo es incognoscible constituido en parte con representaciones cosa. Sólo se manifiesta por sus ramificaciones, está constituido por pulsiones de deseos diversos pugando por la descarga, contradictorias y de metas irreconciliables entre sí, sin anularse o entrar en conflicto. No existe negación, duda o certeza. Son atemporales, no se ordenan con respeto al tiempo cronológico y éste en esencia no las altera, las encubre con otras experiencias y deseos manteniendo su característica, con energía libre no ligada, que no pueden ser reconocidas sin un trabajo de interpretación por medio de las asociaciones del sujeto. Lo inconsciente solo tendrá acceso a la conciencia a través de el enlace con el lenguaje, con la representación palabra en el preconscious. En el inconsciente ejerce, por decir de alguna manera, el proceso primario donde encontramos la condensación y el desplazamiento, lo que hace al contenido inconsciente polisémico, menos reconocible, ya sean palabras, símbolos visuales o situaciones. Lo inconsciente no es sólo lo reprimido, ya que los contenidos reprimidos son aquellos no aprobados por la censura entre las instancias inconsciente y preconscious o por el super yo; son deseos en conflicto, se encuentran en él multitud de recuerdos y percepciones de muchos orígenes y periodos de la vida del sujeto, incluyendo las fantasías originarias. Siguiendo la segunda tópica de la psique en un sentido descriptivo, económico y dinámico, el ello es totalmente inconsciente; en cambio el yo y el super yo sólo tienen una pequeña porción consciente, ocupando la mayoría de estas dos instancias los contenidos inconscientes. Esta condición ha llevado a interpretaciones equivocadas al identificar sólo al ello con lo inconsciente y al yo y super yo con el consciente.

En lo inconsciente se dan contenidos pulsionales con diversas representaciones susceptibles de conciencia llamados preconscious, lo que algunos filósofos y lingüistas han confundido con el inconsciente.

El preconscious está bajo el régimen del proceso secundario lo que permite su acceder a la consciencia fugaz y brevemente como son todas las manifestaciones de la consciencia, aunque no por esta circunstancia dejan marcas en la memoria a veces traumáticas e indelebles.

Las instancias yo y super yo tienen varias funciones a nivel inconsciente, manifestándose en diversas circunstancias, una significativa es la del ideal del yo.

Otra consideración teórica a resaltar es el narcisismo, una condición esencial del funcionamiento psíquico por su presencia desde el inicio de la vida de cada persona. James Strachey considera "La Introducción del narcisismo" (Freud S. 1914) uno de los escritos más importantes de Sigmund Freud. Donde éste, puntualiza el papel del narcisismo en el desarrollo psicosexual y la relación del yo con los objetos externos planteando la distinción entre libido del yo y libido de objeto, así mismo introduce los conceptos de "ideal del yo" y la instancia de auto observación, más tarde el super yo y el sentimiento o estima de sí (en la traducción de Ballesteros "amor propio") disminuido considerablemente en la melancolía y otras psicopatologías.

Dice Sigmund Freud en 1914, consideramos en todo ser humano un narcisismo primario y normal; ampliamos esta consideración a un narcisismo secundario normal; cuando esto se incrementa se convierte en patología.

Lo que le da el sustento al narcisismo es la libido, la cual se va a diferenciar en una libido del yo y una libido de objeto, las que en una suerte de vaso comunicante dan por resultado el aumento de una y el empobrecimiento de la otra. Así lo observamos en procesos normales como patológicos. En la actualidad encontramos una serie de trastornos graves llamados narcisistas; ejemplo de ello son las psicosis, las adicciones, los trastornos de la alimentación, las enfermedades psicósomáticas, los trastornos del espectro autista y los rasgos de mayor o menor grado en las perversiones y neurosis. No podemos hablar de patología en la retracción de la libido de la persona al enfrentar un dolor físico producto de una enfermedad somática o de un dolor moral causado por una pérdida real como en el duelo.

Lo interesante del estudio del narcisismo en esta ocasión son los fenómenos considerados como "normales" ya que estos los veremos en todas las personas en diferentes manifestaciones e intensidades.

El más conocido por todos es el sueño y el soñar; este acontecimiento cotidiano al igual que las fantasías diurnas, los experimentamos sin ni siquiera estar dispuestos a ello. Otros sucesos que tienen una gran similitud son el enamoramiento, la conversión religiosa o política, la transferencia en la terapia psicoanalítica, en las relaciones interpersonales, en la conformación de los grupos. Todos estos son fenómenos individuales motivados por

la relación con el otro o los otros objetos humanos o cosas de la naturaleza, aunque siempre matizados o interpretados por el sujeto de la vivencia. Nunca un hecho del mundo circundante será percibido por varias personas a la vez de la misma manera; y dejando a un lado la ineficiencia de los órganos de los sentidos ya decíamos cómo cada percepción es modificada al paso de las huellas mnémicas previamente almacenadas en el inconsciente.

Jaime Fausto Ayala Villarreal

Director-Editor.

CUANDO EL ALMA SE AHOGA: EL ASMA DE MARCEL PROUST

ARMANDO ISRAEL ESCANDÓN MUÑOZ

Licenciado en lengua y literatura hispánicas por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Maestrante en Psicoterapia Psicoanalítica por Colegio Internacional de Educación Superior (CIES). Cofundador de Taller Maladrón. Correo electrónico: armandoescondon@gmail.com

Recepción: 08 de noviembre de 2019/ Aceptación: 04 de diciembre de 2019.

RESUMEN

En el presente trabajo se reflexiona sobre el asma padecida por Marcel Proust a lo largo de su vida, la cual –aunque fue atendida con una amplia gama de tratamientos–, nunca logró superar. De hecho, esa enfermedad minó su salud, hasta llevarlo a la muerte. Lo anterior permite examinar la hipótesis de que, como en el caso del novelista galo, cuando la psique se ve rebasada en su capacidad de elaborar algún fenómeno que la impacta, un sujeto puede ocupar su cuerpo para ello. Además, en situaciones como ésta, también deben considerarse las diversas “ganancias” obtenidas de la enfermedad, porque, como se verá más adelante, fueron decisivas para que los padecimientos de Proust se volvieran crónicos y, con ello, se acelerara su fallecimiento.

En este escrito, por lo tanto, se expone la relación de Proust y su asma como un estudio de caso, esto considerando ideas importantes del campo del psicoanálisis y de la psicósomática, con base en las ideas de algunos autores tales como Sigmund Freud, Pierre Marty, Christophe Dejours y Piera Aulagnier.

PALABRAS CLAVE: asma, ganancia (beneficio) secundaria, Marcel Proust, psicósomática.

SUMMARY

In this paper we reflect on the asthma suffered by Marcel Proust throughout his life, which, although he was treated with a wide range of treatments, never managed to overcome. In fact, that disease undermined his health to death. This allows us to examine the hypothesis that, as in the case of the French novelist, when the psyche is exceeded in its

ability to elaborate a phenomenon that impacts it, a subject can occupy his body for it. In addition, in situations like this, the various “gains” obtained from the disease should also be considered, because, as will be seen later, they were decisive for Proust's suffering to become chronic and, with it, accelerate his death.

In this paper, therefore, the relation of Proust and his asthma is presented as a case study, this considering important ideas from the field of psychoanalysis and psychosomatics, based on the ideas of some authors such as Sigmund Freud, Pierre Marty, Christophe Dejours and Piera Aulagnier.

KEYWORDS: asthma, secondary gain (benefit), Marcel Proust, psychosomatic.

RÉSUMÉ

Dans cet article, nous réfléchissons à l'asthme dont Marcel Proust a été victime tout au long de sa vie et qu'il a réussi à traiter malgré une large gamme de traitements. En fait, cette maladie a miné sa santé à mort. Cela nous permet d'examiner l'hypothèse voulant que, comme dans le cas du romancier français, lorsque la psyché est dépassée dans sa capacité à élaborer un phénomène qui le frappe, un sujet peut occuper son corps pour cela. En outre, dans de telles situations, les différents «gains» obtenus à partir de la maladie doivent également être pris en compte, car, comme on le verra plus loin, ils ont été décisifs pour que la souffrance de Proust devienne chronique et, avec elle, accélère sa mort.

Par conséquent, dans cet article, la relation entre Proust et son asthme est présentée comme une étude de cas, en considérant des idées importantes du domaine de la psychanalyse et de la psychosomatique, basées sur les idées de certains auteurs tels que Sigmund Freud, Pierre Marty, Christophe Dejours et Piera Aulagnier.

MOTS-CLÉS: l'asthme, gain secondaire (bénéfice), Marcel Proust, psychosomatique.

“Niño frágil a quien es necesario proteger,
adolescente de salud mediocre,
poco apto para seguir a sus camaradas
en las agitadas locuras de la juventud,
adulto para quien los sufrimientos
se transforman en una desahogada rutina”.
Silvia Quadrelli, refiriéndose a Marcel Proust (218) [1].

INTRODUCCIÓN

El Diccionario de psicoanálisis dirigido por Roland Chemama especifica tanto la definición de “[padecimiento] psicósomático”, así como el concepto de “psicósomática”, desde el dispositivo creado por Freud:

Se dice de fenómenos patológicos orgánicos o funcionales cuando su desencadenamiento y evolución son comprendidos como la respuesta del cuerpo viviente a una situación simbólica crítica[,] pero que no [ha] sido tratada como tal por el inconsciente del sujeto, lo que los distingue de los síntomas de conversión histéricos, que son, por su parte, formaciones del inconsciente.

Para los psicoanalistas, la psicósomática consiste en tomar en cuenta en el determinismo de las enfermedades la situación del sujeto con respecto al goce y al deseo inconscientes. Lo que la medicina, en tanto saber científico, no puede en efecto captar, no es el psiquismo, sino el cuerpo en tanto goza. Existe un corte, irreductible para la ciencia, que pasa por el cuerpo: entre el cuerpo de los conocimientos médicos y el cuerpo del inconsciente, un saber sobre el goce que sólo cuenta para el sujeto (359) [2].

Entonces, en las siguientes líneas –y después de trazar algunas cuestiones generales sobre la psicósomática en el mundo psicoanalítico–, se buscará analizar el asma de Marcel Proust (1871-1922), quien se vio aquejado por esta enfermedad, hasta su muerte. Para ello, de modo breve, se esbozará una biografía del novelista francés, poniendo especial atención en cómo el asma estuvo presente a lo largo de su existencia. Aunque hay varias biografías del autor de *En busca del tiempo perdido*, se usaron particularmente algunos materiales como *En busca de Marcel Proust* de André Maurois; *Marcel Proust* de George D. Painter, uno de los principales biógrafos del narrador galo; *Marcel Proust* de José Antonio Vizcaíno; *Proust. Otra mirada* de Beatriz Espejo; *El asma de Proust* de la neumóloga Silvia Quadrelli; y *La vida asmática de Marcel Proust* de Noah Fabricant –capítulo V del libro *13 pacientes famosos*–, médico.

A lo largo del escrito también se recurrirá a las ideas de diversos autores del ámbito psicoanalítico que se han ocupado tanto del concepto de “ganancia secundaria” –aunque

también se mencionará como “beneficio secundario”– como de la psicósomática. Entre ellos: Sigmund Freud, Pierre Marty, Christophe Dejours y Piera Auglanier.

¿QUÉ ES LA PSICOSOMÁTICA?

Pierre Marty (1990) señala que el sustantivo “psicósomática” es de relativa aparición, se puso en boga en 1946, aunque el psiquiatra alemán Heinz-roth lo utilizó a inicios del siglo XIX para “caracterizar una forma de insomnio”, sin embargo, en la centuria siguiente, el término adquirió una “concepción que incluye factores psíquicos en el determinismo de las afecciones orgánicas, con lo cual cuestiona el positivismo reduccionista que caracterizó a la medicina clásica desde fines del siglo XIX” (11-12) [3].

A partir del Renacimiento, la ciencia avanzó notoriamente y la medicina no fue la excepción, aunque también tuvo sus excesos, porque “se recluyó en la idea de que toda la patología llegaría a ser explicada alguna vez en términos físico-químicos y expresada según medidas” (12) [3]. Con ello, se reforzaron los argumentos de la fisiología, la bioquímica, la neuro-endocrinología y los descubrimientos de Luis Pasteur.

Así, los hallazgos ulteriores permitieron el desarrollo de nuevas concepciones etiopatógenas, no obstante, ello no explicó el porqué de la aparición de una enfermedad “en un momento particular de la existencia de un individuo singular” (13) [3]. El antiguo debate filosófico de las ideas de monismo y dualismo dividieron al gremio psiquiátrico en dos corrientes: la organicista y la vitalista, en el seno de la última, nació la psicopatología (13) [3].

En ese contexto, Sigmud Freud –tomando como base trabajos sobre la parálisis, la afasia y la histeria– descubrió la realidad dinámica del inconsciente e inventó el psicoanálisis. Dice Pierre Marty: “La revolución psicoanalítica permitirá establecer los principios económicos, psicodinámicos y genéticos que gobiernan y organizan la unidad psicósomática de un individuo” (14) [3]. De modo particular, Freud no se centró en esta área de estudios, pero sus trabajos sobre la histeria, con el tiempo, permitieron delinear algunos de los caminos futuros por los que habría de transitar la psicósomática.

Ya en la tercera década del siglo XX, los psicoanalistas norteamericanos, quienes fundaron la Escuela de Chicago, retomaron las concepciones freudianas de neurosis y realizaron las primeras investigaciones en el campo de la psicósomática. Entre sus participantes, Frantz Alexander guarda un lugar especial. Él consideraba que “las manifestaciones más primitivas del psiquismo se inscriben en la fisiología de las funciones viscerales que corresponden a las necesidades” (15) [3], con base en ello, elaboró la

noción de «constelaciones psicodinámicas», características de ciertas afecciones somáticas. Entonces, bajo la óptica de Marty, la psicósomática actual se constituye “de un evolucionismo de tipo darwiniano, y la de la indagación freudiana del funcionamiento mental” (11) [3].

Asimismo, Christophe Dejours (2006), al referirse a la psicósomática y sus alcances, agrega:

El campo de la psicósomática significa para mí tanto un método específico de investigación y tratamiento de los pacientes que sufren de patologías somáticas como una teoría del cuerpo. El término psicósomática no designa ni enfermedades específicas ni pacientes particulares, en tanto considero que todas las enfermedades del cuerpo tienen incidentes psicológicos y ningún sujeto está exento de enfermedades corporales. Las crisis, en la enfermedad somática[,] los episodios agudos evolutivos, las estabilizaciones y las “curaciones” serían formas de expresar el desarrollo de un conflicto específico en cada sujeto particular. Por ejemplo[,] una crisis de asma en una persona con insuficiencia respiratoria crónica o el coma acetósico en un diabético insulina-dependiente (27) [4].

Por su parte, Rosine Debray –las ideas de esa autora son expuestas por Marina Papageorgiou (2002)– define una enfermedad psicósomática como una “conjunción explosiva”, pues se encuentra “desprovista de sentido en sí misma” (1) [5]. Entonces, la enfermedad psicósomática: “Se trata del reencuentro entre un terreno frágil y una situación externa traumatizante que conduce de nuevo a la noción de pérdida objetal, contenido en un contexto fragilizante, la edad del conflicto edípico, o de la adolescencia, representando la reactivación de ese conflicto” (185) [5]. En ese contexto, “el sufrimiento del cuerpo tiene un valor de protección contra el dolor psíquico” (185) [5].

VIÑETA DE LA VIDA, OBRA Y ASMA DE MARCEL PROUST

Valentin Louis Georges Eugène Marcel Proust nació el 10 de julio de 1871, en París, Francia, en el seno de una familia acomodada. Sus padres fueron Adrien Proust, un médico que desistió de una vida religiosa, para consagrarse al mundo de la medicina, profesión en la que trascendió como un importante epidemiólogo y Jeanne Weil, una joven judía, descendiente de acomodados rentistas.

Corrían los días difíciles de la Comuna francesa. El 19 de septiembre de 1871, el ejército alemán entró a París. Con ello, la capital gala quedó aislada. Los alimentos, en general, escaseaban. Incluso, cuando Adrien Proust se dirigía al Hospital de la Charité, una bala casi lo alcanzó, por lo que la familia decidió salir de la Ciudad luz. En ese contexto llegó al

mundo Marcel Proust. Estos datos son de gran importancia, pues tuvieron secuelas, como lo señaló George D. Painter (1957), en la vida ulterior de Marcel:

El estado de debilidad en que nació hizo creer que no sobreviviría. Más tarde, Marcel Proust solía atribuir su permanente mala salud a las privaciones y angustias sufridas por su madre durante el sitio y la Commune. Es posible que Jeanne Weil opinara a este respecto igual que su hijo, y que se sintiera en parte culpable del daño que el acontecer de la historia había causado a Marcel antes de nacer, ya que procuró compensar su culpa mediante exagerados cuidados. Marcel llegó a creer, no sin cierto resentimiento, que su madre le amaba más intensamente cuando estaba enfermo, lo cual le condujo a procurarse las amorosas atenciones maternas[,] fingiendo imaginarias dolencias (26) [6].

Lo anterior marcó a Proust, quien explicaría el precario estado de salud que lo asoló a lo largo de su vida, debido al panorama complejo acontecido desde su natalicio. Además, tuvo un hermano menor, Robert –que se desarrolló como urólogo y ginecólogo y quien, tras la muerte de Marcel, se encargó de concluir con la publicación de sus obras–, pero que desapareció de su literatura, en la cual el novelista solía retratarse como hijo único.

Beatriz Espejo (2012) remarca la cercanía que Proust tuvo con su progenitora:

Siempre sintió que decepcionaba a su padre y, en cambio, se mantuvo muy cerca de su madre y de su abuela, parecidas entre sí según los retratos, con quienes establecía complicidades y que lo iniciaron en el hábito de la lectura y de los espectáculos importantes. En un cuestionario a la moda de su adolescencia que constaba de veinticuatro preguntas y que las señoritas guardaban en sus álbumes. *A su concepción de la desdicha*, repuso: estar alejado de mamá (12) [7].

Sobre su primer ataque de asma hay dos versiones. Una de ellas refiere que ocurrió cuando su hermano Robert estrenó su primer traje de pantalón largo. Se le intentó calmar con inyecciones de morfina, pero el resultado fue adverso, los síntomas se multiplicaron. La otra versión, planteada por Noah Fabricant (1960), refiere que Marcel tenía 9 años cuando, tras dar un paseo por el “Bouis Boulogne” –uno de los parques más grandes de París–, el pequeño se sintió afectado por un ataque de disnea sumamente violento, al grado de que sus acompañantes pensaron que el niño se debatía con la muerte (111) [8].

El mismo Noah Fabricant describió así el estado general de salud de Proust y la omnipresencia de su madre:

Era alérgico a las flores, al polen, a los perfumes, al huevo, a la humedad, a las bajas temperaturas, a una serie de factores emocionales y [p]sicológicos. La ansiedad, el cansancio o, simplemente, una noche de insomnio podían producirle un ataque de asma. Cuando estaba relativamente bien, su madre vigilaba y cuando se sentía mal, lo mimaba y atendía como un niño. Con el tiempo, Proust se hizo asmático crónico, quedando reducido a un estado de semiinvalidez, que le iba a durar[,] o al menos él se propuso que le durase[,] toda la vida (112) [8].

Proust pasó gran parte de su infancia en la cama, o en una silla reclinable. Señala Silvia Quadrelli (2013): “disneico, con infecciones respiratorias o crisis de rinitis o recuperándose del asma y sus complicaciones” (218) [1]. Esto provocó que casi no acudiera a la escuela, aunque a los once años ingresó al liceo Condorcet. Sus compañeros no se llevaban bien con él, se mofaban de su forma de hablar, era frecuente que lo empujaran, ora en el patio, ora en los escalones. Y cuando Proust le prodigaba su amistad a alguien, exigía exclusividad (218) [1].

Quadrelli traza, en líneas generales, el estado de la enfermedad de Proust en los años siguientes:

Las crisis de asma y la rinitis alérgica se repitieron cada vez más frecuentemente durante su adolescencia para luego espaciarse durante algunos años y[,] finalmente[,] recrudecer con violencia desde 1895 cuando tenía 24 años. Marcel vivía jadeando y agazapado ante la inminencia de la asfixia. Cada vez que sentía que la muerte lo amenazaba, se quedaba quieto, como si se encontrara muerto. Su asma era impredecible e inevitable y a pesar de intentos desesperados de prevención; era debilitante, despótica y destructiva (219) [1].

Proust admiraba a autores como Musset, Victor Hugo, Racine, Lamartine, Baudelaire, entre otros. A la edad de 17 años comenzó a frecuentar los salones parisinos, ahí entró en contacto con figuras como Anatole France, Alejandro Dumas (hijo) y el filósofo Víctor Brochard. En 1889, a pesar de sus enfermedades, pasó un año de servicios en el ejército. Su jefe fue “bondadoso y paternal”, lo dispensó del desfile matutino y del ejercicio de saltar las zanjas, cuando había ejercicios de equitación (114) [8]. Es decir, Marcel, a pesar de las deferencias de las que fue objeto, mejoró notablemente del asma.

Después, Proust estudió Derecho y Ciencias políticas, aunque nunca ejerció. En 1894 inició una apasionada relación con el pianista y compositor Reynaldo Hahn. A lo largo de ese tiempo, sus enfermedades habían estado en relativo control, “sus principales síntomas tenían que ver con las dificultades digestivas y las artralgias, cuya naturaleza era oscura” (219) [1]. Sin embargo, en 1895, cuando visitaba a un amigo en Segrez, Seine-et-Oise, sufrió un severo ataque de asma por la noche y tuvo que volver a París. Esto lo hizo regresar a la vida de enfermo que marcó el ritmo del resto de su existencia. Ante eso, Proust aminoró sus salidas y el contacto con las personas, pues las consideraba una fuente de enfriamiento, que se traducían en fiebre y diversos malestares. De modo gradual, el asma nocturna empeoró. Proust comenzó a desayunar a las 3: 00 a. m., los ataques también se extendieron en su duración, la incertidumbre llegó a prolongarse hasta por 48 horas.

Adrien Proust, progenitor del novelista, falleció el 26 de noviembre de 1903 de una hemorragia cerebral. Painter lo describió como “un padre de conmovedora benevolencia”, quien nunca le regateó a su hijo lujos y recursos para llevar la vida que deseaba (504) [6]. Marcel asistió al entierro vestido de riguroso luto, se le vio abrumado por el dolor y el cansancio. Jeanne Weil, siguiendo la tradición judía, cada mes dedicaba tres días a la evocación de la enfermedad, muerte y entierro de su difunto marido. Proust la acompañaba en esas actividades (508) [6].

Posteriormente, cerca del 7 de septiembre de 1905 –según refiere Painter (1957)–, Marcel y su madre realizaron un viaje a Evian con intención de que el novelista pasara una temporada de descanso. Sin embargo, apenas llegaron, Mme. Proust comenzó a sufrir mareos, seguidos de vómitos, un ataque de nefritis, parálisis parcial y afasia. Tuvo que volver sola a la capital gala, diciéndole a su primogénito: «Regreso a París porque ya no estoy en condiciones de cuidarte cuando estés enfermo» (81-83) [9].

Ante la enfermedad de su madre, Proust retornó a la Ciudad luz. Painter reproduce uno de los últimos diálogos entre madre e hijo:

«No podré acostumbrarme a vivir sin ti».

Y Mme. Proust le replicó: «No temas, hijo mío, tu madre no te abandonará» (83) [9].

La monja que cuidaba a Mme. Proust contó que, cuando la enferma oía los tres campanillazos con los cuales Marcel solía llamar, temblaba, a pesar de ya estar en coma. La religiosa le dijo a Proust: «Para su madre, usted todavía era un niño de cuatro años» (84) [9].

Tras el entierro, Proust “desapareció del mundo de los vivos, como si quisiera compartir la muerte de su madre” (85) [9]. Escuchaba la voz de su progenitora, pero le era imposible recordar su cara. “Y le vino a la memoria que también ella padecía este tormento, ya que le había confesado que no era capaz de evocar el rostro de su madre, la abuela de Marcel, salvo en crueles instantes entre sueños” (85) [9]. Dato de interés y que permitiría explorar cuestiones de alcances transgeneracionales, pero ello rebasa los límites de este trabajo.

Marcel vio –en sentido más estricto, “fantaseó”– dos veces con la dadora de sus días, una despierto “durante un brevísimo instante”; y otra, en una pesadilla, en forma de extraña figura que luchaba con la enfermedad que le acosaba” (85) [9]. A finales de año, 1905, Proust recordó una anécdota vivida con ella, cuando era niño:

«¿Qué quieres que te regale para año nuevo?»

«Que me quieras», respondió Marcel.

«No seas tontaina, esto no es un regalo. Sabes que siempre te quiero mucho» (91) [9].

Así, Marcel sufrió profundamente el fallecimiento de Jeanne Weil y pasó seis semanas en un sanatorio como consecuencia de esa pérdida.

En 1907, contrató a Alfred Agostinelli como su chofer, quien murió en un accidente de avión en 1914. Proust confesó que, después de su madre, Alfred fue su ser más querido.

Ya volcado en la escritura del ciclo de *En búsqueda del tiempo perdido*, Marcel continuó con diversos cuidados como la prohibición de iluminar o cocinar con gas en su departamento, pues creía que el olor precipitaba el asma –o la fiebre del heno–. Los tratamientos que siguió el autor de *Por el camino de Swann* fueron numerosos y disímiles, entre ellos se pueden enlistar: dieta restringida a base de leche; cafeína, o cerveza; jarabe de éter; enemas; barbitúricos como veronal y trionval; cloral, adrenalina, euvalpina; largos períodos de descanso en la cama; cigarrillos; polvos antiasmáticos (escoufflaire, espi y legras); estramonio; opio, morfina y heroína; tranquilizantes y calmantes para el sistema nervioso; aislamientos a modo de psicoterapia, buscando el descanso físico y mental; entre otros. En su momento, el propio padre de Proust creyó que la enfermedad de su hijo se debía a “falta de poder de voluntad” (224-228) [1].

Durante 1919 acontecieron dos sucesos importantes en la vida del novelista: su tía vendió el piso en el que habitaba, lo cual provocó su último cambio de domicilio. Asimismo, ganó el Premio Gouncourt, con *Las muchachas en flor*, lo que visibilizó su obra. Un año después se le concedió la Cruz de la Legión de Honor.

La obra más relevante de Marcel Proust es la serie de novelas conocida como *En busca del tiempo perdido* –*À la recherche du temps perdu*, en francés–, compuesta por siete piezas, aunque algunas de ellas se editaron tras la muerte del autor: *Por el camino de Swann* (1913); *A la sombra de las muchachas en flor* (1919); *El mundo de Guermantes* (apareció en dos volúmenes, entre 1921 y 1922); *Sodoma y Gomorra* (1922-1923); *La prisionera* (1925); *Albertine desaparecida* –también conocida como *La fugitiva*– (1925) y *El tiempo recobrado* (1927).

Si bien en estas creaciones de Proust están presentes temas como el amor, la homosexualidad, la vida de la aristocracia y el tiempo, lo que ha hecho de ellas un referente universal, es la memoria, amén de que tienen una gran cantidad de datos autobiográficos. Con respecto a esto, Painter escribió:

Veremos que *A la Recherche* no sólo está totalmente basada en las experiencias personales de Marcel Proust, sino que también pretende ser una historia simbólica de su vida, por lo cual ocupa un lugar único entre las grandes novelas, ya que en

puridad no es una obra de imaginación, sino una autobiografía en la que el autor ha llevado a cabo una labor de creación (14) [6].

Entre 1917 y 1920 continuó aquejado por el asma y los problemas para dormir, esto lo llevó al abuso de psicofármacos, lo que le provocó estar dos veces en coma tóxico (229) [1]. Proust, tras salir de casa con tiempo brumoso, enfermó gravemente de neumonía, su médico identificó la presencia de un neumococo. Se le intentó internar, pero el novelista respondió con una negativa. Falleció el 18 de noviembre de 1922 (230) [1].

LA GANANCIA (BENEFICIO) SECUNDARIA DEL ASMA DE PROUST

Dadas las particularidades del caso del asma de Proust, no pueden dejar de remarcarse las “ganancias” obtenidas. Sigmund Freud, en una nota agregada al caso Dora en 1923, afirmó que “El motivo para enfermar es en todos los casos el propósito de obtener una ganancia” (39) [10]. Pero esa “ganancia” –o “beneficio”– tiene dos partes principales la primaria y la secundaria, según señala el mismo autor en la Conferencia 24. En el estado neurótico común (1917), la primaria es “intrínseca al síntoma”, mientras que la segunda:

Cuando una organización psíquica como la de la enfermedad ha subsistido por largo tiempo, al final se comporta como un ser autónomo; manifiesta algo así como una pulsión de autoconservación y se crea una especie de *modus vivendi* entre ella y otras secciones de la vida anímica, aun las que en el fondo le son hostiles. Y no faltarán entonces oportunidades en que vuelva a revelarse útil y aprovechable, en que se granjee, digamos, una *función secundaria* que vigorice de nuevo su subsistencia (349) [11].

A su vez, Jean LaPlanche y Jean Bertrand Pontalis (1996) definieron el concepto “beneficio” como “toda satisfacción directa o indirecta que un sujeto obtiene de su enfermedad”. Asimismo, abordaron los conceptos “beneficio primario y secundario” (*primärer und sekundärer Krankheitsgewinn*), los cuales explican como:

El beneficio primario es el que entra en consideración en la motivación misma de una neurosis: satisfacción hallada en el síntoma, huida en la enfermedad, modificación favorable de las relaciones con el ambiente.

El beneficio secundario podría distinguirse del anterior por:

- su aparición con posterioridad, como ganancia suplementaria o utilización por el sujeto de una enfermedad ya constituida;
- su carácter extrínseco en relación con el determinismo inicial de la enfermedad y con el sentido de los síntomas;
- el hecho de que se trata de satisfacciones narcisistas o ligadas a la autoconservación más que de satisfacciones directamente libidinales (44) [12].

Desde la postura de Piera Aulagnier (1986), “El yo no puede ser sino deviniendo en su propio biógrafo, y en la biografía deberá hacer sitio a los discursos con los cuales habla

de su propio cuerpo y con los que lo hace hablar para sí” (129) [13]. Esta autora entiende el “je” (yo) como una instancia vinculada de modo directo con el discurso materno –o de quien realiza esa función–, en el cual la madre anticipa al niño que está por nacer, mediante un manto hablado, es decir, los enunciados maternos “son promotores de identificación, y [...] promueven el advenimiento del yo en la escena psíquica, [además] no suponen en absoluto pasividad por parte de ese sujeto que adviene” [14].

En ese marco, para que exista el biógrafo, o la biografía, debe tener lugar una conexión entre el espacio-psíquico-espacio-somático, en el que tanto la psique como el cuerpo ocupan uno de los polos. “Esta puesta en conexión señala el paso del cuerpo sensorial a un cuerpo relacional que permite a la psique asignar una función de mensajero a sus manifestaciones somáticas, e igualmente leer en las respuestas dadas a ese cuerpo mensajes que le estarían dirigidos” (133) [13].

Como ya se enunció en el apartado biográfico de Proust, su madre, Jeanne Weil, pasó grandes preocupaciones en la época en que nació su primogénito. Si bien, no puede afirmarse nada de modo contundente, sobre el particular, sí es factible hipotetizar que, por lo álgido del contexto de Francia en aquellos días, la futura madre se encontraba bastante angustiada. Eso también habría de afectar a Marcel, pues como señala Aulagnier en casos similares: “[Pasada la infancia,] [...] las “enfermedades” que el “cuerpo psíquico” continuará [sic] sufriendo harán que el yo mantenga con su cuerpo una relación que simplemente reproduzca la que tuvo la madre con el cuerpo del niño o, más exactamente, la que el niño le imputó en la historia que se ha construido” (158-159) [13].

Entre Proust y su madre parece que no operó, del todo, la función de corte correspondiente a su padre, pues éste último casi siempre ocupó un lugar secundario para Marcel; por el contrario, Jeanne Weil, aunque ya hacía muchísimos años que había desaparecido del mundo “real”, aún habitaba el mundo psíquico de Proust. Painter, al ocuparse de los últimos momentos de la vida del novelista, llamó a ese capítulo: “Los dos caminos se encuentran”. Porque desde el 2 y 3 de septiembre de 1922, Marcel sufrió violentos ataques de asma. Estaba privado del habla, la vista y el movimiento, padecía uremia crónica, “una perturbación del metabolismo provocada [...] por el deficiente funcionamiento del sistema nervioso central, que bien pudo haber sido provocado por las drogas [...]” (546-547) [9].

Sobre la enfermedad de Proust, Painter agrega: “Pero estos síntomas, fuere cual fuese su origen, se combinaban de manera que imitaban, tal como Proust no dejó de advertir, los mismos que experimentó su madre en su última enfermedad” (547) [9]. La persona que cuidó a Marcel durante su postrera etapa de vida, se llamaba Celeste. En algún momento,

Proust le dijo que le daba gusto pensar que serían sus manos las que le cerrarían los ojos; porque ella lo había procurado como su propia madre. Además, ya en sus últimos momentos de existencia, Marcel habló con su hermano Robert y pronunció su última palabra: “Madre” (556; 560) [9].

ALGUNAS PALABRAS FINALES

Painter también menciona que, en algún momento, Proust asistió a la consulta del doctor Albert Robin, reconocido por sus excéntricas y misteriosas prescripciones, quien le comentó al narrador que él podría curarlo, pero que no lo haría porque su sufrimiento funcionaba como una “válvula de escape, y le evitaba padecer otras enfermedades” (502) [6].

El tema de la ganancia (beneficio) del asma de Proust debe atenderse un tanto más, porque, en efecto, los padecimientos del novelista francés también le redundaron ciertos favores en lo relativo a su convivencia con las personas. José Antonio Vizcaíno (1969) al referirse a este tema comentó:

El asma fue en sus comienzos pedestal adonde encaramarse para suscitar desde allí la atención de las personas mayores, disfraz tras el que encubriría años adelante su escasez de fuerzas para enfrentarse con los vulgares cotidianos, sólido reducto al que acudir en las horas amargas y desesperantes del tiempo final (14) [15].

André Maurois (1951) compartía la misma apreciación de que Proust se auxilió de su enfermedad para obtener la ayuda y la simpatía de quienes lo rodeaban, pero además de ello comenta que el asma le habría permitido ser “un minucioso y sutil analista de las pasiones” (20) [16]. En algún momento, Proust escribió: “Sólo la dolencia hace notar y conocer, y permite descomponer ciertos mecanismos que, sin ella, ignoraríamos. [...] Hay en la enfermedad una virtud que nos aproxima a las realidades de ultratumba”, [citado en] (20) [16]. Considerando estas ideas, el autor de *En busca del tiempo perdido* habría obtenido algunas compensaciones importantes de su padecimiento, como el cuidado y atenciones de las personas a su alrededor –principalmente de su progenitora–, así como una profunda capacidad de reflexión que logró volcar a lo largo de su proceso creativo.

Marcel Proust, con relación a su madre, quedó bajo fallas en la constitución del narcisismo. Al no poder erigirse como un sujeto totalmente diferenciado de su progenitora, muestra una fragilidad yoica notoria. Por lo que, frente a las duras

exigencias de la vida, tenía una constante tendencia al derrumbe narcisista. Por ejemplo, como cuando su progenitora se enfermó gravemente de nefritis y sufrió parálisis parcial y afasia –de hecho, ese padecimiento la llevó a la tumba– y se le tomó una fotografía para que un médico la pudiera diagnosticar. La imagen, según Painter “era una mezcla de avidez, coquetería y resistencia”. Sobre eso, el novelista escribió: “Mamá estaba dominada por el deseo de dejarme una última imagen suya, y por el miedo a que esa imagen resultase insoportablemente penosa” (82) [9]. Entonces, se aprecia a un Proust necesitado de su madre y a una Jeanne Weil seductora con su hijo, hasta en el umbral de la muerte. Mme. Proust, frente a la zozobra vivida por los momentos en que se encontraba Francia, al dar a luz a Marcel, –siguiendo la teorización de Aulagnier– lo envolvió con un “manto hablado” mortífero. Es decir, ante la angustia y el peligro de que el recién nacido no sobreviviera, Jeanne Weil tuvo una actitud ambivalente frente a su hijo. Por un lado, hizo todo lo necesario para su subsistencia, pero por el otro, lo sobreprotegió, hecho que contribuyó, con el devenir del tiempo, al estado enfermizo de Proust, quien utilizó el asma como una manera de tener la atención de su madre casi exclusivamente para él. El propio Painter señaló: “[Proust] se valió del asma para obligar a su madre a demostrarle amor, y para castigarla cuando se lo negaba” (547-548) [9]. Además, debe recordarse que la figura de su hermano no se hizo presente en Marcel y que se percibía como si fuera hijo único. Su madre era sólo para él.

La biografía de Proust muestra algunos momentos que permiten dudar del asma crónica como algo meramente fisiológico y dan espacio para preguntar por lo psíquico. Por ejemplo, el año en que el escritor realizó el servicio militar, o cuando tuvo una relación amorosa con Reynaldo Hahn. En ambos casos resalta el hecho de que Jeanne Weil, su madre, no estaba presente y que Marcel libidinizó ora una actividad, ora a otra persona y con ello su enfermedad menguó. A lo anterior se puede arrojar otro cuestionamiento: Y si el asma se retiraba al investir de modo amoroso a otra persona, ¿por qué no pasó de la misma forma cuando Marcel tuvo una fuerte relación con Alfred Agostinelli?

Proust falló en el intento de separación psíquica con su progenitora. Además, al parecer, los pictogramas de displacer presentes desde los primeros momentos de su existencia, lo acompañaron a lo largo de toda su vida. Piera Aulagnier, refiriéndose a cuestiones de este tipo, señaló: “A un primer sufrimiento desaparecido mucho tiempo atrás, lo sustituirá un discurso que permita al sujeto guardarlo en su memoria: discurso que resuena en sus oídos cada vez que reaparece en su cuerpo en un conflicto relacional que va a marcar su vida psíquica” (133) [13].

Con base en los claroscuros ya planteados a lo largo de este trabajo, se puede hipotetizar que el asma del autor de *En búsqueda del tiempo perdido* plantea una ruta para pensar su enfermedad, desde los campos del psicoanálisis y la psicósomática, considerando conceptos como la ganancia (beneficio) de la enfermedad, el manto de displacer que recibió desde su nacimiento y las fracturas narcisistas que vivió en el tránsito hacia lo edípico. Asimismo, el asma del novelista francés puede leerse como un ahogamiento simbólico ante el mundo, al que no pudo –o no quiso– entrar totalmente, por lo que hasta en su postrera hora, siguió aferrándose a ese madero en medio del mar llamado Jeanne Weil.

NOTAS

- [1] QUADRELLI, SILVIA (2013). El asma de Proust. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*. Vol. 13 (4) (diciembre), 217-232.
- [2] CHEMAMA, ROLAND, director (1995). *Diccionario de psicoanálisis*. Argentina: Buenos Aires, 1996.
- [3] MARTY, PIERRE (1990). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- [4] DEJOURS, CHRISTOPHE (2006). Una teoría del cuerpo: cuerpo biológico y cuerpo erótico. *Subjetividad y cultura*. Núm. 24. Abril de 2006.
- [5] PAPAGEORGIOU, MARINA (2002). *Épître à ceux qui somatisent*. *Revue française de psychosomatique* 1 (20), 186-189. Disponible en línea: «<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychosomatique-2002-1-page-185.htm?contenu=resume>». Consultado por última vez: 30/XII/2018.
- [6] PAINTER, GEORGE D. (1957). *Marcel Proust 1. Biografía. 1871-1903*. Barcelona: Alianza-Lumen, 1967.
- [7] ESPEJO, BEATRIZ (2012). Marcel Proust, otra mirada. *Revista de la Universidad de México*. 101 (julio), 11-20.
- [8] FABRICANT, NOAH (1960). *13 pacientes famosos*. México: Diana, 1960.
- [9] PAINTER, GEORGE D. (1957). *Marcel Proust 2. Biografía. 1904-1922*. Barcelona: Alianza-Lumen, 1972.
- [10] FREUD, SIGMUND (1905 [1901]). Fragmento de un caso de histeria (Dora). O. C. Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- [11] FREUD, SIGMUND (1917 [1916-1917]). Conferencia 24. O. C. Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- [12] LAPLANCHE, JEAN Y JEAN-BERTRAND PONTALIS (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 2004.

- [13] AULAGNIER, PIERA (1986). Nacimiento de un cuerpo. Origen de una historia. En: Hornstein, L., Aulagnier, P. y Cols. Cuerpo, historia, interpretación. Buenos Aires: Paidós, 1991.
- [14] ROTHER DE HORSTEIN MARÍA CRISTINA Y LUIS CÓRDOBA (20 de diciembre de 1986). Entrevista a la doctora Piera Auglanier. Disponible en: «<https://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/numero1/aulagnier1.htm>». Consultado por última vez: 29/X/2019.
- [15] VIZCAÍNO, JOSÉ ANTONIO (1969). Marcel Proust. Madrid, Ediciones y Publicaciones Españolas (EPESA), 1969.
- [16] MAUROIS, ANDRÉ (1951). En busca de Marcel Proust. Barcelona, José Janés, editor, 1951.

BIBLIOGRAFÍA

- AULAGNIER, PIERA (1986). Nacimiento de un cuerpo. Origen de una historia. En: Hornstein, L., Aulagnier, P. y Cols. Cuerpo, historia, interpretación. Buenos Aires: Paidós, 1991.
- CHEMAMA, ROLAND, director (1995). Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu, 1996.
- FABRICANT, NOAH (1960). 13 pacientes famosos. México: Diana, 1960.
- FREUD, SIGMUND (1905 [1901]). Fragmento de un caso de histeria (Dora). O. C. Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- _____ (1917 [1916-1917]). Conferencia 24. O. C. Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- LAPLANCHE, JEAN Y JEAN-BERTRAND PONTALIS (1996). Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, 2004.
- MARTY, PIERRE (1990). La psicósomática del adulto. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- MAUROIS, ANDRÉ (1951). En busca de Marcel Proust. Barcelona, José Janés, editor, 1951.
- PAINTER, GEORGE D. (1957). Marcel Proust 1. Biografía. 1871-1903. Barcelona: Alianza-Lumen, 1967.
- _____ Marcel Proust 2. Biografía. 1904-1922. Barcelona: Alianza-Lumen, 1972.
- VIZCAÍNO, JOSÉ ANTONIO (1969). Marcel Proust. Madrid, Ediciones y Publicaciones Españolas (EPESA), 1969.

HEMEROGRAFÍA

- DEJOURS, CHRISTOPHE (2006). Una teoría del cuerpo: cuerpo biológico y cuerpo erótico. Subjetividad y cultura. Núm. 24. Abril de 2006.
- ESPEJO, BEATRIZ (2012). Marcel Proust, otra mirada. Revista de la Universidad de México. 101 (julio), 11-20.
- PAPAGEORGIU, MARINA (2002). Épître à ceux qui somatisent. Revue française de psychosomatique 1 (20), 186-189. Disponible en línea: «<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychosomatique-2002-1-page-185.htm?contenu=resume>». Consultado por última vez: 30/XII/2018.
- QUADRELLI, SILVIA (2013). El asma de Proust. Revista Americana de Medicina Respiratoria. Vol. 13 (4) (diciembre), 217-232.
- ROTHER DE HORSTEIN MARÍA CRISTINA Y LUIS CÓRDOBA (20 de diciembre de 1986). Entrevista a la doctora Piera Auglanier. (24/07/2018). Disponible en: «<https://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/numero1/aulagnier1.htm>». Consultado por última vez: 29/X/2019.

ANTECEDENTES DE ABANDONO INFANTIL Y RIESGO SUICIDA EN LA POBLACIÓN DEL CENTRO FEMENIL DE REINSERCIÓN SOCIAL TEPEPAN

ANGÉLICA LORELEIN AGUILAR HINOJOSA

Pasante de Licenciatura en Psicología del Colegio Internacional de Educación Superior, CiES.

Recepción: 17 de septiembre de 2019/ Aceptación: 10 de noviembre de 2019.

RESUMEN

En este artículo se aborda la relación que existe entre los antecedentes de abandono infantil y el riesgo suicida en mujeres del Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan, en la CDMX; analizando dos casos específicos.

El suicidio es un problema de salud pública, por lo que es prudente estudiarlo a fondo debido a que la población penitenciaria es entre 11 y 14 veces más propensas a cometer suicidio que las personas afuera.

Éste fue un estudio realizado entre los meses de septiembre del 2018 y marzo del 2019. Se llegó a la conclusión de que las situaciones de abandono que vivieron estas mujeres en su infancia crean una labilidad psíquica al momento de encontrarse con los estresores que produce la situación que se vive en reclusión, reviviendo experiencias de abandono, influyendo de una manera importante en la presencia de múltiples intentos suicidas. Cabe señalar que el hecho de que estas mujeres intenten suicidarse no quiere decir que tengan intenciones de terminar con su vida, si no que no encuentran la forma de comprender o encontrar la raíz de su dolor psíquico, por lo que tratan de darle tramite a partir de la posibilidad de transformarlo en dolor físico.

PALABRAS CLAVE: abandono infantil, autolesiones, población vulnerable, riesgo suicida.

SUMMARY

This paper analyzes the relation that exists between child abandonment and suicide risk in the woman population of the Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan in Mexico City; by studying two specific cases.

Suicide is a public health problem, thus, it is important to study it deeply as far as we can. For our fortune none of these cases has committed suicide yet. But in prison, people tend to kill themselves 11 to 14 times more than people in the streets.

This study was realized between the months of September 2018 to March 2019. And the conclusion was that the abandonment situation that these women lived during their infancy created an emotional liability that intensifies with the series of stressors that jail provokes by reviving abandonment and solitude experiences, making them attempts to commit suicide. The fact that these women try to kill themselves doesn't mean they actually want to, yet they can't understand nor find the origin of their psychic pain, therefore they try to transform the pain into some kind of physical pain.

KEY WORDS: child abandonment, self-injury, vulnerable population, suicide risk.

RÉSUMÉ

L'article suivant aborde la relation qui existe entre les antécédents de l'abandon d'enfants et le risque de suicide existant en les femmes au Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan en Mexico. Comparaison sera fait avec deux cas particuliers.

Le suicide est un problème de santé publique car il est prudent de l'étudier autant que possible. Heureusement aucun des cas ci-étudiés n'a réussi à se suicider, néanmoins, en prison les détenues sont environ 11 et 14% plus susceptibles d'en commettre. Cette recherche a été réalisée entre le mois septembre 2018 et mars 2019. S'est conclu que du a des situations d'abandon subi pendant l'enfance, les femmes en prison créent une labilité émotionnelle en vivant en réclusion, résultant en reviviscence des expériences de solitude et abandon qui provoquent des tentatives de suicide. Le fait que ces femmes ont commissent des tentatives suicides, n'a pas aucune relation à qu'elles aient des intentions de terminer ses vies, sinon qu'elles ne sont pas capables d'identifier la source de sa douleur psychique, par conséquent une douleur physique est mis en place.

MOTS-CLÉS: abandon des enfants, automutilation, groupe vulnérable, risque de suicide

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia las causas del suicidio han sido investigadas por diferentes autores con distintos enfoques; ya sean sociales, antropológicos o genéticos. En este caso presento un marco teórico con un especial enfoque psicológico.

Como condición el abandono infantil se presentó con una especial recurrencia en los casos de riesgo suicida dentro de esta población, razón por la que se le da un enfoque especial a la correlación entre este abandono y el riesgo suicida.

En los Centros de Reinserción Social, las condiciones ambientales son distintas a las de la población general. Una condición distintiva es que las personas privadas de su libertad se ven inhabilitadas para realizar un traslado voluntario. Es por esto que los aspectos investigados para la gente en libertad no pueden aplicar de igual forma para las personas privadas de ésta. Además, debido a las condiciones en que se encuentran en los Centros de Reinserción, las motivaciones, estructura de la personalidad y patologías que en un ambiente libre es raro que lleguen a cometer un acto suicida, en reclusión pueden llevar a la planeación y al acto. En el presente trabajo se analizaron algunos sustentos teóricos para pensar el riesgo del suicidio dentro de la población en este Centro, tomando como guía casos específicos de dos mujeres del Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan, C.F.R.S.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante un periodo de seis meses en el C.F.R.S. Tepepan, se implementó formalmente el programa de prevención del riesgo suicida, en el cual se aplicó a las mujeres privadas de su libertad la escala de Plutchik, la cual consiste en 15 preguntas cuyas respuestas son sí o no.

Durante el periodo de aplicación y entrevista, fue notorio cómo las historias de vida en las mujeres privadas de su libertad tenían similitudes en diferentes aspectos tales como los vínculos, las adicciones y los tiempos de sentencia. Situaciones de esta índole que se reviven a lo largo de su vida y pueden ser una condición importante que las llevaba a cometer intentos suicidas a lo largo de su estancia en el centro penitenciario.

Por lo antes descrito es necesario considerar que, de acuerdo con la CNDH (2018) [1], la población penitenciaria forma parte de una población vulnerable ya que debido a la situación en la que se encuentran, siendo personas a las que se les privó de la libertad con la intención de reinsertarlas socialmente, son más propensas a que sus derechos humanos sean violados. El hecho de estar en un Centro de Reinserción Social es un impacto para cualquier persona, ya sea que esté siendo procesada o ya sentenciada. Al entrar a cualquier institución muchos pierden no sólo su libertad, sino también el respeto y el apoyo familiar con el que solían contar, en especial las mujeres; padecen de más

abandono que los hombres, situación que se puede observar de alguna manera durante los días de visita en los distintos Centros de Reinserción Social.

Por otra parte, es prudente señalar que la reinserción social, según la SEGOB (S/A) [2], tiene como finalidad la incorporación del reconocimiento de las personas como sujetas de derechos y obligaciones, por medio de acciones y estrategias dirigidas a la estabilización de derechos, incluyendo distintos enfoques, en este caso es el psicológico; para así construir alternativas que prevengan la reincidencia. La reinserción social también puede ser descrita como la actividad que tiene el objetivo volver a incluir en la comunidad a un individuo que, por algún motivo, quedó marginado [3]. Al ser marginadas y abandonadas en estos centros, estas mujeres llegan a revivir el abandono infantil que en varios casos es una situación recurrente. Esto puede ser por medio de diversas situaciones, ya sea: encontrarse solas en una celda, no ser visitadas o considerar que no son tomadas en cuenta.

Este abandono que reviven es aquel que a lo largo de su historia de vida experimentaron en distintas formas y momentos, éste no es necesariamente físico, sino que se puede definir como la falta de atención a las necesidades básicas y afectivas de un niño [4]. De acuerdo con la UNICEF [5] y la OMS [6], el abandono es una forma de violencia y maltrato infantil, aunado a otras formas como son el maltrato físico o psicológico, el abuso sexual, la desatención, negligencia y explotación; es decir situaciones que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, situaciones que muchas de estas mujeres vivieron a lo largo de su vida.

Estas situaciones pueden llegar a generar un riesgo suicida, el cual puede desencadenar la ejecución de intentos suicidas. El suicidio se describe como el acto por el cual una persona provoca de forma voluntaria su muerte [7]. El término proveniente del latín “sui” (a sí mismo) y “Caerdere” (matar) [8].

Lo antes descrito condujo a la estructuración de la siguiente pregunta ¿Qué relación existe entre el abandono infantil y la presencia de riesgo suicida en la población del C.F.R.S.Tepepan?

JUSTIFICACIÓN

Según la OMS (2019) [9], hasta el 2016 el suicidio es la segunda causa de muerte a nivel mundial, ocurriendo una muerte cada 40 segundos en todo el mundo, con un total de 800,000 suicidios al año. Las formas más comunes a nivel mundial son, en primer lugar,

por armas de fuego; el ahorcamiento en segundo lugar; e intoxicación en tercero. Atribuyendo a las siguientes causas: 1) trastornos mentales, como la depresión y el alcoholismo; 2) momentos de crisis; y 3) por motivos de discriminación.

Es importante conocer los datos específicos para la población mexicana. Según el INEGI en su documento titulado “*A Propósito Del Día Mundial Para La Prevención Del Suicidio*” (2018) [10], hasta el 2016; en todo el país se han registrado 5.1 defunciones por cada 10,000 habitantes a causa del suicidio, siendo los hombres los que más se privan de la vida con 8.6 de cada 10,000 residentes. Esto contrasta con las estadísticas en mujeres, en la cual se indica que 1.9 de cada 10,000 terminan con su vida, sin embargo, las mujeres son quienes cuentan con más tentativas suicidas [11]. Los tres primeros lugares de suicidios son los mismos que la OMS registró. En México, el ahorcamiento es el primer lugar (80.8%), seguido por el uso de armas de fuego (7.7%) y después por sobredosis inducida por sustancias psicotrópicas ilegales o medicamento controlado (1.8%). En la CDMX la cantidad por cada 10,000 habitantes es menor que la del promedio del país, con 4.2 entre 10,000.

Analizar estos temas y seguir las investigaciones sobre ello es un esfuerzo necesario e importante ya que el suicidio es un problema de salud pública, sobre el cual se puede actuar y realizar tareas de intervención, comenzando por la investigación de las condiciones que se presentan en mujeres con riesgo suicida, para con ello reducir los intentos de suicidio por medio de un tratamiento terapéutico. Lo anterior se considera que va de la mano con el objetivo de la “Prevención Terciaria” que plantea la SEGOB [2], previniendo la reincidencia por medio de la restauración, restitución y prevención de riesgos vinculados a la historia de vida y los contextos sociales de una persona que delinque.

Sumado a lo descrito en líneas anteriores, en la población del C.F.R.S. Tepepan, estas cifras son distintas, y se presentan a continuación:

Los intentos suicidas que se presentan en estas mujeres son mixtos, lo que quiere decir que no sólo prueban una forma de terminar con su vida, sino que han intentado diversas formas, siendo estas autolesiones, como ahorcamientos o consumo de medicamento controlado en forma excesiva. No se incluyen armas de fuego ya que no cuentan con acceso a éstas dentro del centro.

El estudio se llevó a cabo desde el mes de septiembre del 2018 a marzo del 2019, dentro de este periodo se presentaron varios traslados, ingresos y libertades en la población del

centro. Esta situación generó una variación radical en los porcentajes de riesgo suicida siendo que en el mes de diciembre se hizo una primera estadística en la cual resultó que el 61% de la población contaba con un riesgo suicida. En el mes de marzo se realizó otra estadística en la cual resultó que la población con la que en ese último momento contaba el C.F.R.S. únicamente el 21% cuenta con riesgo suicida.

Se infiere que estos datos disminuyeron debido a que muchas de las mujeres a las que se detectó riesgo suicida, se les otorgó la libertad o fueron trasladadas a diferentes Centros fuera de la Ciudad de México; sin embargo es prudente mencionar que a pesar de que esta cifra disminuyó, esto no significa que las mujeres que fueron trasladadas o liberadas no presenten el riesgo suicida que se les detectó, sino que continua el riesgo, ya que cualquier cambio es un posible factor desencadenante.

Por otro lado, de acuerdo con la UNICEF (S/A) [5], dos de cada 14 niños mueren a causa de la violencia infantil y en cuanto a la OMS (2016) [6], refiere que 1 de cada 4 adultos aseguran haber sufrido de algún tipo de violencia infantil.

OBJETIVOS

- Explorar la relación entre el abandono infantil y el riesgo suicida en la población del Centro Femenil de Reinserción Social Tepepan, para que con ello se implemente un tratamiento psicológico enfocado en este fenómeno.
- Definir la noción conceptual de abandono infantil.
- Definir el concepto de riesgo suicida.
- Definir la idea de población vulnerable.
- Describir el protocolo de prevención del riesgo suicida implementado en el C.F.R.S.Tepepan.

MARCO TEÓRICO

Existen varios factores comunes en las personas que presentan riesgo suicida, estos descritos por Ibarra (2017) [11], pudiendo ser biológicos, como se ha encontrado en algunas personas, variaciones en el área HPA (hipotalámica-pituitario-adrenal) así como en el sistema noradrenérgico; o factores psíquicos (trastornos), los más recurrentes fueron, el depresivo, psicótico y bipolar. Estos últimos cuentan con 15% más de probabilidades de cometer suicidio. También se le considera como trastorno a la adicción,

de los cuales 1/3 de hombres y 1/5 de mujeres que padecen adicción, cuentan con riesgo suicida.

De acuerdo con Durkheim (1897) [12], existen dos causas a priori que aumentan el riesgo suicida, las cuales son de tipo orgánico psíquico, es decir patologías mentales y la naturaleza del medio, o sea el lugar donde crecieron o donde se encuentran, que en este caso es el Centro de Reinserción Social.

Según la teoría de Silva (2003) [13], el suicidio siempre es un acto personal aún cuando se trata de uno colectivo. Posteriormente refiere que es importante diferenciar cuáles son las condiciones que involucran al suicidio: problemas sexuales, problemas en las relaciones padre – madre, un yo débil, adicción y desesperanza en un momento clave. Situación similar a la que plantea Ibarra refiriendo que las relaciones familiares negativas, es decir violencia entre padres, violencia padres-hijos, e incluso situaciones de falta de comprensión, crean un aumento en el riesgo suicida, especialmente en las mujeres.

Es prudente referir que en los estudios de caso que se encuentran más adelante, se observan muchas de estas condiciones a lo largo de las historias de vida. Posteriormente refiere lo siguiente “El suicida no solamente se mata a sí mismo, sino que en su fantasía, también mata a figuras malas introyectadas en algún momento de su vida; con su muerte destruye algo malo o dañino que hay en él” (244), lo que es muy similar a lo que sugiere Payá [14], “en consecuencia el suicidio y homicidio son dos caras de la misma moneda [...] quien físicamente se daña a sí mismo puede tener la intención de dañar a otro” (39).

Silva [13], comenta sobre la conducta suicida y sus diferentes presentaciones. La primera de éstas es el síndrome presuicida el cual es una forma aguda de crisis depresiva; seguido por la “conducta como un estilo” en la que la persona presenta en conjunto varios o todos de los siguientes sentimientos: depresión, devaluación de sí mismo, desamparo, culpa, ira, impotencia y angustia. El artículo también asegura que es poco frecuente que ocurra otro acto inmediatamente después de uno fallido ya que comúnmente la ideación y la depresión disminuyen.

En la gran mayoría de los casos de riesgo suicida, las conductas autolesivas son situaciones recurrentes, esto es descrito más a fondo por Sánchez [16], quien señala la autolesión como la acción en la cual una persona se daña a ella misma sin ayuda de algún otro, de manera suficiente para ocasionar daño en los tejidos. En este estudio se identificó que en la gran mayoría de los casos quienes se autolesionan cuentan con algún tipo de adicción, aunado a antecedentes de abuso infantil. Sin embargo, esta última

situación no se ha clasificado como una determinante. También clasificó los tipos de autolesiones y su uso, de entre los cuales destacan aquellas que se realizan con intención de disminuir la tensión, recuperar el contacto con ellas mismas (venciendo la despersonalización y disociación) y por último obtener una ganancia de tipo social o interpersonal (manipular); sin embargo, en general se podría decir que funciona como una estrategia auto calmante. En este mismo texto se encontró que el riesgo suicida en una persona que se autolesiona es 60 veces mayor a una persona que no presenta esta conducta.

Refiere además que el aparato anímico trata de mantener de forma constante la cantidad de excitación y si ésta aumenta será displacentera. Sin embargo en una etapa primitiva del aparato anímico, la que posteriormente se supondrá irá formando estructuras, la tendencia a la meta no es su logro y en general esa meta puede ser alcanzada sólo por una aproximación, cosa que no todos logran, consciente o inconscientemente. En los casos de suicidio esta aproximación en un principio podría ser un intento de sublimación, lo que posteriormente se vuelve una autolesión, la que al no ser suficiente, puede llegar al acto.

Dolto, según Payá [14], habla de los significados de los distintos intentos de suicidio con su situación psíquica previa que desean revivir, dando como ejemplo a quienes se ahorcan y de esta forma evocan el primer momento de pulsión de vida (corte de cordón). En cambio quienes se envenenan prefieren el alimento dañino que les fue ofrecido en una primera infancia, a lo que Payá refiere que quienes deciden consumir medicamento de forma excesiva desean buscar el sueño eterno.

Para explicar mejor a quienes se autolesionan cita a Carlos Tozzini “El desangre [...], brinda al sujeto la posibilidad de vivenciar, en mayor medida que otros medios un, sentimiento de autoafirmación [...]: el sentirse amos de su propia vida y de su propia muerte.” (92)[14] Idea que lleva a Payá a escribir que “captura con su sangre el lugar, se lo apropia fijando el último momento donde la vida y la muerte coinciden por primera vez” (92)[14].

RIESGO SUICIDA Y SUICIDIO DENTRO DE DIVERSAS CÁRCELES ALREDEDOR DEL MUNDO

En Silva [13], se describe que el autoestima es lo primero que se pierde en especial siendo primo delincuentes, ya que en ese momento el autoestima llega al punto más bajo; lo visualiza utilizando una gráfica con forma de U.

En un estudio realizado en 12 países acerca del suicidio durante los años 2003 al 2007 Seena [17], refiere que la prisión aumenta de forma exponencial el riesgo suicida, aunado a diversos factores, tanto ambientales, como lo es vivir solos en la celda; así como padecimientos psiquiátricos y la historia criminal. Para poder analizar la sentencia y el índice de violencia es importante hacer un paréntesis y referir que en otro artículo Brown [18], habla de cómo un hombre salvó a su compañero ya que éste intentó cometer suicidio, ambos encontrándose sentenciados a pena de muerte. El hombre que lo salvó se pregunta si lo que hizo fue lo correcto, ya que refiere “no vivimos en pena de muerte, simplemente esperamos morir” (traducción personal). Situación que confirma que el tiempo que se encuentran en reclusión es un agravante muy importante en el aumento del riesgo suicida (cosa que veremos posteriormente en el caso Camila).

Larota [8], describe las características del comportamiento suicida, resaltando que los sujetos que se suicidaron presentaron antecedentes de episodios depresivos, ansiedad, trastornos como la psicosis y trastorno de personalidad, además del abuso de sustancias, aunado a trastornos afectivos en conjunto con la falla del proceso de adaptación del sujeto al ámbito en el que se encuentra. En este artículo mencionan la estructura límite y su relación con el suicidio, señalando que: “el componente compulsivo de manera específica en el trastorno límite de la personalidad y el trastorno antisocial pueden llegar a ser una aproximación y explicación de la conducta suicida” (85). Además, menciona que “por cada suicidio que se comete en la calle se producen 17 dentro de las cárceles” (87) dato que se tomó del centro de documentación contra la tortura. En este estudio se concluyó que las personas privadas de su libertad son entre 11 y 14 veces más propensas a cometer suicidio que la población general, debido a distintos factores, ya sean personales (trastornos) externos (tensión psicológica del sistema) y situacionales (sentencias). Esto como explica Silva [13], ser sentenciado es una fuente de confrontación consigo mismo, con los demás internos, con el personal y con la sociedad. Ceballos F. [19] sobre el suicidio en cárceles de Chile en la década del 2006 al 2015, afirma que el ingreso a prisión desencadena una serie de estresores, causando que en los primeros meses el riesgo suicida aumente, hasta que se adapten, esto incluye los traslados. También acredita que, debido al diagnóstico y tratamiento inadecuado fuera de prisión, ingresan muchas más personas con problemas de salud mental a las cárceles. Otro factor que aumenta el riesgo suicida es que estas personas privadas de su libertad hayan sido testigos del suicidio de algún compañero.

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN LA POBLACIÓN DEL C.F.R.S. TEPEPAN

Para hacer esta investigación me basé en el protocolo que fue implementado en el Centro, situación que se formalizó al realizar este estudio.

La intervención se basa en “Protocolo de prevención del suicidio” [20], de acuerdo al artículo 33 de la Ley Nacional De Ejecución Penal [21], acordándose junto con la Comisión de Derechos Humanos de la CDMX, la Dirección General de Servicios Médicos Legales y en Reclusión de la Secretaría de Salud y la Subsecretaria del Sistema Penitenciario, quienes realizaron un protocolo de actuación, en el cual se acordaron los siguientes puntos:

- Implementación de capacitación en la materia a trabajadores de los centros.
- Evaluación del riesgo suicida por medio de una valoración médica.
- Detección de factores del riesgo suicida.
- Modelo de prevención del riesgo suicida.
- Habilitación de psicólogos para entrevista de confirmación.
- Trabajo interdisciplinario.
- Formato de ficha clínica.

El programa tiene como objetivos principales la detección de los factores de riesgo y las conductas asociadas con el suicidio. Habilitar a los psicólogos a realizar entrevistas de confirmación del riesgo en las personas privadas de su libertad y poder lograr un trabajo interdisciplinario entre las distintas áreas como los son la Médica, Psicológica y Trabajo Social, a fin de dar un seguimiento a los casos de riesgo suicida.

En el C.F.R.S. Tepepan en un principio el programa sólo se enfocaba en mujeres que recién ingresaban al Centro y los pasos a seguir son distintos a los que utilizamos ahora; actualmente se realiza la aplicación de una escala al momento de ingreso/traslado al igual que a mujeres quienes sus psicólogos notaban cierta tendencia. Se les aplicó la escala de Plutchik y si en más de 6 reactivos la respuesta es “SI” se les realiza una entrevista de confirmación y se determina el riesgo. Posterior a esto se acordó aplicar la escala a toda la población para evitar cualquier situación no prevista, por lo que se inició con el área de psiquiatría y posteriormente con población en general; en ambas se realizó el procedimiento de aplicación y entrevista.

El momento en el cual se detecta un posible riesgo alto, se canaliza al servicio médico para ser valoradas por un médico psiquiatra y si es el caso, iniciar con tratamiento farmacológico, además de que se le informa al psicólogo asignado para la realización de terapias semanales. En cuanto al probable riesgo medio o bajo, no hay canalización médica, pero sí informe al psicólogo y terapia semanal y un seguimiento por parte del enlace de riesgo suicida de forma mensual. Las personas determinadas sin riesgo se mantienen en supervisión de forma quincenal por su psicólogo.

En la entrevista confirmatoria se hacen preguntas enfocadas a su intencionalidad suicida como: si lo ha intentado, cuántas veces, si se autolesiona, si ha pensado en suicidarse, cómo lo haría, en qué ocasiones le ocurre (punto en el que la gran mayoría refería que era cuando se sentía sola), si padece de adicción, etc. Para lograr determinar el riesgo que puede tener de terminar con su vida, se toman en cuenta factores como la estructura y dinámica de la personalidad, así como si cuenta con alguna psicopatología y sus facultades físicas.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Elegí estos dos casos por su dinámica de personalidad, antecedentes, historias de vida y su forma de vincularse, además de que ellas fueron de las primeras canalizadas al programa, por lo tanto, recibieron más sesiones de seguimiento.

CASO KARINA

Karina es una mujer de 27 años quien fue sentenciada por la comisión de un delito menor. Al ser ingresada se le dio un diagnóstico psicológico de trastorno límite de la personalidad con rasgos antisociales. Creció en un barrio de la Ciudad de México, criada por su hermana 12 años mayor ya que sus padres se encontraban trabajando la mayor parte del tiempo, compensando esta ausencia con objetos materiales, dándoles a sus hijos todo lo que querían. A partir de una edad temprana Karina presentaba conductas autolesivas, raspándose a propósito o lastimando su cuerpo con “accidentes” ya que “solo así mi mamá me ponía atención y estaba conmigo” (sic.) Inició el consumo de alcohol, a la edad de 11 años abusando gravemente de la sustancia. A sus 14 años fue víctima de una violación. A los 15 años conoció al padre de sus hijos y se fueron a vivir juntos, su relación era caótica, separándose y volviendo de forma constante; es importante referir que para concebir al tercer hijo él abusó de Karina. Cuando la separación de la pareja fue definitiva ella se fue a vivir sola dejando a los hijos a cargo de su madre. Su primer intento suicida fue a los 23 años ya que se sentía sola, esto ocurrió después de una fiesta, intentando

ahorcarse con un cable, el cual se rompió. Volvió con el padre de sus hijos y engendraron a otro pequeño, el cual falleció al mes de nacido. Posteriormente al encontrarse en prisión y debido a la pérdida de su último hijo tuvo un episodio depresivo, durante el cual tuvo varios intentos suicidas. Es importante mencionar que Karina cuenta con episodios depresivos desde los 13 años, iniciándose por una separación forzada con una pareja ya que la familia lo veía mal; aunado a esto, el último episodio depresivo que tuvo fue por el aniversario de fallecimiento del bebé, lo cual la llevó a una depresión profunda teniendo un brote psicótico en el cual presentó alucinaciones auditivas refiriendo que escuchaba a su bebé y a otras voces que le decían que se suicidara. Karina presenta una labilidad, es decir que su condición emocional es fácilmente modificable ya sea por medio de estímulos externos o internos [7], esto desatado especialmente por situaciones que incluyen a su familia directa y el miedo de “que me olviden” (sic.).

CASO CAMILA

Camila es una mujer de 34 años a quien se le otorgó una larga sentencia ya que los delitos de los que se le acusó fueron graves; comenzó con delitos menores, robos y asaltos, sin embargo, le ofrecieron un buen sueldo a cambio de cometer delitos mayores. Al ingresar al Centro se le dio un diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad con rasgos límites. Estudió hasta 4° de primaria, dejándola sin oposición de los padres, ya que éstos no se percataron de esta renuncia a los estudios. Ella justifica esta deserción ya que era víctima de bullying. Creció en un barrio popular de la Ciudad de México, la relación de sus padres era caótica, separándose y regresando de forma constante, el padre era alcohólico y consumidor recurrente de cannabis. A los 6 años Camila inició el consumo de alcohol, provocándole una grave adicción. Fue violada en repetidas ocasiones por su padre y hermano. A la edad de 14 años falleció uno de sus hermanos y la dejaron viviendo sola en un departamento en este mismo barrio, careciendo de supervisión. Camila recibía ingresos por parte de su madre para mantenerse viviendo sola. A esta edad conoció a su pareja 10 años mayor que ella y se fueron a vivir juntos, casi inmediatamente él fue aprehendido por delitos menores. Su relación fue relativamente estable y engendraron a 6 hijos. Es importante referir que fue la primera persona de la familia en transgredir la ley, comenzando a los 24 años, momento en el que dejó de recibir ingresos por parte de la madre. Su primer intento de suicidio fue en reclusión tras un año de no ver al padre de sus hijos ya que fue trasladado. Camila conoció a otro hombre, el cual a los 8 meses la dejó por comenzar otra relación, ella no lo soportó y decidió ahorcarse, siendo encontrada por elementos de seguridad, quienes la

salvaron. Ha tenido al menos tres intentos posteriores a éste, autolesionándose cuello y antebrazos así como ingesta excesiva de medicamento controlado.

Este caso es el que más me interesó, ya que siempre auto sabotó sus intentos; en uno de ellos acudió conmigo para recibir contención, luego de haberse autolesionado cuello y brazos. Refirió: “ni siquiera para matarme sirvo” (sic.). Posterior a esto se mantuvo estable durante varios meses, en los cuales me percaté de que al estar a cargo de mujeres menores que ella, quienes igualmente sufren de riesgo suicida, no presentó ninguna idea o intento, pero al separarla de ellas tuvo una crisis que la llevó a una sobredosis.

ANÁLISIS DE LOS CASOS Y CONCLUSIONES

El revivir las situaciones descritas anteriormente puede incidir en la presencia de intentos suicidas.

Para Sánchez [16] estas conductas compulsivas y las cicatrices que se generan a partir de los intentos suicidas crean un refuerzo narcisista a una identidad vacilante, tratando de marcar su territorialidad “me corto, luego existo, porque existo y para que se note” (341) .

Como se pudo observar, ambos casos cuentan con algunas similitudes, tres de ellas descritas por la OMS como las principales causas del suicidio a nivel mundial, aunado a ser población vulnerable, por el hecho de ser mujeres privadas de su libertad.

Pero el factor que más interesa es el abandono, tanto emocional como físico de ambas figuras paternas desde una edad temprana.

De acuerdo con Freud el trauma no se convierte en trauma sino hasta que se presenta una segunda vivencia similar a la primera, volviéndola traumática, en estos casos es el abandono. Como se puede observar, en ambos casos existió violencia infantil, presentándose principalmente un abandono tanto físico como psíquico por parte de ambos padres, llevándolas a cometer actos suicidas en momentos en los que este sentimiento de abandono y soledad se revivían.

En Más allá del principio de placer, Freud [15], habla de la pulsión de muerte y la compulsión a la repetición las cuales se encuentran presentes en las personas que presentan riesgo suicida, ahí menciona que

la violencia mecánica del trauma libera el quantum de excitación sexual cuya acción traumática es debida a la falta de aporte angustiado y por otra parte la herida física

simultánea ligaría el exceso de excitación al reclamar la sobre investidura narcisista del órgano doliente (18).

A la luz de la revisión del texto me di a la tarea de explicar las autolesiones como una forma de descarga, ya que en situaciones en las que se revive el trauma, es decir cuando la represión no funciona, el afecto hiperintenso, se encarga de descargar la ansiedad, ya sea en la repetición o en el desplazamiento al objeto inocuo hostil [11] lo cual puede vincularse con el intento suicida, que no tiene una intencionalidad fatal.

En el caso de Karina, el primer intento fue seguido de un abandono por parte de su ex pareja, que la llevo a un episodio maníaco por lo que realizó una fiesta. Al retirarse todos los invitados, ella se dio cuenta de que realmente no contaba con nadie que la apoyara o sostuviera, por lo que decidió terminar con su vida. Posteriormente la muerte de su hijo, situación que nuevamente implica un abandono tanto físico como psíquico, la llevó a entrar en un periodo de múltiples intentos suicidas y autolesiones.

En el caso de Camila, ella se mantuvo relativamente estable hasta que la situación del rechazo de su ex pareja, vivida como un abandono, tuvo como efecto un brote psicótico que la llevó a cometer un primer intento suicida. Siguiendo situación, el centro penitenciario le rechaza la visita de un amigo, diciendo que se encuentra sola, decide autolesionarse cuello y manos; otra situación que implica sentimientos de abandono.

Por último la situación con sus compañeras, de quienes Camila cuidaba y procuraba, siendo un sustituto de esa madre que nunca tuvo, curando heridas y dándoles un sostén; aunque Camila no se daba cuenta, sus compañeras eran también un sostén para ella y, en el momento que se les cambia de estancia, Camila se quiebra, reviviendo el abandono y decide consumir medicamento controlado provocándose una sobredosis.

Las dos se encuentran constantemente con diversos estresores, causados principalmente por el medio penitenciario, esto en conjunto con su labilidad psíquica, en momentos de abandono, y al no ser capaces de manifestar el abandono, de forma inconsciente en dolor orgánico o una energía que lo contenga, requieren de una sustitución consciente en un área de su cuerpo, por lo que se autolesionan o vuelven ese dolor físico de alguna u otra forma, con sus intentos suicidas, tratando de comprender y soportar ese dolor emocional que no logran entender.

Tanto Camila como Karina, se mostraron incapaces de sublimar la descarga de afecto, por falta de herramientas psíquicas suficientes para "comprender" y canalizar. Lo cual les

llevó a colocarse en situaciones de repetición, en un intento de sentir placer. Como lo dice Freud [15], “se trata de la acción de las pulsiones que estaban destinadas a conducir a la satisfacción, pero en aquel momento no produjeron más que displacer, esa experiencia se hizo en vano, se le repite a pesar de todo” (20). Si las situaciones de abandono en las que ellas mismas, de una u otra manera se colocan, con sus diversas autolesiones e intentos suicidas, a pesar de que podrían tener una intención clara de finalizar con su vida, no lo hacen, mostrando conductas y acciones repetitivas que simplemente ellas, ya sea consciente o inconscientemente, saben que no las harán terminar con su vida.

En Karina, su primer intento de ahorcamiento fue con un instrumento endeble (un cable) el cual claramente no iba a soportar su peso. Sus autolesiones dentro de reclusión las realiza muy profundas en las muñecas, sin embargo éstas son perpendiculares al brazo, situación que anatómicamente se sabe que no causa una hemorragia lo suficientemente grande como para provocar la muerte.

En cambio en Camila, su primer intento de ahorcamiento fue en horas de movimiento de cuerpos de seguridad. Además sus autolesiones en cuello y brazos son superficiales, llegando a parecer rasguños o raspadas, que en un primer momento se podría creer que no están hechos con navajas. Por último, su sobredosis fue una cantidad que ella sabía no era letal.

Payá [14], robustece mi argumento con la siguiente cita: “no todo el que intenta suicidarse desea morir” es decir que, probablemente solo desea una muerte simbólica para por fin descansar del dolor y vacío que el abandono les provoca. De igual manera, junto con Sánchez [16], habla sobre el papel expresivo de las autolesiones y cómo estas son utilizadas como un lenguaje corporal, de esta forma emiten sus emociones negativas sin intención de obtener una respuesta de su entorno, como si estuvieran en una burbuja y desean salir, así que la lastiman y de esta forma les intentan decir a los otros que las han decepcionado, abandonado o abusado de ellas.

Sus cortes en cambio, como lo referí antes, son en cierta forma un intento de descarga y al no haber desarrollado estrategias adecuadas de sublimación, como refiere Sánchez T. [16], desplazan el dolor mental del recuerdo traumático a la sangre uniendo esta descripción a lo dicho por Foucault (2009) [20] en su cruel placer de castigar y acostumbradas a ver correr sangre, no pueden vengarse si no es viendo sangre correr.

Debido a lo descrito anteriormente, considero que es prudente realizar un tratamiento enfocado en estas situaciones, trabajar la temática del abandono, en el sentido de la

resignificación de la situación de abandono, así como en la identificación de situaciones desencadenantes y formas de sublimación (cómo lo pueden ser el deporte, arte o escritura) o descargas que no impliquen una herida física provocada en momentos críticos, si no que sea tramitada en otras formas.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] CNDH México (2018). II Grupos en situación de vulnerabilidad y otros temas. Consultado el: 3/05/19. Disponible en: <http://informe.cndh.org.mx/menu.aspx?id=23>
- [2] SEGOB (S/A). Estrategias de Reinserción Social, Propuestas para una política pública en la CDMX. Consultado el: 7/05/19. Disponible en: <https://www.reinsercionsocial.cdmx.gob.mx/storage/app/uploads/public/5b6/b5b/019/5b6b5b019c0cf579067633.pdf>
- [3] PÉREZ, J. Y MERINO M (2016). Definición de reinserción social, Definición.de consultado el: 2/4/2019 disponible en: <https://definicion.de/reinsercion-social/>
- [4] ANÓNIMO (2012). Que es el abandono infantil sus causas y síntomas, consultado el: 2/4/2019. Disponible en: <https://lanecesidaddeunhogar.wordpress.com/el-abandono-infantil/que-es-el-abandono-infantil-sus-causas-y-sintomas/>
- [5] UNICEF. México (S/A) Violencia y Maltrato. Consultado el 3/05/19. Disponible en: https://www.unicef.org/mexico/spanish/proteccion_6932.htm
- [6] OMS (2016). Maltrato infantil consultado el: 3/05/19. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- [7] GALIMBERTI, U. (2015). Diccionario de psicología. México: Siglo XXI editores.
- [8] LAROTTA, C. et al. (2014). Características del comportamiento suicida en las cárceles de Colombia [revista electrónica] 56 (1) pp. 83-95 consultada el: 15 /1/2019 disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v56n1/v56n1a06.pdf>
- [9] OMS (2019). Prevención del suicidio: un imperio global consultado el: 31/1/19 disponible en: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/
- [10] INEGI (2018). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio, consultado el: 31/1/19. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf
- [11] IBARRA A. (2017). Investigación transdisciplinar del fenómeno suicida. México: Manual Moderno.
- [12] DURKHEIM, E. (1897). El suicidio. México: Grupo editorial Tomo. (2014)
- [13] SILVA, A. (2003). Conducta antisocial. Tomo II. México: UNAM
- [14] PAYÁ, V. (2012). El don y la palabra. México: Casa Juan Pablos, FES Acatlán.
- [15] FREUD, S. (1920). Más allá del principio de placer. En librodot.com disponible en: [file:///C:/Users/yely7/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Mas_alla_del_principio_del_placer-Sigmund_Freud%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/yely7/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Mas_alla_del_principio_del_placer-Sigmund_Freud%20(1).pdf)

- [16] SÁNCHEZ, T. (2017). Autolesión y Mentalización: Viaje a través de las heridas. [revista electrónica] Clínica e Investigación Relacional, 11 (2): 337-351. Consultado el: 14/05/19. Disponible en: https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V11N2_2017/08Sanchez_2017_Autolesion-Mentalizacion_CeIR_V11N2.pdf
- [17] SEENA, F. ET AL. (2010). Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007 [Revista electrónica] 46(3):191-5 consultado el: 13/2/19. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/41415112_Prison_suicide_in_12_countries_An_ecological_study_of_861_suicides_during_2003-2007
- [18] BROWN, P. (2018). Should I have left my friend on death row kill himself? [revista electrónica] Consultado el: 10/2/19 disponible en: <https://www.themarshallproject.org/2018/12/06/should-i-have-let-my-friend-on-death-row-kill-himself>
- [19] CEBALLOS, F. EL AL (2016). Suicidio en las cárceles de Chile durante la década de 2016-2015 [revista electrónica] 58 (3): 101-118. Consultado el: 15/1/19. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v58n3/v58n3a09.pdf>.
- [20] VÁZQUEZ, V. (S/A) Programa de detención y prevención de riesgo en población penitenciaria. México: Subsecretaria del Sistema Penitenciario.
- [21] Cámara de diputados H Congreso de la unión (2016) Ley Nacional de ejecución penal. México: Secretaría de la Nación.
- [22] FOUCAULT, M. (2009). Vigilar y castigar. México: Siglo XXI.

ME-MORIA: DEMENCIA Y MELANCOLÍA

MARIO ENRIQUE VÁZQUEZ SANDOVAL

Licenciado en psicología Carl Rogers, Pachuca Hidalgo. Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica CiES. Asistencia y cuidados de adultos mayores de manera particular. Ponente de diversos seminarios, diplomados y conferencias en temas psicoanalíticos en el Estado de Hidalgo. Organizador y miembro de círculos de estudio de psicoanálisis en la Cd. de Pachuca. Consulta privada 2014 a la fecha.

Recepción: 13 de octubre de 2019/ Aceptación: 04 de diciembre de 2019.

RESUMEN

El artículo presente tiene la finalidad de hacer un entretejido que relacione temáticas psicoanalíticas con temáticas meramente médicas en el campo de la demencia senil. Al ser una afección incurable y generalmente presentada en el ocaso de la vida de las personas que lo padecen. Este diagnóstico expedido por psiquiatras y neurólogos, es poco explorado por la psicología en cuanto a mecanismos y funciones, pues, aunque se encuentra relacionado con ciertas condiciones sociales y personales, los movimientos del psiquismo con los que el psicoanálisis podría aportar no se han explorado. Apoyado en textos freudianos, y en viñetas de un paciente con demencia, se puede vislumbrar cómo la profunda tristeza, el abandono social y el poco cuidado personal, pueden ser traducidos en melancolía y pasajes libidinales que se retraen intentando una huida del dolor que causa el recuerdo. Si bien el padecimiento parece incurable por ahora, este trabajo se forma como una posibilidad de acercar los mecanismos y funcionamientos a cuidadores y familiares para una mejor comprensión del problema.

PALABRAS CLAVE: recuerdos encubridores, demencia, melancolía, narcisismo, memoria.

SUMMARY

The present article has the purpose of making an interweaving that relates psychoanalytic themes with purely medical themes in the field of senile dementia. Being an incurable condition and reported at the time of life of people who are on the road, this is a diagnosis issued by psychiatrists and neurologists, is little explored by psychology in the

mechanisms and functions, as it is found related to certain social and personal conditions, the movements of the psyche with which psychoanalysis can not be explored. Support in the Freudian texts, and in vignettes of a patient with dementia, you can see how deep sadness, social abandonment and poor personal care can be felt, they can be translators in melancholy and libidinal passages that are retained. Remember although the condition seems intractable for now, this work is formed as a possibility to bring the mechanisms and operations closer to caregivers and family members for a better understanding of the problem.

KEY WORDS: concealment memories, dementia, melancholy, narcissism, memory.

RÉSUMÉ

Le présent article a pour but de faire un entrelacement qui relie les problèmes psychanalytiques aux problèmes purement médicaux dans le domaine de la démence sénile, qui est un état incurable et généralement présenté dans le crépuscule de la vie des personnes qui en souffrent. Ce diagnostic émis par les psychiatres et les neurologues, est peu exploré par la psychologie en termes de mécanismes et de fonctions, car, bien qu'il soit lié à certaines conditions sociales et personnelles, les mouvements de la psyché auxquels la psychanalyse pourrait contribuer n'ont pas été explorés. Sur la base de textes freudiens et de vignettes d'un patient atteint de démence, on peut entrevoir comment la tristesse profonde, l'abandon social et les soins personnels médiocres peuvent se traduire en passages mélancoliques et libidinaux qui se rétractent en essayant d'échapper à la douleur causée par souvenir. Bien que la condition semble incurable pour l'instant, ce travail est conçu comme une possibilité de rapprocher les mécanismes et les opérations des soignants et des membres de la famille pour une meilleure compréhension du problème.

MOTS CLÉS: abandon social, proches aidants, démence sénile, évasion de la douleur, mélancolie, passages libidinaux, psychanalyse, tristesse.

*-Tu amor por mí era parte de eso.
Crees que lo pasado afecta lo futuro.
¿No se te ocurrió nunca pensar
que lo futuro pueda afectar lo pasado?-.
May Sinclair[1]*

DEMENCIA SENIL

Artículos varios de psicología expresan formas similares de definir la demencia, con variantes, la mayoría giran en torno a "declinaciones progresivas de funciones mentales... que afectan el desenvolvimiento normal del paciente en la sociedad o en la familia" [2]. Dependerá del ojo que busque el origen de tal patología, miradas no faltan, se encuentra, entre tantas, la forma literaria, fantástica y aterradora del epígrafe antes citado; hay miradas que se dirigen al cuerpo, como podría ser la de la neurología que, sin chistar, atañe la demencia a lesiones orgánicas o a deterioros progresivos. Un recorrido muy freudiano muestra que es necesario un pasaje más, pues "se ha hipotetizado que la depresión podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de una demencia" [3].

Aclaremos que el término de depresión es poco concurrido en psicoanálisis, tendiendo más a movimientos psíquicos como el duelo y la melancolía [4], los tres distintos conceptos tienen características particulares, y aunque son hermanos por el común de la pérdida, el foco caerá sobre el último, pues Freud ya en 1915 expresaba que la melancolía tenía un peso más somático que psicógeno, lo que en las líneas anteriores encaja como anillo al dedo.

El viaje por las letras rigurosamente comprobadas y otras bellamente llegadas desde la imaginación es útil para apoyar el pensamiento antes citado, pues el caso que se presentará de manera ulterior, muestra relaciones muy cercanas entre diagnóstico de demencia y una muestra constante de melancolía, además de que cumple puntualmente con las propuestas de la psicología. Estas coincidencias dan la posibilidad de retomar pensamientos psicoanalíticos aplicados a la demencia para tener nociones de los movimientos psíquicos en los que podría estar oscilando dicho diagnóstico.

Entre otras, están las muestras (síntomas) frecuentes descritas por los psiquiatras: "trastorno de la actividad, agresividad física y verbal, trastornos del sueño, cambios de personalidad, apatía, indiferencia, desinhibición, rituales y conducta antisocial" [2]. Freud,

por su parte, en un cruce de caminos entre ambas afecciones diría de maneras atractivas que:

La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de capacidad de amar la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones sugiriendo un angostamiento del yo [4].

Las ciencias con pasos de gigantes avanzan, si un primer gran paso ha sido el trabajo con los síntomas, la psiquiatría no conforme, la divide como da constancia una publicación colombiana en tres tipos clínicos: demencia frontal, demencia semántica y afasia primaria progresiva [5]. Cada una de estas variantes presenta distintos síntomas particulares y con los cuales se puede tener una idea general y más precisa de la patología.

Es enriquecedor que en Freud podemos mencionar que la melancolía se caracteriza por una repulsa al alimento, insomnio y desfallecimiento que son causados por la insignificancia que se trataba líneas más arriba; mientras que los psiquiatras actuales aportan entre las tres formas de demencia, que “podemos encontrar cambios de comportamiento como pérdida de emotividad, desinhibición, disminución del cuidado personal, pérdida de interés, preferencia por alimentos dulces, se le dedica el tiempo a actividades únicas y se tiene una pérdida de significado de las palabras, dificultades para encontrar las palabras y expresar lo que se piensa, entender el significado de las palabras y para la nominación de objetos” [5].

La explicación que ofrece el psicoanálisis siguiendo a Freud sobre la melancolía desde hace más de cien años, a manera breve dice que hay un objeto que se pierde y en esta pérdida no se sabe lo que se pierde cuando es perdido, la libido no se desplaza, sino que se retira sobre el yo. Los movimientos que se presentan en la melancolía son similares a los del duelo, otras partes son parecidas a las de la regresión. Es en este combinado de movimientos libidinales donde reposa el pensamiento del que se trata, pues el yo en la demencia pareciera ser un yo atacado por el mismo psiquismo sin alternativas facilitadas. De esta forma, el yo pasa a identificarse con el objeto, sobre lo cual Freud dice:

“Suelen lograr los enfermos por el rodeo de la auto punición desquitarse de los objetos originarios y martirizar a sus amores por intermedio de su condición de enfermos.” (249) [4].

Y aunque más adelante menciona este sadismo y su cercanía con el suicidio, en el caso de la demencia, este fenómeno parece lejano, no por ausencia de sadismo sino por la pérdida de las funciones con las cuales el sujeto pudiera hacer uso de cualquier herramienta para causarse daño a sí mismo. No sería sorpresa que algún paciente en esta condición lograra un daño definitivo o, por lo menos grave, sin embargo, las aportaciones detalladas de la psiquiatría y psicología recuerdan que el uso de cualquier herramienta ha de empezar por el pensar y, tanto esta función como la sintaxis se pierden. Si es así, para la demencia, podríamos pensar que la significatividad de ciertos recuerdos se torna poco a poco desfasada, sin coherencia, la memoria se entorpece; habría entonces una desconexión de representaciones-cosa y representaciones-palabra, por eso los sujetos que padecen esta patología buscan explicaciones y funciones de los objetos sabiendo la cosa sin su significado o sus implicaciones sin el nombre. Un ejemplo sobre cada una de estas representaciones desarticuladas podría ser que se pida una cuchara a partir de su función, es decir, que se pida “eso con lo que se come” o “aquello para la sopa” en el primer caso, y para el segundo podrá imaginarse como una serie de palabras sin sentido que se buscan casi a manera de objetos como el hecho de estar buscando “viento... la palabra viento”.

MELANCOLÍA Y MEMORIA

En el texto Sobre Recuerdos Encubridores [6] se puntualiza que no solamente el primer recuerdo se anticipa, sino que la función de recordar es a partir de ciertas vivencias e impresiones, lo que significa que la función de recordar es empujada por ciertos hechos, por un intento del contacto y continuidad con el exterior. En una exploración detallada sobre esas funciones, entre tantas otras, forman parte de las funciones desempeñadas por el yo.

Habrá que recordar que en un estado de demencia (que ahora equiparamos fuertemente con la melancolía) el yo se ve disminuido, por lo tanto, las funciones propias no hacen más que tropezar. Esto, allende a pensar en un entorpecimiento de la memoria, muestra un camino más radical y destructivo, un camino de desolación, esto es, una función contraria a la de emergencia de memoria: una emergencia de la desmemoria. El sujeto se muestra recordando episodios importantes, cambiados siempre, pues en estos cambios

se nota que los pasos que se siguen son de mostrar las alhajas para guardarlas de manera permanente en una caja musical descompuesta. La metáfora popular referente al oro utilizada por Freud puede presentarse con un giro contrario, pues aunque él la emplea para decir que hay detalles nimios que se resaltan en la memoria por estar junto a detalles realmente valiosos, en el retraimiento presentado en la demencia podría pensarse como una forma de enterrar todos los tesoros, las joyas y el oropel indistintamente, lo que importa es ya no tener recuerdos.

El aporte literario de “Donde el fuego nunca se apaga” [1] es la ilustración del concepto de recuerdo encubridor en toda su extensión que Freud explica en 1899 [6] cómo impresiones y pensamientos de un tiempo posterior que se subrogan mediante vínculos simbólicos y otros semejantes a recuerdos con los que poco tiene que ver. Sin embargo Strachey en su comentario sobre el texto de Freud [6] aclara que en textos posteriores intenta un rumbo contrario, o sea que en lugar de que los pensamientos sustitutivos sean posteriores, también los anteriores pueden entrar como relevo. En esta doble dirección se juega la frase inicial, pues, a grandes rasgos, el cuento que encierran estas líneas, propone un bucle eterno donde una vivencia de la adultez es asociada y continuamente emerge sustituyendo amores y dolores infantiles, cuando la protagonista reclama la omnipresencia del recuerdo incómodo, éste responde con la pregunta ejemplar que muestra que cuando se trata de retirar libido y esconder recuerdos, no importa la dirección, no importa la forma, importa el objetivo: huir del displacer.

El proyecto de psicología [7] propone tres tipos de sistemas neuronales: las neuronas pasaderas, las impasaderas (de memoria) y las de percepción. Ahí Freud dice que la memoria además de ser propiedad rectora, es causada por la aptitud de un grupo de neuronas, las cuales pueden ser alteradas duraderamente, lo que significa que la memoria está constituida por distingos dentro de las facilitaciones entre las neuronas Psi, estas facilitaciones dependerían de la magnitud y frecuencia de cierta impresión. Este texto encierra complejidades múltiples, tiene claridades guardadas. Como su nombre lo dice, es un intento de acercar la psicología al campo de la neurología y ese es justo el tema que atañe a nuestro trabajo actual. La importancia de los sistemas de neuronas importa ahora porque da claridad sobre esta función que se pierde en la demencia. La memoria, se entiende, que es un sistema de neuronas que en la demencia deja de ser facilitado y quizá, de maneras exageradas, son un conjunto de neuronas que dejan de ser utilizados para su objetivo principal, retener.

En apoyo a esto sírvanos una frase del apartado del *punto de vista biológico* que recita:

“Una neurona Phi (pasadera) devendría impasadera, y una neurona Psi (impasadera), pasadera, si pudiéramos permutar su tónica y conexiones; ellas conservan sin embargo sus caracteres...La diversidad de naturaleza es sustituida por diversidad de destino y medio” [7].

De donde se entiende que la memoria es una serie de neuronas todas iguales entre sí, cambian su función por el destino y medio, pero que, siempre conservan sus caracteres iniciales. Entonces una neurona puede retener por cierta exigencia y ser pasadera por una función nueva que se exige. Si esto pudiera traslaparse al caso de la demencia, y sobre todo al ámbito de los recuerdos, podríamos pensar en ciertos recuerdos que en un tiempo se retenían y que han dejado de ser retenidos, facilitados. Un conjunto de pensamientos que se desarticulan entre sí y que se enlazan de manera libre sin conexiones preestablecidas. Esto se ilustra con la manera en que ciertas demencias son presentadas con pérdidas de lenguaje, pérdidas de sintaxis y en algunas ocasiones lenguaje poco comprensible, como si las palabras flotaran y tuvieran que ser atrapadas al azar, como si los recuerdos llegaran sin avisar, como imágenes yendo y viniendo tan vívidamente que son tomadas como una realidad inmediata.

Regresando a Recuerdos encubridores [6] se reforzaría esto con que “los recuerdos no afloran de manera directa, sino que, una suerte de cadena asociativa, hace que en el presente, se enlacen de alguna manera para que surjan como causa psíquica.”

Se proponen como asociaciones simbólicas los recuerdos y pensamientos que surgen en el sujeto, sin embargo el problema de la demencia, es que tal simbolismo resulta harto difícil de evidenciarse, sea ya por la vejez que lleva consigo poca plasticidad cerebral, sea ya por la afección misma que trae como consecuencias cierto deterioro orgánico, el simbolismo tiene muy pocas posibilidades de enlazarse a su origen doloroso para poder ser replanteado.

Existe una simbolización, recuerdos, existe el dolor, el placer, displacer, funcionamiento neuronal, pasajes y cambios, entonces ¿Cuál es el problema que se observa? La articulación. Al parecer en la melancolía que lleva a una demencia, existe una desarticulación irreparable por múltiples causas que van desde lo orgánico hasta lo funcional buscando siempre un solo fin que sería seguir guardando aquellos símbolos (oro) con todas las fuerzas, símbolos que muy raramente escapan y que buscan enterrarse vivos en un cuerpo representado generalmente, como inerte. Por esa razón todo recuerdo que no sea tan amenazador como el del origen de dolor, puede llegar de manera desordenada y sin conexión.

ME-MORIA

Hace dos años, la paciente que ahora cuenta con 83 años me es referida por múltiples preocupaciones de los familiares tales como constantes olvidos, desubicaciones eventuales y un flujo constante de ayudantes de servicio doméstico. Los olvidos más notorios son en los juegos de cartas, los cuales la hicieron familiarmente conocida por ser invencible e implacable en múltiples formas de juego. Ahora no recuerda cuantas cartas repartir, hace trampa y suspende juegos. De igual manera ha presentado desconocimiento de su casa en la que lleva viviendo alrededor de 20 años y las empleadas se van fácilmente, pues aunque dicen aguantar y comprender la vejez de la señora, se ven enfrentadas a un trato denigrante, grosero y hostil por parte de ella. Estos síntomas podrían seguir las formas diagnósticas de la psiquiatría, más aun si se agrega que en el transcurso del trabajo con la paciente se han sumado síntomas como trastornos de sueño, pues le cuesta trabajo dormir de noche y una intolerancia por las personas muy marcada.

En la investigación que permite la paciente con sus relatos y la familia que contribuye con elementos importantes de la historia personal se puede notar que ella estuvo casada con el ahora difunto esposo por más de 50 años, a su muerte, hace nueve años, ella empieza a apartarse de grupos y actividades de la iglesia que, en su momento la mantenían activa, se separa de sus hijas y familia que eran su compañía constante. En este punto deja entrever autorreproches, denigraciones y hasta castigos hacia sí misma entre otras (aspectos que, como ya dijimos menciona Freud como propias de la melancolía). A la muerte del esposo todos refieren que ella nunca llora, pero en el momento mismo del entierro de su esposo, tiene una asfixia momentánea, después de lo cual todo parece normal en ella. En este acto se puede pensar el momento mismo de la identificación con el objeto perdido, pues ella pierde la respiración cuando su esposo es sepultado. Lo punitivo hacia el yo viene con el tiempo, es visible en conductas como la soledad que además de mostrar la indiferencia hacia el exterior, la paciente lo vive como una necesidad religiosa con la inscripción en un cuadro que lee todas las mañanas **“Señor: que descubra mi soledad para poder colaborar contigo en la salvación del mundo”**. Tomando la soledad como una forma de purificación.

En los largos años de matrimonio hubo salidas constantes por el país y por el mundo con su esposo, una forma de castigarse también de la manera más popularmente infantil: “no sales”. Finalmente el autorreproche es encontrado en una constante de su discurso referido al llanto tras la muerte de su esposo, pues a pesar que la familia refiera que no

lloró, ella dice que sí, además se lamenta no haber estado en el momento de la muerte de su pareja. Aquí es importante mencionar que, aunque pudiera tomarse por un síntoma de la vejez, la paciente tiende mucho a limpiarse los ojos pues “le lloran mucho”.

Entre los síntomas de las distintas formas de demencia antes descritas no se aleja el caso, una dedicación absoluta a sopa de letras, un cuidado personal precario, una predilección por los dulces macizos, pérdida constante del lenguaje y de la emotividad. Sin embargo algo especialmente psicoanalítico se pierde en las demás disciplinas aunque se tenga a la vista: la forma de hacer simbólica cualquier cosa. Vale la pena preguntarse en los casos de demencia ¿por qué la elección de eso y no de esto otro? ¿Qué hace elegir entre el mar de posibilidades determinada cosa y no otra aún a sabiendas de sus limitadas capacidades de elección? La respuesta que por ahora se podría ofrecer sería que es el efecto de arrastre de una forma regresiva de elección donde se depositan más afectos de los que le corresponden. Este caso da la clave de ciertos movimientos pasados por alto en las disciplinas médicas, a saber: la similitud de pérdida del lenguaje y una cierta actividad repetitiva. En este caso particular, resulta muy curioso cómo la pérdida del lenguaje se ve emparejada con una actividad repetitiva que es la realización de sopa de letras. Una actividad que busca dar explicaciones a otro síntoma, donde uno pierde las palabras, la actividad de manera lúdica y fantasiosa las encuentra y gana. Cierta explicación podría ser emparejada en los síntomas de desmemoria con predilección por los dulces pues en la historia se encuentra algo parecido a lo anterior. En la historia de la paciente se narra un episodio donde su padre les llevaba dulces macizos sabor a anís, los cuales ahora son su constante búsqueda además de las galletas. El arrastre de recuerdos que se condensan en los dulces es especialmente notorio, pues dulces hubo en su infancia con su padre, hay una relación muy cercana a los postres y el vínculo con sus hijos (los cuales no recuerda), además de que aunque sea un recuerdo suprimido, el esposo siempre tenía caramelos macizos en su escritorio de trabajo. Otra forma del psiquismo de recordar sin hacerlo. Una forma de retraerse hasta ciertos puntos clave.

Es así que se descubre una estructura temporal de recuerdos, recuerdos posteriores que se apuntalan en recuerdos pasados y recuerdos pasados que se ven fortalecidos por los mismos. Se podría pensar que, neurológicamente, hay recuerdos que apoyan experiencias actuales y posteriores, lo cual hace que el recuerdo primero soporte las ramificaciones siguientes. Lo cual deja las preguntas para cada caso particular: ¿qué recuerdo busca eliminarse? ¿Qué tan fuerte es la estructura de la memoria?

En este caso particular de demencia senil, se observa que existe un corte de recuerdos que hasta cierto punto “respeta” un origen, pensando en qué tan abarcativo fue el

recuerdo displacentero nos dará para pensar hasta dónde habrá que olvidar y reprimir para el paciente. No se descarta el punto de vista neurológico, psiquiátrico y más bien se nutre con el aporte psicoanalítico que un recuerdo que soporte a manera de estructura ramificada, una vida de recuerdos puede presentar distintos resultados, tal como el que ahora se presenta como algún caso en que el recuerdo doloroso incluya funciones mucho más tempranas y, por lo tanto, el sujeto tienda a una forma mucho más primaria.

BIBLIOGRAFÍA

[1] SINCLAIR, M. (1935). Donde el fuego nunca se apaga. Cuentos memorables según Borges. Buenos Aires: Alfaguara, 1999.

[2] GUERRA HERNANDEZ, MILAGROS; LLIBRE GUERRA, JORGE; GARCÍA ARJONA, LORNA (2011). Síntomas psicológicos y conductuales en adultos mayores con diagnóstico de demencia. Panorama Cuba y Salud. Vol 6, num 2-3, pp 20-25.

[3] IZQUIERDO MUNUERA, EULALIA; FERNANDEZ, EDUARD; SITJAS, MONTSE; ELÍAS, MARÍA; CHESA, DAVID (2003). Depresión y riesgo de demencia. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. n. 87 pp. 31.-52.

[4] FREUD, S. (1915). Duelo y Melancolía. O.C. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 1979

[5] IRAGORRI CUCALÓN, ÁNGELA MARÍA (2007). Demencia frontotemporal. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol XXXVI, n. 1, pp. 139-156.

[6] FREUD, S. (1899). Sobre Recuerdos encubridores. O.C. Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu, 1979.

[7] FREUD, S. (1895). Proyecto de psicología para Neurólogos. O.C. Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu, 1979.

WINNICOTT: LA PSICOSOMÁTICA COMO CLÍNICA DEL MUNDO INTERIOR

CONCEPCIÓN RABADÁN FERNÁNDEZ.

*Formación en psicoanálisis en la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM). Doctora en Psicología Clínica por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Premio Gabino Barreda; Maestra en Psicología Clínica por la UNAM. Directora Académica en el Colegio Internacional de Educación Superior desde el año 1998.

RESUMEN

Por medio de la disección de cuatro casos se analiza la tesis que ante las fallas en la creación o en el funcionamiento del mundo interior del aparato psíquico, destacan seis aspectos: la función de la mente que no hace psique-soma, una forma de pensamiento sin la emoción, el uso de la fantasía que aún no es imaginación, el cuerpo con sus funciones y el trastorno en la temporalidad, como intentos de hacer psique. Hay fallas en la personalización, la mente no ayuda a la residencia de la psique en el soma, sino que trabaja escindida. Se dificulta el trazo de la piel como límite entre lo interno y lo externo; diferente al adentro y el afuera que marca la primera posesión, la del objeto transicional. El primer objeto, yo mismo (self), "mi", falla. Se trabaja la diferencia entre el yo y no-yo de la realidad psíquica del objeto transicional, del no-yo y yo que hace mundo interior en la posición depresiva. Cómo el bebé va separando "lo distinto de mí" de lo que es "parte de mí", con el establecimiento del "mi".

PALABRAS CLAVE: el "mi", lo "distinto de mí", lo "parte de mí", mundo interior, piel, psicósomática, self, todo o nada, winnicott, yo y noyo.

SUMMARY

Through the dissection of four cases, the thesis is analyzed that, given the failures in the creation or operation of the inner world of the psychic apparatus, six aspects stand out: the function of the mind that does not do psyche-soma, a way of thinking without emotion, the use of fantasy that is not yet imagination, the body with its functions and the disorder in temporality, as attempts to make psyche.

the function of the mind that does not do psyche-soma, the body with its functions and temporality disorder, such as attempts to do psyche. There are failures in the

personalization, the mind does not help to the residence of the psyche in the soma, it works split. It is difficult to trace the skin as a boundary between the internal and the external; different from the inside and outside that marks the first possession, that of the transitional object. The first object, myself ("self"), fails. The difference between the me and non-me of the psychic reality of the transitional object, of the not-me and me that makes the inner world in the depressive position, is worked on. How the baby separates "the different from me" from what is "part of me", with the establishment of the "me", self.

KEYWORDS: the "me", the "different from me", the "part of me", inner world, skin, psychosomatic, self, all or nothing, winnicott, me and not me.

RÉSUMÉ

À travers la dissection de quatre cas, la thèse est analysée que, étant donné les échecs dans la création ou le fonctionnement du monde intérieur de l'appareil psychique, six aspects ressortent: la fonction de l'esprit (pensé) qui ne fait pas de psyché-soma, une forme de pensée sans émotion, l'utilisation du fantasme qui n'est pas encore imagination, le corps avec ses fonctions et le désordre temporel, comme tentatives de faire psyché. Il y a des défauts dans la personnalisation, l'esprit n'aide pas à la résidence de la psyché dans le soma, mais les œuvres se dédoublent. Il est difficile de tracer la peau comme une frontière entre l'intérieur et l'extérieur; différent entre le dehors et le dedans, qui marque la première possession, celle de l'objet transitionnel. Le premier objet, moi-même («moi»), échoue. La différence entre le moi et le no-moi de la réalité psychique de l'objet transitionnel, du non-moi et moi qui fait le monde intérieur en position dépressive, est travaillée. Comment le bébé sépare «le différent de moi» de ce qui fait «partie de moi», avec l'établissement du «moi».

MOTS CLÉS: le «moi», le «différent de moi», la «partie de moi», le monde intérieur, la peau, le psychosomatique, le moi, tout ou rien, winnicott, moi et no-moi.

INTRODUCCIÓN

La tesis de este artículo es que ante las fallas en la creación o en el funcionamiento del mundo interior del aparato psíquico, destacan seis aspectos: la función de la mente que no hace psique-soma que conlleva una forma de pensamiento sin la emoción, el uso de la fantasía como defensa contra el mundo interior que aún no es imaginación, el cuerpo con sus funciones y el trastorno en la temporalidad, como intentos de hacer psique. Hay fallas en la personalización, la mente no ayuda a la residencia de la psique en el soma, sino que

trabaja escindida. Se dificulta el trazo de la piel como límite entre lo interno y lo externo; diferente al adentro y el afuera que marca la primera posesión, la del objeto transicional. El primer objeto, yo mismo (self), falla.

Cabe destacar que la escisión de la organización del yo en la piel como membrana limítrofe, es diferente a la disociación del yo en la frontera del yo de la conducta antisocial. Se acostumbra estudiar a D.W. Winnicott desde el objeto transicional como la primera posesión no-yo, que publica en el año 1951 en su trabajo “Los objetos y fenómenos transicionales”[1]. Encontramos una diferencia entre la posesión yo y no-yo del famoso objeto transicional (realidad psíquica), del no-yo y yo de la piel como límite de la membrana psicósomática (realidad o mundo interior) que explica en 1962 en su trabajo “La integración del yo en el desarrollo del niño”[2]. La diferencia entre el yo y no-yo de la realidad psíquica, del no-yo y yo que hace mundo interior.

Winnicott en su trabajo, “Sueños, fantasía y vida”[3] distingue fantasía de imaginación, lo explica: en la fantasía actúa la disociación y es una defensa contra la realidad interior. Distingue realidad interior de realidad psíquica. “El término “realidad psíquica” no implica ningún emplazamiento de la fantasía[sino a la imaginación]; el término “realidad interior” presupone la existencia de un interior y de un exterior y, por consiguiente, una membrana limítrofe perteneciente a lo que yo llamaría el “psiquesoma”(178)[4]. En los sueños y en la imaginación funciona la represión; en el fantaseo la disociación[3].

La posición depresiva [5], cuando el niño mira al pasado, genera mundo interior, donde el niño se preocupa, desde su sí mismo, por su madre; hay experiencias de mutualidad hay una vida psicósomática. De otra manera, la depresión, con pensamientos que no ayudan al psique soma, pensamientos no desde la tristeza, no generan mundo interior, no hace membrana limítrofe somato-psíquica; son el cuerpo y sus funciones que intentan suplir funciones psíquicas, trastornando la apropiación del tiempo, utilizando la fantasía como defensa contra el mundo interior.

Uno de los logros de la creación y funcionamiento del mundo interior es la adquisición del yo como cuerpo; con la piel como membrana limítrofe yo y no-yo. Dicho de otra manera, el primer objeto, yo mismo. Del trazado entre “lo distinto de mí” y lo “parte de mí” , que hacen “mi” [6]. Y entonces, parafraseando a Aulagnier [7], si hay yo cuerpo, hay historia propia.

EN LA CONDICIÓN SALUDABLE: INTEGRACIÓN, PERSONALIZACIÓN Y REALIZACIÓN (RELACIÓN DE OBJETO).

Para adentrarnos en el problema de la personalización -desde el mundo interior-, lo trataremos con Winnicott, entre la integración y la relación de objeto.

Las experiencias de la pareja de crianza, madre-bebé, en el sostén, la manipulación y la presentación de objetos [2], van dando lugar, en la vida emocional del bebé, a la integración, a la personalización (residencia de la psique en el soma) y a la realización o comprensión de un mundo compartido, relación de objeto. Las experiencias ya no son sólo del ambiente, como en la integración, ahora, en la personalización, son experiencias del ello. Considerando que para Winnicott no hay ningún ello antes del yo; el inconsciente lo es sólo de la madre.

Cuando el funcionamiento de la mente, ante las fallas del ambiente ayuda a la residencia de la psique en el soma, entonces se experimenta una vida psicósomática; la posición depresiva va experimentando y construyendo un mundo interior.

¿DE QUÉ SE CREA EL MUNDO INTERIOR?

La complejidad de la posición depresiva va implicando, entre diferentes experiencias, por ejemplo:

1. La ilusión de ser él quien crea el pecho: creatividad primaria.
2. La experiencia de omnipotencia, diferente a la omnipotencia.
3. La sobrevivencia de los controles, madre ambiente (marco) y la sobrevivencia del objeto (madre objeto).
4. De las experiencias de integración cuando el bebe usa al padre como patrón de su propia integración al convertirse por momentos en una unidad.
5. Del sostén del gesto espontáneo.
6. Un mirar creador: mira al pasado; siente culpa; preocupación por el otro. Diferente a la depresión.
7. Experiencias de mutualidad donde se favorecen las identificaciones cruzadas.
9. El bebé va separando "lo distinto de mí" de lo que es "parte de mí", lo cual es imposible que suceda en forma independiente del establecimiento del "mí".
10. Funciona la piel como membrana limítrofe yo y no-yo (interior-exterior).
11. Un yo cuerpo (interior-exterior), diferente a lo que será el yo, adentro-afuera.

Si va funcionando un mundo interior, funciona el verdadero y el falso self. Se establece la posición depresiva, que favorece que cuando mira el rostro de la madre, se ve a sí mismo, "la madre lo mira y lo que ella parece se relaciona con lo que ve en él"(148)[8].

EL TRASTORNO PSICOSOMÁTICO.

En el trastorno psicosomático, como lo explica Winnicott, la mente funciona por su propia cuenta, en vez de favorecer la residencia de la psique en el soma; la mente funciona por su propia cuenta, como madre [9]. Ocurre la escisión de la organización del yo, en la membrana somatopsíquica.

Se puede agregar a la propuesta de la psicosomática de Winnicott, que cuando no funciona el mundo interior, el trastorno se manifiesta como materialidad en el cuerpo, en las funciones corporales, fallas en la temporalidad y el uso de la fantasía.

El siguiente esquema indica en línea horizontal la membrana somatopsíquica en la que son importantes los controles en un ambiente suficientemente predecible(bueno); y con la línea vertical la frontera del yo donde destaca el uso del objeto en tanto total (madre objeto). La privación de los controles (madre ambiente) correspondería a la clínica del mundo interior.

La membrana somatopsíquica:



Integración y Personalización

(la piel como membrana no-yo, mundo o realidad interior) (Interior-exterior). La fantasía.

El pensar(la mente) al llenarse de tristeza, hace psique-soma.

La frontera del yo:

Comprensión (primera posesión yo y no-yo (objeto transicional), realidad psíquica)

Tercera zona del experimentar (adentro-afuera) . La imaginación . Hacia la cultura.



LA PERSONALIZACIÓN Y LA PIEL COMO MEMBRANA LIMÍTROFE: LO DISTINTO DE MI.

La posición depresiva va permitiendo generar un mundo interior. Cabe destacar seis referentes de esta posición.

1. La posibilidad de mirar al pasado, sentir culpa y preocuparse por el objeto [10][11].
2. La posibilidad de deshacerse del objeto [12][13], y,
3. La capacidad de estar solo en la presencia del objeto [14].
4. Pensar sintiendo tristeza[15], a la vez que la psique reside en el soma (yo cuerpo)[9].
5. La apropiación de la temporalidad: pasado, presente, futuro [16].
6. El uso de la fantasía que aún no es imaginación.

Se puede plantear como paradoja, se preocupa por el objeto -en su totalidad- a la vez que es capaz de deshacerse de él, dejarlo caer. ¿Cómo es eso de poder deshacerse del objeto? Si el primer objeto, es el yo cuerpo, ¿como “lo distinto de mí” se separa de lo que es “parte de mí”? ¿Cómo el cuerpo, sus funciones, las excrecencias (orina, heces), las secreciones (lágrimas, sudor) van generando, piel de por medio, una membrana límite entre lo interior y lo exterior? ¿Qué implica sus fallas? ¿Cuándo lo no-yo era parte del yo? Por ejemplo, cuando en el caso de la paciente, que más adelante se verá, de “anatomía del odio” derrama por primera vez unas lágrimas durante el proceso del análisis, se levanta asustada y pregunta, ¿Las lágrimas dónde se van?

Por otra parte, Leonardo “ con el tiempo atorado”, en su fantasía, “en mi mente veía a Hela la diosa de la muerte nórdica”, que lo protege dentro del recuerdo a sus 6 años: “ me estaba queriendo fregar, no podía salir, sentí miedo, la figura[Hela] me impresionó. Haber estado afuera, alguien me lo hizo, ¡me tuve que orinar ahí!”.

Por su parte con el caso de Mariana, diagnosticada con TDAH a los 8 años de edad, ahora a sus 10 años la madre observa: “siempre huele mal, no se qué hace pero últimamente deja los calzones manchados de orines, ¿no la has olido?, no se por qué, pero aunque se bañe huele a orines”.

Sigmund Freud en Carácter y erotismo anal, 1908, escribe en idioma inglés, “Dirt is matter in the wrong place”, aquello del orden de las excrecencias (heces, orina), de las secreciones (sudor, lágrimas) es materia (narcisista) que no debiera ser desechado, ser no-yo[17].

Si la piel funciona, en el límite con lo no-yo, funciona la membrana psicosomática; es decir hay relación psicosomática, mundo interior.

Ruth con diagnóstico de artritis, explica, “Tener artritis es como tener tres brazos y el tercero se ve muy feo (una sonrisa siniestra)”. “ Si digo tengo artritis es como una viejita con manos de bruja; es una idea de las personas, no me ayuda”. Refiere su cuerpo acartonado, sus ojos secos:

“Desde que me enfermé no se quién me dijo que no podía enfermarme” “Nadie y todos. O tal vez fui yo misma. Pero si ya estoy en un punto que no aguanto. (Llorosa). No se me ha deshinchado. Es fácil sentir el dolor cuando lo veo. Mi mano izquierda no se puede doblar, la derecha hinchada, no la debía tener...Poco a poco se me empezaron a endurecer. Me deprime muchísimo. Todo el año fui a masajes terapéuticos, se embarazó y vino otra, me platicó que tiene una mamá sin brazo. Me platicó toda la historia. Una persona que le falta un brazo. Tiene lupus la mamá. Es una enfermedad autoinmune. Las enfermedades autoinmunes, no se sabe por qué, un día decide atacarse a sí mismo. Los anticuerpos atacan a las articulaciones. Es la versión contraria del sida. El sida es inmunodeficiencia humana. Yo tomo inmunosupresores por que me atacan. Es algo como el cáncer. El cuerpo daña partes del cuerpo”.

Es difícil no caer en la tentación de tantas explicaciones posibles con el caso de Ruth.

“Nadie y todos, o tal vez fui yo misma”, ¿interior-exterior? o ¿adentro-afuera?

“Es fácil sentir el dolor cuando lo veo” Acaso ¿el dolor que piensa no es el dolor que siente? Tal vez, ¿Un cuerpo afectado, sin deriva psique-soma, mente?

“No la debía tener”, ¿qué es lo que no tenía que tener? ¿su brazo hinchado? o ¿no debía tener el tercer brazo?

“Me deprime muchísimo”, depresión que no la coloca en una posición depresiva.

En relación al yo cuerpo, ¿Se trata de un cuerpo fragmentado, no integrado? o ¿de un cuerpo mutilado? Ella se pregunta: ¿ “la capacidad de disfrutar o la perdí o nunca la tuve; yo creo que la perdí”, entonces, ¿ se tratará de un cuerpo mutilado? ¿de algo que no ha acabado de caer?, ¿el tercer brazo?

“Yo sólo veía a mi mamá haciendo las maletas”. “De chica no te das cuenta de que las cosas no eran normales”. “A los 18 años yo estaba segura de que mi padre[adoptivo] no era todo lo que yo pensé; si él pudiera olvidarse de la cosas sería feliz. Mi papá es muy inteligente, pero se da cuenta de las cosas”. “Nunca he sentido mi cuerpo excitado, mas bien a manera de dolor en el pecho”.

Con Ruth llama la atención la capacidad de pensar y explicar los acontecimientos. Era un pensamiento no acompañado de tristeza, un pensamiento que no hacía cuerpo. Esta

forma de pensamiento, que no ayuda a la psique a hacer residencia en el cuerpo, lo encontramos en el caso de Ruth con artritis, en el de Leonardo “atorado en el tiempo” y en el de Ana, “anatomía del odio”. Un pensamiento sin la emoción.

¿Qué ve el bebé cuando mira el rostro de la madre? se ve a sí mismo “En otras palabras, la madre lo mira y lo que ella parece se relaciona con lo que ve en él. Pero hay niños que miran y no se ven a sí mismos” (148-149)[8]. Este, entonces no es un espejo. “Si el rostro de la madre no responde, un espejo será entonces algo que se mira, no algo dentro de lo cual se mira” (149) [8]. El mundo interior va implicando la creación del esquema corporal, del yo cuerpo; de aquí en adelante el bebé va llevando una vida psicósomática [11] .

Sigmund Freud, en 1920, refiere el hurto del cuerpo a la imagen, cuando su nieto de 18 meses de nacido, le comunicó a su madre que él, el bebé, desapareció. En la segunda observación lo explica como sigue:

Un día que la madre había estado ausente muchas horas, fue saludada a su regreso con esta comunicación: “¡Bebé! ¿o-o-o-o?”; primero esto resultó incomprendible, pero pronto se pudo comprobar que durante esa larga soledad el niño había encontrado un medio para hacerse desaparecer a sí mismo. Descubrió su imagen en el espejo del vestuario, que llegaba casi hasta el suelo y luego le hurtó el cuerpo de manera tal que la imagen del espejo “se fue”(15) [18].

En la observación anterior el bebé había estado jugando con un carretel de madera atado con un piolín, aparecer-desaparecer (fort-da).

Sigmund Freud, en 1908, explica el elevamiento del cuerpo erógeno. El elevamiento de la imagen del cuerpo erógeno, que busca “borrar la memoria de su quehacer autoerótico, elevando sus huellas mnémicas al estadio del amor de objeto; o sea como un genuino historiógrafo[19], procura contemplar el pasado a la luz del presente.

La médica y psicoanalista, Françoise Dolto, estudia el cuerpo en su posibilidad de olvidarlo. Propone la imagen como esa ausencia instantánea de la percepción sensorial [20]. La desaparición, efímera, de lo que era sentirse en su cuerpo; efímera liberación de su tensión de ser. Esa conciencia ligada a un cuerpo olvidado por un momento y aligerado de su peso[20].

En 1963 Winnicott, en “El miedo al derrumbe” explica que cuando la madre cumple la función de yo auxiliar, el bebé aún no ha separado “lo distinto de mí” de lo que es “parte de mí”, lo cual es imposible que suceda en forma independiente del establecimiento del

“mí”[4]. No hay ningún ello antes del yo; la personalización implica experiencias del ello; hace referencia a cuando todo marcha y “la persona del bebé empieza a estar vinculada con el cuerpo y las funciones corporales, con la piel como membrana limitadora” (78)[2]. De otra manera explica la personalización: “Me es devuelta (como un rostro visto en un espejo) la prueba que necesito de que he sido reconocido como un ser” (80)[2].

“El self se halla naturalmente ubicado en el cuerpo, pero en ciertas circunstancias puede disociarse del cuerpo, o el cuerpo de él. Esencialmente, el self se reconoce a sí mismo en los ojos y la expresión del rostro de la madre, y en el espejo que puede llegar a representar al rostro de la madre. A la larga, el self llega a establecer una relación significativa entre el niño y la suma de identificaciones(luego de una suficiente incorporación e introyección de representaciones mentales) se organiza en la forma de una realidad psíquica interna viva”(322-323)[21].

Para pensar el problema de la piel como membrana límite Aristóteles en “Acerca del alma”, al tratar sobre lo sensible, escribe sobre el oído -el sonido en general, la voz en particular- del olor y del olfato, del gusto y su objeto propio el sabor. El vacío es el agente principal del oír. “No todo lo que se ve es visible a la luz” (419 a 5 192) [22]. Por su parte, el órgano del tacto es interno; “ lo que el aire y el agua son respecto de la vista y el olfato, eso mismo parece ser la carne y la lengua(respecto del tacto y del gusto)” (423 b 15-20 209) [22]; “los objetos situados directamente sobre la carne se perciben, luego la carne es únicamente un medio para el sentido del tacto” (423 b 20-25 209) [22]. “Tangibles son, pues, las diferencias del cuerpo en tanto cuerpo. Y llamo diferencias a las que definen a los elementos: caliente y frío, seco y húmedo”, (423 b 25-30 209) [22]. En el caso del tacto el órgano no ha de ser ni seco ni húmedo; el tacto tiene por objeto lo tangible y lo intangible; los excesos en las cualidades tangibles ocurre con los cuerpos destructores; “los excesos de los sensibles destruyen los órganos de la sensación” (424 a 30 211)[22].

Observa: “percibir sensitivamente es, en efecto, sufrir una cierta afección, y de ahí que el agente haga que esta parte -que está en potencia- sea tal cual él mismo es en acto” (424 a 210)[22]. Se puede proponer que se trata de un cuerpo afectado: “La visión se produce cuando el órgano sensorial padece una cierta afección” (419 a 15-20 193) [22].

Aristóteles refiere: “sin embrago [el hombre] es capaz de percibir por medio del tacto con mucha más precisión que el resto de los animales. Y de ahí que sea el más inteligente de los animales” (421 a 20-25 201) [22].

Para Aristóteles, los causantes del movimiento son el deseo y el intelecto, siendo la imaginación un tipo de intelección, esto en el movimiento local. Distingue intelecto teórico, del intelecto práctico “aparecen como causantes del movimiento los dos: el deseo y el pensamiento práctico: efectivamente, el objeto deseable mueve y también mueve el pensamiento precisamente porque su principio es el objeto deseable. Y del mismo modo, la imaginación cuando mueve, no mueve sin deseo”, (433 a 20 246 -247)[22]. Mover por volición, mover por deseo. Distingue potencia y acción. “La potencia motriz del alma es lo que se llama deseo” (433 b 247) [22].

Con la percepción del tiempo puede ocurrir que: “el intelecto manda resistir ateniéndose al futuro, pero el apetito se atiende a lo inmediato; y es que el placer inmediato aparece como placer absoluto y bien absoluto porque se pierde de vista el futuro” (433 b 5-10 247) [22].

La imaginación será un movimiento producido por la sensación en acto. Hay dos formas de la imaginación a) racional y b) sensible. Las “ imágenes perduran y son semejantes a las sensaciones” (429a 5 229) [22]. “En vez de sensaciones, el alma discursiva, utiliza imágenes” (431a 15 239)[[22].

1. CASO TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN. UNA DEPRESIÓN PARADOS[23].

Mariana fue llevada a la consulta por Déficit de Atención. Un caso de una investigación del Doctorado en Investigación Psicoanalítica del CiES [24]. Silvia, la madre, explica a la terapeuta, cómo ellas dos se llevan mal. Ahora a los 10 años de edad, Mariana vive en una lentificación que desespera particularmente a la madre y en la escuela, cuando se tarda tantas horas en hacer la tarea, en ocasiones hasta la una de la madrugada.

La madre sospecha de un cierto olor, le inquieta que la huele a orines. De la enuresis la habían medicado, pero al no ver resultados la madre la levantaba por las noches quedando resuelto este problema a los 8 años de edad. La madre explica: “ siempre huele mal, no se qué hace pero últimamente deja los calzones manchados de orines, ¿no la has olido?, no se por qué, pero aunque se bañe huele a orines”.

Recién nacida, estando en la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales), un gesto de Mariana, su hija, ella lo interpreta como desprecio. Este desprecio refiere al de su madre al nacer ella misma; le confiesa a la terapeuta el siguiente momento de intimidad: “Soy la menopausia de mi mamá, mi madre le dijo a mi padre que ya estaba cansada (de tantos hijos) y que ahora le tocaba a él hacerse cargo de mi”. En “el

desprecio” de la bebé Mariana está el desprecio de la abuela. Esta comunicación es desde otro lugar, no de ella como madre, sino ahora, ella como bebé. Cada gesto de la bebé que Silvia siente como desprecio la coloca ante el desprecio de su propia madre.

Si el bebé es capaz, no solo de agarrar un objeto y metérselo a la boca, sino además dejarlo caer deliberadamente [25], comprende que tiene un interior como también da por sentado que la madre posee un interior; empieza a preocuparse por su madre[10]. En el caso de Mariana suponemos que no se ha creado el mundo interior que permite colocar lo no-yo, “lo parte de mi”, “fuera de mi”, marcando un interior y un exterior.

Encontramos que mas que “llevarse mal” Mariana y su madre, lo que indica una formación en lo contrario, se encuentran en una experiencia de mutualidad, en un tiempo pasado perdido y congelado, en una depresión (melancolía) por el grandor de lo perdido. Dos en busca del tiempo perdido. Una historia para dos. Mariana es la historia de la madre.

2. CASO RUTH. TENER ARTRITIS ES COMO TENER TRES BRAZOS, UNO ES FEO.

Ruth asiste a la primera consulta contando con 23 años de edad. Le han diagnosticado artritis degenerativa. Refiere que tiene cosas que ella creía que si las tenía era [no dice sería] feliz, como es haber estudiado la carrera de cine, que es lo que le gusta: sacar fotografías, filmar películas, cortometrajes. Viene porque su mamá le dijo; a pesar, por ejemplo, de que refiere que esta triste todo el tiempo, “encuentro una indiferencia en venir al tratamiento”.

Ella trabaja en una compañía creando videos, refiere:

Me he sentido peor. El sábado vinieron mis papas y mi hermana a ver un trabajo mío, un documental sobre la vida de una prostituta. Lo hice hace mucho tiempo (más de un año) y quedó bien; la mayoría de las cosas que hago quedan bien, me asombro de que pasen esas cosas y yo no esté bien.

Yo nací triste, o no se si mi mamá lo dice: como José[su padre biológico] me abandonó estando embarazada de mi; yo de chica, nunca lloré; nunca quise tomar pecho, estaba traumada. Mi mamá sentía que estaba enojada con ella. Mi vida sexual triste, si no patética.

Habla de su padre adoptivo quien, “ siempre se ha sentido un fracasado”.

Llama la atención la confusión de pronombres. No dice: como José me abandonó estando embarazada de ti, sino “como José [su esposo] me abandonó estando embarazada de mi”.

Mi mamá sentía que estaba enojada con ella. ¿Esta madre que recuerda siempre haciendo maletas, quién se encontraba siempre enojada con ella? ¿Ese enojo que proyecta en su hija Ruth, ¿a quién, de otra generación, le pertenece?

2.a) La transferencia y el horror al mirar su mano.

Cuando en una sesión flexiona su brazo derecho y lo mira, miro su cara de horror.

Un momento siniestro.

¿Acaso el brazo es ese tercero feo de cuando explica “ tener artritis es como tener tres brazos, uno es feo”? ¿Ese brazo que no acaba de caer?

¿Una falla psíquica, como la falta de mundo interior, no le permite “mirarse mirando”?

¿Sólo lo que entra por el ojo de la cámara, como la vida de la prostituta, es posible de sostener una excitación? ¿Si no entra por el ojo de la cámara es del orden de lo siniestro?

¿ella es ahí en el ojo de la cámara? Como el psicótico que ama a su delirio como a su sí mismo ¿ Su self materializado en el ojo de la cámara, donde mira sin ser mirada, y tres manos, una de las cuales es fea y no termina de caer?

2.b) Cuando en la transferencia, “Nunca había extraviado un día de mi vida”.

Siento que pasaron muchos días. La vez pasada no vine[si vino]. Me quedé con la sensación de que falté la vez pasada. Hasta me sentí bien mal de haber faltado. Me empezaron a doler los ojos. Estoy cansada de eso. Decidí dormirme. Me dormí a las seis y tuve insomnio. Me quedé con la sensación de que no vine. Yo juro haber faltado. Como si algo raro estuviera pasando en mi mente.

Le pregunto al respecto de eso raro en su mente, a lo que responde: “tengo cortometraje y tengo mucha presión. El asistente Marcos confía en mi. En el rodaje si algo sale mal es mi culpa (una risa siniestra). Me estresa una responsabilidad tan grande. Si algo sale mal a nadie se le olvida el nombre. Sí se hacer cosas”.

Le vuelvo a preguntar sobre eso raro que esta pasando en su mente.

Ahora la sorpresa de que nunca había extraviado un día, ha de ser de lo insegura que soy. Mi papá es muy inteligente pero se da cuenta de las cosas. Si el pudiera olvidarse de las cosas sería más feliz. Fui el fin de semana y me da tristeza verlo.

Continúa relatando sobre su padre y refiere: mi padre no acaba nada.

Puso el piso de mi cuarto y le faltan dos cuadros. Hizo la cocina integral y no le puso puertas. Tiene muchos proyectos y no los hace. Paola[una amiga], a quien se acaba de morir su padre y con quien me la pase platicando el fin de semana, me dice: no importa sus defectos de tu padre son suyos no tuyos.

Le repaso sobre lo que refiere de su padre, a lo que responde que se dio cuenta entre los 14 años, antes de salir de la secundaria.

A los 18 ya estaba segura de que mi papá no era todo lo que yo pensé. Era triste, en ocupación del padre anotar: ninguna (una risa siniestra). Para entrar a la universidad puse: atleta triatlón; es la única vez que puse la verdad. Antes ponía lo que estudió. Me molesta, no que exista como tal, sino que exista como es. Esa misma experiencia, esa sensación de nervios fue con un muchacho Oscar del que me había enamorado; a mí me gustaba, yo a él no; no entiendo por qué no me deja de gustar". "Si digo tengo artritis es como una viejita con manos de bruja. Hay algo mal en mí. Nunca tuve la certeza de qué era; pero si no lograba los objetivos es porque tenía algo de más o algo de menos. Tener artritis es como tener tres brazos y el tercero se ve muy feo, (se ríe)". Llorosa refiere: "pienso que no le echo ganas porque no veo futuro". Refiere que de niña soñó un coche deportivo rojo super arreglado y su papá se quedaba, "el coche se iba y mi papa se quedaba".

Asocia: "debió ser importante porque lo recuerdo claramente. Me acuerdo de ese detalle, como si fuéramos a algo bueno. Ese coche lo vendió mi papá como hace 10 años; si me acuerdo de ese coche porque yo conocí a mi papá biológico en ese coche. Mi papá biológico se lo regaló" a su padre adoptivo. Después de un silencio, suspira, se cruza de brazos y comenta: "a todos nos iba bien". Luego vuelve hacia el padre que hablan con él pero no de las cosas malas. "Es que mi papá no crece; todo se lo decimos a mi mamá, mi papá no entiende o te ataca".

Cabe la duda si en las asociaciones cuando se pregunta: "no entiendo por qué no me deja de gustar" , ¿no le deja de gustar? o ¿no puede dejar de pensar en él?

Entonces la madre enojada con ella siendo niña y los caminos hacia el padre siempre obstruidos. El padre biológico un hombre agresivo que no sabe cómo no lo metieron a la cárcel y en su padre adoptivo uno que " siempre se ha sentido un fracasado" y al que ella dice parecerse. En este contexto, ella se mueve entre todo o nada; " tenía algo de más o algo de menos".

2.c) Todo o nada.

"Tengo estas crisis de ansiedad como si fuera bulímica o anoréxica. Cuando lo de los ojos exploté, desarrollé una fascinación por los pasteles de Starbucks y sentía como que estuviera haciendo algo malo, me podían descubrir".

Al preguntarle qué pasaría me responde:

“Me llevarían a emergencias porque creen que algo muy malo me va a pasar cuando tengo una crisis. Hubo días que no me podía parar. Nadie me ve como una persona banal que me importe cómo me veo. Mi papa me fastidió mucho desde hace como 6 años que pesaba 15 kilos más”. De ahí habla de su hermana que estuvo a punto de ser bailarina profesional pero lo dejó(se ríe) y subió mucho de peso. “Yo lo vi como rebeldía”. Continúa relatando. “Nosotros no tenemos una religión. Mi hermana se casó por la iglesia, se casó por la razón de que subió de peso. Mi hermana creció con resentimiento de cosas. Un día (siendo una niña como de tres años) desapareció mi papá José y mi mama fingió. “Cambiaron a una persona, cambiaron a mi papa y fingieron que no había pasado nada”. Continúa relatando sobre su madre que se embarazó a los 23 años y ahora se arrepiente. De repente ya no juzgábamos a nuestra mama, era nuestra heroína. “Es como ver un programa de televisión y no te detienes en lo importante”.

3. CASO ANATOMÍA DEL ODIO. LAS LÁGRIMAS DÓNDE SE VAN. LA SUDORACIÓN [26].

Ana con 33 años de edad destaca inicialmente durante el análisis las formaciones narcisistas como el desafío, la autoobservación, la desobjetalización del mundo que odia y la falta de referentes narcisistas que la llevan a la “pérdida de enfoque”. La madre no logra captar el gesto espontáneo de su hija. Los padres se encuentran coludidos ante las vivencias de terror siendo niña. Ella se hace cargo del odio de la madre hacia su propio padre (abuelo de Ana), entonces ella queda librada a las funciones fisiológicas, en un cuerpo predominantemente visible y sin mundo interior. La primera vez que llora asustada pregunta: “las lágrimas dónde se van”; suda de tal forma en sus manos que le da vergüenza darla al despedirse; el vómito jugó un papel llamativo durante la terapia. Por otra parte acostumbra comer compulsivamente, como ella explica: “hasta inmovilizarse” ¿cómo formas de limitar lo yo y no-yo? En su cuerpo hay 5 tatuajes, uno que hace referencia a su madre, otro a su abuelo materno, otro de una diosa. Finalmente se enamora, el olor de su novio la saca de la obsesión del nombre de este; llega a decir: “ya sé leer” y luego se va a vivir con él al extranjero. Destacamos la sesión cuando se le dificulta establecer un No.

Para mi sorpresa, transcurrían sesiones y sesiones donde se establecía una batalla dentro de ella misma para poder establecer un No ante las decisiones familiares. La viñeta de una sesión transcurría como sigue:

Me la estaba pasando muy bien el fin de semana cuando el sábado habló Carmina [su hermana mayor] y me dijo : “conseguimos un boleto para viajar a la boda de Sol [su hermana menor] . No me dejó decir no. Sol lo consiguió. Yo ya había dicho que no. No respetaron mi opinión. No pude dormir. Le quería marcar. No tenía crédito en mi celular. Ya después se me bajó. Me sentí querida. Yo a ti te había dicho.

A- Le repaso todo el proceso y análisis para decir no como ella me lo había ido compartiendo.

Me estresa que vaya la novia de mi papá. ` [Me sorprende que en vez de sostener su enojo por no respetar su “No” asocie hacia la persona que ocupa el lugar de su madre]. ¿Qué es lo que me gusta a mí? Creer mis creencias me hace estable. Yo tenía mis razones y ¿son válidas? Si dije que No es ¿cómo me hacen decir si? Un si que venía de afuera, no de adentro. Eso me hizo sentirme muy maleable. No me gusta sentirme así. No ser firme, o que no sostenga mi palabra. Me choca la gente. Cómo se puede mentir tan fácil. [A- Le pregunto de dónde]. De mi papá, te promete cosas que no cumple y Carmina y Rodrigo (su amigo con el que se droga con éxtasis, amigo de largo tiempo). Como que es muy fácil. No les puedo decir que no porque se enojan. Lo siento como una trampa. Esa necesidad de sostener un No. Mi hermana Carmina me ponía caldo de pollo y ¡yo soy vegetariana! Carmina me asfixia.

3.a) Todo o nada.

Si en la melancolía hay una cruel denigración de sí del yo (99)[27], Ana en una fantasía, a la que recurre con frecuencia, denigra, en este caso de una forma maníaca, el mundo que odia; en una apropiación del pensamiento que parece haber sobrevivido a la evacuación anal (¿“lo parte de mi” de lo “distinto de mi”?), asocia :

Lo que traigo hoy es de lo que guardo y no dejo salir. Es un odio hacia el ser humano. Me pego en el pie, en el otro pie.

Le pregunto- “¿Qué harías?”

¿Qué haría para mejorar la raza humana? Si me deshago de la gente o me quede sola. Dejaría a mi hermana Sol, mi perro y los niños. Me siento, ¡ soy mejor que todos! Pero me entra culpa .

Una culpa que no la coloca en la posición depresiva. Al finalizar esta sesión le da pena [¿vergüenza?] despedirse de mano puesto que la tiene sudada. Explica respecto a dar la mano sudada: “no me gusta embarrar, cómo aceptar mierda de la gente”.

Freud, S. refiere como característico de la melancolía, el que “tiene que haber existido, por un lado, una fuerte fijación en el objeto de amor y, por el otro y en contradicción a ello, una escasa resistencia de la investidura de objeto” (247)[27]. Como explica Abraham [28] una ambivalencia narcisista donde la destrucción del objeto implica la destrucción de algo de sí mismo. Es decir sus sentimientos de odio enormemente poderosos y su sí mismo como un monstruo de perversidad [27]. Con Winnicott se puede proponer como una depresión producto de la privación de los controles del ambiente que hace del mundo interior uno vulnerable, maleable.

4. CASO LEONARDO, FANTASÍA, EL ORINADO ANTE LA DIOSA.

Leonardo llega a consulta a sus 22 años de edad y me explica que tiene el tiempo atorado [29]. Decidió cambiarse de la preparatoria presencial, al sistema abierto, una idea que no resultó como él la pensaba; tiene problemas de sueño desde la secundaria, es decir, duerme mejor en el día, se duerme a las 3, 4 de la madrugada. Le quedan unas materias pendientes de la preparatoria; empezó a dejar pasar el tiempo, él tiene sus ideas de por qué no lo ha hecho, ideas que me irá explicando a lo largo del proceso analítico. “Lo que a mi me cuesta trabajo no es acomodar mis tiempos, no se por qué decidí dejarla, me da miedo tener que elegir”. Su mamá le dice que se concentra en las cosas que según él ha fracasado.

Se considera analítico, maduro, ha sido autodidacta. Mantiene todo el tiempo una forma de pensamiento, de autoobservación, ha elaborado sus propias teorías para explicar su aislamiento y en general sus conductas; cuenta con toda una teoría elaborada sobre su persona y sobre su vida. Es decir la mente en vez de ayudar en dar continuidad a la variabilidad psique-soma, se encuentra escindida, haciendo psique. En la segunda sesión quiere colocar una grabadora para después poder volver a escuchar la sesión cuando él lo decida; ¿la mente(grabadora) haciendo psique (terapia)?, y ¿el cuerpo dónde queda?

En la tercera sesión me dice que quiere empezar sabiendo todo y me explica todo lo que ha leído de psicoanálisis; le gusta leer, no hay límites, le ha interesado ir a esos límites. Siempre se ha sentido raro. Siente que los demás no lo comprenden y no le captan cosas.

En esta misma sesión me dice que el haber asistido al cine con sus papas en la semana y comenzar estos a discutir empezó a sentir corporalmente y no mentalmente. El con sus propios recursos había tratado de entender por qué se aisló terminando la secundaria. Como piezas de ajedrez, dice, son varias cosas, mi papá regresó a vivir a la casa, yo

empecé a irme a vivir con mi abuela, me separo y rompo con mi novia, decido hacer la preparatoria por mi cuenta. Ahora puede decir que tuvo depresión, en aquel entonces sólo que se encontraba agotado; se la pasaba viendo televisión y durmiendo. Un día de estos se sentía muy mal: “en mi mente veía a Hela la diosa de la muerte nórdica”. Entonces recuerda a sus seis años que se encontraba en casa de un amigo, salieron al patio y al fondo la figura de Hela grandota, no supo por dónde se metió: “me estaba queriendo fregar, no podía salir, sentí miedo, la figura me impresionó. *Haber estado afuera, alguien me lo hizo, ¡me tuve que orinar ahí!*”. En la sesión yo me pregunté si el haber sido arrojado por el amigo le ocasionaba tristeza o tal vez coraje y si el encontrarse orinado le generaba vergüenza, a lo que en el proceso de reactualización, que S. Freud llamaría reconstrucción, relata que las dos partes, la del final de la secundaria y la de los seis años, son como sueños que le pasaron de verdad. *El sentía que las imágenes tenían un poder por sí mismas.* Me explica:

no es sensación de miedo es una sensación de *materialidad pura*, como si te estuvieras desintegrando en parte.

En esta experiencia de Leonardo se trata de una fantasía que lo protege de su propio mundo interior. Dicho de otra manera, fantasía que hace mundo interior.

Cuando dimos por terminado el tratamiento, la madre estaba triste, me explica Leonardo, debido a que no fue ella la que lo pudo ayudar, ¿qué del inconsciente de la madre se atoraba en el síntoma del hijo?

CONCLUSIONES.

Los casos que pensamos como dificultad en el establecimiento o en el funcionamiento del mundo interior remiten, de alguna forma, a algo inconsciente de los padres. Una proyección de lo transgeneracional. Posiblemente en los casos de anatomía del odio y el del diagnóstico de artritis, con cuestiones de odio transgeneracional, y el de diagnóstico de TDAH y el de Leonardo con situaciones de pérdida que supondrían tristeza. El odio entendido como sobrevivencia explicado por Sigmund Freud en “Pulsiones y destinos de pulsión” [30], antes de la mezcla y desmezcla con el amor; se odia para sobrevivir. La transmisión transgeneracional no se da facilitando las identificaciones cruzadas, más bien se proyecta el problema emocional primitivo de una generación a otra, en uno de los hijos. Por ejemplo, cuando la madre de Mariana interpreta el gesto de su bebé de 3 meses de nacida como de rechazo; cuando la madre de Ruth sentía que su hija (Ruth) estaba

siempre enojada con ella, siendo una niña. Esa tristeza de la madre al terminar el análisis de Leonardo ¿cómo explicarla?

En los casos no se encuentra presente el padre en la mente de la madre. Dicho de otra manera el camino hacia el padre se encuentra de alguna manera o bien dificultado u obstaculizado. Con las palabras de Ruth, está implicado el olvido del nombre.

La alteración en el funcionamiento del mundo interior los coloca, a los cuatro casos presentados, en desventaja en cuanto a que no alcanzan el acceso a la cultura que proporciona el yo y no-yo del objeto transicional en la frontera del yo (adentro-afuera).

BIBLIOGRAFÍA

- [1] WINNICOTT, D.W. (1953). "Objetos transicionales y fenómenos transicionales". En: *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa, 1971.
- [2] WINNICOTT, D.W. (1962). "La integración del yo en el desarrollo del niño". En: *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós, 2009.
- [3] D.W. Winnicott, 1960, "Sueños, fantasía y vida", en *Realidad y juego, op. cit.*
- [4] D.W. Winnicott, (1935), "La defensa maníaca", en *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona: Espasa, 2012. Corresponde a una nota agregada en el año 1957.
- [5] WINNICOTT, D.W. (1956). "Fragmentos concernientes a algunas variedades de confusión clínica". En: *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- [6] WINNICOTT, D.W.(1963). "El miedo al derrumbe", en *Exploraciones psicoanalíticas I, op. cit.*
- [7] CASTORIADIS-AULAGNIER,P.(1975). La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado. Buenos Aires: Amorrortu, 2004.
- [8] WINNICOTT, D.W. (1967). "Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño", en *Realidad y juego, op. cit.*
- [9] WINNICOTT, D.W. (1949). "La mente y su relación con el psiquesoma". En: *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Espasa, 2012.
- [10] WINNICOTT, D.W. (1954) . "La posición depresiva". *La Naturaleza Humana*. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- [11] WINNICOTT, D.W. (1963). "El desarrollo de la capacidad de preocuparse por el otro". En: *Deprivación y delincuencia*. Buenos Aires: Paidós, 2008.

- [12] WINNICOTT, W. D., (1941). “La observación de niños en una situación fija”, en *Escritos de pediatría y psicoanálisis, op.cit.*
- [13] WINNICOTT, D.W. (1968). “El uso del objeto y la relación por medio de identificaciones”. En: *Realidad y juego, op. cit.*
- [14] WINNICOTT, D.W. (1958). “La capacidad para estar solo”, en *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional, op. cit.*
- [15] WINNICOTT, D.W. (1965). “Nuevos esclarecimientos sobre el pensar de los niños”, en *Exploraciones psicoanalíticas I, op.cit.*
- [16] WINNICOTT, D.W. (1961). “Notas sobre el factor tiempo”.Psikolibro. Consultado 10 de octubre 2019. Disponible en: <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/notatrat.htm>
- [17] FREUD, S. (1908), “Carácter y erotismo anal”. O. C. IX. Buenos Aires: Amorrortu, 1975.
- [18] FREUD, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. En: O. C. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu, 1975.
- [19] FREUD, S. (1909). A propósito de un caso de neurosis obsesiva (“el Hombre de las Ratas”). O. C. X. Buenos Aires: Amorrortu, 1975.
- [20] DOLTO, F. (1983). “ Personología e imagen del cuerpo”. En: *El juego del deseo*. México: Siglo XXI, 2009.
- [21] WINNICOTT, D.W. (1970). “Sobre las bases del self en el cuerpo”. En: *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós, 1993.
- [22] ARISTÓTELES. *Acerca del Alma*. Madrid: Gredos, 2008.
- [23] RABADÁN, F.C. Winnicott frente al desafío de hacer lazo social. Diseción de un desprecio. *Letra en Psicoanálisis, LeP, Vol. 4-2, julio-diciembre,2018.*
- [24] ESPARZA, E.M. (2015). Los síntomas del TDAH, solo la punta del iceberg. Clínica de lo negativo. Tesis doctorado: CiES.
- [25] WINNICOTT, D.W. (1945). “Desarrollo emocional primitivo”. En: *Escritos de pediatría y psicoanálisis, op.cit.*
- [26] RABADÁN, F.C. Anatomía del odio.A cuerpo abierto. Clínica Psicoanalítica de las adicciones. *Letra en Psicoanálisis, LeP, Vol. 1-1, julio-diciembre, 2015.*
- [27] FREUD,S. (1915, (1917). “Duelo y melancolía”. O. C., XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 1979.

[28] ABRAHAM, K. (1924). "Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales". En: *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Lumen: Hormé, 1994.

[29] RABADÁN, F.C. Psiquesoma y psique-mente. Letra en Psicoanálisis, LeP, Vol. 2-1, julio-diciembre, 2016.

[30] FREUD, S. (1915). "Pulsiones y destinos". O. C, XIV. *op.cit.*