PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **MARÍA CRISTINA VALENCIA CEPEDA, CI: 180439702-2**, autora del trabajo de graduación intitulado: **"LA CULPA MANIFESTADA EN CONDUCTAS AGRESIVAS EN LA ETAPA TERMINAL DE LA VIDA, ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA". Estudio realizado con pacientes hombres y mujeres de 30-50 años, en etapa terminal de cáncer atendidos en el Hospice San Camilo de la ciudad de Quito en el periodo mayo-junio 2013,** previa a la obtención del título profesional de **Psicóloga Clínica,** en la Facultad de **Psicología**

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, marzo 2014

MARÍA CRISTINA VALENCIA CEPEDA

CI: 180439702-2

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

LA CULPA MANIFESTADA EN CONDUCTAS AGRESIVAS EN LA ETAPA TERMINAL DE LA VIDA, ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA

Estudio realizado con pacientes hombres y mujeres de 30-50 años, en etapa terminal de cáncer atendidos en el Hospice San Camilo de la ciudad de Quito en el período mayo- junio de 2013

NOMBRE:
María Cristina Valencia Cepeda

DIRECTORA: Lic. Lidia Lew

Quito, 2014

AGRADECIMIENTO

"Gracias a la vida que me ha dado tanto,
me ha dado la risa y me ha dado el llanto…"

Gracias infinitas a mi papá Fabián, a mi mamá Silvia,a mi hermana Xime, a mi novio Gustavo.
Gracias por caminar junto a mí.

Gracias a Lidia Lew por guiar este camino.

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo

y amor incondicional.

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen ..... **VI**

Introducción **1**

CAPÍTULO I - LA CULPA **4**

1.1. La concepción totémica de la culpa 4

1.1.1. El totemismo. 5

1.1.2. El tabú: su naturaleza y la génesis de la conciencia moral. 6

1.1.3. El animismo, la superstición y la religión. 7

1.2. El sentimiento de culpa 10

1.2.1. Conflicto entre el Yo, Ello y Superyó. 10

1.2.2. Orígenes del sentimiento de culpa. 13

1.2.3. La lógica de la culpabilidad. 14

1.2.4. Expresiones del sentimiento de culpa. 16

1.3. Aportes al concepto de culpa desde la teoría kleniana 18

1.3.1. Fantasías inconscientes en la génesis de la culpa. 18

1.3.2. Culpa depresiva y culpa persecutoria. 20

1.3.3. Mecanismos de defensa contra la culpa 23

1.4. Las conductas agresivas y el sentimiento de culpa 26

1.4.1 Relación entre el sentimiento de culpa y el arrepentimiento. 26

1.4.2. La búsqueda de castigo y el autocastigo. 27

CAPITULO II - LA ETAPA TERMINAL DE LA VIDA **30**

2.1 Consideraciones del paciente en etapa terminal 30

2.1.1 Definición y características de la etapa terminal. 30

2.1.2 Reacciones, necesidades y temores del enfermo terminal. 32

2.1.3 Construcción psicosocial de los padecimientos del cuerpo. 39

2.2. Marco institucional de la terminalidad 42

2.2.1 Los cuidados paliativos. 42

2.2.2. El rol del psicólogo clínico en los cuidados paliativos. 45

CAPITULO III - CASOS CLÍNICOS **50**

3.1 Marco metodológico 50

3.2 Descripción del trabajo de investigación en la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos 51
3.3 Análisis de las entrevistas 54
3.3.1 Caso uno. 54
3.3.2 Caso dos. 57
3.4. Articulación con la teoría 62
CONCLUSIONES **70**
RECOMENDACIONES **73**
REFERENCIAS **74**
ANEXOS 76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N. 1 - Reacciones psicológicas y emocionales …….33
Tabla N. 2 - Operacionalización de la investigación…….……50

Resumen

La presente investigación se propone realizar una aproximación al concepto de la culpa, iniciando por los argumentos sociológicos propuestos por Freud, la concepción totémica, la naturaleza del tabú, la génesis de la conciencia moral, con el fin de articular estas nociones con la segunda tópica freudiana y determinar los orígenes de la culpa. Por tanto, se trata el sentimiento de culpa desde Freud, ampliado por los post-freudianos, entre otros los aportes de la teoría kleiniana, tanto las hipótesis acerca del origen, como los conceptos de culpa depresiva y culpa persecutoria. Este recorrido desde la culpa nos conduce a una derivación de la misma en las denominadas manifestaciones agresivas, que se expresan en la búsqueda de castigo y de autocastigo. Finalmente, la elaboración teórica servirá para considerarla en la población de pacientes hombres y mujeres de 30-50 años, en etapa terminal de cáncer atendidos por el Hospice San Camilo de la ciudad de Quito.

Palabras clave:

Culpabilidad, psicoanálisis, autocastigo, castigo, cáncer, etapa terminal.

Introducción

El ser humano ha ido construyendo diferentes discursos a lo largo del tiempo para enfrentar la realidad ineludible de la muerte. Los cambios discursivos marcan el trato y la mirada que se brinda a los enfermos terminales. Desde la antigüedad, la relación con los moribundos ha estado sellada por la impotencia y el fracaso, sobre todo del discurso médico, pues el mismo gira alrededor de la curación, y se enfrenta con sus límites ante la denominada terminalidad. En la actualidad, vislumbramos una sociedad que vela nuestra condición finita, que la niega como momento biográfico y natural. Advertimos, en contraste, con el avance de la medicina y la ciencia, que el desesperado intento de prolongación de la vida deja de lado la calidad de la misma; nos enfrentamos a la inexcusable deshumanización del *proceso de morir*.

Es en este contexto, en el que existen muchas personas que no encuentran un espacio digno para poder pasar sus últimos días y ser atendidos de manera sistémica y profesional, se inicia el acercamiento a la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (FECUPAL), apoyados en la iniciativa del movimiento *Hospice* y la noción de cuidados paliativos, lugar donde realicé mis prácticas pre-profesionales. La deshumanización como problema social, exige una contribución desde el rol del psicólogo, reconociendo un abordaje más humano para despertar la sensibilidad de los profesionales y familiares del entorno del paciente terminal; se considera que esta es la mayor utilidad que se puede proyectar a partir del presente trabajo.

La finitud nos remite a la falta, al vacío, a la falla, y a considerarla en el denominado sujeto del inconsciente. Hace ya más de un siglo que Freud nos enfrentó a los efectos del inconsciente y desde entonces nada es igual, tropezamos con ellos día a día y encontramos que nos afectan más de lo que creemos. La experiencia cotidiana impone cierta lógica a la culpabilidad, yendo más allá de la llamada conciencia de culpa; nos ubicamos en la paradoja de un sentimiento inconsciente, del cual sabemos, únicamente, a través de sus expresiones teñidas por la necesidad de castigo. La influencia poderosa que ejerce la culpa en esta oscilación sufrimiento/satisfacción, le otorga la importancia de tomarla como objeto de estudio dentro de la teoría psicoanalítica, de igual modo, la particularidad de la población enfrentada a la terminalidad y sus específicas manifestaciones agresivas, constituyen las razones por las cuales se procura en el presente estudio dar cabida a esta articulación de la teoría y la práctica.

Existen estudios que anteceden al presente, y nos remiten a la elaboración de autores consagrados como: Freud, Klein y Grinberg, que han abordado de diversas perspectivas el concepto de culpa; asimismo autores como Kübler-Ross, Pangrazzi y Bermejo que han trabajado las consideraciones del final de la vida. Todos estos aportes teóricos abren el camino para la argumentación del actual trabajo, no obstante, hasta el momento no se conocen de estudios que hayan ensamblado ambas nociones, por tanto esta es la particularidad que origina la presente elaboración y que está guiada por la siguiente pregunta: ¿Cómo se expresa la culpa a través de las manifestaciones agresivas en pacientes en etapa terminal de cáncer?.

La interrogante sobre la que se asienta la presente investigación persigue el objetivo general de: identificar el origen y las manifestaciones agresivas de la culpa desde la perspectiva psicoanalítica, en pacientes en etapa terminal de cáncer.Se inicia con el primer capítulo con el objetivo de: desarrollar el concepto de culpa y sus derivaciones: manifestaciones agresivas, castigo, autocastigo y sentimiento de culpabilidad. Consideramos en un inicio el origen de esta noción, recurriendo a cuestiones antropológicas propuestas por Freud (1991), hallamos en un primer momento la génesis de la culpa, en la denominada angustia frente a la autoridad; por otro lado, sobre la base de la segunda tópica freudiana, se concibe una segunda propuesta del origen, en la angustia frente al Superyó.

Por este camino se desarrollará el concepto de culpa y sus derivaciones, considerando la instancia superyoica y su relación implícita con la agresividad dependiente del instinto de muerte. Particular sobre el cual nos remitimos al papel masoquista del Yo y a las manifestaciones matizadas de agresividad, que no son más que la necesidad de castigo que revela el Yo al someterse a un Superyó sádico. Además, apoyados en la teoría kleniana, se amplía el recorrido con los conceptos de culpa depresiva y culpa persecutoria, la vinculación de cada una con el instinto de vida y de muerte respectivamente, y sus consecuentes derivaciones.

La existencia de tendencias destructivas que velan la culpa y que actúan en el sujeto de una manera significativa, nos lleva a reflexionar el tema en una población que se encuentra frente a la certeza de la finitud y se sitúa en un apremiante replanteamiento de valores. Sin duda, es una de las situaciones más difíciles que puede enfrentar un ser humano, se conjugan sufrimiento físico, psicológico y la seguridad de la muerte próxima. Por tanto, en un segundo momento nos enfocamos en la particularidad de la población a trabajar en la que se pretende:

revisar las consideraciones del paciente en etapa terminal de cáncer, sus reacciones, necesidades y la asistencia paliativa. El sujeto se enfrenta a un auto reconocimiento en el que percibirá aspectos negativos que acrecienten el sentimiento de fracaso, emergiendo la culpa de una u otra forma; y determinando de algún modo el funcionamiento psíquico, considerando lo anterior nos planteamos la articulación con la práctica clínica.

Este trabajo se ha propuesto escuchar las voces de los pacientes en etapa terminal, conocer sus reacciones, necesidades, asistencia y considerarlas desde el enfoque psicoanalítico, descubriendo detrás de su discurso los efectos del inconsciente y articulándolos con la elaboración teórica de la lógica de la culpabilidad. De modo que, el tercer capítulo persigue el objetivo de: analizar las entrevistas a los familiares, profesionales y pacientes en etapa terminal de cáncer. Entonces,nos encontramos en la tarea de identificar las manifestaciones agresivas en la población de pacientes en etapa terminal atendidos en el Hospice San Camilo de la ciudad de Quito en el periodo de mayo – junio del 2013, por medio del estudio de dichas entrevistas, las mismas están sustentadas por el recorrido teórico que se ha planteado y que gira alrededor de lo que se ha proyectado como *indicadores* de la culpa matizados por conductas agresivas como: irritabilidad, mal humor, agresividad, apatía y auto reproches.

De este modo se busca brindar otro tipo de escucha a estos sujetos que se enfrentan a una situación tan particular y contribuir a la comprensión de los mismos; acompañar a estas personas desde otra perspectiva, considerar que enfrentarse a esta labor implica reconocer nuestra propia falta, nuestra finitud, pero es por sobre todo una de las labores más valiosas que puede realizar un ser humano.

CAPÍTULO I

LA CULPA

1.1.La concepción totémica de la culpa

En Tótem y Tabú (1991), Freud considera la primitiva organización social a partir de las conjeturas de Darwin, Atkinson y Smith; explica el mito de la horda primitiva como un concepto operatorio, y no la descripción de una realidad empírica. De modo que, sobre la base de esta estructura mítica intenta entender la psicología de los pueblos primitivos y su correspondencia con la psicología del neurótico.

Inicia este análisis exponiendo que, en los albores de la historia humana, la sociedad se habría establecido en pequeñas hordas que estaban al mando de un jefe intransigente en el ejercicio del poder. Por supuesto, parte de su dominio se evidenciaba en la relación con las mujeres de la horda a quienes consideraba de su propiedad, hecho que, ciertamente, dejaba a los demás hombres fuera de este privilegio; fomentando en ellos la envidia y los celos, con graves consecuencias si intentaban desafiar el orden instituido por el jefe, el mítico padre de la horda primitiva.

Siguiendo el curso del mito, en determinado momento, los hermanos se asocian para matar al padre y devorarlo con el afán de abolir el despótico poder y recibir un poco de su fuerza; la intención de identificarse con él se manifiesta en la comida canibálica. Sin embargo, posteriormente, el mítico padre adquiere aún más poder, debido a los sentimientos de amor coexistentes con la envidia y los celos, surge entonces el remordimiento y el sentimiento de culpa derivados del asesinato. De modo que, gracias a la conciencia de culpa y del consiguiente temor a la represalia, se crea un pacto social entre hermanos, se renuncia a conquistar la posición del padre y la posesión de la madre. En definitiva, se edifica la primera organización social con la renuncia pulsional y devienen los tabúes fundamentales del totemismo y con esto la construcción de la moral humana.

1.1.1. El totemismo.

Considerando los estudios de las civilizaciones primitivas, Freud puntualiza algunas característcas del tótem:

> un animal comestible, ora inofensivo, ora peligroso y temido, y más raramente una planta o una fuerza natural (lluvia, agua) que mantienen un vínculo particular con la estirpe entera. El tótem es en primer lugar un antepasado de la estirpe, pero además es su guardián y auxiliador que le envía oráculos; aún cuando sea peligroso, conoce a sus hijos y es benévolo con ellos. (Freud,1991:12)

El tótem establece un linaje, es transmitido hereditariamente, ya sea por línea paterna como *materna.*En la horda primitiva se puso en evidencia, luego del asesinato del padre, la correspondencia entre sentimientos de odio y de amor, enfrentándose los hijos al consiguiente sentimiento de culpa, de ahí que "el padre fue sustituido por un fuerte y temible animal que constituyó el Tótem y al que transfirieron la ambivalencia de sentimientos que habían experimentado hacia aquél." (Grinberg,1963:22). Desde la conciencia de culpa y como un intento de sosegarla, se edifica la religión totemista con sus dos prohibiciones: no matar al animal totémico y la prohibición del incesto.

Las prohibiciones poseen una finalidad práctica, no matar al animal tótem anula la posibilidad de una nueva rebelión, de que otro macho ocupe el lugar del padre y entonces se de un nuevo asesinato. La prohibición del incesto revela su propósito al considerar la rivalidad fraterna siempre presente, por lo que, "todos al mismo tiempo renuncian a las mujeres por ellos anheladas y por causa de las cuales, sobre todo, habían eliminado al padre." (Freud,1991:146); entonces, la exogamia totémica refuerza la interdicción del incesto. "Los sentimientos sociales fraternos sobre los cuales descansa la gran subversión conserva a partir de entonces y por mucho tiempo el influjo más hondo sobre el desarrollo de la sociedad."(Freud,1991:14). De modo que, el totemismo se instaura como un sistema a la vez religioso y social; religioso, pues más allá del aspecto ceremonial, promulga principios de relación, respeto mutuo y consideración y social, debido a que establece obligaciones entre los miembros del mismo tótem.

A partir de la premisa de que el animal totémico es, en realidad, una sustitución del padre, se armoniza la contradicción de que estando prohibida su muerte, se celebre como una

fiesta su sacrificio y que después de matarlo se lamente y llore su muerte. La antes denominada comida canibálica se transforma en el banquete totémico en el que, pese al castigo, se da libre curso a los instintos, una especie de ceremoniosa violación de la prohibición. Incluso este lamento posterior es "arrancado por el miedo a una amenazadora represalia, ese duelo sigue el más ruidoso júbilo festivo, el desencadenamiento de todas las pulsiones y la licencia de todas las satisfacciones."(Freud, 1991:142).

1.1.2. El tabú: su naturaleza y la génesis de la conciencia moral.

Tabú, de raíz polinesia, establece "por un lado "sagrado" y por otro "impuro, prohibido, peligroso"." (Grinberg, 1963:30). Entonces, se puede decir que las prohibiciones van de la mano del tabú, de lo prohibido, Freud lo describe como:

> una serie de limitaciones a que estos pueblos primitivos se someten; esto o aquello se prohíbe, no sabemos por qué, y ni se les ocurre preguntarlo, sino que se someten a ello como una cosa obvia, convencidos de que una violación se castigaría sola con la máxima severidad. (Freud, 1991:30).

En efecto, en el mito de la horda primitiva, tras consumar el asesinato, surge una autoridad aún mayor que la que había conquistado el padre en vida, apuntalándose en el sentimiento de culpa y en el aplastante temor al castigo se imponen ciertas renuncias de orden pulsional, surgen las prohibiciones que devienen "los dos tabús principales del totemismo: el parricidio y el incesto." (Grinberg, 1963:22). Se puede decir que estas antiquísimas interdicciones, "brotan allí donde nacen las pulsiones más primitivas y al mismo tiempo más duraderas del hombre." (Freud, 1991:32), pero provocan, de algún modo, a la tentación. De hecho, el placer de transgredir el tabú permanece inconscientemente, y la obediencia al tabú soporta la ambivalencia: la tentación y el temor.

Sobre la base de los aportes freudianos se aclara la relación entre las interdicciones que acatamos y las antiguas prohibiones tabú: "las prohibiciones a que nosotros mismos obedecemos, estatuidas por la moral y las costumbres, posiblemente tengan un parentesco esencial con este tabú primitivo, y que si esclareciéramos el tabú acaso arrojaríamos luz sobre el oscuro origen de nuestro propio «imperativo categórico»." (Freud, 1991: 31).

Quizá, la aproximación a la clínica de la neurosis obsesiva parece coincidir en ciertos puntos con las prohibiciones totémicas, como: “el carácter inmotivado de los mandamientos, su reafirmación por constreñimiento interno, su desplazabilidad, el peligro de contagio por lo prohibido y la causación de acciones ceremoniales.” (Freud, 1991: 36). La semejanza mencionada por Freud va más allá y compara los dos tabús principales con los dos crímenes simbólicos del complejo de Edipo, matar al padre y casarse con la madre, hecho que no hace más que demostrar la vigencia en las fantasías inconscientes.

Surge una identidad esencial entre la prohibición del tabú y la prohibición moral, Freud menciona que “la conciencia moral del tabú es probablemente la forma más antigua en que hallamos el fenómeno de la conciencia moral.” (Freud, 1991: 73). El tabú sería entonces el antecedente de la conciencia moral, pues bajo esta percepción interior que niega, de algún modo, las mociones de deseo existentes en cada uno de nosotros, deviene el juicio adverso si es consumada la prohibición. Similar carácter presenta la conducta de los salvajes ante la violación de la prohibición tabú, pues sobreviene la amonestación y un importante sentimiento de culpa.

1.1.3. El animismo, la superstición y la religión.

Según Grinberg (1963), a lo largo del tiempo la humanidad ha conocido tres grandes cosmovisiones: la animista, la religiosa y la científica. De modo que, los seres humanos buscan siempre una forma de explicar el universo, partiendo de esa búsqueda se edifica un sistema intelectual que permite entender el mundo como una totalidad. “Los primitivos concebían el mundo o la naturaleza como poblada de seres espirituales, benéficos o maléficos, a los que atribuían la causa de todos los fenómenos naturales; creían animado hasta el reino mineral.” (Grinberg, 1963: 33).

La fuente del animismo radicaría en la incapacidad del hombre primitivo para hacer frente a los elementos de la naturaleza, pues les parecían extraños y misteriosos; la personificación de estos elementos sirvió para poder asimilarlos. Además de ser una teoría para interpretar el mundo también servía para dominarlo, de aquí que las técnicas usadas para controlar lo desconocido eran la hechicería y la magia. Se podrían precisar dos tipos de magia,

la positiva y la negativa; la positiva menciona: “Haz esto para que acontezca esto otro” y la negativa o tabú, sentencia: “No hagas esto para que no suceda esto otro.”(Grinberg, 1963: 32).

Estas creencias encuentran un paralelismo en la vida psíquica, Freud (1991) toma como ejemplo, el valor mágico que el neurótico le atribuye a la fuerza de sus pensamientos y fantasías omnipotentes para la consecución del deseo, lo denomina *omnipotencia de las ideas*; con su raíz en la magia cree influir sobre los objetos y los fenómenos del mundo. Este poder intelectual donde el hombre se siente omnipotente, “corresponde a un producto del psiquismo inconsciente que abarca todas las manifestaciones del yo a partir de los momentos más regresivos del mismo.” (Grinberg,1963: 34), posteriormente, esta omnipotencia se la puede proyectar ya sea en Dios, en la razón científica o en algún otro poder.

El animismo y la magia subsisten en la superstición como efecto de la omnipotencia de los pensamientos: “se basa en impulsos hostiles reprimidos, y se manifestará como el temor a una desgracia futura, que no representa otra cosa que el temor al castigo por esta “maldad” inconsciente reprochada.” (Grinberg,1963: 40), por supuesto, el origen inconsciente es desconocido por la persona supersticiosa.

La religión totemista surgió de la conciencia de culpa de los hijos varones tras el asesinato del padre, y la obediencia a posteriori.A partir de esto, se menciona que:

> Todas las religiones posteriores demuestran ser unos ensayos de solucionar el mismo problema, que varían según el estado cultural en que se emprenden y los caminos que se escogen; pero todos ellos son reacciones de igual meta ante el mismo gran episodio con que se inició la cultura y que desde entonces no dio reposo a la humanidad. (Freud, 1991: 146)

Se estableció la correspondencia del padre de la horda primitiva con el tótem, y revela símiles características superyoicas con las religiones posteriores. Así como en el totemismo se establecían ciertas interdicciones y su incumplimiento conducía al temor y la culpa, en las religiones posteriores se prolonga el concepto del pecado, que se origina tras no haber cumplido con los mandamientos divinos y el consecuente sentimiento de culpa.

Para comprender la génesis del pecado, nos remitimos a la impureza y la mancha, las cuales, consistirían en la representación de un "algo", un poder real que “infecta y contamina” por contacto. (Ricoeur,1969).De modo que,la mancha constituía desde el principio una impureza simbólica y su estructura podemos encontrarla en las prácticas purificatorias. El amplio simbolismo que contiene el pecado, nos conduce a esta denominada impureza, de

hecho, se puede decir que en el fondo de todos nuestros sentimientos, pensamientos y actos con relación a la culpa late el miedo a lo impuro.

Además de las nociones de “falta, infracción, desviación, rebelión, extravío” (Ricoeur, 1969: 330),con los que se distingue al pecado, también designa “una relación lesionada”. Se nos revela, entonces según Ricoeur, la denominada alianza entre Dios y el hombre, atravesada por la prohibición.

Ahora bien, cuáles son los requerimientos que se precisan en la religión para aplacar la culpa y satisfacer las exigencias del padre, cómo se logra cuando las exigencias parecen inalcanzables, “¿habrá que decir que esa mesura infinita, mejor dicho, que esa desmesurada perfección, que esa inconmesurabilidad ética producen una verdadera “impotencia” humana, una “miseria” que enajena al hombre frente a ese Otro que se sitúa en la posición absolutamente inaccesible?”. (Ricoeur, 1969: 310). El pecador se aleja de Dios, y se enfrenta a la angustia de la pérdida del vínculo con Él. Entonces esa exigencia infinita es la que condena al hombre a la culpa, lo enfrenta a la mirada todopoderosa que lo despoja de su subjetividad porque ahora esa mirada constituye la *verdad* de la situación del pecador, esa mirada, establece el *deber-ser*para el hombre.

Sin embargo, recordemos que en la horda primitiva el crimen no fue individual, de modo que ahora el pecado tampoco lo es, la comunidad se adjudica la responsabilidad del crimen y comparte la culpa. La etiología del pecado tiene, entonces, una recriminación colectiva, *nosotros pobres pecadores*; nos transporta al mito de Adán, a partir del cual la especie humana se encuentra unida ante Dios por los lazos de la culpa del pecado original.(Ricoeur,1969). De hecho, “según los teólogos, el origen del sentimiento de culpa yace en el “pecado original”.”(Grinberg, 1963: 27). Posteriormente, esta conciencia del pecado se interioriza y personaliza, dando lugar a la culpabilidad, entonces la imputación va más allá de la mirada todopoderosa, ahora “el sentimiento de culpabilidad coincidirá exactamente con la conciencia que el culpable tenga de sí mismo, y no se distinguirá del aspecto subjetivo de la culpa.”(Ricoeur, 1969: 341).

El simbolismo del pecado esta entramado con el de la redención, es imposible comprender el uno sin el otro, “la amenaza es pues, inseparable de un “sin embargo”, de una reconciliación que siempre es posible y que termina en hacerse promesa.” (Ricoeur, 1969: 324); el pecado expresa la pérdida de un vínculo, que se corresponde con la redención. Por

tanto, el sufrimiento inherente al pecado es la causa de la confesión y del perdón; “el efecto psicológico de la confesión se hace más comprensible cuando reconocemos en ella una repetición del crimen, realizada con palabras. Con esta repetición se logra una especie de anulación del hecho en un sentido mágico.” (Grinberg, 1963: 38). Vislumbrar como posible el perdón incorpora el simbolismo de la purificación, y si el perdón es una acción reservada a Dios, la expiación es la acción del hombre para lograrlo; de ahí, que los múltiples rituales de expiación y sacrificio sean tomados como parte de la liberación del pecado.

Bajo estas cosmovisiones se ha ido forjando a través del tiempo el discurso de lo que ahora denominamos sentimiento de culpa que nos proponemos analizar a continuación.

1.2. El sentimiento de culpa

El sentimiento de culpa es un concepto psicoanalítico con un sentido muy amplio; para entender su génesis y su naturaleza es necesario realizar un acercamiento a los aportes freudianos. En su primera tópica Freud propone una descripción topográfica de la psiquis con los conceptos de consciente, preconsciente e inconsciente, y completa la estructura del psiquismo presentando al Ello, Yo y Superyó como los elementos o instancias, en la denominada segunda tópica; sobre la base de estos aportes se pretende dilucidar la noción de culpa a través del conflicto entre las instancias, el cuál se especifica a continuación. .

1.2.1. Conflicto entre el Yo, Ello y Superyó.

En 1920, Freud plantea la segunda teoría del aparato psíquico, en su hipótesis estructural presenta tres instancias: el Yo, el Ello y el Superyó. El Yo, es considerado la instancia central y mediadora dentro del aparato psíquico, abierta a la realidad exterior. En cuanto a su origen, adopta dos caminos relativamente heterogéneos, el primero explica su emergencia de forma evolutiva, como una instancia adaptativa diferenciada del Ello gracias al contacto con la realidad; y de manera estructural como el resultado de la suma de identificaciones. Freud menciona que: “el carácter del Yo es una sedimentación de las investiduras de objeto resignadas, contiene la historia de las elecciones de objeto.” (Freud, 1990b: 29). Desde el punto de vista tópico, el Yo se encuentra en una relación de dependencia,

“se enriquece de las experiencias externas de la vida que él trata de someter, toma la libido del Ello y transforma las investiduras de objeto del Ello en conformaciones del Yo”. (Freud, 1990b: 56).

De modo que el Yo, actúa como intermediario entre: la realidad externa, el Ello y el Superyó. Al ser el Yo la instancia de la cual depende la consciencia y el control sobre los procesos psíquicos, es ineludible que ponga en marcha ciertos procesos defensivos para realizar su función, Grinberg menciona que:

> […] existen procesos dotados de una tremenda energía que, sin llegar a ser registrados conscientemente por el individuo, pueden llegar a producir diversas y muy serias consecuencias en su vida. Lo que se opone a que las representaciones de tales procesos se hagan conscientes es otro tipo de energía o fuerza represiva proveniente de lo que se ha denominado Yo. (Grinberg, 1963: 50).

Además de la represión, el Yo usa desde sus comienzos dos mecanismos importantes como son la proyección y la introyección, considerando los impulsos orales primitivos se podría explicar de este modo estos procesos: si el objeto es bueno, me gustaría tomarlo y tenerlo dentro de mí,es decir, introyectarlo, y si es malo, me gustaría escupirlo y que este fuera de mí es decir, proyectarlo. (Grinberg, 1963).

Entonces, el Yo logra desarrollar mecanismos que permiten obtener la mayor satisfacción posible, dentro de los marcos que la realidad admita, es decir, es el encargado de presentarle el principio de realidad al Ello, que es regido por el principio de placer; trata de percibir los objetos, mitigando ciertos estímulos que son angustiantes o dolorosos para el sujeto, para así considerar en qué medida resultan adecuados para satisfacer las necesidades del Ello; así mismo procura sintetizar y unificar tendencias opuestas, como las pulsiones de vida y de muerte propias del Ello, para lograr de algún modo adaptarse a la realidad.

Sin embargo, “aunque se presenta como mediador, encargado de los intereses de la totalidad de la persona, su autonomía es puramente relativa.” (Laplanche & Pontalis, 1996: 457). Si bien sus competencias están enmarcadas en la consciencia, el Yo no es ciento por ciento consciente, en particular, los contenidos referentes a las funciones yoicas de defensa que son esencialmente inconscientes. De hecho, existen actos dentro del Yo que tampoco llegan a ser conscientes, “puede incluirse en este sector las valoraciones y trabas morales y, sobre todo el sentimiento inconsciente de culpa.” (Grinberg, 1963: 51).

Mientras el Yo es la instancia racional, el Ello se erige como la dimensión pulsional. El Diccionario de Psicoanálisis menciona que: “sus contenidos, expresión psíquica de las pulsiones, son inconscientes, en parte hereditarios e innatos, en parte reprimidos y adquiridos”. (Laplanche & Pontalis, 1996: 112); si bien el Ello es en su mayor parte inconsciente, no es sinónimo de inconsciente. Se establece como una especie de *reservorio* de la energía psíquica o libido, energía tanto erótica como agresiva, una definición bastante clara, indica:

> Las fuerzas instintivas que dominan a la personalidad y absorben la totalidad de los impulsos y pasiones que experimenta el individuo, a su conjunto se lo ha denominado Ello, y representa los impulsos más primitivos que no conocen renunciamiento, ni compromiso, no están organizados y actúan independientemente unos de los otros.(Grinberg,1963: 51).

Constituye entonces una expresión psíquica de lo pulsional, desorganizada y dominada por los procesos primarios, influye en la somatización y está en estrecha relación e inevitable conflicto con aspectos del Yo y del Superyó, instancias que se forman, escindiéndose del Ello, a partir de la interacción con la realidad y de la precipitación del Complejo de Edipo, respectivamente.

El Superyó, instancia cuya “función es comparable a la de un juez o censor con respecto al Yo. Freud considera la conciencia moral, la auto observación, la formación de ideales, como funciones del superyó”. (Laplanche&Pontalis, 1996: 419). En cuanto a su origen, la teoría freudiana señala que surge a consecuencia de la disolución del complejo de Edipo, de hecho se lo define como su *heredero*. El Edipo, desarrollado entre los tres y cinco años de edad, durante la denominada fase fálica, está orientado por la experiencia de deseos amorosos y hostiles respecto a los padres. De manera general presenta la atracción sexual incestuosa con el progenitor del sexo opuesto, y la consiguiente rivalidad y deseo de eliminar al padre del mismo sexo.

El complejo de Edipo ofrecería al niño dos posibilidades de satisfacción, una activa o masculina en la que podía situarse en el lugar del padre y, consumar la unión con la madre, ubicando al padre como obstáculo; o una forma pasiva o femenina en la que sustituiría a la madre y conseguiría el amor del padre. Sin embargo, ambas soluciones implican la aceptación de la posibilidad de la castración, pues como menciona Freud: “la intelección de que la mujer es castrada, puso fin a las dos posibilidades de satisfaccion derivadas del complejo de Edipo, ambas conllevan a la pérdida de un pene; una la masculina en calidad de castigo, y la otra, la

femenina, como premisa". (Freud,1990b: 184). Por lo tanto, debido al temor a la castración "el complejo de Edipo se iría al fundamento a raíz de su fracaso, como resultado de su imposibilidad interna." (Freud, 1990b: 181).

La renuncia a los deseos edípicos conlleva a su superación, el conflicto encuentra su salida en la identificación como mecanismo para tolerar la pérdida, Freud menciona lo siguiente:

> la autoridad del padre, o de ambos progenitores, introyectada en el yo, forma ahí el núcleo del superyó, que toma prestada del padre su severidad, perpetúa la prohibición del incesto y así, asegura al yo contra el retorno de la investidura libidinosa de objeto. Las aspiraciones libidinosas pertenecientes al complejo de Edipo son en parte desexualizadas y sublimadas, lo cuál probablemente acontezca con toda transposición en identificación, y en parte son inhibidas en su meta y mudadas en mociones tiernas. (Freud,1990a: 184).

El Edipo introyecta rasgos de las figuras parentales, interioriza las exigencias y prohibiciones: por un lado el ideal: "debes ser así… (como tú padre)", pero también incluye la prohibición: "no debes ser así…(como tu padre, no puedes hacer todo lo que él hace, muchas cosas son prerrogativas suyas."(Freud, 1990b: 36).

No obstante, la dureza del Superyó no siempre expresa la severidad del trato que ha recibido el sujeto, pues ordinariamente está distorsionado por el contenido de las fantasías inconscientes que participaron de los procesos. A veces, la severidad del Superyó proviene de la propia hostilidad del niño vuelta contra sí mismo durante el proceso edípico; incluso cabe considerar un arquetipo filogenético como el padre de la horda y la historia evolutiva individual. El Superyó además de ser el representante de nuestro vínculo parental, se enriquece, según Freud, "por las aportaciones ulteriores de las exigencias sociales y culturales (educación, religión, moralidad)" (Laplanche & Pontalis, 1996: 419).

1.2.2. Orígenes del sentimiento de culpa.

El origen de la culpa se puede abordar desde diferentes perspectivas. Se propuso en primer lugar un origen histórico, en el parricidio consumado por la unión de hermanos; en aquel episodio, no se sofocó la agresión, se la ejecutó, produciendo la consecuente ambivalencia, temor al castigo y posterior culpa. Además, la correspondencia del sentimiento de culpa con el conflicto edípico funda, seguramente, uno de los problemas fundamentales que

rigen la evolución del individuo. Freud (1990a) distingue la introyección de la autoridad ejercida por el padre en la constitución del Superyó, de modo que el sentimiento de culpa sería el resultado de cierta tensión entre el Yo y el Superyó, y la fuente de esa tensión estaría establecida por las tendencias provenientes del Ello.

Las dos aproximaciones al origen del sentimiento de culpa: la angustia frente a la autoridad y, posteriormente la angustia frente al Superyó, ejercen una poderosa influencia; en el primer camino se "obliga a renunciar a la satisfacción de instintos; el segundo impulsa, además al castigo, dado que no es posible ocultar ante el superyó la persistencia de deseos prohibidos." (Grinberg, 1963: 62).

En definitiva, "la diferenciación del superyó, como instancia crítica y punitiva, con respecto al yo, introduce la culpabilidad como relación intersistémica dentro del aparato psíquico: «El sentimiento de culpabilidad es la percepción que, en el yo, corresponde a esta crítica [del superyó]»".(Laplanche& Pontalis, 1996: 397).No obstante, solamente cuando la autoridad es interiorizada en el Superyó corresponde hablar de conciencia moral y sentimiento de culpa, y diferenciarlo del arrepentimiento, como veremos.

1.2.3. La lógica de la culpabilidad.

La culpa aparece como consecuencia de un acto ejecutado y definido como reprobable, son los casos comunes de remordimiento en la denominada *conciencia de culpabilidad*; también emerge por la simple intención o deseo prohibido. Freud menciona que: "la experiencia nueva nos fuerza, pese a nuestra intelección crítica a hablar de un sentimiento inconsciente de culpa, que desempeña un papel económico decisivo en gran número de neurosis y levanta los más poderosos obstáculos en el camino de la curación."(Freud, 1990b: 28). Es el sentimiento de culpabilidad inconsciente lo que interesa al psicoanálisis, para comprenderlo mejor Nasio en su artículo "el dolor, el odio y la culpabilidad" publicado en la Revista Con – Versiones en su versión digital, propone tres variantes:

> En primer lugar, un sentimiento efectivamente vivido como opresión que el sujeto se explica por el hecho de haber cometido una falta real o ficticia.
> Segundo, un sentimiento que es igualmente sentido como agobiante, pero sin que tampoco el sujeto sepa de qué falta él es culpable. En este caso el sentimiento es por cierto padecido, pero la representación de la culpa permanece inconsciente y reprimida.

> Tercer variante: sentimiento inconsciente de culpabilidad propiamente dicho, sentimiento que no es vivido ni tampoco referido a la mínima idea de una culpa. (Nasio, 1996).

La hipótesis de Nasio de una lógica de la culpabilidad, la sitúa en el centro del ser de deseo, del ser de sufrimiento y de goce que nosotros somos, explica esta conjetura en tres tiempos lógicos. En un primer momento nos invita a entender la angustia frente al goce absoluto, el inconmensurable placer narcisista de conseguir, en el conflicto edípico, el lugar del padre como ideal todopoderoso y consumar la unión perfecta con la madre. Es frente a ese ideal inalcanzable que el miedo a lo absoluto emerge y crea como recurso el establecimiento de una barrera, barrera encarnada en la figura de un Otro que impide la consecución del deseo; "la prohibición, por tanto, me protege del goce absoluto, pero también me impide realizar mi deseo. Desde ese momento, las satisfacciones obtenidas no serán más que satisfacciones parciales ganadas a pesar de la prohibición." (Nasio, 1996).

Posterior al aparecimiento de esta barrera, se presenta el segundo tiempo lógico, surge la angustia frente a este Otro represor, que se percibe en la autoridad externa. Sin embargo, en un momento ese Otro externo, que es objeto de la ambivalencia, es interiorizado en lo que Freud ha denominado el Superyó, se da el paso significativo a la prohibición interna por medio de las identificaciones y el aparecimiento de la culpa propiamente dicha. Nasio propone: "considerar el superyó no solo bajo los rasgos de un gendarme autoritario y malo, sino construido como una criatura compuesta por cuatro facetas: la de una madre deseada, la de un padre igualmente deseado, y hasta perverso, de un padre terrible y rival y de un padre ideal." (Nasio, 1996).

Estos personajes prototípicos del Otro externo inducen cada uno desde su posición a una separación, de modo que el miedo al castigo del padre represor obliga a renunciar al deseo incestuoso, el temor al deseo devorador de la madre lleva también a la renuncia, la angustia a la castracion sentida como castigo y la angustia de perder el ideal de un padre perfecto lleva a abandonarlo. En definitiva, se produce una angustiante pero necesaria separación, sin embargo la ambivalencia subsiste y es por amor que se conserva de algun modo en el Superyó.

En un tercer momento surge la angustia ante el Superyó o la culpabilidad, Nasio (1996), propone cuatro funciones de la instancia superyoica frente al goce, a la prohibición, al ideal narcisista y al componente sádico. El denominado "superyó del goce" tiene por función

incitar a la transgresión de la ley, mientras que por otro se hace evidente la imposibilidad del imperativo ¡Goza!. El nombrado "superyó prohibidor", encarna la autoridad paterna temida y odiada, y comunica al yo la amenaza y la prohibición de gozar; por otro lado el "superyó del ideal narcisista" formado por la introyección del padre amado y admirado como modelo a alcanzar, exige la máxima perfección; y finalmente el "superyó sádico", es un tirano que humilla y hace gozar al yo de su humillación, quién goza masoquísticamente.

La complejidad que presenta el tema de la culpa, influye en la cotidianeidad del sujeto, de hecho, si existe una verdadera razón por la cual el Yo se siente culpable, sería el hecho de no serle fiel a sus deseos, considerar que como dice Nasio en el artículo mencionado: "su deseo, por más insatisfecho que esté, seguirá siendo su bien más preciado."(Nasio, 1996).

1.2.4. Expresiones del sentimiento de culpa.

El recorrido psicoanalítico sobre la culpa no siempre surge de la realidad tácita, sino que su complejidad tiene sus raíces en el inconsciente y nos enfrenta a lo paradójico de sus manifestaciones, Grinberg señala:

> [...] no siempre aflora ese sentimiento de culpa en el campo de la conciencia, sino que, muy frecuentemente, se encuentra totalmente reprimido, en un plano inconsciente, y se manifiesta indirectamente por alguno de sus afectos: irritabilidad, malhumor, apatía, depresión, trastornos psicosomáticos,etc. Otras veces, sin embargo, se expresa por una tensión intrapsíquica, que ocasiona un estado de profundo malestar acompañado por sufrimiento continuo, depresión y el presagio de alguna catástrofe que podría ocurrirle al individuo. Estas últimas expresiones están asociadas, profundamente, a una inevitable necesidad de castigo. (Grinberg, 1963: 59)

De modo que, la trascendencia de la culpa contribuye al masoquismo, así vemos asesinos que no se arrepienten de nada, como personas que no han hecho nada y se sienten culpables de todo. Grinberg hace alusión a Franz Alexander y puntualiza "el contenido psicológico de la culpa es: «no soy bueno, merezco castigo»." (Grinberg, 1963: 59). El sentimiento de culpa motiva al Yo a someterse a los mandatos del Superyó, pero sobre todo es sumiso por el temor a perder su cariño y protección; de ahí que ciertos sujetos busquen situaciones penosas que provoquen su destrucción. Encontramos ejemplos de esta conducta en los sujetos que Freud denomina: los que fracasan cuando triunfan y los que delinquen por conciencia de culpa.(Freud,1992d)

En el primer tipo de carácter se contradice de alguna forma la premisa de que enfermamos a consecuencia de la frustración, pues parecería que estos sujetos enferman mas bien cuando se les cumple algún deseo muy preciado, es decir, " los poderes de la conciencia moral prohiben a la persona extraer de ese feliz cambio objetivo el provecho largamente esperado" (Freud, 1992d: 325); la conciencia de culpa impugna el goce del sujeto. Por otro lado, en los sujetos que delinquen por conciencia de culpa se manifiesta primero la culpa antes de la falta delictiva, el malhechor después de cometer una falta encuentra en esta el alivio, un remedio para su culpa "todas sus fechorias se consuman sobre todo porque son prohibidas y porque a su ejecución iba unido cierto alivio anímico." (Freud, 1992d: 338).

La inevitable necesidad de castigo, se observa también en lo que se conoce como el *destino*, pues como menciona en El malestar en la Cultura:

> La mala fortuna, vale decir, una frustración exterior, promueve en muy grande medida el poder de la conciencia moral dentro del superyó. Mientras al individuo le va bien, su conciencia moral es clemente y permite al yo emprender toda clase de cosas; cuando lo abruma la desdicha, el individuo se mete dentro de sí, discierne su pecaminosidad, aumenta las exigencias de la conciencia moral, se impone abstinencias y se castiga mediante penitencias. (Freud, 1992b: 122)

En este caso, se sitúa al destino o el azar como un sustituto de la instancia paterna, de la autoridad; sobre la base de esta sustitución, si la adversidad aparece en la vida del sujeto se la siente como un castigo y como una falta de amor. No obstate, muchas veces estas situaciones no son precisamente contingentes, como se habia mencionado es el sujeto mismo que provoca inconscientemente estas situaciones adversas.

La culpa es un componente esencial del ser humano, de manera que si falta o si es excesiva provocará graves desajustes, que se traduce de distinta forma en la vida cotidiana y en las estructuras clínicas. Freud desde sus primeros estudios de la neurosis obsesiva evidencia los autoreproches y conductas autopunitivas como efecto de la culpa, señala: "el sentimiento de culpabilidad se impone a la consciencia con excesiva intensidad, dominando tanto el cuadro clínico como la vida entera del enfermo, y apenas deja surgir otras cosas junto a él." (Freud, 1992b: 131), si bien falta la representación de la causa que determina la culpa el enfermo vive un intenso sufrimiento y de alguna forma siempre logra justificar su conducta. Por otro lado, en la clínica de la melancolía la culpa alcanza un alto grado de violencia, de una forma delirante y persecutoria se evidencia la compulsión al autocastigo. En la histeria"el

sentimiento de culpabilidad y la representación de la culpa que lo origina permanecen ambos totalmente inconscientes."(Nasio, 1996), sin por ello negar sus manifestaciones indirectas.

Finalmente, la expresión de la estructura masoquista encubierta en lo que Freud denomina la «reacción terapéutica negativa», la misma se evidencia en el camino de la cura pues se observan ciertas resistencias en el sujeto, cuando se espera un avance ocurre una agravamiento del problema, lo que deja traslucir cierto sentimiento inconsciente de culpa que deja ver que el sujeto no quiere, inconscientemente, desprenderse de su sufrimiento.

Resumiendo, la culpa freudianamente hablando surge a partir de los conflictos intrapsiquicos frente a una falla que siente el sujeto por algo realizado o pensado. La culpa se ubica en, sus orígenes, en el ejemplo mítico de la horda primitiva. El sujeto al sentir este sentimiento de culpabilidad tratará de buscar un castigo para mitigarlo.

1.3. Aportes al concepto de culpa desde la teoría kleniana

Klein (1948) para esclarecer el concepto de culpa se apoya en el análisis de niños; plantea un desarrollo sexual y emocional desde la primera infancia, es decir, desde el nacimiento se suceden dos posiciones con sus respectivos sentimientos de culpa. Postula la existencia de un Yo desde el nacimiento que es capaz de percibir angustia, desarrollar primarios mecanismos de defensa y establecer relaciones de objeto. De modo que, el origen del Superyó lo sitúa en el primer semestre de vida. Se acepta entonces la aparición de la culpa precoz "por un lado, afirma la necesidad de un Yo suficientemente integrado y evolucionado para ser capaz de experimentar culpa y, por otro, que es posible sentir culpa en forma prematura en los comienzos de la vida." (Grinberg,1963:69), esta aparente paradoja se desarrollará considerando las dos clases de culpa que devienen de las posiciones esquizoide y depresiva, las cuales se explican a continuación.

1.3.1. Fantasías inconscientes en la génesis de la culpa.

La teoría sobre los estadios tempranos del desarrollo, supone la existencia de un Yo que tiende a integrarse progresivamente y que es lo suficientemente estructurado al nacer como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer relaciones objetales. En la

situación emocional del lactante, el primer objeto de amor y de odio es la madre, específicamente el pecho, porque proporciona satisfacción y frustración. Los impulsos y sentimientos hacia el *objeto-pecho* se acompañan de fantasías placenteras o destructivas; las primeras coexisten con una satisfacción real, mientras que las destructivas surgen de la frustración y de los sentimientos de odio. En ambas, el lactante cree que sus deseos tienen un efecto real. (Klein, 1948)

De modo que el Yo establece precozmente relaciones objetales en la fantasía y en la realidad, "la introyección de objetos parciales, el pecho de la madre, al cual el bebé atribuye poderes extremos de bondad y de maldad, que otorga placer y protección, o causan dolor y persecución." (Grinberg, 1963: 55). Si el bebé es gratificado por el pecho, lo siente como bueno y lo ama y cuando lo frustra siente odio y lo percibe como malo. Además de las experiencias de gratificación y frustración que experimenta desde el exterior, existen mecanismos internos como la proyección y la introyección necesarios para enfrentar a los objetos. Entonces, proyecta las pulsiones de amor y las atribuye al pecho que lo gratifica, de igual modo, en el pecho que lo frustra proyecta las pulsiones agresivas; simultáneamente introyecta el pecho bueno y el malo. Existen fantasías ligadas a la proyección del pecho bueno como prototipo de todos los objetos protectores y gratificantes, y al pecho malo los objetos persegidores y frustrantes. (Klein, 1948)

En definitva, se designa la cualidad de *bueno* o *malo*, "no por su carácter gratificador o frustrante, sino sobre todo porque sobre ellos se proyectan las pulsiones libidinales o destructoras del sujeto." (Laplanche & Pontalis, 1996: 262). El Yo está expuesto, además, a la lucha de los instintos de vida y de muerte presentes desde el nacimiento provocando ansiedades tempranas de diferentes cualidades. Para manejar la ansiedad producida por la pulsión de muerte, el yo proyecta una parte de ella de modo que el objeto se vive como persecutorio, la otra parte se usa con fines defensivos. Asimismo, la pulsión de vida se proyecta creando el objeto idealizado.

Klein acerca del origen temprano del Superyó menciona: "el pecho bueno internalizado y el pecho malo devorador forman el núcleo del superyó en sus aspectos bueno y malo; son los representantes dentro del Yo de la lucha entre los instintos de vida y muerte." (Klein,1948: 242). Considera el desarrollo del complejo edípico paralelo a los impulsos orales – sádicos de los primeros meses de vida, entonces, "existiría, desdela fase oral, un superyó que se formaría

por introyección de objetos «buenos» y «malos» y que el sadismo infantil, que entonces se encuentra en su acmé, haría particularmente cruel" (Laplanche & Pontalis, 1996: 421). La introyección de rasgos gratificantes o persecutorios constituyen la base del Superyó. Klein coincide con Freud en que la ansiedad de castración es condición de la declinación del complejo de Edipo, pero agrega que no sería esta la única variante, pues "las ansiedades tempranas de diferentes orígenes cumplen un papel tan importante como el que desempeña la angustia de castración en el momento álgido de la situación edípica." (Grinberg, 1963: 61).

Estos aspectos de la vida psíquica expuestos por Klein se organizan en dos tipos de posiciones sucesivas. Primero, una posición esquizo-paranoide con una ansiedad eminentemente persecutoria y mecanismos de defensa como la escisión, proyección e introyección.(Segal, 1994: 2). Posteriormente, en una mayor unificación del Yo, Klein señala: "con los estados de integración surge cierto grado de síntesis entre el amor y el odio en relación con los objetos parciales, que según mi opinión actual da origen a la ansiedad depresiva, a la culpa y al deseo de reparar al objeto dañado." (Klein,1948: 245). Entonces, se configura la posición depresiva en el segundo trimestre de vida con relaciones de objeto total y la percepción de la madre como una sola; los impulsos agresivos del bebé contra su primer objeto amado, tanto externo como interno, producen aflicción y culpa, razón por la cual surge la ansiedad depresiva que se vale sobre todo del mecanismo de reparación y defensas de tipo maníaco.

1.3.2. Culpa depresiva y culpa persecutoria.

Para entender el origen y la naturaleza de la culpa es importante diferenciar tanto teórica como técnicamente las dos clases de culpa que devienen de la posición esquizo paranoide y de la posición depresiva.En la posición esquizo paranoide se trata de la angustia persecutoria relacionada con la aniquilación del Yo primitivo por los ataques atribuidos al objeto, "la amenaza de un peligro que puede volcarse sobre el Yo, M. Klein la había definido específicamente como la percepción de la actuación del instinto de muerte en el organismo" (Grinberg,1963:77). Sobre la base de esta angustia se comprende la denominada culpa persecutoria, Klein señala sus caracteristicas y el surgimiento temprano de la misma, dice: "si la culpa prematura es experimentada por un Yo cuando aún no está en situación de soportarla,

es vivida entonces como persecución y el objeto que la despierta se convierte en perseguidor." (Grinberg, 1963: 55).

Es importante considerar la diferencia entre angustia persecutoria y culpa persecutoria; la angustia hace referencia a cierto peligro que amenza al Yo, en cambio en la culpa persecutoria "existe además el sentimiento de algo (un daño) ya ocurrido (en la realidad o en la fantasía) al yo o al objeto, y que produce no solo temor a una represalia sino también desesperación, dolor y cierta pena, aunque predomina el temor" (Grinberg, 1963: 77), la base de la culpa persecutoria serían, entonces, los impulsos agresivos del Yo. Si bien el Yo no está completamente estructurado existe ambivalencia desde la primera fase oral, y experimenta la culpa por el supuesto daño hecho al objeto en las fantasías.

La culpa persecutoria "funciona en su máxima expresión en los estados más regresivos cuando el instinto de muerte defusionado opera con toda intensidad; la angustia y la persecución se experimentan al máximo causadas por las fantasías inconscientes relacionadas con las experiencias de pérdida y de frustración." (Grinberg, 1963: 85). Debido a esta defusión instintiva se comprende la dinámica de los síntomas que se evidencian en los individuos regidos por este tipo de culpa en quienes:

> la noción del tiempo se rige a menudo por las caracteristicas del proceso primario (inconsciente). En ese sentido se manifiesta a veces, en un marco de atemporalidad, donde el pasado y el presente se confunden. La principales emociones que intervienen en la culpa persecutoria son: el resentimiento, el dolor, la desesperación, el temor, los autoreproches,etc. Los casos extremos de culpa persecutoria son la esquizofrenia y la melancolía (duelo patológico). La característica es la actuación masoquista del Yo que está bajo el predominio del instinto de muerte. (Grinberg,1963: 80).

En la culpa persecutoria existen una serie de inhibiciones y actitudes masoquistas, para lo cual el Yo usa cierto tipo de defensas para no sucumbir, mecanismos que se tratarán más adelante.

Consecutivamente a la posición paranoide y con un Yo más integrado se da paso a la posición depresiva, situada en el segundo trimestre del primer año de vida. Ahora, los impulsos agresivos y los libidinales, restringen la proyección y no regresan de forma persecutoria. La tendencia a la integración favorecen la relación con un mismo objeto, el objeto total, el Yo debe tolerar la ambivalencia y el conflicto que esto implica. Sin embargo, cuando el bebé se ve expuesto a situaciones de privación, registra los impulsos agresivos y fantasías capaces de dañar a la madre a quien ahora reconoce como una sola, entonces subsiste

la ansiedad de que sea dañada y perder al objeto del cual depende. La ansiedad depresiva, Klein la caracteriza de este modo: “tiene múltiples contenidos tales como: el objeto bueno está dañado, sufre, esta deteriorándose; se convierte en objeto malo; está aniquilado, perdido y nunca más aparecerá; la ansiedad depresiva esta estrechamente ligada con la culpa y con la tendencia a la reparación.” (Klein, 1948: 244).

Conviene puntualizar la diferencia de la angustia depresiva y la culpa que deviene de la misma. En la angustia predomina, como mencionamos, la amenaza de perder los objetos amados, mientras que la culpa depresiva va más allá, se caracteriza por el deseo de reparar el objeto dañado. Una vez que el Yo deja de relacionarse con objetos parciales se asume él también como total, de modo que considera que si fue su agresividad la que destruyó al objeto puede ser su amor el que lo repare , por eso “ el deseo de reparar, tan intimamente ligado al interes por el ser amado y a la ansiedad por su muerte puede expresarse en formas creadoras y constructivas” (Klein, 1937: 164); durante este período se promueven nuevas relaciones objetales y se originan las llamadas sublimaciones.

El proceso de formación de la culpa depresiva se vincula con el destete y el Edipo temprano. El destete involucra una pérdida, entonces el pecho y el alimento proveniente de él son los objetos perdidos y por consiguiente todo el amor y protección que se obtenía de ellos; el niño relaciona la pérdida como el resultado de su inconmensurable voracidad y de sus fantasías destructivas; entonces, siente culpa por el daño que causó. En el Edipo temprano, considerado por Klein (1948), la agresión y el odio hacia los padres, ahora concebidos como totales, coincide con el amor, es en esta ambivalencia que se produce la culpa y sus posteriores efectos reparadores.

Para que se pueda entender la responsabilidad y el deseo de reparar, es necesario que el instinto de vida se imponga sobre el instinto de muerte, y el Yo pueda manejar estas pulsiones y la angustia proveniente de manera efectiva. En la culpa paranoide los procesos eran regulados por el proceso primario, en cambio, en la culpa depresiva aparecen las leyes del proceso consciente o secundario, es decir:

> Existe discriminación entre pasado, presente y hay tambien perspectiva y futuro. Los sentimientos más importantes de la culpa depresiva son: preocupación por el objeto y por el yo, la pena, la nostalgia y la responsabilidad. Se manifiesta especialmente en el duelo normal con actividades sublimatorias y de reparación, y se encuentra bajo el dominio del instinto de vida. (Grinberg, 1963: 80).

Gracias a los mecanismos de reparación se logra controlar los sentimientos de culpa de modo que, poco a poco en el psiquismo, el amor y la confianza disminuyen los temores y se vence el sentimiento de pérdida. Klein (1948) ubica estas posiciones en los primeros meses del niño; sin embargo, estos tipos de ansiedades, defensas y culpas resurgen durante toda la vida y controlan la forma de relacionarse y asumir la angustia.

1.3.3. Mecanismos de defensa contra la culpa

El Yo frente a estos dos tipos de culpa hace uso de los mecanismos de defensa. En la culpa persecutoria los principales recursos para contrarrestar la ansiedad persecutoria son principalmente la escisión, la proyección y la introyección.Además, se puede mencionar la negación, que rechaza la maldad del objeto del cual proviene la frustración, la idealización, que sugiere un objeto lleno de cualidades tan extraordinarias como para convencerse de que no lo ha podido dañar y el control omnipotente, característico del psiquismo infantil, permite mantener suficientemente separados al pecho bueno del malo, finalmente, la identificación proyectiva con la cual el Yo deposita un aspecto parcial de sí mismo en el objeto, identificándose luego con él.(Segal, 1994: 2).

Grinberg (1963) amplía estos mecanismos y los evidencia en las diferentes estructuras de la personalidad: las personalidades esquizoides, melancólicas, paranoides, neurosis obsesivas, psicopáticas, perversas y en la enfermedad psicosomática. En primer lugar considera la personalidad esquizoide en la cual se evidenciaría un empleo extremo de la escisión, se disocia la parte agresiva y odiada y se la proyecta, sobreviniendo el miedo por el peligro que implica en el objeto amado y la consecuente culpa, entonces “este proceso de proyección implica, en cierta forma, un desvío de la culpa de uno mismo hacia la otra persona.” (Grinberg, 1963: 89). Entonces, la disociación junto con la proyección constituyen el mecanismo de identificación proyectiva, de modo que en la personalidad esquizoide la culpa ha sido desviada y asimilada como una responsabilidad inconsciente por las personas en las que se proyectó la parte agresiva de uno mismo.

En las personalidades melancólicas o depresivas se manifiesta la influencia de la culpa en los síntomas, por ejemplo, menciona Grinberg, (1963) en: auto reproches, estados de apatía,

resentimiento, indiferencia, abatimiento, humillación, pesar, angustia, tristeza, pérdida de la autoestima, desvalorización, irritabilidad, malhumor, actitudes autopunitivas y conductas masoquistas. Estas manifestaciones defensivas en las que domina la acción masoquista del Yo, están bajo la influencia del instinto de muerte. El autoreproche "tiene como función primordial la de apaciguar al perseguidor a través de la confesión de cierta culpa pero encubre profundamente la culpa persecutoria cuya génesis proviene de las raíces conflictivas infantiles." (Grinberg, 1963: 90). Asimismo, la introyección origina la identificación con aspectos parciales del objeto, lo cual provoca que la ambivalencia sea vivida también en el interior del psiquismo, entonces la agresión estaría dirigida ahora contra sí mismo.

En un cuadro paranoide, los individuos se valen del mecanismo de proyección de la agresión y la niegan, de modo que señalan la culpa de los otros, entonces "niegan sus propios impulsos hostiles, los proyectan y se consideran víctimas de la persecución por parte del objeto, utilizan el delirio para negar sus sentimientos ambivalentes de amor y odio hacia el objeto del delirio y eludir de ese modo la sensación de culpa." (Grinberg, 1963: 91).

En los neúroticos obesivos, la culpa persecutoria es el eje de sus preocupaciones y dudas, razón por la cual surge la necesidad compulsiva característica de la neurosis obsesiva de ejecutar actos para evadir lo que pudiera conectarse directa o indirectamente con el origen de la culpa. Los síntomas con los que expresan el conflicto son: dudas, especulaciones, obsesiones de contraste, ideas compulsivas, manía de limpieza, tendencia extremada al orden, temores de contacto, fobias, supersticiones, entre otras. La complejidad que configura la neurosis obsesiva denota mecanismos de defensa específicos, como la formación reactiva, que enmascara las tendencias agresivas; también el aislamiento que logra apartar personas, pensamientos u objetos que por motivos inconscientes deben evitarse; el mecanismo de anulación que consigue abolir mediante una acción ciertas acciones previas ya sean reales o fantaseadas vividas como peligrosas. (Grinberg, 1963).

Las estructuras psicópaticas presentan una especial dificultad para manejar la culpa, de modo que la trasladan a la acción, detrás de este paso a la acción se expresan los esfuerzos desesperados del Yo para:

> conseguir una ilusoria seguridad y confirmación de la omnipotencia para negar la frustración y el peligro de ser rechazados y castigados por sus objetos queridos debido al sentimiento de culpa. El significado latente de la conducta psicopática implica también una tentativa de negar

> la propia culpa – ya que no pueden soportarla- haciéndola recaer en los demás. (Grinberg, 1963: 94).

En cuanto a los pacientes con rasgos perversos encuentran a la culpa persecutoria en "las fantasías inconscientes contenidas en sus síntomas y referidas a los diferentes aspectos de sus relaciones objetales, tanto en el vínculo preedípico con la madre como en las relaciones edipicas con la madre y el padre con la correspondiente angustia de castración." (Grinberg, 1963: 95). En la enfermedad psicosomática la culpa se manifiesta en el cuerpo "asumiendo las características de una dolorosa relación objetal entre una imagen perseguidora que ha tomado como víctima la parte corporal representativa del yo" (Grinberg, 1963: 95). Entonces la culpa persecutoria se apacigua mediante el sufrimiento propio de la enfermedad y queda resuelta la necesidad de castigo contenida en la culpa inconsciente.

Si bien se evidencia la influencia que ejerce la culpa en cada una de las estructuras clínicas, el punto más álgido de los estados regresivos en los que actúa la culpa es el suicidio, se podría considerarlo como una salida ante la culpa persecutoria acompañanada de crueles y terrorificas imágenes superyoicas. Entonces actúa la fantasía inconsciente de que al consumar la muerte, se pueden librar de la agresión orientada contra los perseguidores. La formulación sería siempre la siguiente: "No es justo que yo cargue siempre con esta culpa; ya que ustedes no me han comprendido ni ayudado a librarme de ella, me mato para que sean ustedes ahora los que tengan que soportarla" (Grinberg, 1963: 96).

Es momento de referirnos a los mecanismos usados en la culpa depresiva, el Yo siente la necesidad de recurrir a nuevas defensas para enfrentar la destructividad pulsional. Grinberg señala: "con el comienzo de la posición depresiva el Yo es llevado a proyectar, desviar y distribuir los deseos y emociones así como la culpa y necesidad de reparar, en nuevos objetos e intereses." (Grinberg, 1963: 102). Es decir, se procura defender al objeto de los ataques ambivalentes del Yo, y al mismo de la ansiedad y la culpa.

La reparación ayuda a restaurar al objeto amado y que se presume está dañado, entonces en razón de su identificación con el objeto bueno, el Yo tiende a reparar el daño creado por su sadismo, además de la restauración del objeto también se repara al Yo. El proceso defensivo se desarrollaría de la siguiente manera: "1.Experiencia instintiva, 2.Aceptación de la responsabilidad que se denomina culpa, 3.Una elaboración y 4.Un auténtico gesto de restitución." (Grinberg, 1963: 100). La reparación expresa el amor hacia el

objeto perdido y constituye una condición de la aceptación de la pérdida, así se abre paso a procesos de trabajo de duelo sobre la base de la sublimación y la creatividad.

1.4. Las conductas agresivas y el sentimiento de culpa

La clínica impone la idea de que las tendencias agresivas son de singular importancia en la culpa, de hecho, las tendencias hostiles son susceptibles de desviarse hacia el exterior o de retornar al sujeto, lo cual conduce a diversos escenarios en los que siempre cumple una función de regulación psíquica. Como menciona Laplanche, los fenómenos que adquieren mayor trascendencia en el campo de la agresividad: "son precisamente todos aquellos que indican una autoagresión: clínica del duelo y de la melancolía, «sentimiento de culpabilidad inconsciente», «reacción terapéutica negativa», fenómenos que conducen a hablar de las «misteriosas tendencias masoquistas del yo»." (Laplanche& Pontalis, 1996: 15). Como habíamos señalado la culpa no siempre se manifiesta en el plano consciente de modo que la reconocemos en los efectos del inconsciente asociados a una ineludible necesidad de castigo, entonces como el contenido psíquico en la culpa es: *no soy bueno, merezco castigo*, queda implícita una actitud de sumisión y la consecuente intervención de la agresividad. (Grinberg,1963).

1.4.1 Relación entre el sentimiento de culpa y el arrepentimiento.

Se puede definir el arrepentimiento como el remordimiento o la retractación frente a acciones pensadas como indebidas y que guardan una estrecha relación con la culpa. Sin embargo, Freud puntualiza la diferencia:

> si uno tiene sentimiento de culpa tras infringir algo y por eso mismo, más bien se debería llamarlo arrepentimiento. Tal sentimiento se refiere solo a un acto, y desde luego presupone que antes de cometerlo ya existía una conciencia moral, la disposición a sentirse culpable. (Freud, 1992b: 127).

Entonces, se trata de una reacción consciente del Yo frente a un acto y su relación con la conciencia, en este caso se trata de *conciencia de culpa* en lugar de sentimiento de culpa, pues como se había trabajado anteriormente el denominado sentimiento bien podría permanecer en

el inconsciente. Como menciona Freud, “el sentimiento de culpabilidad, emanado del remordimiento por la mala acción, siempre debería ser consciente; mientras que el derivado de la percepción del impulso nocivo podría permanecer inconsciente.” (Freud, 1992b: 132). Podríamos situar el origen del mismo en la acción ejecutada por los hermanos de la horda primitiva, pues luego del asesinato y de la comida canibálica surge lo que se podría llamar remordimiento frente a este acto consumado, sin ir más a fondo y considerar las implicaciones inconscientes del mismo.

Cuando hablamos de remordimiento nos referimos a una tonalidad del sentimiento de culpa que Nasio define en su artículo digital como: “un sentimiento efectivamente vivido como opresión que el sujeto se explica por el hecho de haber cometido una falta real o ficticia.” (Nasio, 1996). En el remordimiento se exluyen entonces los componentes inconscientes de la culpa, de lo contrario el superyó censuraría aquello que se sabe prohibido y en el sujeto aparecerían los efectos inconscientes de la culpa. En definitiva, el psicoanalisis consecuente con la hipótesis del inconsciente se ocupa del sentimiento de culpa y no del arrepentimiento.

1.4.2. La búsqueda de castigo y el autocastigo.

Si bien en el arrepentimiento, la culpa es evidente; existen, como mencionábamos anteriormente, manifestaciones de la culpa en las que el Superyó es vivido como un auténtico verdugo, y nos encontramos ante lo paradójico del sentimiento de culpa inconsciente que se enlaza con la denominada necesidad de castigo, la exigencia inconsciente que ciertos sujetos que buscan padecer, aunque sin saberlo.

En tales comportamientos lo que sale a la luz es su indiscutible relación con la pulsión de muerte y su relación con el sadismo y el masoquismo, Freud menciona: “la necesidad de castigo es una exteriorización pulsional del yo que ha devenido masoquista bajo el influjo del superyó sádico, emplea un fragmento de la pulsión de destrucción interior, preexistente en él, en una ligazón erótica con el superyó.” (Freud, 1992b: 132). Además, de acuerdo a la economía psíquica, si la pulsión agresiva es sofocada de su acción en el exterior, regresa hacia el Yo con la misma severidad agresiva que el Yo habría satisfecho afuera, de ahí la

consecuente culpa, y el hecho de que ahora el Yo esté bajo el influjo de una moral más severa por haberse abstenido de satisfacer esta pulsión en el exterior. Como dice Freud:

> la reversión del sadismo hacia la persona propia ocurre regularmente a raíz de la sofocación cultural de las pulsiones, en virtud de la cual la persona se abstiene de aplicar en su vida buena parte de sus componentes pulsionales destructivos. Cabe imaginar que esta parte relegada de la pulsión de destrucción salga a la luz como un acrecentamiento del masoquismo en el interior del yo. (Freud, 1992c: 175).

De tal manera que la pusión que retorna al Yo incide ya sea con el sadismo del Superyó y el masoquismo del Yo,que no hacen más que integrarse el uno con el otro, derivando en importantes consecuencias para el psiquismo del sujeto.

Se distingue tres formas de masoquismo: 1. el erógeno, subordinado a la excitación sexual, 2. el femenino, relacionado con la posición pasiva y 3. el masoquismo moral relacionado con la culpa inconsciente. (Freud, 1992c). Este último, contiene un gran componente erótico lo cual explica que ni aún la autodestrucción del individuo se da sin satisfacción libidinosa. La conversión en el masoquismo moral demanda un castigo proveniente de dos fuentes, interna o externa, ya sea de parte del Superyó o de la moción erótica que fue desexualizada en el Edipo, de modo que la moral es resexualizada, y se actualizan mociones edípicas.

Entonces, lo que contiene este masoquismo no es más que: “el deseo de ser golpeado por el padre, tan frecuente en fantasías, que está muy relacionado con otro deseo, el de entrar con él en una vinculación sexual pasiva (femenina),y no es más que la desfiguración regresiva de este último.” (Freud, 1992c: 175). De hecho, el contenido de las fantasías masoquistas denota la culpa que conlleva, pues se supone una falta y esta falta debe ser expiada incluso con medios martirizadores. Razón por la cuál el sujeto, debido a un sentimiento de culpabilidad inconsciente, se posiciona como víctima, Freud señala:

> Para provocar el castigo por parte de esta última subrogación de los progenitores, el masoquista se ve obligado a hacer cosas inapropiadas, a trabajar en contra de su propio beneficio, destruir las perspectivas que se le abren en el mundo real y, eventualmente, aniquilar su propia existencia real. (Freud, 1992c: 175).

La necesidad de castigo empujará al sujeto a consumarlo ya sea desde el exterior o sometiéndose a la crueldad del Superyó. Tal es así que en la melancolía el sujeto que se confiesa culpable, se somete al cruel castigo sin ninguna dubitación, recordemos que a

diferencia de la clínica del duelo, en la melancolía la libido no es retirada del objeto de amor perdido sino que el objeto recae sobre el Yo. Asi mismo, en el duelo encontramos a un Yo pobre y vacío, mientras que en la melancolía el Yo se vuelve “indigno, estéril y moralmente despreciable; se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo. Se humilla ante todos los demás y se conmisera a cada uno de sus familiares por tener lazos con una persona tan indigna.” (Freud,1992a: 244).

Se hacen extremadamente notorios los autoreproches, que no son más que reproches contra el mismo objeto de amor, que desde este han rebotado hacia el propio Yo. Grinberg menciona al respecto: “tienen como función primordial la de apaciguar al perseguidor a través de la confesión de cierta culpa pero encubren profundamente la culpa persecutoria cuya génesis proviene de las raíces conflictivas infantiles.” (Grinberg, 1963: 90). La singularidad de la melancolía pone de relieve la violencia de una delirante expectativa de castigo que puede llegar al suicidio, que nos enfrenta otra vez a la vuelta de la agresión hacia uno mismo y que encubren la intención de matar a ese otro, al objeto.

Por supuesto, existe algo velado en esta aparente condición de mártir del sujeto, pues con autoreproches, autodenigraciones e incluso el suicidio, según Freud : “logra el desquite de los objetos originarios, los martiriza con su enfermedad sin mostrar su hostilidad directamente.” (Freud, 1992a: 251). En definitiva, gracias a esta condición gozosa de automartirio se sostiene el sujeto.

CAPITULO II

LA ETAPA TERMINAL DE LA VIDA

2.1 Consideraciones del paciente en etapa terminal

Entendemos por pacientes en fase terminal a sujetos que, debido a algún tipo de enfermedad grave, no tienen posibilidades de recuperación, les queda un período limitado de sobrevivencia y atraviesan por una etapa de deterioro en sus funciones; pero ante todo sujetos que se enfrentan con la idea de la muerte inminente y las creencias alrededor de esta. El recorrido por el denominado *proceso de morir* puede durar algunos meses e implica, generalmente, un gran nivel de complejidad tanto para el enfermo como para sus familiares.

Frente al re aparecimiento o la falta de control de la invasión de células cancerígenas y la nulidad de las herramientas médicas de tratamiento aparece la consideración de la etapa terminal de cáncer. En estos momentos, se conjugan cuestiones médicas, éticas, psicológicas y sociales importantes que se desarrollarán más adelante. Entonces, cuando la medicina sentencia *no hay nada más que hacer*, es precisamente, el momento de brindar todo el apoyo, la fortaleza espiritual y emocional al paciente. Pues la capacidad de admitir lo irremediable de la muerte dependerá en gran medida de los recursos del sujeto, de la relación con la familia y la relación con el equipo que le asiste. De modo que la atención integral del paciente y su familia influirá para que los últimos momentos de vida sean un calvario o se den con el mínimo sufrimiento posible.

2.1.1 Definición y características de la etapa terminal.

La noción de paciente terminal es definida, bajo ciertos parámetros, por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (1993), que menciona:

> a) presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable. b) falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, c) presencia de numerosos problemas o síntomas intensos múltiples, multifactoriales y cambiantes, d) gran impacto emocional en el

> paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte, e) pronóstico de vida inferior a seis meses.(Cornango, 2007: 17).

Se considera que los dos primeros factores tienen que estar presentes siempre mientras que los restantes puden variar. Las enfermedades que cumplen los criterios de terminalidad son las siguientes: enfermedades neoplásticas o cánceres según el tipo de evolución que presentan, el sida, aunque es dificil determinar el momento de terminalidad debido a las enfermedades oportunistas que se asocian, también se consideran las enfermedades crónicas y degenerativas de órganos o sistemas en etapa avanzada como la cirrosis hepática o degeneraciones del sistema nervioso central. (Cornango, 2007)

Nos encontramos en una época de contraste en la que si bien los asombrosos avances científicos proponen un alargamiento de la vida, estos mismos avances la alargan "a veces, en muy malas condiciones, lo que origina grandes sufrimientos para el paciente y graves problemas familiares, éticos, sociales y sanitarios." (Cornango, 2007: 12). Esta aparente contradicción se asienta quizás en el propósito de la medicina que centra sus esfuerzos en proteger y alargar la vida, considerando consiguientemente la muerte como un fracaso de sus funciones, de ahí la desesperada intención de *salvar vidas*sin considerar el aspecto subjetivo del enfermo. Entonces, es justamente frente a los límites de los tratamientos médicos en la etapa terminal que se plantean una serie de cuestionamientos éticos y que nos invitan a considerar, "la enfermedad como un proceso desintegrador que afecta al conjunto de la persona, no sólo a su dimensión física, sino también a su dimensión mental y espiritual." (Cornango, 2007: 16).

La etapa terminal de una enfermedad es sin duda una de las situaciones más difíciles que puede enfrentar un ser humano, de hecho se considera como, "el prototipo de sufrimiento el que se da en el paciente terminal: dolor físico, dolor psicológico y la seguridad de la muerte próxima." (Cornango, 2007: 30), en primer lugar, se evidencia el dolor físico el cual depende de las alteraciones estructurales del paciente, además los síntomas psicológicos condicionados por la vivencia de la enfermedad terminal, los recursos del paciente y la situación sociocultural, y el sufrimiento teñido por la vivencia de falta de esperanza, la inevitable muerte.

2.1.2 Reacciones, necesidades y temores del enfermo terminal.

Cada persona afectada por una enfermedad ofrece un modo distinto de reaccionar ante la crisis, entonces, el sufrimiento esta estrechamente vinculado con los recursos humanos de cada sujeto; es inadecuado creer en una tendencia a la universalización. En este momento de crisis se desarrollan ciertos mecanismos compensadores tanto físicos como psíquicos, como: la negación, el aislamiento, o la racionalización, que no hacen más que mantener el equilibrio destruido por la enfermedad, sin embargo, en algún momento puede ocurrir que "los mecanismos de compensación fracasen, tanto en el ámbito psicológico como en el físico, es cuando surge la desintegración y la caotización." (Cornango, 2007: 16). Los factores que influyen en la caotización son: las implicaciones de la enfermedad en sí, su gravedad; las circunstancias concretas, la edad, el sexo, las funciones que desempeña el sujeto; los recursos psíquicos y espirituales y el apoyo externo, como la familia, amigos, grupos de pertenencia y los centros de ayuda.

Los síntomas físicos no son la única fuente de sufrimiento, de hecho, "el sufrimiento denominado existencial, con síntomas como la desesperanza, el sinsentido (de la vida), la decepción, el remordimiento y la culpa, la ansiedad ante la muerte, la alteración de la identidad personal, la merma en la autonomía, la pérdida de identidad." (Bermejo & Sánchez, 2011: 125), contribuyen a la situación del sujeto, así se forja una actitud con la que vivirá sus reacciones, necesidades y temores en relación con la enfermedad.

En un primer momento, frente a la certeza de la finitud, de que la vida se acaba, surge lo que Cornango denomina un necesario "replanteamiento de valores" (Cornango, 2007: 39). Se origina un balance de la vida pasada y en este auto reconocimiento es imposible encontrar únicamente cualidades positivas, lógicamente se identificarán aspectos que el sujeto perciba como negativos, ante esto es inevitable que "predomine el sentimiento de fracaso, de auto reproche y de culpa." (Cornango, 2007: 39). Considera el sujeto entonces ciertas decepciones, es decir, examina los valores que no se han considerado durante la vida y esto seguramente provocará remordimiento y un replanteamiento de los mismos.

En este momento de crisis, la familia constituye un pilar fundamental; si la relación ha sido positiva, "la sensación de la próxima pérdida invade y atenaza la vida de los familiares, y si la enfermedad es larga, va a suponer un tiempo de grandes sufrimientos." (Cornango, 2007:

90), y una reestructuración de las relaciones, procurando un acercamiento y en otros casos dejándose llevar por los autoreproches. En general, la ambivalencia en las relaciones familiares fomentan sentimientos culpógenos.

Asi mismo, si el sujeto asimila que ha fracasado y no ha cumplido metas en el ámbito laboral las vivirá como situaciones provocadas por él mismo con la consiguiente culpabilización. Inevitablemente, se ponen en una balanza los valores materiales, espirituales y religiosos, ante el hecho de que las riquezas materiales no son la salvación y no ayudan a paliar el sufrimiento, el sujeto puede sentir que les ha dedicado demasiado tiempo, descuidando así valores espirituales o religiosos. En definitiva, "se plantean reconciliaciones consigo mismo y con los demás, acercamiento religioso, etc. Todos tenemos derecho a replantearnos estos temas antes de morir, y para hacerlo debemos saber que nos estamos muriendo." (Cornango, 2007: 72).

Se establecieron ciertas reacciones psicológicas y emocionales que son probables de encontrar en el *proceso de morir*, Bermejo & Sánchez lo esquematizan de este modo:

Reacciones psicológicas y emocionales

Mecanismos de defensa	Desesperanza	Agotamiento emocional
Tristeza(llanto)	Culpa (autoreproches)	Bloqueo emocional
Miedo, fobias	Hostilidad, rabia	Retraimiento, mutismo
Amenaza	Pensamientos distorsionados	Euforia
Pérdida	Sentimiento de inutilidad	Deseos de muerte
Frustración	Procesamiento vital negativo	Pesadillas
Astenia, aburrimiento	Anhedonia	Efecto foco
Aislamiento	Autocompasión	Ideación suicida

TABLA N. 1

(Bermejo & Sánchez, 2011: 137).

Además, Bermejo (2011) precisa algunos síntomas psiquiátricos que suelen aparecer en los pacientes en esta condición y que deben ser tratados como tal, estos son: ansiedad,

depresión, delirium o síndrome confusional agudo. En cuanto a la ansiedad se puede decir que compromete al área fisiológica, cognitiva y conductual. Por otro lado, para considerar que existe depresión en pacientes terminales es preciso “centrarse en las manifestaciones emocionales: ánimo bajo, impotencia, desesperanza o indefensión, fuerte sentimiento de culpabilidad, autocompasión y autoreproches continuos, sentimientos de inutilidad, anhedonia, deseo de muerte y presencia de ideas de suicidio.” (Bermejo & Sánchez, 2011: 133). Finalmente, el delirium o sindrome confusional agudo, se presenta como un cuadro de alteraciones perceptivas y cognitivas que se manifiestan bajo los siguientes sintomas: alteraciones de la conciencia, disminución de la atención, cambio en las funciones cognoscitivas.

Paralelamente a los síntomas descritos surgen ciertas necesidades que Bermejo las sintetiza de este modo: “necesidad de seguridad, de pertenencia, de afecto y amor, de ser comprendido, de autonomía y control, de confiar, de ser escuchado y respetado, de privacidad e intimidad y de sentido.” (Bermejo & Sánchez, 2011: 125). En primer lugar la necesidad básica de seguridad, parte de la coherencia en la comunicación entre él y el equipo, saber que puede hablar y expresar sus sentimientos. Para la necesidad de pertenencia, el principal núcleo y apoyo será la familia, se deberá actuar con prudencia buscando sobre todo el bienestar del enfermo. La necesidad de afecto y amor, obliga al profesional a matizar la técnica con calidez y con una actitud empática. Dadas las circustancias surge la necesidad de autonomía y control; para el paciente ver los cambios físicos que se producen y la necesidad de asistencia provoca un fuerte sufrimiento, incluso es posible que tenga la percepción de no valer, de ser inútil, ante esta realidad es necesario que se ecuentren las posibilidades y las áreas de autonomía para fomentarlas y ayudar a compensar las otras áreas afectadas.

El paciente necesita confiar para sostenerse, de modo que es imperante generar confianza pero sin engaño, para así procurar que el paciente crea en el equipo y que el mismo crea auténticamente en los recursos del paciente. La escucha sin juicios expresa respeto hacia el paciente, a sus pensamientos y a sus emociones, “la necesidad de ser escuchado, como base para ser comprendido y ayudado de manera efectiva” (Cachón, 2008: 21). Es trascendental considerar su privacidad e intimidad, que van más allá de la intimidad fisica, es importante la intimidad de sus valores y creencias, de modo que respetemos sus resistencias a hablar de ciertos temas. Finalmente, la necesidad de sentido, dejando de lado convencionalismos

debemos situarnos en el sin sentido de la vida en el que se ubica el paciente y respetar sus reacciones.

La manera en como se entrelazan reflexiones, reacciones y necesidades nos lleva a considerar la sistematización aportada por Kübler – Ross, en su estudio con pacientes moribundos, en quiénes sus manifestaciones podían ser definidas en cinco fases: fase de negación, indignación e ira, negociación o pacto, depresión y aceptación. (Kübler-Ross, 1993: 59).

1. La primera fase denominada de negación, constituye quizás el más primitivo e inmediato mecanismo defensivo y adaptativo, pues ante la noticia inesperada y sorprendente de la enfermedad la negación inicial funciona como amortiguador de la realidad. “La negación, por lo menos la negación parcial, es habitual en casi todos los pacientes, no sólo durante las primeras fases de la enfermedad o al enterarse del diagnóstico, sino también más adelante, de vez en cuando.” (Kübler-Ross, 1993: 60). Permite al paciente recobrarse provisionalmente y, con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales que la necesidad de la negación; no obstante mientras se produce es importante respetarla aunque por momentos se torne contradictoria.

2. En la segunda fase, llegará un momento en que el paciente empieza a comprender la situación, entonces se sustituye la negación por sentimientosde ira, rabia, envidia y resentimiento, indudablemente el proceso del dolor siempre lleva consigo algo de ira. “Lógicamente, surge la siguiente pregunta: "¿Por qué yo?".” (Kübler-Ross, 1993: 73), cuestionamiento al que se responde con dolor, culpa e incluso vergüenza, que no hacen más que expresar el desesperado deseo de encontrar una razón, “el que sufre se siente víctima en estas preguntas de una injusticia.” (Pangrazzi, 1994:27), se considera su sufrimiento como el peor de todos. Entonces, el paciente se encuentra irritable, siente que es injustamete tratado y tiende a desplazar la agresividad hacia otros, a veces, casi al azar, mostrando indignación y rebeldia; razón por la cual esta es una de las fases más difíciles de tolerar tanto para la familia como para el personal. Por otro lado si en los porqués a quién se culpabilizaba es a Dios o a otros, con la expresión “si hubiera”, es la persona misma la que se autoculpabiliza por no haber sabido prevenir una enfermedad. Además de la rabia devenida por la misma naturaleza de la situación, se agrega también esta reacción en pacientes que han “ejercido el mando toda

su vida y que reacciona con rabia e indignación cuando se ven obligados a cederlo." (Kübler-Ross, 1993: 79).

3. La fase del llamado pacto o negociación ofrece una especie de acuerdo, la mayoría de veces con Dios, con una actitud marcadamente infantil, tras haber pedido algo con ira, se pasa a ser más cauteloso en un intento desesperado de posponer los hechos y retrasar el avance de su sufrimiento. "Lo que más suele desear es una prolongación de la vida, o por lo menos, pasar unos días sin dolor o molestias físicas." (Kübler-Ross, 1993: 112). Generalmente, este pacto se guarda en secreto o se lo menciona entre líneas a alguna persona de confianza o al sacerdote. La lógica del pacto supone una recompensa a la buena conducta y la promesa tácita de no volver a pedir nada más si se le concede un aplazamiento. Se trasluce detrás de estas promesas una relación con "una sensación de culpabilidad oculta, […] este sentimiento de culpa excesivo, que no hace más que aumentar con el pacto y las promesas incumplidas cuando pasa «la fecha del vencimiento»" (Kübler-Ross, 1993: 114).

4. En la cuarta fase, denominada por Kübler-Ross depresión, llega a un punto en el que "su insensibilidad o estoicismo, su ira y su rabia serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida." (Kübler-Ross, 1993: 115). Entonces, el paciente se ve desbordado e impotente por lo que le sucede y tiende a aislarse, expresión emocional que debe acogerse sin juzgarla. Se pueden puntualizar dos tipos: una depresión reactiva y una depresión preparatoria; la primera ocurre en un inicio frente a los cambios físicos que desestabilizan la imagen corporal, mientras que la segunda tiene como causa pérdidas inminentes y se funda como "necesaria y beneficiosa si el paciente ha de morir en una fase de aceptación y paz." (Kübler-Ross, 1993: 119).

5. Finalmente, devendría el período de aceptación, constituye el final del proceso de adaptación a la enfermedad, no se debe confundir con una fase "feliz" propiamente dicha sino que se presenta la posibilidad de hacer un balance para considerar que la vida valió la pena. De manera que, luego de haber sentido:

> […] su envidia a los que gozan de buena salud,su ira contra los que no tienen que enfrentarse con su fin tan pronto. Habrá llorado la pérdida inminente de tantas personas y de tantos lugares importantes para él, y contemplará su próximo fin con relativa tranquilidad.(Kübler-Ross, 1993: 148).

El paciente se sitúa en una fase en la que su enfermedad no le deprimirá ni le enojará, de alguna manera se muestra como si el dolor adquiriere un nuevo sentido y llegara el momento de descanso. Es necesario entender la fase de aceptación, pues cuando el deseo de prolongar la vida choca con su deseo de descansar y morir en paz y " no somos capaces de distinguir estas dos fases, hacemos más mal que bien a nuestros pacientes, veremos frustrados nuestros esfuerzos y convertiremos su muerte en una última experiencia dolorosa." (Kübler-Ross, 1993: 150).

De acuerdo como el sujeto se haya estructurado, a su personalidad y al estilo de vida que ha llevado hasta el momento en el que irrumpe la enfermedad, se manejará por las fases descritas anteriormente. Se puede comprender mejor estas reacciones si se consideran los mecanismos de defensa que están implícitos, ya que "las personas que usan la negación como defensa básica, la utilizarán mucho más que otras, los pacientes que han afrontado situaciones de tensión anteriores cara a cara, harán lo mismo en la presente situación." (Kübler-Ross, 1993:52).

Getino Canseco enumera los siguientes mecanismos de defensa en el paciente terminal: "negación, regresión, aislamiento, racionalización, y la agresión reactiva." (Getino Canseco, 2012; 183), hemos visto ya el ejercicio del mecanismo de negación que constituye una especie de anestesia que permite asimilar lo que ha irrumpido en su mundo. En cuanto a la regresión, se entiende que el psiquismo retorna a un nivel anterior del desarrollo, en este caso a una fase teñida de comportamiento infantil y se adjudica actitudes de dependencia o de impotencia, para conseguir más atención y despegarse de toda responsabilidad. El aislamiento vivido en la fase de depresión ayuda de algún modo al sujeto a vivir su angustia disociando la parte afectiva de la cognoscitiva. Cuando el sujeto pone en marcha la racionalización procura evitar la implicación afectiva en la situación centrándose en el análisis racional; por otro lado Getino menciona en la agresión reactiva, un "comportamiento de agresividad hacia el ambiente externo, al que considera de alguna manera responsable de su propia desgracia o malestar" (Getino Canseco, 2012: 184).

El proceso de morir es un periodo oscuro en los enfermos y tiene una duración considerable; la idea de la muerte en los moribundos supone interrogantes, de hecho, "la incertidumbre sobre cómo va a ocurrir la muerte es lo que más les atormenta." (Getino Canseco, 2012; 184), asalta el innevitable miedo a la muerte en sí. La conciencia de finitud

produce una desesperación sin límites, pues choca con el concepto de eternidad que ha sido introducido por la religión católica, ahora el *no ser para siempre* produce una intensa angustia, sin embargo, puede ocurrir que esta angustia se vea aliviada por las creencias religiosas, la trascendencia en otra vida. Acompañando a esto, aparece el temor al padecimiento físico que conlleva la muerte; frente al diagnóstico una de las preguntas fundamentales es si se va a soportar dolor o no, centrando toda su atención en esto, en el propio cuerpo y en especial en la parte afectada. El miedo a la agonía, marcado por una intenso sufrimiento y por la inminente proximidad de la nada, además del miedo a la descomposición del propio cuerpo, es una realidad, que la mayoría de las veces, angustia. El paciente empieza a sentir vergüenza por mostrarse deteriorado ante los demás (pérdida de peso, pérdida de cabello,etc), si ya de por si es dificil ver el progresivo deterioro es mucho más arduo soportar la mirada de los otros, razón por la cual muchas de las personas tienden a aislarse." (Getino Canseco, 2012).

En torno a la idea de la muerte existe el temor de prescindir de sus seres queridos, el pensar que cuando muera ya no se contará con la compañía de las personas más importantes provoca desesperación pues implica perder las referencias más importantes. Frente a todos estos abrumadores sentimientos que agobian al paciente en terminalidad es evidente que se presente el miedo a perder el control sobre sus emociones y sentimientos. En definitiva, el miedo es probablemente la sensación más intensa que se muestra frente a la terminalidad, ya que se enlazan varios factores como, "la incertidumbre ante lo deconocido, ante lo que pasará después, también la inquietud ante la separación de las personas queridas, la falta de respuesta de estas." (Cachón, 2008: 25).

En cada palabra, cada gesto, cada silencio, el paciente refleja su sufrimiento, como menciona Pangrazzi:

> detrás de las expresiones de una criatura herida están sus sentimientos: del shock al resentimiento, de la confusión a la amargura, de la soledad a la confianza, del miedo al alivio. Sentimientos provocados por la frustración de una vida cambiada, por la desilusión de expectativas incumplidas, por el derrumbamiento de proyectos que deben abandonarse, por la contrariedad de las ocasiones perdidas, por la esperanza de una recuperación física. Cada expresión refleja un recorrido que el individuo está realizando, un camino que a veces es una constante cuesta arriba y otras tiene sus subidas y bajadas. (Pangrazzi, 1994: 79).

No se pretende hacer valoraciones sobre las condiciones de la persona a nivel moral, psicológico o espiritual, pues "cada frase es el mapa de un sendero mayor que es preciso

comprender en el contexto de la historia, la personalidad y los recursos del individuo" (Pangrazzi, 1994: 80), la cercanía de la muerte despierta múltiples reacciones que forman parte de la elaboración del sujeto para aceptar la inminencia de la muerte, aceptar su propia historia y su propio pasado.

2.1.3 Construcción psicosocial de los padecimientos del cuerpo.

El cuerpo como *forma perceptible*, se nos impone cotidianamente, ya que en él y por él sentimos, deseamos, actuamos, sufrimos y gozamos. El cuerpo no es solo el referente anatómico, es también el referente de las experiencias corporales cognitivas, subjetivas y afectivas. "En psicoanálisis se trata del cuerpo como construcción, pero no tiene nada que ver con un desarrollo madurativo ni evolutivo, sino tiene que ver con una construcción a partir de la incidencia del significante." (Unzueta & Lora, 2002: 12), significantes que se inscriben en él y van más allá de la condición real del cuerpo. El cuerpo es un efecto, inscrito en el proceso con el Otro, es decir, que si por un lado se lo considera constante, por otro va cambiando en relación a los significantes que se le confieren. Entonces, "el cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí mismo." (Getino Canseco, 2012; 29), porque se vuelve perceptible únicamente con el aparecimiento de la agitación, del malestar, de la denominada enfermedad, entonces "la irrupción de la enfermedad, o el malestar asociado a signos corporales, da visibilidad al cuerpo, la atención se focaliza en la materialidad del cuerpo, principio estructurante de la experiencia de la enfermedad." (Getino Canseco, 2012; 29). Cuando el cuerpo, en tanto ente biológico, es perturbado en sus funciones la persona toma conciencia del mismo y la patología se vive como una amezana real para el sujeto; de hecho, el discurso médico objetiviza el cuerpo enfermo, lo considera un conjunto de órganos, sistemas, tejidos que adolecen en relación a su constitución y reacción, describe lo objetivable.

Entonces, si bien el estado de la enfermedad entrevé el cuerpo del sujeto como estado netamente fisiológico, el mismo se entreteje inevitablemente con el aspecto subjetivo, situándo a la enfermedad como transformadora del cuerpo y de los significantes implicados en el mismo. Para el paciente, el cuerpo enfermo es más que un problema funcional, representa una parte escencial de su yo, es la base misma de la subjetividad. Por lo tanto, los cambios de imagen sucitados a raíz de una enfermedad trazan una línea divisoria entre el cuerpo sano y el

enfermo, en el que quedan incritos los efectos de la enfermedad y sus consecuencias. “El deterioro de la imagen corporal se instaura de una manera progresiva y continuada, lo que provoca intensas emociones como inseguridad, culpa, sufrimiento.” (Getino Canseco, 2012; 152).

Existe una disociación entre salud y enfermedad, no obstante, “salud y enfermedad remiten siempre más allá de sí mismas, reclaman un cierto lenguaje de totalidad, insinúan, unas veces, los agujeros negros de la vida; otras, el esplendor de la existencia humana.” (Bermejo & Sánchez, 2011: 356). Por esta vía nos acercamos a los padecimientos del cuerpo que se puede decir, “hacen referencia a cómo los conjuntos sociales construyen, colectivamente, los procesos de salud/enfermedad por medio de un sistema de representaciones, entendidas como conjunto de nociones, conocimientos, actitudes, imágenes y valores que se originan y se comparten en la sociedad” (Getino Canseco, 2012; 27).

Podemos iniciar el recorrido de la construcción de diferentes discursos apoyados, principalmente, en los pueblos judíos y, más tarde en la religión cristiana, donde existía una correspondencia entre la enfermedad y el pecado, la desgracia, el castigo divino, o *algo*maligno; de modo que la salud era indicador de *gracia* y bendición. Entonces, si alguien enfermaba además de la consiguiente molestia debia asumir una supuesta infracción y perder así su estado de gracia. Más tarde, apuntalados en la secularización se sitúa la salud como orden y la enfermedad como desorden, la enfermedad es vista como antinatural, asentada en la naturaleza pero opuesta. De algún modo, se toma conciencia de la autonomía del hombre y la enfermedad es vivida como una desdicha que compromete el bienestar del sujeto.

Todas estas concepciones de la enfermedad influyen en el discurso de la terminalidad, cuando la enfermedad encuentra el límite del tratamiento clínico, aparece lo incurable, deja de ser un estado transitorio y emerge el fantasma de la finitud; es aquí cuando los padecimientos del cuerpo toman otro sentido y tropiezan con el discurso social adjudicado a la muerte, se plantean las interrogantes de la condición humana y su innegable misterio.“Cuando volvemos la vista atrás y estudiamos las culturas de los pueblos antiguos, constatamos que la muerte siempre ha sido desagradable para el hombre y probablemente siempre lo será.” (Kübler-Ross, 1993: 15). Pues si la enfermedad era vista como castigo, inevitablemente la muerte de por sí va asociada a un acto de maldad, como si el perdón no hubiese tenido cabida.

Si bien se acepta esta constante incomodidad frente a la idea de la muerte, el discurso y la forma de afrontarla se tornaron dramáticas, a través del tiempo. Se fueron perdiendo los rituales alrededor del moribundo, el morir en casa, el aceptar la muerte como parte de la vida y el morir en paz. En la sociedad actual, especialmente la occidental, nos vemos atrapados en la búsqueda de la felicidad, la eterna juventud, el éxito a toda costa, entonces "el lugar que ocupa la muerte es de invisibilidad, no tiene un espacio por el que los individuos puedan transitar, por lo que es escondida, negada y alejada socialmente." (Getino Canseco, 2012: 104). La finitud choca con la idea de la modernidad, de felicidad absoluta que invita a gozar; la muerte se presiente como un fracaso en contraste con los avances científicos, es algo que suele ocurrir a los otros y cuando se presenta es incomprendida. La cultura trata de ocultar la muerte pues parece temer esta realidad, evita el encuentro con el dolor, la espantosa irrupción de la muerte en pleno idilio de felicidad absoluta. De tal manera que:

> Utilizamos eufemismos, hacemos que el muerto tenga aspecto de dormido, alejamos a los niños para protegerlos de la inquietud y la agitación de la casa, si el paciente tiene la suerte de morir en ella; no permitimos a los niños que vayan a ver a sus padres moribundos en los hospitales, tenemos largas y polémicas discusiones sobre si hay que decir o no laverdad a los pacientes.(Kübler-Ross, 1993: 18).

Negación y marginación del dolor para protegernos y no perturbar el derecho a la felicidad, por eso los pacientes mueren en el hospital y no en la casa, la muerte ya no es vivida como un momento biográfico y social importante.

Es posible que en los últimos años se esté intentando una nueva forma de relación con los enfermos que están próximos a la muerte, con los denominados cuidados al final de la vida, los cuidados paliativos. Esta transición supone que los hombres podemos darle la vuelta a los fenómenos de la naturaleza y simplemente comprender que: "la enfermedad y el sufrimiento –además de ser elementos constitutivos de la condición humana- pueden ser vividos como oportunidades para la maduración, para el logro de una mayor libertad. Lo negativo se torna positivo, lo biológico se transfroma en biográfico." (Bermejo & Sánchez, 2011: 358).

2.2. Marco institucional de la terminalidad

Los cambios discursivos alrededor de la muerte han calado profundamente en el trato y la mirada que se brinda a los moribundos. Desde la antigüedad la relación con los enfermos ha estado marcada por la impotencia y el fracaso del discurso médico que trata de aliviar el sufrimiento pero, a pesar de los avances científicos para prolongar la existencia, se olvida por momentos la calidad de la vida que prolonga y el trato que se brinda a la persona que atraviesa sus últimos momentos. Apuntalándose sobre estos preceptos surge la humanización en la asistencia bajo el denominado movimiento *Hospice* y el contexto que se dará posteriormente a los cuidados paliativos.

2.2.1 Los cuidados paliativos.

En Europa, durante la Edad Media surgen los hospicios, del latín “hospitium”, hospitalidad, sentimiento cálido y lugar físico donde este sentimiento se expresa. En esa época, “aparecieron instituciones cristianas inspiradas en los principios de la caridad evangélica, a los que se dio el nombre de hospitales y hospicios.” (Redaelli, 2012: 21). Estas instituciones serían consideradas los primeros hospitales, usados básicamente como centros de acogida para peregrinos, pero dada su condición, llegaban a prestar cuidados a enfermos y moribundos. De hecho, al comienzo del siglo V, la iglesia, “aprobó una resolución en la cual se recomendaba a cada iglesia que estableciera un hospicio para que se proveyera de ayuda no sólo a los peregrinos sino también a los huérfanos y a los ancianos.” (Redaelli, 2012: 22). Estas instituciones medievales alcanzan una finalidad caritativa más que clínica.

Se vuelve a usar el término hospicio en Francia, pero esta vez directamente en correspondencia con el cuidado a los moribundos, aparecen también el OurLady’sHospice en Dublin y en 1905 el St. Joseph’sHospice en Londres. Pero, “se acepta que el origen de la medicina paliativa moderna comienza con la apertura en 1960 del St. Christopher´sHospice en Londres con el impulso de su fundadora, Cecily Saunders.” (Bermejo & Sánchez, 2011: 21).

La creación de esta institución da vida al movimiento Hospice, manteniendo la palabra hospicio con la connotación intermedia de hogar y hospital, asumiéndose como un lugar cálido donde se brinda acompañamiento emocional, social y espiritual a los enfermos terminales y

sus familias, logrando mejorar significativamente la calidad de vida de los mismos. Así se constituye oficialmente el llamado Movimiento de Hospice, que "nace como una herramienta útil para lograr que el final de la vida de los enfermos acontezca con el máximo confort posible y que los familiares puedan contar con el apoyo que precisan." (Redaelli, 2012: 14). Fue el St. Christopher´sHospice la piedra angular para que la humanización de la atención a los moribundos trascienda a otras partes del mundo.

En este contexto social se insertarán más tarde los llamados cuidados paliativos, como una respuesta orientada a mejorar la atención a los enfermos terminales, a aliviar el sufrimiento y a ayudar a morir en paz. Sobre la base del trabajo de Cecily Saunders, "actualmente existen alrededor de 8.000 servicios de Cuidados Paliativos en el mundo, en aproximadamente 100 países diferentes." (del Río & Palma, 2007: 3). La Organización Mundial de la Salud, define los cuidados paliativos como:

> cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento activo. Son de especial relevancia el control del dolor y otros sintomas físicos así como la atención a los problemas psicologicos, sociales y espirituales. El objetivos de los cuidados paliativos es conseguir la mejor calidad de vida del paciente y su familia. (Bermejo & Sánchez, 2011: 21).

La medicina paliativa se apuntala en varios objetivos para conseguir una óptima asistencia al enfermo y su familia, entre los principales tenemos: "el control de síntomas físicos y el apoyo emocional, social y espiritual al enfermo y a su familia." (Bermejo & Sánchez, 2011: 18). El tratamiento para el alivio del dolor físico debe ser eficaz, independientemente de que lleguen o no a producir hábito y con efectos secundarios que sean llevaderos, persiguiendo el fin de conseguir el bienestar del enfermo aunque el precio sea el acortamiento de la vida. Calmar el padecimiento psicológico, incluye una buena relación con el equipo de profesionales para que las dudas, las incertidumbres y los miedos puedan ser despejados, de modo que el paciente pueda asumir, elaborar, aceptar y dar sentido a lo que ya es inevitable

El objetivo será ayudar al paciente a poner en orden su entorno social, favorecer el encuentro con sus seres queridos en un ambiente íntimo y cálido; incluso ayudarle a poner en orden sus asuntos burocráticos y guiarlo en la solución de problemas administrativos. Se apoya al enfermo para que sienta consuelo o que se reconcilie con sus creencias, si desea tener contacto con alguien se debe facilitarlo, pues es de gran ayuda en estos momentos. Conseguir

por sobre todo una muerte en paz, es decir aquella en la que el dolor y el sufrimiento han sido minimizados y el paciente recibe las atenciones correctas en todos los sentidos. (Bermejo & Sánchez, 2011).

Se entiende el final de la vida como un tiempo que, "no tiene porque ser la espera angustiosa de la muerte, sino un tiempo sin dolor donde se busque siempre el confort del enfermo y se le procure tranquilidad. Un tiempo que permita al enfermo dar y recibir afecto." (Bermejo & Sánchez, 2011: 18). Se deja de lado la muerte como fracaso de la medicina, se asimila el dar vida hasta el último segundo, sin alargarla a pesar del sufrimiento ni tampoco acelerar su llegada, se reafirma la importancia de la vida en sí. Entonces se establece un proceso en el cual lo que se pretende es que el enfermo tenga la mejor calidad de vida posible, que se consideren los aspectos psicológicos y espirituales implicados en el tratamiento y se facilite la aceptación de su proceso, sin dejar de lado un sistema de apoyo a la familia para que pueda desafiar la crisis que supone la enfermedad del paciente y sostener el periodo de duelo.

Conviene puntualizar la denominada calidad de vida como la "vivencia global y subjetiva, de sensación de bienestar, ausencia o presencia de displacer, en el momento presente o en un plazo de tiempo determinado." (Cornango, 2007: 39), como se había mencionado anteriormente, inútilmente nos podremos centrar en las necesidades emocionales del paciente si el mismo se ve afectado por dolores terribles, por lo tanto, el componente más importante en la calidad de vida del enfermo terminal es sentirse libre de dolor físico a fin de trabajar con las necesidades emocionales y el apoyo social, asociados al amor y afecto que proporciona la familia, orientados siempre al mantenimiento de la dignidad personal.

Los cuidados paliativos representan un valioso soporte en una situación tan difícil, centrados en el contexto de cuidar, de aliviar, de considerar al enfermo como un ser humano hasta el último de sus días, "rechazando las etiquetas que se le atribuyen de moribundo y de que *no hay nada más que hacer*, que forma parte del argumento por el que es derivado a la unidad de cuidados paliativos." (Getino Canseco, 2012; 69). Priorizando a la persona antes que a la enfermedad, humanizando la trama de la terminalidad, es así como el mundo de los cuidados paliativos se va impregnando de nuevas voces, experiencias y sentimientos que los enriquecen en el desarrollo de la actividad del día a día.

2.2.2. El rol del psicólogo clínico en los cuidados paliativos.

La terminalidad conmueve todas las esferas del paciente, por lo cual es necesario en primer lugar, la aceptación de la visión holística del sujeto, para así poder dar respuesta a sus necesidades desde todas estas áreas. El psicólogo como integrante del equipo multidisciplinario de asistencia se suma a la perspectiva planteada por los cuidados paliativos, *conseguir el bienestar y paliar el sufrimiento*. La denominada psicooncología, es una rama de la psicología relativamente nueva, pues tiene apenas 20 años, pretende "otorgarle mayor importancia a los aspectos psicológicos del cáncer, apoyando los principios de los cuidados paliativos, es: la intervención especializada de la psicología en el contexto de la oncología." (Bermejo & Sánchez, 2011: 121).

Como profesional sanitario debe ser capaz de acercarse al paciente considerándolo como otro ser humano que sufre y que esta comprometido con su sufrimiento, desde la posición de quien posee ciertos conocimientos que pueden ayudarle; aproximarse para comprender las sensaciones, los miedos y los sentimientos del paciente y, desde esa comprensión con una actitud de ayuda, intentar mejorar su calidad de vida. Si bien se reconoce un cambio en el papel del psicólogo, una cierta horizontalidad en la relación, no obstante, "no debe desprenserse de su papel de experto" (Cornango, 2007,p.102), para de este modo construir una relación basada en la verdad y la confianza, guiada por los principios de la confidencialidad. En definitiva, la intervención psicológica oportuna sería la que es capaz de:

> promover educación, habilidades de afrontamiento, apoyo emocional a los pacientes, sus familias y profesionales que los cuidan, adhesión terapeutica, adaptación a la enfermedad, apoyo social, el control de los sintomas psiquicos y fisicos, en definitiva todas aquellas areas que fomentan la calidad de vida del paciente y sus allegados y disminuyen la experiencia del sufrimiento y que faciliten las labores asistenciales del equipo sanitario. (Bermejo & Sánchez, 2011: 122).

Para caminar junto al paciente, para acompañar cabalmente es necesario que las habilidades del psicólogo estén centradas en la persona, las técnicas que se empleen encaminadas a una adecuada evaluación del estado del enfermo para posteriores intervenciones, sobre la base de un interés genuino, dejando de lado las tendencias moralistas, respondiendo con frases clisés o tratando de indicar como debe sentirse, o que debe hacer, o poniéndose en el plan de investigador frente al paciente. Contrariamente, se debe crear un

clima en el cual la persona se sienta respetada y entendida para potenciar la alianza terapéutica que se establecerá y permitirá una eficaz intervención, de hecho, una buena relación clínica entre el paciente y el profesional es en sí misma paliativa.

Lo idóneo de la atención psicológica es abarcar tres ejes: el enfermo, la familia y también el equipo asistencial. (Bermejo & Sánchez, 2011). Nos referimos principalmente a la relación con el paciente como parte de los cuidados paliativos; es necesario antes de cualquier intervención reconocer los derechos bajo los cuales atendemos a estos seres humanos, para así aceptar ciertas obligaciones consecuentes. Se considera según Cornango (2007) el derecho: a la autonomía, a la información y a la privacidad. El derecho del paciente de tomar sus propias decisiones sin presiones de ningún tipo, requiere desde nuestro rol, "respetar las decisiones en cuanto a tratamientos y exploraciones que se le vayan a realizar, hay que asegurarse, sobre todo cuando su decisión puede tener repercusiones negativas para él, que las toma con plena competencia y sin coacciones." (Cornango, 2007: 51). La obligación de respetar sus decisiones tiene ciertas excepciones cuando se afecta el bien común y perjudica a terceros o cuando se considere que el paciente no está en competencia de tomar decisiones o requiera una atención de urgencia.

El derecho a la información contempla: "diagnóstico, pronóstico, gravedad, posibilidades, supervivencia, etc. La información debe ser hasta donde él quiera. No debe olvidarse que tiene derecho a saber y también a no saber." (Cornango, 2007: 55). Se comprende que en este proceso, la información que se da está teñida de desesperanza, no obstante, por más traumática que sea es de vital importancia que se saque a la luz, pues a la larga, es sobre la base de esta información, apuntalada en la verdad, que el paciente irá elaborando el proceso de su enfermedad. La información veráz no necesariamente tiene que caer en tecnicismos y peor aún ser deshumanizada, en estos momentos la mentira o los clisés no ayudan en nada, si algo se puede hacer es hablarle de la esperanza de una buena calidad de vida, es decir, "asegurarle que se sentirá acompañado, que no se le va a abandonar, que se va a paliar sus sufrimientos, que se van a controlar los sintomas. Es la única esperanza que se le puede dar; si no, se estará tergiversando la información." (Cornango, 2007: 76). El enfermo tiene derecho a la privacidad, a preservar su intimidad, la obligación del psicólogo es mantener la confidencialidad y guardar el secreto al paciente, los datos de la historia y las confidencias

aportadas. Hablar con la verdad al paciente y procurar no mentirle es parte de esta privacidad que debe ser considerada por cada uno de los profesionales.

El psicólogo guiado por los principios de los cuidados paliativos irá desarrollando ciertas actitudes sobre las cuales se desarrollará de mejor manera su trabajo, pues hay que entender que el campo en el que se transita no es nada agradable y que requiere de bastante sintonía. El trabajo con el sufrimiento es complicado pues se entraman síntomas físicos, psicológicos impregnados por la proximidad de la muerte y la falta de esperanza. De modo que las actitudes que el profesional debe trabajar según Cornango son: "escuchar, trabajar los afectos y hablarle."(Cornango, 2007: 130).

No hay duda de que una escucha activa, con empatía, puede ser positiva; es importante que como parte de esta habilidad se trabaje la propia angustia que produce la situación, de modo que se pueda acompañar y escuchar cabalmente al paciente. Los afectos suscitados requieren una elaboración especial, para no dejarse atrapar por las sensaciones y los sentimientos del paciente, de lo contrario se caería en la compasión perdiendo la eficacia del trabajo. Además, es muy común que si dejamos atrás los clisés nos topemos con la imposibilidad de decirle "algo" a un paciente que está a punto de morir y esta sufriendo, por tanto se establece la interdicción de decir frivolidades o mentiras, pues no es más que una forma de tranquilizarnos a nosotros mismos. (Cornango, 2007). Es prudente, "interesarse por su enfermedad, por cómo se encuentra, por sus síntomas, por lo que quiera contarnos, sin querer quitar dramatismo a lo que nos transmite." (Cornango, 2007: 131), pero sobre todo dejando que sea el paciente quién marque la entrevista con respeto, controlando nuestras propias angustias pero dando muestras de afecto, sin tratar de darle un sentido al sufrimiento.

El campo de acción del psicólogo se amplía a la familia del paciente; la enfermedad activa una dinámica especial, se convierte en una verdadera crisis familiar, genera desorden y sufrimiento. Razón por la cual, se procura crear una relación terapéutica de confianza, brindar información adecuada, asesoramiento sobre la manera de acompañar y aliviar al enfermo, conocimiento de las diversas fases y por sobre todo brindar apoyo emocional; solo de este modo se logrará minimizar el impacto de la enfermedad en la dinámica familiar y fortalecer la capacidad para afrontar la misma. El núcleo familiar constituye una de los pilares fundamentales para el paciente, al ocupamos de ella el enfermo se sentirá aliviado. Es

importante trabajar el duelo, para que una vez producido el fallecimiento, se haga una elaboración adecuada. (Cornango, 2007)

En cuanto a la intervención del psicólogo dentro del equipo asistencial su función es la de promover habilidades de autodominio emocional en el resto del equipo y habilidades de comunicación más eficaces, además contribuye a la resolución, si existen conflictos relacionales en el interior del equipo. Entonces el trabajo "abarca desde la intervención propiamente psicoterapéutica, hasta la intervención en el adiestramiento y ayuda en la gestión del estrés profesional o la orientación para un más eficaz y eficiente trabajo en equipo." (Bermejo & Sánchez, 2011: 152).

Disminuir el sufrimiento es el objetivo fundamental en la atención al paciente, buscar la calidad de la vida, sin que eso sea precisamente alargarla, sino conseguir que sufra lo menos posible. Es trascendental asumir que el objetivo no es alargar la vida, pues de lo contrario como profesionales tropezariamos con el encarnizamiento terapéutico, que no es más que, "una actitud bastante extendida entre los médicos, que, inconscientemente, no aceptamos sentirnos fracasados ante una situación irresoluble y seguimos luchando contra la muerte." (Cornango, 2007: 65).

La relación clínica que se funda en estos momentos entre el paciente y el equipo que lo atiende es una relación muy especial, marcada por circustancias exclusivas que van a diferenciarla de cualquier otra.

El trabajo del psicólogo en este ámbito puede llegar a ser muy complejo por todos los talantes emocionales, sociales y éticos que implica la terminalidad. Razón por la cual conviene desde un inicio conocer nuestros propios límites, nuestros fracasos, nuestra propia mortalidad, pues si es un gran problema en nuestra vida, y vemos la muerte como un tema tabú, aterrador y horrible, nunca podremos ayudar a un paciente a afrontarla con tranquilidad. El papel del psicólogo es fundamental en el *buen morir*, pues si se ha elaborado la propia finitud, se puede hablar del tema con los pacientes en el momento adecuado y en la forma correcta, para contribuir a la elaboración de su enfermedad. Asumiendo nuestra falta de omnipotencia entendemos que la mejor ayuda que se puede brindar es la simple aceptación y comprensión genuina de sus reacciones, actitud que se convertirá por sí misma en terapéutica. En definitiva, "acompañar y dar apoyo a una persona que se está muriendo es siempre una labor

demandante, agotadora y estresante, pero es una de las cosas más valiosas que un ser humano puede hacer por otro.” (Bermejo & Sánchez, 2011: 46).

CAPITULO III

CASOS CLÍNICOS

3.1 Marco metodológico

- Operacionalización de la investigación

Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología/técnicas
En pacientes en atapa terminal de cáncer la culpa se presenta como: irritabilidad, mal humor, agresividad, apatía y auto reproches.	La culpa	Irritabilidad Mal humor Agresividad Apatía Auto reproches	Realización de las entrevistas con formato semi - estructurado a los pacientes, un familiar y al médico tratante
	La etapa terminal de cáncer	Diagnóstico de terminalidad en la historia clínica	Revisión de las historias clínicas de los pacientes.

TABLA N. 2

- Procedimiento

1. De acuerdo a la planificación, la población se selecciona según los parámetros de muestreo no probabilístico establecidos en el plan que son: pacientes hombres y mujeres de 30-50 años en etapa terminal de cáncer, de cualquier clase, condición social o religiosa; la atención a los mismos será en el servicio domiciliario que brinda el Hospice San Camilo en cualquier lugar de la ciudad de Quito, en el periodo mayo- junio de 2013.
2. Luego se revisa el Banco de datos de la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos de pacientes a quienes se atiende por medio de la filosofía Hospice, brindándoles visitas domiciliarias;el trabajo está dividido estratégicamente en

equipos multidisciplinarios: el primero cubre el sector centro norte, el segundo el sector norte, el tercero los valles y el cuarto el sector sur de la ciudad.

3. Se determina que los pacientes que cumplen con lo establecido se encuentran en el sector que cubre el cuarto grupo, es decir, el sector Sur de la ciudad de Quito, de modo que se adhiere a la labor del mencionado grupo, integrado por una enfermera religiosa, una médico, un voluntario, un médico pasante y una psicóloga.
4. Las visitas a las pacientes se realizan una vez por semana, los días jueves específicamente, durante el periodo de tiempo del presente trabajo se asiste conjuntamente con todo el equipo aportando a la labor del mismo y logrando una buena relación con las pacientes. En determinado momento se lespide su colaboración para la presente investigación, petición a la que acceden, acordando una cita, sin la presencia del restodel equipo de visitas.
5. Las entrevistas se las realiza a los pacientes, a un familiar cercano y al médico tratante, por separado, y cuentan con un formato semi - estructurado de preguntas que se especifican en los ANEXOS.

- Población

Las dos pacientes que aportan a la investigación son de sexo femenino, de acuerdo a la historia clínica ambas se encuentran en etapa terminal de cáncer. La primera de 39 años presenta un cáncer mamario con metástasis generalizadas, mientras que la segunda de 36 años presenta un cáncer cerebral igualmente con metástasis generalizadas. Los familiares que colaboran en las entrevistas en ambos casos son las madres de las pacientes que constituyen las cuidadoras principales. El médico tratante de la Fundación al momento de la investigación es la Dra. Carla Mera quién asiste a los dos casos y a quién se le realizan las entrevistas.

3.2 Descripción del trabajo de investigación en la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos proponen humanizar el trato con los pacientes terminales, en el Ecuador,la institucionalidad de los cuidados paliativos surge alrededor del año 1995 en la ciudad de Quito, donde “un grupo de amigos integrado por una enfermera, un sacerdote

camiliano, un médico, un ingeniero químico y una voluntaria" (Redaelli, 2012: 110), guiados por el espíritu de ayuda de San Camilo de Lelis inician su trabajo con pacientes con cáncer a quienes brindan una asistencia integral acorde a los principios de los cuidados paliativos en su domicilio. Luego, por la demanda y gran acogida del trabajo se organiza el primer consultorio de referencia, que tampoco abasteció a la creciente población de pacientes que llegaban gracias a las buenas referencias de los que habían sido atendidos.

De esta manera, se abre camino la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos, como menciona Redaelli, uno de sus fundadores: "nuestra bandera y el corazón de la humanización de la asistencia siempre fue la medicina paliativa como respuesta a una necesidad."(Redaelli, 2012: 111). Sobre la base de este noble propósito, el 16 de Octubre de 1997 se establece como Institución de Derecho Privado con personería jurídica y finalidad social la *Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos*. No obstante, es a partir de 2011 que se despierta una verdadera conciencia pública de la intervención de los cuidados paliativos. La política adoptada por el Ecuador se orienta hacia la integración de la atención tipo *hospice* en el sistema general de asistencia sanitaria lo cual, indudablemente, es un indicador positivo del avance de la humanización de la salud.

La Fundación fundamenta las bases de su trabajo en su misión:

> FECUPAL es una entidad sin ánimo de lucro que se fundamenta en la ayuda solidaria de la comunidad y se propone brindar cuidado integral al enfermo en etapa terminal y a las familias en duelo, aliviar el sufrimiento físico y emocional de la persona enferma cuando curar ya es muy difícil, ofrecer orientación, asistencia psicológica y acompañamiento espiritual a las familias antes y después de fallecimiento del ser querido.(Redaelli, 2012: 109).

Y su visión encaminada a:

> satisfacer de manera personalizada, humanizada y cálida, las necesidades físicas, emocionales y espirituales de los enfermos terminales y sus familias, con opción preferencial por los pobres, para responder con una ayuda solidaria y competente a sus esperanzas de vida, bienestar y paz.(Redaelli, 2012: 111).

Gracias a estos principios, la Fundación brinda apoyo integral tanto para el enfermo como para su familia: asistencia médica, psicológica y espiritual, antes y después del fallecimiento, de manera domiciliar u hospitalaria. Con el apoyo de la comunidad camiliana, profesionales y voluntarios avocados por los principios paliativos y la filosofía *hospice*, llevan

a cabo estas modalidades de atención en la ciudad de Quito. La intensa trayectoria de la Fundación ha permitido que desde 1998 hasta el 2010 se atienda en la sede a 122.137 pacientes en consulta externa y hospital de día y en domicilios 8.850 visitas realizadas en la ciudad de Quito y la periferia.(Redaelli, 2012: 113).

La Fundación promueve el *buen morir*, pasar los últimos días en un ambiente cálido y en compañía de los seres queridos, considerando las implicaciones de la enfermedad. De hecho, "cuenta hoy con cinco equipos multidisciplinarios que cubren los distintos sectores de Quito y sus alrededores. Una de las tareas es la provisión de medicamentos necesarios para el manejo de síntomas molestos."(Redaelli, 2012: 111). La organización del apoyo domiciliario ha permitido brindar de manera gratuita y personalizada, un importante apoyo al enfermo y a la familia, "con equipos interdisciplinarios caracterizados por una vocación centrada en la persona e integrados por un médico, enfermera, psicóloga, voluntario y sacerdote." (Redaelli, 2012: 113). Lo principal en los equipos es el rescate de la dignidad de la persona en estos momentos de su vida.

Muchas veces el hogar no es lo más adecuado para pasar los últimos días, de modo que, surge la necesidad de contar con una estructura como el Hospice, donde el paciente cuente con las comodidades que no tiene en su domicilio. Como parte de la ardua labor de FECUPAL se emprende el proyecto del primer Hospice en el Ecuador; se justifica su creación por la necesidad de las personas en etapa terminal que requieren de los cuidados paliativos, "En Ecuador según información de 2009 del Registro Nacional de Tumores, se sabe que de 59.714 personas fallecidas, 8.817 equivalente al 14.77% fueron por cáncer."(Redaelli, 2012: 139). Este servicio transforma la asistencia hospitalaria, promueve aliviar el sufrimiento y el dolor para que así el fin de la vida sea en un contexto de hospitalidad. Los resultados esperados del proyecto Hospice San Camilo, son:

> Albergar aproximadamente un promedio de 300 pacientes anuales, considerando una permanencia en el Hospice no superior a 30 días, una cobertura de los equipos interdisciplinarios de 120 pacientes asistidos en domicilios y acompañamiento a 270 familias involucradas en duelo anticipatorio por la separación inminente de sus seres queridos, a través del centro de escucha o por los grupos de apoyo mutuo. (Redaelli, 2012: 140).

Al momento, el proyecto Hospice está culminado, la atención domiciliariay acompañamiento se realiza de manera regular cubriendo los diferentes sectores de Quito, construyendo cada día la humanización de la salud.

3.3 Análisis de las entrevistas

3.3.1 Caso uno.

- ***Datos preliminares.***

Fecha entrevista: 30 de mayo de 2013

Edad: 39 años

Sexo: femenino

Diagnóstico: cáncer mamario con metástasis generalizada

- ***Antecedentes.***

Durante los primeros encuentros la paciente pide, reiteradamente, que le detallen qué tan avanzada está su enfermedad. Generalmente, se muestra molesta ante cualquier comentario. En determinado momento, el médico les explica a la paciente y a su mamá las tomografías; la hija reacciona de manera abrupta y le grita a su madre que ella no entiende nada y que *ya se va a morir*. Manifiesta que no quiere hablar con la psicóloga, sino más bien que trate a su hijo porque necesita ayuda; por la negativa de la paciente, se trabaja con el niño. En las breves intervenciones con la paciente, manifiesta una actitud evasiva, molesta; en algunas conversaciones es evidente que hace un esfuerzo grande para sofocar su ira y su llanto. Con la madre también se mantienen algunas entrevistas en las que menciona el cambio de actitud de su hija: es muy grosera y se enoja mucho con el hijo.

Luego de conversar con la madre acerca de las necesidades económicas, se decide con el equipo entregarles víveres durante un tiempo. Sin embargo, cuando se fue a dejar esta ayuda, la paciente se escondió y se rehusó abrir la puerta fingiendo que no se encontraba en la casa. Mientras mantuvo esta actitud se suspenden las visitas.

Al retomar el contacto, la paciente se encuentra bastante deteriorada, pues accedió a realizarse nuevamente sesiones de quimioterapia. Durante la entrevista colabora manteniendo una actitud reticente, se limita a contestar las preguntas y evita el contacto visual.

- ***Dinámica familiar.***

La paciente vive con su madre y su hijo de tres años. El padre murió, tiene un hermanastro que los visita ocasionalmente. La madre se ha hecho cargo de ella desde el diagnóstico, lo cual implica dificultades a nivel económico, pues su trabajo de lavandera no es suficiente para mantener a su hija y a su nieto, señala que la actitud de la hija solía ser agresiva y ahora empeora al tener que recibir los cuidados. El padre del niño, a raíz de la enfermedad de la paciente y de un accidente cerebrovascular se ha alejado. Actualmente los visita esporádicamente, por su condición tiene problemas de memoria lo que dificulta que los reconozca; se conoce que la relación de pareja fue muy conflictiva.

- ***Entrevista a la paciente.***

- ¿Cómo se enteró de su diagnóstico?

Yo me fui al hospital Eugenio Espejo, me fui con una cuñada, me fui allá porque ahí di a luz. Tenía una bolita en el seno y pensé que era de la leche porque estaba dando de lactar, pero de ahí me dijeron que tenía cáncer; yo no sabía mucho de esto, pero yo pensaba ese rato que cáncer era sinónimo de muerte y solo me puse a llorar.

- ¿De qué forma reaccionó en el momento en que se enteró?

Mal, me puse a llorar, me dio miedo y me puse a pensar que ¿por qué a mí?, eso era lo que pensaba y me daba rabia porque decía justo tenía que vivir por mi hijo que acababa de nacer y me iba a morir.

- ¿Desde ese momento a la actualidad, que ha cambiado?

Ahora me da más miedo a lo que va a pasar, tengo miedo de que voy a sufrir, de que en el futuro va a ser muy doloroso; iras de porque pasó todo esto. Aunque mejor ahora yo trato de no pensar, no quiero pensar que estoy enferma, no quiero pensar en todo esto, para así dejar de tener miedo.

- ***Entrevista a la madre***

- ¿Qué reacciones observó en NN cuando se enteró de su diagnóstico terminal?

Yo no estuve con ella cuando la doctora le había dicho esto, pero ella siempre ha sido de carácter duro; yo le veía más enojada de lo que era. Después de que ella se hizo las *quimios,* de que le extirparon los ovarios y el seno, de la radioterapia de la columna; y que ella se dio cuenta de que todo eso no funcionaba y que solo decaía más, se enojó con todo el mundo, se puso agresiva, y sólo reclamaba que todo eso no sirve para nada.

- ¿NN ha presentado algún cambio en su comportamiento, existe alguna diferencia en su conducta después del diagnóstico de enfermedad terminal?

Si, ella está peor, bueno siempre ha sido dura pero últimamente es más agresiva, me trata mal, se enoja cuando no hay dinero y me hace sentir mal a mí. Cree que ella es la enferma y que todo se le debe aguantar.

- En las relaciones familiares cercanas, ¿ha observado algún cambio con cada uno de ellos, después del diagnóstico?

Conmigo ella es muy agresiva, me habla por todo, me trata de tonta, todo lo que hago por ayudarle está mal, antes ella no era así. Con el hijo, le pega cuando le molesta y se enoja. Incluso con el hermano que no le ve mucho cuando viene le reclama cosas, las veces que ha venido el esposo, ella se va no quiere ni hablar, está enojada.

- ¿Existió algún momento en el que NN culpó a alguien de la enfermedad?

Ella cuando se pone enojada me culpa a mí de la enfermedad, dice que todo es mi culpa.

- En los últimos días, ¿NN ha manifestado algún tipo de conducta agresiva, irritabilidad, mal humor, apatía, auto reproches o que NN haya reaccionado de una manera poco usual?

Si tiene conductas agresivas, irritabilidad, mal humor, apatía; no le he escuchado auto reproches, mejor me culpa a mi o al marido.

- ***Entrevista al médico que le asiste***

- ¿Cómo es el trabajo con NN, que actitud presenta frente a la asistencia que usted le brinda?

Su actitud es reacia, al principio fue de negación ante su situación, se muestra molesta, tiene un bloqueo ante nuestra atención, no mira a los ojos, parece que no escuchara, como encerrada en su mundo.

- Ha notado alguna dificultad en la relación del paciente con sus familiares cercanos?

Si, con la mamá, tuvieron una pelea cuando le estábamos visitando, se nota en general que es grosera con ella.

- ¿Qué reacciones específicas presenta NN?

La paciente cuenta que cuando estaba embarazada presentó una bolita en el seno, se fue a consultar con el médico, y él le indico que era una mastitis; luego empezó a tener secreción y fue a realizarse otro chequeo, en el cuál le solicitan una biopsia, pero ella pensó que después de un año de darle de lactar a su hijo ahí se realizaría el examen. Luego de este tiempo se hizo el examen y ahí le dijeron que era cáncer y que ya estaba tomado todo el cuerpo.

Esta es la razón por la cual menciona en determinada ocasión que fue culpa de ella por no haberse hecho el examen en ese mismo momento y esperar hasta cuando ya no había nada que hacer. Entonces las reacciones que se pueden observar son la de culpabilidad por este hecho, ira, agresividad y a veces resignación.

- Ha observado algún tipo de conducta agresiva, irritabilidad, mal humor, apatía, auto reproches en NN?

Si existe conductas agresivas en la relación con la madre, en la forma en la que habla y como se muestra con el equipo de atención. Se nota irritabilidad, mal humor, apatía también auto reproches, es como iras con ella misma por todo lo que ha pasado.

3.3.2 Caso dos.

- ***Datos preliminares.***

Fecha entrevista: 11 de junio de 2013

Edad: 36 años

Sexo: Femenino

Diagnóstico:Cáncer cerebral con metástasis generalizadas

- ***Antecedentes:***

Desde el inicio de las visitas, con el equipo de la Fundación, la paciente se muestra interesada en hablar con la psicóloga. En el primer contacto, manifiesta su reciente acercamiento a la religión, la constante lectura de la Biblia, y su convencimiento de que con esta actitud Dios perdonará sus pecados. Refiere lo que para ella son sus "pecados": cuando era joven solía ingerir licor frecuentemente, se considera una "persona mala" pues menciona tuvo relaciones sexuales con diferentes personas, actitud que denota una abrumadora culpa.

En la siguiente reunión, revela el sufrimiento que conlleva la enfermedad que padece y menciona que en algunos momentos ha considerado el suicidio; explica que a veces quisiera *tomarse todas las pastillas*. Incluso ha pensado incluir en este plan a su hija para que las dos murieran y así acabar con todo; según ella esta salida sería un alivio para su madre y su hermana, especialmente para esta última porque es quien cuidaría a su hija cuando ella muera.

En esta misma reunión, la madre pide hablar con la psicóloga y declara que la paciente está "insoportable", que su comportamiento es bastante agresivo, que en una ocasión sin ningún motivo mientras ella la ayudaba a levantarla de la cama le aruñó la cara; que constantemente pide disculpas por encontrarse en el estado en el que está y causar incomodidad a la familia; la agresión también es contra la hija a quién, a pesar de su estado, se las arregla para golpearla constantemente. Relata hechos que según ella serían la razón de la molestia de la paciente: hace algún tiempo la madre estuvo enferma, necesitaba de cuidados especiales, y la hija descuidó por completo a su madre, le daba comida en mal estado y se la lanzaba; de modo que según la madre ahora se siente culpable de haber tenido esa actitud.

En el siguiente encuentro se inicia una conversación con todo el equipo y mientras ella muestra fotos y recuerdos que tiene en su habitación, llama la atención un diario, que amablemente accede a mostrar a la psicóloga y a la médico tratante, del que se rescata un poema en el que alude a la idea de la muerte como salvadora y como la única salida a su sufrimiento. Cuando se insinúa el tema en una conversación a solas, evade diciendo que eso fue hace mucho, que había pensado en el suicidio pero que ahora sabe que sus pecados van a ser perdonados.

Posteriormente, se conversa con la paciente y se nota un cambio en su actitud, pues indica que un médico le ha dicho que, aunque con muchos riesgos, existe la posibilidad de una operación,

esta eventualidad la considera un regalo de Dios, que ha escuchado sus súplicas y que por eso le manda esa oportunidad.

Durante la entrevista para el presente trabajo, la paciente se muestra tranquila, frente a las preguntas se muestra entusiasmada por colaborar. Actualmente, debido a su enfermedad no puede mover en absoluto sus dos piernas y su mano izquierda.

- ***Dinámica familiar:***

La paciente vive con su madre, una hermanastra menor de 24 años y con su hija de 10 años; el padre de la niña no convive con la paciente, están separados desde hace aproximadamente cinco años. Indica que nunca fue una buena relación, sin embargo convivieron durante su residencia en España y de esta relación nace la niña, debido a la actitud poco responsable de la paciente en el compromiso deciden efectuar la separación. Al regresar al país pierden contacto; señala que él regresó recientemente y visita a su hija cada domingo pero que con la paciente no existe ningún acercamiento.

- ***Entrevista a la paciente***

- ¿Cómo se enteró de su diagnóstico?

Es que un día yo tuve iras, porque un chico estaba haciendo una fiesta acá al lado y había mucha música, entonces me enojé muchísimo y por eso me dieron ataques, esa fue la primera vez porque nunca antes me habían dado. Luego de eso me internaron en el hospital y me dijeron lo del tumor, los doctores dijeron que me iban a operar, y bueno me operaron. Entonces me sentí tranquila y fuerte, después de todo el tratamiento, yo me confié y como ya me sentí mejor, no volví donde el doctor; regresé después de seis meses porque tuve un ataque en el lugar donde trabajaba y me caí. Cuando fui donde el doctor, él dijo que ya estaba avanzado y que debí haberme hecho los exámenes antes, por eso yo siempre me reprocho, porque esto que pasa es por mi descuido, es por mi culpa.

- ¿De qué forma reaccionó en el momento en que se enteró?

Al principio yo era fuerte y daba ánimos a todos, pero después que me dijeron eso que estaba avanzado me derrumbé.

- ¿Desde ese momento a la actualidad, que ha cambiado?

Yo era fuerte hasta a los otros pacientes les decía que todo iba a estar bien, pero ahora no se, ahora quiero escapar, quiero salir corriendo, quiero que todo sea como antes. Me siento mal por mi hija porque quiero que ella este bien. Ahora estoy con entusiasmo porque el doctor dijo que hay que hacerme estudios porque puede existir una segunda operación.

- ¿Qué otras reacciones se han dado a lo largo de este tiempo, ha existido ira o sentimientos de culpa?

Si la culpa, porque yo le he dicho, yo antes fui mala, yo antes cuando era joven me emborrachaba y con el primero que venía me acostaba. Pero yo he pedido perdón, yo le he rezado a Dios, yo leo la Biblia, yo le he pedido perdón a diosito por mis pecados, por lo malo que he hecho y confío en que me está escuchando y que por eso me van a poder operar otra vez y curarme.

- ***Entrevista con la madre***

- ¿Qué reacciones observó en NN cuando se enteró de su diagnóstico terminal?

Ella no sabe de verdad que es lo que tiene, ó sea ella sabe que tiene ese tumor pero ella no sabe que no tiene ninguna posibilidad de cura; porque el doctor me dijo el diagnóstico y todo a mí, para mí como madre es doloroso y no puedo aceptar que ella algún día se va a ir, y por eso le doy ánimos. La reacción que vi en ella, es que cuando ya no podía caminar se renegaba, se enojaba muchísimo con todos, incluso ella se pegaba duro en las piernas y gritaba que por qué no le respondían.

- ¿NN ha presentado algún cambio en su comportamiento, existe alguna diferencia en su conducta después del diagnóstico de enfermedad terminal?

Al principio de lo que era mal genio, estaba peor, ella antes se portaba mal conmigo, si le he contado. A pesar de la enfermedad, de que estaba así ella era muy grosera; se molestaba por todo, era terrible, en estas dos semanas se ha calmado no sé ni porque.

- En las relaciones familiares cercanas, ¿ha observado algún cambio con cada uno de ellos, después del diagnóstico?

Ella llegó a alzarme la mano, yo trataba de entenderle por la enfermedad, pero era terrible todo lo que ella pedía era una orden, eso me dolía porque cuando yo estuve enferma porque me operaron ella no me pasaba ni un vaso de agua, ella no pedía nada por favor, si no pedía cosas

solo para molestarme. Con la hija se enojaba, le pegaba, todo le molestaba. Con la hermana nunca han sido muy cercanas pero ella sabe que no le puede decir nada porque la hermana es bien parada, entonces no le aguanta esas cosas.

- ¿Existió algún momento en el que NN culpó a alguien de la enfermedad?

En algún momento, me dijo que era mi culpa, solo dijo eso pero era en el tiempo que estaba agresiva.

- En los últimos días, ¿NN ha manifestado algún tipo de conducta agresiva, irritabilidad, mal humor, apatía, auto reproches o que NN haya reaccionado de una manera poco usual?

Si, ella si ha tenido conductas agresivas, irritabilidad, mal humor, apatía, en lo de reprocharse ella, mejor creo que es a veces a mí.

- ***Entrevista con el médico que le asiste***

- ¿Cómo es el trabajo con NN, que actitud presenta frente a la asistencia que usted le brinda?

Nosotros nunca hemos tenido rechazo al tratamiento del dolor, se abrió a conversar con el equipo y ha hecho caso en todo lo que le indicamos.

- Ha notado alguna dificultad en la relación del paciente con sus familiares cercanos?

Si, en la relación con la madre se nota mucho resentimiento, por el relato de la mamá sabemos que cuando NN estaba sana, la madre tuvo que estar hospitalizada por un trasplante de hígado, en esa circunstancia la paciente le daba de comer comida cruda y le repetía que *ojalá se muera* y presentaba otro tipo de conductas agresivas en contra de su madre. A partir de lo explicado por la madre se puede decir que al encontrarse la paciente en una situación diferente en la que se encuentra al cuidado de su madre presenta cierta culpa y arrepentimiento por su actitud.

Con la hija han mencionado que NN le golpeaba demasiado a pesar de estar en su condición, que incluso trataba de inculcarle actitudes egoístas y de desconfianza hacia su abuela y su tía.

Con la hermana no se nota que existan problemas, pero es más bien por la actitud de la hermana, ella se muestra fuerte, porque ha tenido que afrontar la enfermedad de la madre y de la hermana.

- ¿Qué reacciones específicas presenta NN?

Con nosotros ella es tranquila se le ve como que ahora empieza a aceptar la enfermedad, como resignación.

- Ha observado algún tipo de conducta agresiva, irritabilidad, mal humor, apatía, auto reproches en NN?

La conducta agresiva que tiene con la hija y la mamá, nada más; irritabilidad si se le nota, algunas veces malhumorada, apática no y los auto reproches sí, eso es lo que más se le escucha, ella siempre se recrimina que por qué no se hizo los controles cuando tenía que hacerse, que es por culpa de ella.

3.4. Articulación con la teoría

La culpa se traduce de distintas formas en la vida cotidiana,si no se manifiesta o si es excesiva provocará importantes efectos en el sujeto. Considerando los indicadores de la culpa sobre los cuales se construye el presente trabajo procedemos a articularlos con la investigación realizada:

- Agresividad

Como sabemos el sentimiento de culpa posee una relación íntima con la pulsión de muerte que deriva en un componentede *agresividad* en el sujeto, y que puede ser comprendida bajo la luz de la necesidad de castigo. La misma empujará al sujeto a consumarlo ya sea desde el exterior o sometiendose a la crueldad del superyó. Vemos como en ambos casos la relación con el cuidador principal está marcada por la agresividad:

> *Conmigo ella es muy agresiva, me habla por todo, me trata de tonta, todo lo que hago por ayudarle está mal, antes ella no era así. Con el hijo, le pega cuando le molesta y se enoja. Incluso con el hermano que no le ve mucho cuando viene le reclama cosas, las veces que ha venido el esposo, ella se va no quiere ni hablar, está enojada.* (Entrevista madre – Caso uno)
>
> *Ella llegó a alzarme la mano, yo trataba de entenderle por la enfermedad, pero era terrible todo lo que ella pedía era una orden, eso me dolía porque cuando yo estuve*

enferma porque me operaron ella no me pasaba ni un vaso de agua, ella no pedía nada por favor, si no pedía cosas solo para molestarme. Con la hija se enojaba, le pegaba, todo le molestaba. (Entrevista madre – Caso dos)

[…]en la relación con la madre se nota mucho resentimiento, por el relato de la mamá sabemos que cuando NN estaba sana, la madre tuvo que estar hospitalizada por un trasplante de hígado, en esa circunstancia la paciente le daba de comer comida cruda y le repetía que ojalá se muera y presentaba otro tipo de conductas agresivas en contra de su madre.[…] Con la hija han mencionado que NN le golpeaba demasiado a pesar de estar en su condición, que incluso trataba de inculcarle actitudes egoístas y de desconfianza hacia su abuela y su tía.(Entrevista médico – caso dos)

Notamos como pese a ser las personas de quienes dependen, debido a su enfermedad, descargantoda su agresividad contra ellas provocando el rechazo; se puede decir que se sitúan como no merecedoras de todos estos cuidados porque cuando los reciben provocan ira en sus cuidadoras y el consiguiente fastidio. Como dice Kübler-Ross: “este pesar, esta vergüenza y esta culpabilidad no están muy alejadas de sentimientos de cólera y rabia.” (Kübler-Ross, 1993: 17). Es a partir de esta conjetura que se clarifica que dentro de la etapa denominada de cólera y rabia, definida por Kübler-Ross, es posible que se encuentren ocultos los efectos de la culpabilidad.

Como sabemos si la pulsión agresiva es sofocada de su acción en el exterior, regresa hacia el Yo con la misma severidad agresiva que el Yo habría satisfecho afuera. Por tanto, se pone en relieve la violencia como castigo que puede llegar al suicidio, que nos enfrenta a la agresión hacia uno mismo y que encubre la intención de matar al otro, al objeto. De hecho, en uno de los casos se presenta lo siguiente:

[…] menciona que en algunos momentos ha considerado el suicidio; explica que a veces quisiera tomarse todas las pastillas, incluso que ha pensado incluir en este plan a su hija para que las dos murieran y así acabar con todo; según ella esta salida sería un alivio para su madre y su hermana, especialmente para esta última porque es quien cuidaría a su hija cuando ella muera. (Antecedentes – caso dos)

En conclusión, se puede decir que en ambos casos la conducta está marcada por un componente agresivo importante que denota la presencia de la culpa y que se extiende en los

demás indicadores tanto en la agresividad como en la irritabilidad, el mal humor y la apatía que veremos más adelante.

- Autoreproches:

Si situamos los casos investigados en la lógica de la culpabilidad que se ha señalado en el primer capítulo: consecuencia de un acto ejecutado y definido como reprobable, es decir, argumentos comunes de remordimiento en la denominada «consciencia de culpabilidad», en ambos casos se *auto reprochan* el haber descuidado el control médico, pese a que se considera la importancia del problema y sus implicaciones, aparente descuido que desencadenaría en la etapa terminal de la enfermedad, tal es así que señalan:

> *ella pensó que después de un año de darle de lactar a su hijo ahí se realizaría el examen. Luego de este tiempo se hizo el examen y ahí le dijeron que era cáncer y que ya estaba tomado todo el cuerpo. Esta es la razón por la cual menciona en determinada ocasión que fue culpa de ella por no haberse hecho el examen en ese mismo momento y esperar hasta cuando ya no había nada que hacer*. (Entrevista médico – caso uno)
>
> *yo me confié y como ya me sentí mejor, no volví donde el doctor; regresé después de seis meses porque tuve un ataque en el lugar donde trabajaba y me caí. Cuando fui donde el doctor, él dijo que ya estaba avanzado y que debí haberme hecho los exámenes antes, por eso yo siempre me reprocho, porque esto que pasa es por mi descuido, es por mi culpa*. (Entrevista paciente – caso dos)

De modo que, en un inicio conviene situar estos reproches de las pacientes, en lo que Nasio propone como: “un sentimiento efectivamente vivido como opresión que el sujeto se explica por el hecho de haber cometido una falta real o ficticia.” (Nasio, 1996). Además, en el caso dos, reconoce haber actuado reprobablemente:

> *Si la culpa, porque yo le he dicho, yo antes fui mala, yo antes cuando era joven me emborrachaba y con el primero que venía me acostaba.* (Entrevista paciente - caso dos)

Entonces, se trata de una reacción consciente del Yo frente a un acto y su consecuencia, de modo que es consciente de la culpa y la entiende como causa de la enfermedad.

Considerando que las pacientes se enfrentan a una enfermedad incurable, a una crisis, en la que por un lado pronuncian una variedad de ¿por qué?, que están dirigidos a un otro, en los que se culpabiliza a un tercero que por lo general es Dios, nos enfrentamos como vimos anteriormente a los "si hubiera", en los que, como dice Pangrazzi, "es la persona misma la que se autoculpabiliza por no haber sabido prevenir una enfermedad o evitar una tragedia" (Pangrazzi, 1994: 30), frases que encubren autoreproches y conducen al "si hubiera…" pronunciado en medio de la crisis.

Autoreproches encubiertos, que no son más que reproches contra el mismo objeto de amor, que desde este han rebotado hacia el propio Yo. Grinberg menciona al respecto: "tienen como función primordial la de apaciguar al perseguidor a través de la confesión de cierta culpa pero encubren profundamente la culpa persecutoria cuya génesis proviene de las raíces conflictivas infantiles." (Grinberg, 1963: 90)

Es notorio que ambas pacientes culpan a sus madres de la enfermedad en los momentos de ira, y se reprochan a sí mismas victimizándose:

> *Ella cuando se pone enojada me culpa a mí de la enfermedad, dice que todo es mi culpa.* (Entrevista madre – caso uno)
>
> *En algún momento, me dijo que era mi culpa, solo dijo eso pero era en el tiempo que estaba agresiva.*(Entrevista madre – caso dos)

En conclusión, se manifiesta en las pacientes lo investigado en la teoría: muchas veces los auto reproches se deben a una necesidad de castigo de una falta real o ficticia cometida en el pasado.

- Irritabilidad, mal humor, apatía

La conducta de ambos casos dan cuenta de los indicadores que Grinberg(1963) determinó como manifestaciones de la culpa, encontramos que responden a la pregunta: ¿se ha observado algún tipo de conducta agresiva, *irritabilidad, mal humor, apatía,* auto reproches? :

> *Sí tiene conductas agresivas, irritabilidad, mal humor, apatía; no le he escuchado auto reproches, mejor me culpa a mi o al marido.* (Entrevista madre – caso uno)
>
> *Sí existen conductas agresivas en la relación con la madre, en la forma en la que habla y como se muestra con el equipo de atención. Se nota irritabilidad, mal humor,*

apatía también auto reproches, es como iras con ella misma por todo lo que ha pasado. (Entrevista médico – caso uno)

Sí, ella si ha tenido conductas agresivas, irritabilidad, mal humor, apatía, en lo de reprocharse ella, mejor creo que es a veces a mí. (Entrevista madre – caso dos)

La conducta agresiva que tiene con la hija y la mamá, nada más; irritabilidad si se le nota, algunas veces malhumorada, apática no y los auto reproches sí, eso es lo que más se le escucha, ella siempre se recrimina que por qué no se hizo los controles cuando tenía que hacerse, que es por culpa de ella. (Entrevista médico – caso dos)

En conclusión,consideramos en ambos casos la irritabilidad, el mal humor y la apatía en tanto indicadores de las manifestaciones agresivas de la culpa se encuentran presentes en las pacientes de acuerdo a las respuestas dadas en las entrevistas.

- Necesidad de castigo

El denominado sentimiento de culpa bien podría permanecer inconsciente, emerger ya no por la acción asimilada como punible, sino por la simple intención o deseo prohibido; como parte de la angustia frente al Superyó, dado que a diferencia de la autoridad externa a este no se le puede ocultar nada, se obliga al sujeto además de renunciar a la satisfacción, a propender al castigo por dichos deseos. Considerando lo anterior es pertinente analizar la necesidad de castigo en los casos presentados a pesar de no encontrarse en los indicadores planteados.

Como sabemos, en esta lógica el sujeto no es consciente de la falta cometida, pero padece un sentimiento agobiante que no llega a determinar su causa pues la representación permanece inconsciente. Es frente a esta lógica inconsciente que evidenciamos la culpa únicamente por sus efectos. Grinberg señala:

> [...]se manifiesta indirectamente por alguno de sus afectos: irritabilidad, malhumor, apatía, depresión, trastornos psicosomáticos, etc. Otras veces, sin embargo, se expresa por una tensión intrapsíquica, que ocasiona un estado de profundo malestar acompañado por sufrimiento continuo, depresión y el presagio de alguna catástrofe que podría ocurrirle al individuo. Estas últimas expresiones están asociadas, profundamente, a una inevitable necesidad de castigo. (Grinberg, 1963: 59)

Este sentimiento inconsciente desempeña un papel fundamental en el psiquismo del sujeto. En los casos investigados, los efectos de la culpa los encontramos en acciones que perjudican el futuro, como una necesidad de castigo, cierta exigencia inconsciente del sujeto

que busca padecer, aunque sin saberlo. De algún modo estas dos pacientes, incurren en cierto *olvido* respecto a los chequeos médicos, aún sabiendo que el problema de cada una podría desencadenar en una enfermedad grave, dejan de lado y retrasan los chequeos:

> *ella pensó que después de un año de darle de lactar a su hijo ahí se realizaría el examen. Luego de este tiempo se hizo el examen y ahí le dijeron que era cáncer y que ya estaba tomado todo el cuerpo.* (Entrevista médico - Caso uno)
>
> *yo me confié y como ya me sentí mejor, no volví donde el doctor; regresé después de seis meses porque tuve un ataque en el lugar donde trabajaba y me caí. Cuando fui donde el doctor, él dijo que ya estaba avanzado y que debí haberme hecho los exámenes antes.*(Entrevista paciente - caso dos)

Como menciona Grinberg, "no hay duda de que el individuo hace mucho inconscientemente para forjarse su propio destino" (Grinberg, 1963: 40). Se entrevé detrás de estos olvidos y retrasos en la revisión médica, que más tarde desencadenaría en la etapa terminal de cáncer, una acción perjudicial; puede afirmarse entonces que por efectos del sentimiento inconsciente de culpa, las entrevistadas no solo se hallan incapacitadas para luchar por sus derechos, sino que actúan en forma nociva para sus intereses y su salud.

Notamos también cierta incoherencia en la actitud propuesta por la paciente del caso uno, quién pese a sus indiscutibles necesidades económicas se niega a recibir la ayuda:

> *En determinado momento, y tras conversar con la madre acerca de las necesidades económicas, se decide con el equipo entregarles víveres durante un tiempo. Sin embargo, cuando se fue a dejar esta ayuda, la paciente se escondió y se rehusó a abrir la puerta fingiendo que no se encuentra en la casa. Mientras mantuvo esta actitud se suspenden las visitas.* (Antecedentes – Caso uno)

La culpa supone una falta y esta falta debe ser expiada incluso con medios martirizadores. Razón por la cual el sujetose posiciona como víctima, Freud señala:

> Para provocar el castigo por parte de esta última subrogación de los progenitores, el masoquista se ve obligado a hacer cosas inapropiadas, a trabajar en contra de su propio beneficio, destruir las perspectivas que se le abren en el mundo real y, eventualmente, aniquilar su propia existencia real. (Freud, 1992c: 175)

Indudablemente, por la vivencia de la proximidad de la muerte el sujeto responde con mecanismos que responden a una necesidad de castigo, o a una variante proyectada en la idea

del “destino”, destino que, para el paciente en situación de terminalidad, es extremadamente adverso, como menciona Freud en El malestar en la Cultura:

> La mala fortuna, vale decir, una frustración exterior, promueve en muy grande medida el poder de la conciencia moral dentro del superyó. Mientras al individuo le va bien, su conciencia moral es clemente y permite al yo emprender toda clase de cosas; cuando lo abruma la desdicha, el individuo se mete dentro de sí, discierne su pecaminosidad, aumenta las exigencias de la conciencia moral, se impone abstinencias y se castiga mediante penitencias. (Freud, 1992b: 122)

Efectivamente, en el caso dos, la paciente se impone este examen de conciencia encontrando inevitablemente situaciones negativas; de hecho, encuentra en su actitud juvenil la posible causa de la actual enfermedad. Es necesario entender que en el destino o el azar considerado como un sustituto de la instancia paterna, de la autoridad, el sujeto la siente como un castigo y como una falta de amor. No obstante, muchas veces estas situaciones no son precisamente contingentes, como se había mencionado es el sujeto mismo que provoca inconscientemente estas situaciones adversas. En el caso dos, la paciente menciona con relación a las reacciones frente a la enfermedad:

> *Si la culpa, porque yo le he dicho, yo antes fui mala, yo antes cuando era joven me emborrachaba y con el primero que venía me acostaba. Pero yo he pedido perdón, yo le he rezado a Dios, yo leo la Biblia, yo le he pedido perdón a diosito por mis pecados, por lo malo que he hecho y confío en que me está escuchando y que por eso me van a poder operar otra vez y curarme.*(Entrevista paciente – caso dos)

Como parte de esta conjetura de la culpa con el denominado destino adverso, se evocan las voces religiosas, es decir, viene acompañado de la concepción de la enfermedad como castigo según el Antiguo Testamento, “muchos han interiorizado esta imagen y conciben a la enfermedad como castigo que Dios les inflige por conductas transgresoras del pasado. La enfermedad entendida como reparación y como precio que debe pagarse por las culpas cometidas.” (Pangrazzi, 1994: 53). La relación entre pecado y enfermedad contempla por supuesto la expiación consiguiente, como vimos en la respuesta de la paciente del caso dos. Por lo tanto como dice Ricoeur:

> la confusión entre pecado y enfermedad tiene como contrapartida una interpretación del perdón, según la cuál el pecado está ligado indivisamente con la curación, la ruptura de las cadenas y la liberación […] Libérame de este mi hechizo, porque hay en mi cuerpo un mal

> hechizo, una enfermedad impura, y la transgresión y la iniquidad y el pecado, porque llevo adherido a mi un espectro maligno. (Ricoeur, 1969: 348)

Bajo esta concepción se articula la idea de reparación pronunciada en la respuesta de la paciente, la oración y el acto de contricción implícito sitúa el perdón como acción de Dios y la expiación como acción concerniente al pecador.

Se entretejen diversos factores en la vivencia de la proximidad de la muerte de los pacientes, además de la expiación que detallamos en la respuesta se suman las promesas, la esperanza de que tal vez tenga curación, arrepentimientos, pactos, y promesas de cambio. Además, la paciente aduce que gracias a las oraciones, la lectura ferviente de la Biblia y el cambio de actitud, se concederá el favor de la curación, en una posible operación, está situación encaja muy bien con lo que Kübler-Ross señala dentro de la fase del pacto, menciona:

> Psicológicamente, las promesas pueden relacionarsecon una sensación de culpabilidad oculta, y por lo tanto sería muy útil que el personal de los hospitalesno pasara por alto este tipo de comentarios delos pacientes[…] existiría un sentimiento de culpa excesivo, que no hace más que aumentar con el pacto y las promesas incumplidas cuando pasa "la fecha del vencimiento. (Kübler-Ross, 1993: 114)

Detrás de estos pactos que por lo general están hechos con Dios y que únicamente se logran leer entre líneas se encuentra un desesperado deseo de perdón, de posponer el destino adverso al que se ven expuestos con una promesa ímplicita.

Como conclusión, destacamos en los casos investigados, varios de los conceptos trabajados en los capítulos anteriores y que son *indicadores* de la culpa que se manifiesta en los pacientes terminales, estos son: remordimiento, conciencia de culpabilidad, reproches y autoreproches, arrepentimiento, necesidad de castigo, sentimientos inconscientes de culpabilidad, agresividad e irritabilidad, pensamientos suicidas, destino adverso, reparación, deseo de perdón.

CONCLUSIONES

- De acuerdo al objetivo general de la investigación que es: identificar el origen y las manifestaciones agresivas de la culpa desde la perspectiva psicoanalítica, en pacientes en etapa terminal de cáncer. Se concluye: la culpaque emerge en el conflicto psíquico producido frente a la autoridad ejercida por la instancia superyoica, se mantiene la mayoría de las veces inconsciente y deviene, gracias a su ligazón con la pulsión de muerte, en manifestaciones matizadas por la agresividad, que obligan a la renuncia pulsional y a una profunda necesidad de castigo. Frente a la finitudsurge la falta, y se promueve en el sujeto un replanteamiento de valores, en el cual la culpa emerge de una u otra forma, ya sea situando a la enfermedad como castigo o buscando desde una posición masoquista,acciones que le perjudiquen, cumpliendo de igual forma con el imperante castigo.

- De acuerdo al objetivo del Capítulo I: Desarrollar el concepto de culpa y sus derivaciones: manifestaciones agresivas, castigo, autocastigo y sentimiento de culpabilidad,se concluye:

  - El origen de la culpa se puede abordar desde dos diferentes perspectivas en la teoría freudiana: en primer lugar desde un origen histórico, en el parricidio consumado por la unión de hermanos de la horda primitiva, denotando la angustia frente a la autoridad, la ambivalencia y la renuncia a lo pulsional. En un segundo momento, luego de la introyección de la autoridad ejercida por el padre en la constitución del Superyó, el origen se sitúa en la angustia frente al mismo, el cuál promueve además el castigo dada su condición punitiva.
  - Se podría definir la culpa como el resultado de cierta tensión entre el Yo y el Superyó, estableciendo el origen de esa tensión en las tendencias provenientes del Ello.
  - Como parte de la lógica de la culpa, encontramos que dicho sentimiento no siempre aflora en el campo de la conciencia, sino que, muy frecuentemente, se encuentra totalmente reprimido, en un plano inconsciente, y se manifiesta indirectamente por alguno de sus afectos.

- La culpa persecutoria definida por Klein remite a manifestaciones defensivas en las que domina la acción masoquista del Yo y que están bajo la influencia del instinto de muerte como: la necesidad de castigo y el autocastigo, evidenciadas en: auto reproches, apatía, resentimiento, indiferencia, abatimiento, humillación, pesar, angustia, tristeza, pérdida de la autoestima, desvalorización, irritabilidad, malhumor.
- Considerando la instancia superyoica como instancia crítica y punitiva, y su relación implícita con la agresividad dependiente del instinto de muerte, comprendemos las manifestaciones matizadas de agresividad, que no son más que la necesidad de castigo que manifiesta el Yo al someterse a un Superyó sádico.

- A partir del objetivo del Capítulo II: Revisar las consideraciones del paciente en etapa terminal de cáncer, sus reacciones, necesidades y la asistencia paliativa, se concluye:

  - Cada persona afectada por una enfermedad ofrece un modo distinto de reaccionar ante la crisis, entonces, el sufrimiento está estrechamente vinculado con los recursos de cada sujeto. La certeza de la finitud plantea un necesario balance de la vida pasada en el que se pueden identificar aspectos negativos para el sujeto que desembocarán en sentimiento de fracaso, culpa y auto reproche.
  - Entre las principales conductas que aparecen antes la crisis promovida por la enfermedad, tenemos: bloqueo emocional, astenia, anhedonia, tristeza, culpa, miedo, hostilidad, rabia, retraimiento, euforia, pensamientos distorsionados, deseos de muerte, frustración, efecto foco, autocompasión e ideación suicida. Es importante entender que cada expresión refleja un recorrido que el individuo está realizando para la elaboración de su proceso.
  - La manera como se entrelazan reflexiones, reacciones y necesidades de los pacientes terminales nos lleva a considerar la sistematización en cinco fases: fase de negación, ira, negociación, depresión y aceptación.
  - La particularidad de las necesidades del paciente en este estado como la de: seguridad, pertenencia, afecto, comprensión, autonomía, confianza, respeto y privacidad, nos invitan a los profesionales a manejar la intervención técnica con calidez y buscar una sintonía especial en los ejes de trabajo: el del paciente, el familiar y el del equipo.

- Los denominados cuidados al final de la vida, los cuidados paliativos y el movimiento *Hospice*, suponen cierta maduración de la sociedad en su enfrentamiento con la finitud, para comprender la enfermedad y el sufrimiento desde una mirada humanizadora y no desde el temor y la negación.

- En concordancia con el objetivo del Capítulo III: Analizar las entrevistas a los familiares, profesionales y pacientes en etapa terminal de cáncer. Se concluye:

  - En primer lugar en lo referente a las *conductas agresivas*,en ambos casos se manifiestanconductas agresivas que derivan e otros indicadores como:irritabilidad, mal humor, y apatía, de hecho, la relación con el cuidador principal está marcada por la agresividad, los pacientes descargan toda su agresividad contra estas provocando el rechazo, cumpliendo con la necesidad de castigo.Se pone en relieve las tendencias auto *agresivas* marcadas por ideación suicida en uno de los casos propuestos, que nos enfrentan a la agresión vuelta hacia uno mismo y que encubre la intención de matar al otro, al objeto.
  - En ambos casos se identifican *autoreproches*, en una aparente consciencia de culpa, se reprochan el haber descuidado el control médico, se trata de una reacción consciente del Yo por el hecho de haber cometido una falta real o ficticia y su consecuencia como causa de la enfermedad. Auto reproches que se articulan con la culpa persecutoria, pues tienen como función primordial la de apaciguar al perseguidor a través de la confesión pero encubren profundamente dicha culpa proveniente probablemente de raíces conflictivas infantiles.
  - Como parte de la *necesidad de castigo*, se entrevé detrás de los olvidos y retrasos en la revisión médica, que más tarde desencadenaría en la etapa terminal de cáncer, una acción perjudicial promovida por dicha necesidad de castigo. Puede afirmarse entonces que por efectos del sentimiento inconsciente de culpa, las entrevistadas no solo se hallan incapacitadas para luchar por sus derechos, sino que actúan en forma nociva para sus intereses y su salud.
  - Por consiguiente, se puede decir que respondiendo a la pregunta que guió el presente estudio, seconfirma la hipótesis a partir de los dos casos estudiados y sin afán de

generalizar que: la culpa en los pacientes en etapa terminal de cáncer se presenta como: irritabilidad, mal humor, agresividad, apatía y auto reproches.

RECOMENDACIONES

- Considerando la fuerte influencia de los sentimientos inconscientes de culpa se recomienda en sujetos con enfermedades terminales, que manifiesten sensaciones culpógenas, sean asistidos por un psicologo clinico, es decir, una escucha profesional que alivie o aminore, en parte, la culpa.
- Si bien las manifestaciones agresivas se encuentran dentro de las reacciones esperadas frente a la crisis que provoca la enfermedad, se recomienda prestar una escucha diferente a las mismas y considerarlas como posibles efectos inconscientes de la culpa.
- Conociendo los indicadores de culpa que se evidenciaron en la población de pacientes en etapa terminal, se recomienda que tanto los profesionales que asisten como los familiares, conozcan de los mismos, para de este modo contribuir a la propuesta de los cuidados paliativos, dar respuesta a este malestar y que los últimos días se vivan en un ambiente cálido y con todas estas necesidades atendidas como parte de la humanización que recomiendan los cuidados paliativos.
- La culpa manifestada en los pacientes terminales es pertinente trabajarla con un profesional

REFERENCIAS

Bermejo,J.C.,Díaz E., Sánchez E. (2011). *Manual básico para la atención integral en cuidados paliativos.* España: Gráficas Arias Montano.

Cachón, E. (2008). *Aspectos emocionales y espirituales en la terminalidad.* España: Publidisa.

Canseco, M. G. (2012). *La Espera - Construcción psicosocial de la muerte en el mundo de los cuidados paliativos.* Barcelona: Editorial Laertes.

Cornango, A. (2007). *El paciente terminal y sus vivencias* . España: Editorial Sal Terrae.

Del Río, I., & Palma, A. (2007). *Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo.* Recuperado el 6 deenero de 2014, de Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile: http://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/historia%20de%20CP.pdf

Freud, S. (1992d). *Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico.* Obras completas, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1992a). *Duelo y Melancolía*. Obras completas, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1990b). *El yo y el ello*. Obras completas, Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1992c). *El problema económico del masoquismo*. Obras completas, Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1990a). *El sepultamiento del complejo de Edipo*. Obras completas, Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1992b). *El malestar en la cultura*. Obras Completas, Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1991). *Tótem y Tabú*. Obras completas, Tomo XIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Grinberg, L. (1963). *Culpa y Depresiòn.* Buenos Aires: Editorial Paidos.

Klein, M. (1937). *Amor, culpa y reparación.* Obras Completas, Tomo VI. Buenos Aires: Editorial Paidos- Horme.

Klein, M. (1948). *Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa.* Obras Completas, Tomo III. Buenos Aires: Editorial Paidos- Horme

Kübler-Ross, E. (2003). *Sobre la muerte y los moribundos.* Barcelona: Debolsillo.

Laplanche,J y Pontalis,J. (1996). *Diccionario de Psicoanàlisis.* Buenos Aires: Editorial Paidos.

Nassio, J. D. (1996). *El dolor, el odio y la cupabilidad.* Recuperado el 09 de julio de 2013, de Revista con - versiones: http://www.con-versiones.com/nota0169.htm

Pangrazzi, A. (1994). *¿Por qué a mí? El lenguaje sobre el sufrimiento.* Madrid, España: Editorial San Pablo.

Redaelli, A. (2012). *HOSPICE, el cuidado personalizado y humanizado del enfermo terminal.* Quito, Ecuador: Ediciones Camilianas.

Ricoeur, P. (1969). *Finitud y culpabilidad.* Madrid, España: Editorial Tauru.

Segal, H. (1994). *La posición esquizo paranoide*. Recuperado el 23 de enero de 2014, de Introducción a la Obra de Melanie Klein: file:///C:/Users/DELL/Documents/CRI%20CRI/Libros/la-posicion-esquizo-paranoide-segal-cap-ii.pdf

Unzueta, C., & Lora, M. (2002). *El Estatuto del cuerpo en Psicoanálisis*. Recuperado el 3 de enero de 2014, de Universidad Católica Boliviana: http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v1n1/v1n1a09.pdf

ANEXOS

FORMATO ENTREVISTAS CON EL PACIENTE

1. ¿Cómo se enteró de su diagnóstico?

2. ¿De qué forma reaccionó en el momento en que se enteró?

3. ¿Desde ese momento a la actualidad, que ha cambiado.?

FORMATOENTREVISTA A LA MADRE

1. ¿Qué reacciones observó en NN cuando se enteró de su diagnóstico terminal?

2. ¿NN ha presentado algún cambio en su comportamiento, existe alguna diferencia en su conducta después del diagnóstico de enfermedad terminal?

3. En las relaciones familiares cercanas, ¿ha observado algún cambio con cada uno de ellos, después del diagnóstico?

4. ¿Existió algún momento en el que NN culpó a alguien de la enfermedad?

5. En los últimos días, ¿NN ha manifestado algún tipo de conducta agresiva, irritabilidad, mal humor, apatía, auto reproches o que NN haya reaccionado de una manera poco usual?

FORMATOENTREVISTAAL MÉDICO QUE LE ASISTE

1. ¿Cómo es el trabajo con NN, que actitud presenta frente a la asistencia que usted le brinda?

2. Ha notado alguna dificultad en la relación del paciente con sus familiares cercanos?

3. ¿Qué reacciones específicas presenta NN?

4. Ha observado algún tipo de conducta agresiva, irritabilidad, mal humor, apatía, auto reproches en NN?