



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

“LA IMPORTANCIA DE LAS RELACIONES OBJETALES PRIMARIAS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL MUNDO INTERNO DEL PACIENTE QUE ENFRENTA CÁNCER DE SENO DE LA SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER DE AMBATO EN EL PERIODO OCTUBRE 2011 – ABRIL 2012”

Disertación de grado previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Línea de investigación:

PSICOPATOLOGÍA DE LA SALUD

Autor:

ANDREA GABRIELA LUNA ECHEVERRIA

Director:

PS. CL. VICTOR MANUEL CUADRADO

Ambato - Ecuador

Septiembre, 2012

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE
AMBATO**

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

“LA IMPORTANCIA DE LAS RELACIONES OBJETALES PRIMARIAS EN LA
CONSTRUCCIÓN DEL MUNDO INTERNO DEL PACIENTE QUE ENFRENTA
CÁNCER DE SENO DE LA SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER DE
AMBATO EN EL PERIODO OCTUBRE 2011 – ABRIL 2012”

Línea de Investigación:

Psicopatología de la salud

Autor:

ANDREA GABRIELA LUNA ECHEVERRÍA

Víctor Manuel Cuadrado R., Ps. Cl. f. _____
DIRECTOR DE DISERTACIÓN

Alejandra Naranjo, Ps. Cl. f. _____
CALIFICADOR

Lucia Almeida Márquez, Dra. f. _____
CALIFICADOR

Víctor Manuel Cuadrado R., Ps. Cl. f. _____
DIRECTOR UNIDAD ACADÉMICA

Hugo Altamirano Villarroel, Dr. f. _____
SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato – Ecuador

Septiembre, 2012

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Andrea Gabriela Luna Echeverría portadora de la cédula de identidad No. 180369919-6 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Andrea Gabriela Luna Echeverría

CI. 180369919-6

AGRADECIMIENTO

Es grato poder ver culminado el arduo trabajo de varios meses dedicados a una investigación que estoy segura arrojarán datos relevantes para la psicología, y como complementario a la medicina. El invertir un esfuerzo a cada actividad, permite disfrutar aun más del resultado que de ésta se extrae, con un recorrido lleno de aprendizajes en todos los años académicos que han transcurrido en mi vida, puedo afirmar que tuve el honor de aprender de cada uno de los docentes que fueron parte de mi formación profesional, desde su aporte intelectual hasta su aporte personal me permitieron ver más allá de un contenido teórico, involucrarme tempranamente en casos ya reales me generaron un nivel superior de conciencia y dedicación, teniendo presente que la responsabilidad de un psicólogo supera lo aparente.

Profesionales varios pero pocos los realmente comprometidos con la verdadera labor de un psicólogo clínico, a pesar de los modelos impuestos por la sociedad el compromiso proviene de una decisión personal de ver a un ser humano detrás de un simple paciente; que llora, sufre, goza, ríe, imita, engaña, actúa; pero cada contexto encierra un contenido oculto.

Mi formación técnica gracias a los docentes y mi formación personal gracias a mi familia que apporto acertadamente a mi estructura humana, sin dejar de lado la gracia de Dios que me ha acompañado en cada aprendizaje de la escuela de la vida.

Andrea Luna Echeverría

DEDICATORIA

Cuando abres los ojos y te conectas nuevamente con el tiempo y espacio en el que te encuentras puedes detectar fácilmente esos seres que han llegado para caminar contigo en esta hermosa pero complicada historia de vida, la elección para dirigir este esfuerzo no se complica cuando tienes el orgullo de contar con unos padres a quienes les debes todo, con su esfuerzo diario han favorecido a mi exitosa carrera profesional, más allá de un apoyo moral y económico, es su ejemplo de trabajo, rectitud, responsabilidad y su espíritu caritativo para con otro ser humano, el motivante que me inclinó a optar por ser una psicóloga consciente de la problemática social y humana.

La satisfacción del trabajo aun prematuro pero fructífero, el saber que he podido y seguiré favoreciendo al cambio de vida en cada paciente; será la cancelación de mi dedicación en estos provechosos cinco años de carrera.

Como las ramas de un árbol, crecemos en distintas direcciones pero nuestra raíz continúa siendo una sola, por eso mis hermanas han sido parte esencial en mi vida, la mayor generándome su ejemplo y la menor llenándome con su alegría y ocurrencias, han aportado también a mi aprendizaje de la vida, sabiendo que cuentas con una contención donde ante cualquier dificultad tienes donde refugiarte para tomar fuerzas y escuchar consejos para dar el paso que al principio te costó un poco más de trabajo.

Andrea Luna Echeverría

RESUMEN

Freud S. (2007); indicaba que los problemas físicos u orgánicos eran resultado de las situaciones conflictivas psíquicas, para la formación de síntomas la angustia debe aparecer como un factor desencadenador, visto como un síntoma de la neurosis; además los síntomas aparecen según Freud S. para evadir los niveles de angustia; toda esta energía psíquica se descarga en algunos de los órganos del sujeto. En la primera infancia se estructura el mundo interno del sujeto, viene a partir del periodo de latencia la dinámica de dicha construcción, hay un contenido mnémico almacenado en el inconsciente que con las circunstancias de la vida actual del individuo puede presentarse una transferencia de los conflictos no resueltos en aquella etapa infantil. Klein M. complementa el trabajo realizado por Freud S. cuando explica que desde el nacimiento el bebé ya tiene un Yo primitivo, lo que le permite establecer vínculos con sus objetos internos y externos por medio de sus fantasías, la formación de símbolos y de las experiencias de gratificación y frustración; acompañados de sus emociones y sentimientos.

La investigación es bibliográfica y su aplicación de campo con pacientes oncológicos permitirá analizar cómo influyen las primeras relaciones objetales en la formación del mundo interno, e investigar el proceso patológico de adquisición de cáncer de mama a partir de esta construcción. Obteniendo como resultado la influencia de dicho aspecto emocional en el plano patológico, evidente por la transferencia de la primera infancia en la vida adulta de las pacientes.

ABSTRACT

Freud S. (2007); stated that physical and organic problems were the result of psychic conflictive situations. In this process the mechanism of repression appears. With regards to the formation of symptoms, anguish appears as a trigger factor, seen as a symptom of neurosis; furthermore, according to Freud, symptoms appear to avoid the levels of anguish; all this psychic energy is discharged in some of the individual's organs.

In early childhood, the subject's inner world is structured. In the dynamic latent period of such construction, there is mnemonic content stored in the unconscious. The circumstances of the individual's current life may transfer the conflict unresolved at that infant stage.

Klein M. complements the work of Freud S. when he explains that, from birth, the baby has a primitive ego, allowing him or her to establish links with internal and external objects through their fantasies the formation of symbols and experiences of gratification and frustration accompanied by their emotions and feelings. For this development, two important life stages of infancy the paranoid-schizoid position and depressive position exercise their defense mechanisms and processes according to the child's fantasy and the systemic influence that built his or her inner world.

The investigation is bibliographic and its field application will allow cancer patients to analyze and influence early object relations in the formation of the inner world, and investigate the pathological process of acquisition of breast cancer from this construction, which resulted in the influence of this aspect of emotions in the pathological plan, transferred evident from early childhood into adult life of patients.

TABLA DE CONTENIDOS

PRELIMINARES

Declaración de Autoría.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Dedicatoria.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Tabla de Contenido.....	viii

1. CAPÍTULO I.....	4
1.1 Definición de las Relaciones Objetales.....	4
1.2 Desarrollo Psíquico del Sujeto.....	4
1.3 Primera tópic.....	5
1.3.1 Inconsciente.....	5
1.3.2 Preconsciente.....	7
1.3.3 Consciente.....	8
1.4 Segunda tópic.....	10
1.4.1 Yo.....	10
1.4.2 Ello.....	11
1.4.3 Super yo.....	13
1.5 Funciones del síntoma en la dinámica Freudiana.....	14
1.6 Teoría de las Relaciones Objetales.....	34
1.6.1 El nacimiento.....	36
1.6.2 La posición esquizo-paranoide.....	37
1.6.3 La posición depresiva.....	49
1.6.4 Defensas maníacas.....	59

1.6.5 Complejo de Edipo Temprano	65
1.6.6 Dinámica de las Relaciones Objetales	68
1.6.7 Influencia de la angustia en el proceso relacional.....	75
1.7 Mundo Interno del Sujeto.....	78
1.7.1 Concepto del Mundo Interno del Sujeto	79
1.7.2 Construcción del Mundo Interno	79
1.7.3 Dinámica del Mundo Interno y la socialización	80
1.8 Objeto Transicional.....	85
1.8.1 El tránsito del Objeto Transicional	87
1.9 Influencia ambiental para el cambio de dependencia a independencia del sujeto	88
1.9.1 El papel de la familia para lograr una madurez emocional.....	89
1.9.2 Dualidad madre-lactante	91
1.9.3 Alteraciones en los fenómenos transicionales.....	94
1.9.4 Alteraciones en el campo físico por influencia del ámbito emocional	95
1.9.5 La angustia como factor influyente en la enfermedad física.....	96
1.9.6 El desarrollo de los niños en determinada situación	99
1.9.7 Temor a la separación	102
1.10 Dinámica psicósomática.....	103
1.10.1 Significados inconscientes en los trastornos corporales	105
1.11 Cáncer de mama.....	107
1.11.1 Etimología.....	107
1.11.2 Anatomía patológica	108
1.11.3 Epidemiología	108
1.11.4 Causas para extraerlo	109
1.11.5 Síntomas.....	110
1.11.6 Diagnóstico	111
1.11.7 Tratamiento	111
1.11.8 Cáncer desde una perspectiva psicoanalítica	113
1.12 Simbolismo del Cáncer de mama.....	115
1.12.1 Funciones del dolor desde la Psicología Profunda.....	118
1.12.2 Dolor crónico oncológico.....	118
1.13 Resolución.....	121
2. CAPÍTULO II.....	122

2.1 Antecedentes del problema	122
2.2 Significado del problema	127
2.3 Definición del Problema	127
2.4 Planteamiento del tema	127
2.5 Delimitación del tema	128
2.5.1 Delimitación de contenido	128
2.5.2 Delimitación espacial del problema	128
2.5.3 Delimitación temporal del problema.....	128
2.6 Hipótesis.....	129
2.7 Indicadores	129
2.8 Objetivos	130
2.8.1 Objetivo general	130
2.8.2 Objetivos específicos	130
2.9 Enfoque de la investigación	131
2.10 Modalidad básica de la investigación	131
2.11 Tipo de Investigación.....	131
2.12 Técnicas e instrumentos	132
2.13 Universo	132
2.13.1 Población y Muestra.....	133
2.13.2 Cálculo de la muestra.....	133
2.14 Recolección de Información	133
2.15 Procesamiento de la Información.....	134
3. CAPÍTULO III.....	136
3.1 Historias Clínicas	136
3.2 Análisis e interpretación gráfica.....	203
4. CAPÍTULO IV	205
4.1 Discusión de Resultados	205
4.2 Conclusiones	211
4.3 Recomendaciones.....	215
4.4 Bibliografía	216
4.5 Linkografía.....	218
4.6 Glosario	220
4.7 Anexos.....	230

4.7.1 Anexo 1: Modelo de Historia Clínica	230
4.7.2 Anexo 2: Preguntas para la Entrevista estructurada.....	233
4.7.3 Anexo 3: Imágenes del Cáncer de mama.....	234

TABLA DE CUADROS

Cuadro 1	129
Cuadro 2.....	130
Cuadro 3.....	135
Cuadro 4.....	137
Cuadro 5.....	149
Cuadro 6.....	161
Cuadro 7.....	174
Cuadro 8.....	185
Cuadro 9.....	195
Cuadro 10.....	203

TABLA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: ANÁLISIS.....	203
GRÁFICO 2: EXAMEN DE MAMOGRAFÍA.....	234
GRÁFICO 3: AUTOEXAMEN DE SENOS.....	234
GRÁFICO 4: AUTOEXAMEN DE MAMA.....	235
GRÁFICO 5: TUMOR PATOLÓGICO.....	235

INTRODUCCIÓN

Freud ya indicaba que los problemas físicos u orgánicos eran resultado de las situaciones conflictivas psíquicas, en este proceso aparece el mecanismo de la represión. Para la formación de síntomas debe la angustia aparecer como un factor desencadenador, visto como un síntoma de la neurosis; además los síntomas aparecen según Freud para evadir los niveles de angustia; toda esta energía psíquica se descarga en algunos de los órganos del sujeto.

En la primera infancia se estructura el mundo interno del sujeto, viene a partir del periodo de latencia la dinámica de dicha construcción, hay un contenido mnémico almacenado en el inconsciente que con las circunstancias de la vida actual del individuo puede presentarse una transferencia de los conflictos no resueltos en aquella etapa infantil.

Klein complementa el trabajo realizado por Freud cuando explica que desde el nacimiento el bebé ya tiene un Yo primitivo, lo que le permite establecer vínculos con sus objetos internos y externos por medio de sus fantasías, la formación de símbolos y de las experiencias de gratificación y frustración; acompañados de sus emociones y sentimientos, para este desarrollo se presentan dos etapas importantes para la vida del lactante, la posición esquizoparanoide y la posición depresiva con sus respectivos mecanismos defensivos y procesos; de acuerdo a lo que el niño ha introyectado en su fantasía ha construido su mundo interno con la influencia sistémica.

Si predominan las experiencias de gratificación, el niño puede manejar la angustia y la frustración, y le permite establecer la relación con su madre y con otras personas,

con una relación más segura con el mundo interno y externo permite además el inicio de su vida social; para Winnicott este complemento le genera a la persona la seguridad para desplazar su fantasía al área social como esa necesidad de buscar grupos más amplios que lo contengan.

Las personas llevan una vida activa pero abra etapas donde pueden presentarse enfermedades que según Chiozza están acompañadas de un contenido psicológico de acuerdo al mundo psíquico de cada individuo, es decir además de los síntomas físicos que presentan los pacientes, debió haber una predisposición a nivel emocional que según el autor se debe a una debilidad de la líbido que por intensas fijaciones en las etapas primitivas aparecen las enfermedades como fuente de descarga, desgastando con esto las funciones vitales o proyecciones de vida.

Al hablar de un cáncer de mama como una de las causas de mortalidad predominantes en la mujer, es acertado tener un entendimiento de su formación, sabemos que todo proceso de cáncer empieza con una célula que abandona su trayecto normal, sin que el sistema inmunológico haya podido destruirla y comienza la creación de nuevos vasos para su nutrición y así se expande por la región y para peor pronóstico también afectando otras áreas.

El establecer un complemento de áreas de estudios como las de salud mental y física, nos permite mantener un equilibrio total y no parcial de la problemática del ser humano en su vida cotidiana; que no se queda solo encontrar la etiología de la enfermedad sino además generar la solución a dichas situaciones cubriendo todo lo que la ciencia actualmente nos plantea “El ser humano es un complemento biológico, psicológico y social”.

La investigación contará de un primer capítulo detallado los aspectos bibliográficos que sustentan el desarrollo del mencionado trabajo, teniendo en cuenta el estudio de autores relevantes como Freud S., Klein M., Winnicott D. y Chiozza L. quienes en dicho orden describen la construcción y la dinámica del mundo interno del individuo; se ocuparán abreviaciones como Incc. referente a Inconsciente, Cc. a consciente y Precc. indica lo preconscious.

En un segundo capítulo se lograra indicar la metodología requerida para investigar de forma bibliográfica y su respectiva aplicación en casos clínicos de la Sociedad de Lucha contra el cáncer de la ciudad de Ambato.

El tercer capítulo contiene los resultados obtenidos de toda la investigación, conociendo primero la historia clínica de cada paciente entrevistado, y después el seguimiento que permitió complementar los datos obtenidos y la relación que éstos tienen con la bibliografía.

Y por último se requiere un cuarto capítulo para concluir y recomendar con un criterio acorde a todo lo desarrollado en la investigación, teniendo en cuenta los requisitos que se debe cumplir para un análisis real y de impacto para quien tenga acceso a dicho trabajo.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Definición de las Relaciones Objetales

Las Relaciones Objetales son consideradas como la vinculación que el sujeto establece desde su nacimiento a través de un Yo primitivo capaz de lograrlo, con sus objetos parciales en la fantasía y en la realidad, pues según KLEIN el Yo ya viene con una constitución primaria, que le permite crear este lazo parcial y después total durante el proceso de estructuración del mundo interno con un contenido objetal; a diferencia de la realidad externa que conjetura un mundo de personas y objetos. Para determinar dicha vinculación, el sujeto necesita de una estructuración psíquica que se irá formando en el desarrollo de su vida por medio de procesos dinámicos.

1.2 Desarrollo Psíquico del Sujeto

Freud lo llamó tópica, a la teoría que distingue partes del aparato psíquico, que además se les puede representar como en un espacio, pero teniendo en cuenta que no describe una disposición anatómica real. El fin era explicar cómo estos sistemas como lo llama FREUD indicarían los procesos psíquicos como el preconscious, consciente e inconsciente de la primera tópica se mantienen una constante dinámica

fluctuando contenido del individuo y como éste se manifiesta en la vida cotidiana del mismo.

1.3Primera tónica

1.3.1 Inconsciente

Son pensamientos latentes que mantienen un carácter dinámico y que a pesar de su intensidad y acción eficiente se conservan alejados de la conciencia. El inconsciente está considerado como el lugar donde se encuentra el contenido de lo reprimido, donde se genera además el proceso primario. Se dan en la dinámica la participación de una idea inconsciente que mantiene un material oculto y de una idea preconsciente que hace referencia a un pensamiento formado de representaciones verbales, dichas formaciones vienen de huellas mnémicas que en su momento vinieron de las percepciones y se almacenaron pero pueden volver a hacerse conscientes.

Existe un preconsciente eficiente que sin dificultad pasa a la conciencia, y un inconsciente eficiente que permanece inconsciente y parece estar cortado de la conciencia. Todo acto psíquico comienza como inconsciente y puede permanecer o continuar desarrollándose hasta la conciencia según tropiecen o no con una resistencia.

El contenido en la primera fase es inconsciente, pero si después del examen la censura lo rechaza pasa a formar parte de lo reprimido y se queda en lo inconsciente;

pero si logra atravesar con éxito la censura, entra en la segunda fase y se queda en el sistema Cc.

En la represión siempre habrá un divorcio entre el afecto y su representación. En el núcleo del Incc.se encuentran las agencias representantes de pulsión que tienen como fin descargar su investidura, pues dentro del Incc hay contenidos investidos con mayor o menor intensidad.

Dentro de los mecanismos defensivos el Incc también cumple su función, en el proceso de desplazamiento una investidura puede entregar a otra todo el contenido de su investidura; pero en la condensación puede tomar sobre sí la investidura íntegra de muchas otras, llamado como proceso psíquico primario.

Dentro de este sistema Incc todo proceso es atemporal, es decir ninguno está regido con un tiempo, y tampoco tienen una perspectiva de acuerdo a la realidad, pues están sometidos por el principio del placer, y dependerá de su fuerza para cumplir con los requisitos de placer-displacer.

Cuando el sujeto se enfrenta al principio de placer como la separación del objeto con un sentido catastrófico y al principio de realidad cuando aprendió a dominarla. La realidad que debe ser dominada es la ausencia del objeto. “La compulsión a la repetición se presenta como resultado del fracaso del preconscious, al no poder verbalizar el contenido, por eso se dice que hay la posibilidad de que el sufrimiento sea una fuente de placer”. (Freud, S., 2006, p. 45) Entonces se entiende que toda pulsión tiende a repetir un estado antiguo que el sujeto fue obligado a abandonar, esto le acerca al deseo.

Para el desarrollo del afecto, debe la descarga del Incc pasar por la inervación corporal, pero el sistema Incc. no puede consumir una acción muscular a menos de que estén organizados como reflejos. El Incc. está visto como algo vivo, susceptible de desarrollo que mantiene con el Precc. todo tipo de relación, especialmente la cooperación.

Hay también contenidos que por su intensidad pueden reaccionar esquivando el Cc, pasando sobre el Incc. de otro. El contenido del Incc. se la ve como una población psíquica primitiva, como el instinto de los animales, después se agrega contenido que no se utilizó en la infancia, y lo que no puede ser heredado, nada determinante hasta la pubertad. Todo lo reprimido es Incc. pero no todo lo Incc. es reprimido, por eso se determinan otras instancias donde se almacenaría el resto de contenido.

1.3.2 Preconsciente

Hay ciertos pensamientos latentes que no penetran en la conciencia por intensos que sean. El preconsciente ligado al proceso secundario, éste término fue introducido como un detalle de los hechos, provenientes de los recuerdos conservados por el mismo. Se trata de simbolizar por medio de la actividad verbal, las excitaciones pulsionales que está a disposición del preconsciente.

El sistema Precc. participa en las propiedades del sistema Cc, y dicha censura permite el paso del nivel Incc al Precc o Cc. Se presenta además el proceso psíquico secundario. Los procesos en este sistema Precc., independientemente de que ya sean parte del nivel Cc pueden inhibir una tendencia a la descarga, entonces cuando una representación traspasa a otra, la primera logra retener una parte de su investidura, y

solo una parte llega al desplazamiento. La energía de la investidura mantiene dos estados un tónico y otro móvil que permite la descarga.

El contenido del sistema Precc proviene tanto de la vida pulsional como de la percepción, puede que este contenido tenga una influencia directa sobre el Incc.

Para el psicoanálisis todo lo reprimido viene a ser Incc., pero con dos clases de Incc., el inconsciente latente capaz de conciencia, y el inconsciente reprimido incapaz de conciencia. Dicho Incc latente solo es inconsciente en un sentido descriptivo, no en un sentido dinámico, es lo que llamamos Preconsciente.

Dicho Precc.se encuentra más cerca del Incc que del Cc también las sensaciones y los sentimientos deben primero llegar al sistema Precc para que se hagan Cc.

1.3.3 Consciente

Cuando se estimula para que un contenido que se encontraba a nivel inconsciente brote a nivel consciente, se permite que el recuerdo inconsciente surja cuando se da paso a la cancelación de la represión y la representación consciente hace conexión con la huella mnémica inconsciente.

Existen representaciones consientes e inconscientes que mantienen un mismo contenido, pero con un sentido tópico diferente. Una pulsión es imposible que forme parte del nivel consciente, tan solo su representación puede serlo.

Estas representaciones son investiduras de huellas mnémicas, y los afectos y sentimientos forman parte del proceso de descarga pero se perciben como sensaciones.

Es el sistema consciente quien normalmente gobierna la afectividad, es decir que se considera un estado psíquico normal en un sujeto cuando el sistema Cc controla la afectividad y la motilidad.

Siempre habrá una pugna entre lo Cc e Incc., por eso la importancia del sistema Cc para poder acceder al desprendimiento del afecto de la acción, para que la representación sustitutiva evidente dentro del sistema Cc forme parte de la conformidad de la enfermedad. Este desprendimiento primero parte del Incc con un carácter de angustia, para con el representante en el Cc se revele la enfermedad.

Todo lo consciente es un estado eminentemente transitorio; cada representación que previamente formó parte de la represión, y con una carga de energía llega a hacerse consciente.

Después de la primera tópica, Freud crea la segunda tópica que viene a complementar el estudio de la dinámica anterior, con tres instancias de la personalidad, que son el Ello, el Yo y el Super yo que constantemente están relacionándose entre sí; además intenta situar las dificultades y proponer como deben ser tratadas.

1.4Segunda tónica

1.4.1 Yo

Está considerado como el agente adaptador, su posición lo indicaba Freud está entre el Ello y la realidad. Es el representante del Eros y por ende desea vivir y ser amado.

El Yo tiene la función de integrar la consciencia, que es quien domina el acceso a la motilidad, es decir permite la descarga de excitaciones al mundo exterior, y se censura todos los procesos parciales. Este Yo además parte de ciertas tendencias anímicas.

El psicoanálisis indica como el Yo es parte del Ello pero por la influencia del mundo exterior se ha modificado, es decir dicho Yo se esfuerza por emitirle al Ello toda esta influencia del mundo exterior, con el fin de sustituir el principio del placer con el principio de realidad, este Yo mantiene la percepción, la razón y la reflexión, mientras el Ello mantiene el instinto y las pasiones.

El Yo tiene una importancia funcional de regir todo acceso a la motilidad. El Yo es un ser corpóreo, considerado como la proyección de una superficie, pues ya sea lo más bajo hasta lo más elevado pueden permanecer inconscientes.

El doloroso sufrimiento de la melancolía, se lograría reparar con la reconstrucción en el Yo del objeto perdido, la sustitución de una carga de objeto por una identificación, es una especie de introyectar la idea del abandono del objeto, como una regresión al mecanismo de la fase oral. El duelo y la melancolía tienen como punto de partida la pérdida del objeto amado. Pero esta pérdida no aparece en la realidad.

Considerado el Yo como el representante del mundo exterior, de donde las cargas de objeto parten de dicho Yo, como necesidades de las aspiraciones eróticas. Al principio al ser el Yo muy débil; lo que hace, es aprobar o rechazar las cargas de objeto por la ayuda de la represión. Entonces el carácter del Yo está formado por un residuo de cargas de objeto abandonadas y mantiene contenido de las elecciones de objeto, y su cambio de carácter favorecería a la relación con el objeto.

Cuando el Yo toma los rasgos del objeto, intenta dominar al Ello compensándole por la pérdida del mismo, como diciéndole “Puedes amarme, pues soy parecido al objeto perdido”.

Las identificaciones del Yo pueden llegar a ser patológicas, cuando son numerosas, intensas e incompatibles entre si, puede adoptarse el caso de las personalidades múltiples cuando el Yo queda disociado.

Cuando se menciona la constitución del Yo, es decir que en gran parte está formado por las identificaciones sustitutivas de las cargas abandonadas del Ello, el Yo tiende a resistirse a dichas identificaciones cuando se encuentra robustecido.

1.4.2 Ello

“El Ello está constituido esencialmente por energía psíquica inconsciente proveniente de la libido y de la pulsión de muerte”. (Freud, S., 2006, p. 50)

Lo reprimido concluye con el Ello, hasta ser una parte de él, en cambio con el Yo se encuentra separado por las resistencias que mantiene con la represión y puede por medio del Ello comunicarse.

Las percepciones son para el Yo, lo mismo que los instintos para el Ello, pero ambos quedan sometidos a la influencia de los instintos, solo que el Yo es una parte modificada de dicho Ello.

Para conocer esta dinámica es necesario conocer el fin de las dos clases de instintos, los instintos sexuales y los instintos de conservación o instinto de muerte oponente al anterior.

Se presenta además dicha ambivalencia de amor y odio, lo que el psicoanálisis considera como una transformación como efecto de un desplazamiento reactivo de la carga psíquica, sustrayendo la energía del impulso erótico y acumulado de la energía hostil.

Los instintos sexuales parciales mantienen una comunicación entre sí, y que dicha energía desplazable actúa en el Yo y también en el Ello, puede provenir de la libido narcisista como un Eros desexualizado, pues los instintos eróticos son más desplazables más plásticos, que los de destrucción.

En un principio todo lo referente a la libido se halla en el Ello, pues el Yo aun está en proceso de formación y es muy débil; entonces el Ello utiliza esta libido en cargas eróticas de objeto, y cuando el Yo se encuentra más robustecido desea apoderarse de dicha libido del objeto e imponerse al Ello como un objeto erótico.

En el Ello el principio de placer actúa como guía para el combate contra la libido, que por esas exigencias del Eros, el Ello defiende por la percepción de displacer, intentando la satisfacción de las tendencias sexuales, concluye en que “el Yo facilita al Ello la labor de dominación, sublimando parte de la libido para sus fines propios”.

(Freud, S., 2006, p. 60).

Mientras el Yo intenta tener un carácter moral, el Ello es totalmente amoral y el Super yo sería hipermoral, por ende puede ser tan cruel como el Ello.

1.4.3 Super yo

El Super yo es el nombre que recibe la agencia crítica desprendida ahora del Yo. Freud mantenía una teoría de la distribución de las cargas que lo llamaba económico, su concepción de las fuerzas pulsionales era lo dinámico, y la posición era lo tóxico, los tres constituyen la metapsicología.

La neurosis revela tentativas individuales de resolver el problema de la insatisfacción de los deseos. Considerado como el ideal del Yo, pues detrás de las primeras identificaciones en etapas tempranas, se da la identificación con el padre que para el psicoanálisis marcaría mucho dicha situación. Para determinar dicha relación con la figura paterna es necesario que el sujeto atraviese por dos sucesos, la disposición triangular en la relación de Edipo y la bisexualidad constitucional del individuo.

Todo empieza cuando la carga de objeto recae sobre la madre, y la relación con el padre es por la identificación que éste lleva con el niño, pero por la intensidad de los deseos sexuales dirigidos a la madre y teniendo al padre como oponente, surge el complejo de Edipo.

Entonces el Super yo viene a constituirse a partir de esos residuos de las primeras elecciones de objeto del Ello, y de su reactiva formación contra las mismas; su relación con el Yo tiene que ver con la prohibición y depende de la participación en la represión del complejo de Edipo y de su génesis. Dicho Super yo conservará el

carácter del padre, y si este ha sido bastante severo se instaura como conciencia moral o como un sentimiento inconsciente de culpa, por influencia de la autoridad, la religión, la enseñanza, las lecturas.

La génesis del Super yo depende de dos sucesos uno biológico y otro de naturaleza histórica, como heredero del complejo de Edipo, siendo la expresión de los impulsos más poderosos del Ello, es decir el Yo ha logrado apoderarse del complejo de Edipo y someter al Ello. Pero como este Super yo es el que aboga por el mundo interno, es el gran oponente del Yo quien representa el mundo externo.

La formación del Super yo se debe a dos sucesos importantes, la primera cuando el Yo era muy débil y se dio paso a la identificación, y la segunda como heredero del complejo de Edipo al introducir los objetos en el Yo, y llevara el carácter que adoptó del complejo paterno que le emitirá la capacidad de oponerse al Yo y dominarlo, además el Super yo mantiene en si el instinto de muerte que intenta la muerte del Yo si éste no se refugia en la manía.

Para la estructuración del aparato psíquico estos tres elementos el Yo, Ello y Super yo deben fluctuar entre sí para emitir un entender del sujeto, cada uno con sus particularidades y su proceso de formación, es evidente como se necesitan para funcionar.

1.5 Funciones del síntoma en la dinámica Freudiana

Precisar una clara descripción de lo que los fenómenos patológicos indican es importante para determinar la influencia de estos en cada caso, pues inhibición no

está ligada precisamente a algo patológico, más bien tiene que ver con la disminución de la función; pero el síntoma si tiene que ver con la parte patológica, ya que puede haber un cambio drástico o la implementación de una nueva función.

Para conocer las distintas funciones del Yo en la neurosis se estudia en el campo sexual como implícito en perturbaciones de simples inhibiciones que pueden causar en el sujeto; la desviación de la libido al principio del proceso visto como un displacer psíquico, la falta de preparación física que afecta la erección, además en la abreviación del acto sexual cuando se presenta una eyaculación precoz, la falta de eyaculación, la falta de presencia del orgasmo.

En la mujer se genera un común miedo acompañado de angustia y repugnancia a la función sexual, es ligado a la histeria como una alteración a un desarrollo normal del lado sexual de la mujer, al igual que en el varón se conoce la posibilidad de que la inhibición puede perturbar la función sexual, por medio del apareamiento de la angustia.

En el área de la nutrición, es evidente mediante la repugnancia a comer, o una ingesta mayor de alimentos por el temor a morir de hambre, o una expulsión por medio del vómito producido por delirios de envenenamiento; todo esto como una especie de defensa a estos estados de neurosis y psicosis.

Estas inhibiciones también están presentes en las locomociones y la interrupción en su desarrollo denotan la intervención de las inhibiciones como generador de repugnancia a caminar o la debilidad en las extremidades abdominales, este mecanismo histérico da paso a estas fases de interrupción que pueden aumentar su nivel de acuerdo a la gravedad de su patología psíquica, a partir de esto surge la

angustia motivadora del conflicto. Deja de caminar para evitar realizar un acto sexual prohibido.

Cuando es evidente una dificultad laboral, aparentemente por una interrupción de sus capacidades intelectuales, fatiga o vértigo, se descarta la posibilidad de que se está presentando un estado de histeria por medio de la producción de parálisis orgánicas o funcionales que no le permiten al sujeto continuar con su labor. También puede ser la neurosis obsesiva una causa para dicha problemática por las distracciones repetitivas en la psiquis del sujeto.

Cada situación en la que se perciben las inhibiciones como amenazantes, permiten concluir que “la inhibición es la expresión de la restricción funcional del Yo” provocados por diversas causas, esta función Yoica además se altera cuando la significación sexual de algún órgano se incrementa. El objetivo de la alteración de la función es evitar que el Yo tenga una nueva represión a partir de un nuevo conflicto con el Ello.

En cambio cuando las funciones están relacionadas con éxito y provecho adquirido por el Yo, prefiere renunciar a estas para evitar conflictos con el Super yo, que le prohíbe dichas ganancias. En otro tipo de inhibiciones como el duelo por ejemplo, el Yo se ve obligado por el agotamiento de energía a restringir el gasto de la misma.

Entonces las inhibiciones que tienen la misión de restringir las funciones del Yo, lo hacen como medio de precaución y por un empobrecimiento de energía; a diferencia del síntoma que sería “un signo y un sustituto de la expectativa de satisfacción de un instinto, resultado de un proceso de represión”. (**Freud, S.**, 2008, p. 100).

La represión parte del Yo, que por mandato del Super yo, se rehúsa a agregarse a una carga instintiva iniciada en el Ello, gracias a esto no permite que la idea que lleva el impulso prohibido alcance la parte consciente, y se produce un displacer al placer de dicho instinto esperado.

La descarga de excitación del Ello no tiene efecto en la represión, es por eso que se cumple la “transformación de los efectos en la represión”, esto significa que el Yo puede tener gran influencia en los procesos desarrollados del Ello, gracias a las relaciones que tiene el Yo con el sistema de percepción, este sistema recibe estímulos tanto del exterior como del interior, y las sensaciones de placer y displacer que se producen permiten un contacto con el principio de realidad.

El Yo sigue su defensa contra peligros interiores y exteriores, el fin es retirar la carga de la percepción de lo peligroso, y para su eficacia utiliza la ejecución de actos musculares, y así esta percepción de peligro queda sin valor y se destruye la acción del peligro. El Yo retrae la carga y la utiliza para generar displacer, es decir la angustia, entonces se considera que la energía de carga del impulso que ha sido reprimido, es transformada en angustia.

La angustia es reproducida como estado afectivo, de acuerdo a la imagen mnémica previa, dichas imágenes son formadas por sucesos traumáticos primitivos, acompañados de un estado afectivo que forma parte de la vida anímica del sujeto, y son revividos por actuales circunstancias.

A pesar de que las primeras explosiones de angustia son muy intensas, no se puede descartar la influencia de las represiones primitivas que produzcan una gran intensidad de excitación o la ruptura de la protección contra los estímulos, al

mencionar este dispositivo de protección se debe considerar su aparición cuando “una percepción externa despierta un impulso instintivo indeseado y cuando un tal impulso emerge en el interior, sin estímulo alguno externo provocador”(Freud, S., 2008. P. 120). Solo contra los estímulos externos, hay un proceso protector, y no contra los impulsos instintivos internos.

El síntoma surge del impulso instintivo obstruido por la represión, si a partir de una señal de displacer el Yo logra dominar el impulso instintivo, no se puede detectar el proceso represivo, este impulso instintivo ha logrado encontrar un sustituto disminuido, desplazado e inhibido pero no produce ningún placer, al contrario toma un carácter compulsivo.

En la represión el Yo labora bajo la influencia de la realidad exterior y no permite el éxito del proceso sustitutivo sobre dicha realidad, ya que el Yo domina el acceso a la conciencia, y en la represión lo que hace es influir en la representación instintiva y en el impulso instintivo también.

Cuando el Yo esta en discordia con el Ello, se denota una debilidad en el Yo, pero al contrario si se mantienen enlazados se genera una intensa energía, además el Yo es la parte organizada del Ello, el Yo trata de someter una parte del Ello, y lo restante presta auxilio a la parte atacada, para medir fuerzas con el Yo.

Se compara el síntoma como un cuerpo extraño que contiene incesantes fenómenos de estímulo y reacción en el tejido donde está ubicado, la formación de síntomas termina con la lucha defensiva contra el impulso instintivo indeseado, como en la conversión histérica.

A partir de esta lucha el Yo se ve forzado a emprender algo, como tentativa de restauración o de conciliación, y como es una organización mantiene todos sus componentes en constante intercambio de influencia, por su energía desexualizada aspira a la unificación y con esto aumenta la fuerza del Yo. Desea el Yo así suprimir el aislamiento del síntoma, y tratar de incorporarlo a su organización, como los síntomas histéricos que mantienen transacciones entre la necesidad de satisfacción y la de castigo.

Estos síntomas por cumplir las exigencias del Super yo, participan en la organización del Yo, pues una vez surgido el síntoma y siendo imposible suprimirlo, es preferible familiarizarse con su contenido y sacar lo mejor de esto, entonces se logra una adaptación del elemento extraño del mundo interno al Yo, y por ende también con el mundo exterior real.

El apareamiento del síntoma produce un impedimento en la función, permite apaciguar las exigencias del Super yo y rechazar una aspiración del mundo exterior; como se le atribuye cierta representación al síntoma, el Yo adquiere un valor para la autoafirmación, y le permite enlazarse más con el Yo. En esta adaptación secundaria se denota que la creación del síntoma es exclusivamente para aprovechar las ventajas del mismo.

Los síntomas de las neurosis obsesivas y la paranoia son creados para aportarle al Yo una satisfacción narcisista inaccesible de otro modo, entonces se obtendría beneficio conocido como ventaja de la enfermedad (secundaria). Esto favorece a la incorporación del síntoma y a fortalecer la fijación en el Yo.

En el análisis de la lucha entre el Yo y los síntomas, se conocen los enlaces conciliadores entre Ellos, y su complicación de desatarlos de Ellos, el otro método sería mas pacifista donde el Yo quisiera incorporar el síntoma.

En ciertos casos puede crearse una represión por formación reactiva, y el desplazamiento del conflicto sobre algo permite la formación de síntomas, o también puede desplazar uno de los dos impulsos (amor y odio) sobre una persona distinta como objeto sustitutivo. La represión no habría modificado en absoluto el carácter agresivo del impulso instintivo, pero se podría cambiando su objeto.

La idea de ser devorado por el padre es típica fantasía infantil, y la representación indica una regresión a una etapa infantil, como expresión de un impulso amoroso pasivo, del ansia de ser amado por el padre con un sentido de erotismo genital, pasa por una fase de transición desde la organización oral de la libido a su organización sádica.

La represión no es el único medio del Yo para defenderse contra un impulso indeseado, también puede darse que el instinto pase a una regresión pero produciendo más daño que la represión. Como en el caso de Juanito, estudiado por Freud y en la mayoría de las fobias el impulso instintivo reprimido es un impulso hostil contra el padre, pero la agresión en su contra se abandona por el miedo a la castración. Y si en la expresión verbal de la fobia no hay referencia a la castración, es evidente un triunfo de la represión.

La fantasía implica la agresión del sujeto contra el padre, y la venganza de éste contra el sujeto, la fase sádica de la libido integra la agresión, pero se genera un

descenso al grado oral, por eso es devorado, mordido o comido; pero también aparece una disposición amorosa pasiva respecto al padre.

El efecto angustioso de la fobia procede de la instancia represora, pues el miedo a la castración es un miedo real, es decir la angustia causa la represión, no la represión causa la angustia. Por medio de la represión, la representación del instinto queda deformada, y transformado el impulso instintivo en angustia, entonces se conoce que toda fobia es producida por el miedo del Yo a las exigencias de la libido.

En muchas neurosis no aparece la angustia, como en el caso de la histeria de conversión, pero en las fobias si es evidente por eso se las conoce también como histerias de angustia; para comprender la génesis de dicha angustia, en el análisis se comprueba que la situación primitiva donde tuvo efecto la represión existía ya el dolor, que ahora se muestra como síntoma y que las alucinaciones de ahora fueron percepciones reales.

Las parálisis motoras son la defensa del Incc, que al no ser realizado en la situación inicial fue inhibida, las contracturas forman parte de un desplazamiento en una parte del cuerpo, en cambio la convulsiones son una explosión de afecto que ha escapado al control normal del Yo; está presente la sensación de displacer en los síntomas que afectan la esfera sensorial.

Un síntoma doloroso surge desde el interior al activarse la situación patógena, y ponerse en contacto con el exterior dicha parte del cuerpo afectada, entonces el Yo adopta medidas de precaución, es decir crea los síntomas de neurosis obsesiva que tienen dos géneros de tendencia opuesta, como síntomas de naturaleza negativa o como satisfacciones sustitutivas que burlan toda defensa.

Se habla de un triunfo en la formación de síntomas cuando consigue fusionar la prohibición con la satisfacción, es decir que lo que al principio tuvo un carácter defensivo o de prohibición, adquiere después la significación de satisfacción, esto permite la síntesis del Yo. En pacientes con cuadros extremos, dan paso a que la mayoría de sus síntomas lleguen a una significación primitiva contraria, y se refuerce la ambivalencia; pero cuando son menos complicados hace que el acto que ejecuta cierta función vaya acompañado de otro que suprima o deshaga lo hecho, pero nunca llegando a producir lo contrario.

Una edad promedio para el inicio de la explosión neurótica es el segundo periodo de la infancia, es decir al finalizar el periodo de latencia. Los síntomas en la neurosis obsesiva se encuentran con dos impresiones; mantienen una lucha contra lo reprimido donde el Yo y el súper influyen en la formación de dichos síntomas; y, su génesis está en la necesaria defensa contra las exigencias libidinosas del complejo de Edipo.

Como la organización genital de la libido es débil y poco resistente, hace que el Yo cuando inicia la defensa se produzca una regresión de la fase fálica a la fase sádico-anal, es la consecuencia de que el Yo haya iniciado su defensa muy tempranamente.

El periodo de latencia comienza con la resolución del complejo de Edipo, donde se consolida el Super yo y se constituyen los límites del Yo; pero en la neurosis obsesiva sobrepasan estos límites, provocando una disminución regresiva de la libido, aparece un Super yo severo, y el Yo crea intensas formaciones reactivas.

También en el complejo de Edipo hay una dificultad con el miedo a la castración, cuando su resolución no ha sido favorable, y se presenta la neurosis esto se

amplifica, aparecen los mecanismos defensivos como la regresión, la represión y las formaciones reactivas vistas como exageraciones que superan el carácter normal; en la histeria este proceso se limita a la represión, donde el Yo se aparta del impulso instintivo y deja derivar el inconsciente, sin que este regrese a su camino, además la histeria obedece a las exigencias del Super yo.

En la neurosis obsesiva prevalece un Super yo severo, provocado por la regresión a la libido, este Super yo que procede del Ello tendrá un efecto más duradero, severo y cruel que en un desarrollo normal. Cuando ya se presenta el periodo de latencia comienza la defensa contra la tentación masturbatoria, donde inicia con ser evidentes los primeros actos ceremoniales, con una tendencia a la repetición y el gasto de tiempo, como precedentes a la formación de síntomas ya de carácter neurótico, sería la pubertad el tiempo donde se definiría la patología, pues la organización sexual interrumpida en la infancia viene en esta etapa con mayor intensidad, pero ya con una Dirección establecida en la infancia.

Se despertarán los impulsos agresivos que aparecieron en la etapa temprana, habrán nuevos impulsos libidinosos pero con una tendencia agresiva y destructora; y así comienza la lucha contra la sexualidad, donde el Yo se resiste a dichos impulsos violentos provenientes del Ello, y por ende contra los deseos eróticos; también el severo Super yo hace su parte en la represión de la sexualidad, agudizando la neurosis obsesiva en dos direcciones, las fuerzas defensivas son más intolerables y las fuerzas que deben rechazarse de la misma forma, pero con el fin de dar paso a una regresión a la libido.

Las representaciones obsesivas desagradables son conscientes, después del proceso de represión, pero lo que penetra en la conciencia en un sustituto deformado, pero se

pueden generar dos aspectos; la destrucción del contenido instintivo agresivo, o la supresión del carácter afectivo concomitante.

El Yo queda incomunicado con el Ello, como efecto de la represión y queda abierto a las influencias del Super yo, pero el Yo experimenta un sentimiento de culpa, y para evitar la percepción de esta, ha optado por la creación de síntomas, penitencias y restricciones que le generen un autocastigo, acompañado de impulsos instintivos masoquistas.

Los síntomas que eran parte de las restricciones del Yo, luego se activan formando parte de la neurosis obsesiva, con el fin de llegar a una satisfacción sustitutiva, es decir el Yo busca sus satisfacciones en los síntomas y con esto fracasa la tendencia defensiva inicial; pero si estas satisfacciones tienen éxito puede paralizarse la voluntad del Yo, agudizarse el conflicto entre el Ello y el Super yo, y la total dominancia de este último, generando la incapacidad de que el Yo sea el mediador de dicho conflicto.

En la neurosis obsesiva el Yo es mucho más fuerte que en la histeria, muy apegado a la realidad y a la conciencia, incluso hasta el pensamiento cuenta con una sobrecarga psíquica. Las dos técnicas que utiliza el Yo para la formación de síntomas son deshacer lo sucedido y el aislamiento.

Deshacer lo sucedido, es mucho más amplio porque tiende a suprimir el suceso y las consecuencias que de este provenga; por ejemplo en la neurosis obsesiva un segundo acto deshace el primero, dando la sensación de que este último no se presentó, pero realmente fue el suceso de los dos, la medida preventiva está ligada a la parte irracional, el objetivo es hacer que eso nunca haya sucedido; mientras que el

neurótico trata de suprimir el pasado por medio de actos motores. En si dentro de la neurosis muy importante este proceso de deshacer alguna experiencia traumática, por medio de la formación de síntomas, con esto se provee de una nueva técnica motora de defensa o de una represión.

Otra de las técnicas es el aislamiento, muy particular en la neurosis obsesiva, se presenta cuando después de un suceso desagradable o de cualquier acto importante para el neurótico, se genera una pausa donde no hay percepción alguna, muy singular a la represión, es decir que en la histeria es muy seguro que una impresión traumática sea abandonada a la amnesia.

Pero en la neurosis obsesiva no suele suceder esto, pues la circunstancia traumática no es olvidada, sino se queda sin la conexión con su afecto y con la interrupción de sus relaciones asociativas, esto provoca el aislamiento de su pensamiento corriente; estos elementos que quedan separados deben unirse después por asociación.

Es el aislamiento motor la posibilidad para la interrupción de la coherencia mental, esta conducta permite que una labor que consideremos importante no sea perturbada por otras operaciones mentales, por eso una persona utiliza su concentración no solo para apartar lo inconveniente de su mente sino también lo contradictorio; lo más perturbador implica lo que primitivamente estuvo unido y quedó luego separado en el desarrollo.

El Yo debe constantemente realizar un aislamiento en su labor para poder dirigir el desarrollo del pensamiento, sobre todo si la patología demanda de esta función, como en las neurosis obsesivas donde el alto conflicto entre el Super yo y el Ello, necesita de un Yo más vigilante y riguroso con estos aislamientos durante la labor mental; el

fin es evitar las asociaciones y conexiones del pensamiento, así el Yo forma parte de este tabú de contacto pues el tocar y el contacto físico constituye el fin más próximo de la carga del objeto, en forma agresiva o amorosa. El Eros pide este contacto, como medio de unión entre el Yo con su objeto amado.

En sí el aislamiento es la supresión de la posibilidad de contacto, donde el neurótico aísla una impresión por medio de una pausa, indicando que no quiere un contacto asociativo entre una actividad con otros pensamientos. Las fobias, la histeria de conversión y la neurosis obsesiva empiezan a partir de la destrucción del complejo de Edipo por su miedo a la castración, pero solo las fobias exteriorizan este temor. El Yo debe actuar contra una carga libidinosa del Ello que viene del complejo de Edipo positivo o negativo, pues el aceptarla generaría el temor a la castración. El impulso agresivo depende del instinto de destructividad, pues el Yo en la neurosis se defiende de las exigencias de la libido más no de los instintos.

En las zoofobias el Yo reconoce el peligro de castración, llega la señal de angustia e inhibe con la instancia de placer o displacer, este miedo a la castración se dirige a un objeto y como una expresión disfrazada da paso a la fobia, esta formación sustitutiva tiene dos ventajas, el evitar un conflicto ambivalente y permitir que el Yo termine con el desarrollo de la angustia, pues solo aparece ante la percepción de su objeto. La fobia puede también la fobia tener el carácter de proyección donde se sustituye un peligro de instinto interior por un peligro exterior que depende de una percepción, su ventaja sería que el Yo se asegure ante el peligro por medio de la fuga para evitar la percepción.

La angustia de las zoofobias es una reacción afectiva del Yo al peligro ligado con la castración, la diferencia de esta angustia con la angustia real, es que su contenido es inconsciente y que solo disfrazado y deformado llega a la conciencia.

En el caso de la agorafobia el Yo tiene una limitación para huir del peligro provocado por un instinto, este peligro tiene que ver con la tentación de ceder a sus deseos eróticos, como en la infancia el miedo a la castración; el Yo no se conforma con renunciar a algo, sino que prefiere agregar elementos que despojen la situación de su peligro, esta agregación es una regresión temporal a los años infantiles, es decir el enfermo sale a la calle si va acompañado con alguien de confianza, como cuando era niño.

También la agorafobia puede producirse por un miedo a la soledad, pero esta fobia se constituye después de un primer ataque de angustia en una experiencia en determinada circunstancia, donde no contaba con una condición protectora. El miedo del Yo a su Super yo es la fuente de la formación de síntomas, la situación peligrosa del Yo es interna pues el Yo teme la hostilidad del Super yo, este temor es el castigo por medio de la castración, que se ha convertido en una angustia moral o social indeterminada.

El proceso empieza cuando ante una situación peligrosa, el Yo alude la angustia y crea síntomas que le permitan evitar el desarrollo de dicha angustia y protegerse de esta forma de la misma.

Es evidente el miedo a la muerte también en las neurosis traumáticas, como una consecuencia directa del miedo a perder la vida, entonces es un grave peligro para engendrar una neurosis el instinto a la conservación, el miedo a la muerte es el miedo

a la castración, donde el Yo reacciona al temor de ser abandonado por el Super yo protector ante los peligros que le rodean, pues quedaría roto el protector contra los estímulos exteriores, dando paso a un excesivo ingreso de excitación al aparato anímico, por ende la angustia ya no sería una señal de afecto, sino también una condición económica de acuerdo a la situación.

La angustia vista también como un temor a una pérdida o a una separación, es la prematura separación con la madre al momento del nacimiento, la que genera una castración de la madre e incrementa reacciones afectivas a dicha separación. Además esta angustia es un estado afectivo, pues es algo que sentimos que contiene además un franco carácter displaciente notable con sentimientos como ansiedad, dolor y duelo; la descarga de dicha angustia puede ser por medio de sensaciones físicas en determinados órganos.

El estado de la angustia da los siguientes resultados:

- 1) un carácter displaciente específico
- 2) actos de descarga y
- 3) las percepciones de tales actos

Es decir la angustia pasa por un incremento de excitación que tiene un carácter displaciente y que busca aliviarse con los actos de descarga, además cuenta con un factor histórico que enlaza las sensaciones y las inervaciones de la angustia como la reproducción de una experiencia.

Los ataques histéricos también son la reproducción de sucesos antiguos, cuya génesis y significación son símbolos mnémicos, además la presencia de la angustia lleva al estado de peligro a una reacción biológica.

Las inervaciones del estado de angustia primitivo y los movimientos musculares del primer ataque histérico deben tener un significado y un propósito; por eso la aparición de la angustia tiene dos posibilidades una inadecuada con relación a una nueva situación peligrosa, y una adecuada que señala y previene tal situación.

Es el acto del nacimiento el que empieza por renacer ese deseo de conservación de la vida, pues es el primer enfrentamiento del niño con el trauma del nacimiento, posteriormente el lactante repetirá su afecto de angustia en cada situación que le recuerde el suceso del nacimiento.

El niño de pecho tiene cierta disposición a la angustia, mientras el progreso de su desarrollo anímico va avanzando y se mantiene en cierto tiempo de la infancia, pero si perdura mayor tiempo se evidencia una perturbación neurótica; son tres las manifestaciones de angustia típicas en un niño: cuando éste está solo, cuando se encuentra en la oscuridad y cuando encuentra a una persona extraña en lugar de uno a que le sea familiar, como su madre.

La imagen mnémica de la persona anhelada mantiene una carga muy intensa, y la angustia aparece cuando advierte la falta de dicho objeto, como consecuencia del temor a la separación de un objeto muy estimado. La situación considerada como un peligro es la insatisfacción que puede sentir el niño, cuando no hay quien le cubra sus necesidades y se genera su impotencia, es decir esta situación de insatisfacción con proporciones muy displacientes da paso a la repetición de la situación de peligro, que sería la experiencia del nacimiento con todas sus impresiones, ambas poseen una perturbación económica por el crecimiento de estímulos que demanda una descarga.

El niño experimenta la situación de peligro con la percepción de un objeto exterior que recuerda la del nacimiento, es decir la pérdida del objeto; y que ahora es la ausencia de la madre. La angustia es tanto un fenómeno automático como una señal salvadora encaminada a evitar la situación de peligro, pero es producto de un desamparo psíquico y un desamparo biológico. En la vida intrauterina no existía objeto alguno, pero en la primera infancia ya hay una relación objetal psíquica con su madre.

En la fase fálica en cambio es el miedo a la castración el motivo para la aparición de la angustia, pues la alta valoración narcisista del pene es una garantía de una nueva reunión con la madre en el acto del coito, y el ser despojado de este miembro es una nueva separación de la madre y ser abandonado de nuevo; transformándose ahora en una necesidad especializada de la libido genital.

El poder del Super yo provoca un nuevo cambio pues por el miedo a la castración se da paso al apareamiento de una angustia moral, lo que el Yo considera como peligro y a lo que responde con la señal de angustia, es a ese gran temor de que el Super yo le castigue o a la pérdida de su amor, es decir ese miedo reflejado en el temor a la muerte como proyección del Super yo en los poderes del destino.

La angustia es un estado afectivo, que solo puede sentir el Yo no el Ello, ya que éste no es una organización que le permita discriminar las situaciones de peligro; será explícito en dos situaciones: la primera que es la etiología de la psiconeurosis es cuando en el Ello se presenta algún suceso que active alguna situación peligrosa para el Yo, y esto le provoque generar la señal de angustia para iniciar la inhibición; y la segunda que es la etiología de las neurosis actuales en el Ello es cuando una situación similar a la del trauma del nacimiento le incite a una reacción angustiosa.

De igual forma a nivel sexual se presentan estas alteraciones generadas por el nivel de angustia, como la abstinencia sexual, la perturbación en la excitación sexual y la desviación de esta, dan paso al origen de la angustia por transformación de la libido, como un estado de desamparo del Yo.

Mientras el progreso del desarrollo del Yo va avanzando también sus efectos en la psiquis del sujeto, es necesario desvalorizar y desplazar las situaciones peligrosas anteriores, pues el desamparo psíquico depende de la carencia de madurez del Yo, el peligro de la pérdida de objeto, la dependencia de otros especialmente en la etapa infantil, miedo a la castración y al Super yo; todo esto produce una reacción angustiosa del Yo.

La angustia a la castración forman los procesos de defensa que conducen a la neurosis, como la pérdida del objeto amado lleva a una histeria, la amenaza de castración lleva a las fobias y el miedo al Super yo a la neurosis obsesiva.

Existen dos opiniones que explican la relación entre la angustia y la formación de síntomas, una de ella indica como la angustia en sí ya es un síntoma de la neurosis; y la segunda tiene que ver con que toda formación de síntomas es producida para evadir la angustia, es decir dichos síntomas ligan la energía psíquica, y la descargan como angustia en alguno de los síntomas de la neurosis.

Los síntomas son creados para liberar al Yo de las situaciones peligrosas, y si esto no sucediera o es impedida el Yo quedaría desamparado contras las exigencias instintivas que mantienen un constante crecimiento, suprimir dichas situaciones y dar paso a la formación de síntomas tiene dos aspectos importantes, uno oculto a nuestra percepción creado en el Ello que permite sustraer al Yo del peligro; y el segundo

visible que muestra lo que ya ha sido creado en lugar de un proceso instintivo influido, como una formación sustitutiva.

En el proceso defensivo el fin es sustraer al Yo del peligro que viene desde el exterior como la pérdida del objeto y la amenaza de castración, es una especie de intento de fuga ante un peligro instintivo; dichos peligros externos como medidas contra peligros interiores. Cada situación peligrosa tiene que ver con una etapa de la vida o una fase del desarrollo del aparato anímico, ya que en la primera etapa infantil el sujeto no está en capacidad de dominar psíquicamente el nivel de excitación interna o externa, mantiene una total dependencia del cuidado de otros, al crecer ve ya como un rival a su padre, aparecen las intenciones sexuales con su madre, y por ende la agresividad contra su padre, dando lugar el miedo al castigo o a la castración; por otro lado el inicio a la vida social también trae consigo el temor al Super yo como una conciencia moral.

Los neuróticos en su aparato anímico han podido lograr un desarrollo pero bajo ciertos límites, pueden en ciertas instancias dominar los estímulos y reconocer que la castración no es un castigo pero sí que aún subsisten las antiguas situaciones peligrosas. En los neuróticos adultos siempre habrán signos de neurosis infantiles, pero no es ley que si en la infancia hubo rasgos neuróticos pueda en vida adulta desencadenar alguna neurosis, solo depende de la desaparición de ciertas condiciones y la eliminación del significado de situaciones peligrosas.

A diferencia de una persona normal, el neurótico tiende a intensificar las reacciones a estos peligros, ni siquiera la etapa adulta ofrece una suficiente protección para no regresar a una situación angustiosa primitiva traumática, es como si fallase su aparato anímico para dominar el nivel de excitación, es por eso que ciertos adultos ante una

situación angustiosa mantienen una conducta infantil que no favorece para dominar dichos peligros.

Pero si el Yo ha podido defenderse de un impulso instintivo peligroso por medio de la represión, lo que ha logrado es inhibir y dañar la parte del Ello, lo que llegó a la represión sale de la organización del Yo y queda sometido a las leyes que rigen al inconsciente; al variar la situación peligrosa el Yo no tiene un motivo para emprender una defensa contra algún nuevo impulso, como restricción del Yo.

La atracción regresiva del impulso reprimido y la intensidad de la represión, dan paso a la formación del nuevo instinto, que toma un nuevo curso por la compulsión a la repetición, pues por la fijación tiende a caer en esta automatización.

Entre los principales factores que intervienen en la formación de la neurosis están lo biológico, filogenético y lo psicológico.

- a) El factor biológico indica la corta permanencia en vientre de madre, que la de los animales por eso son echados al mundo menos perfectos que estos; por eso la influencia externa real es más intensificada y se provoca una identificación muy temprana del Yo y el Ello, y hay un incremento de valor al objeto que puede por sí solo ser la protección y sustitución de la situación de peligro, creando de por vida la necesidad de ser amado.
- b) A nivel filogenético se entiende como la vida sexual del hombre no mantiene un constante seguimiento, pues después del primer florecimiento temprano a los 5 años se presenta una interrupción, el estado de latencia que en la pubertad se producirá un retorno a ese desarrollo sexual con las ramificaciones infantiles. La mayoría de las exigencias sexuales infantiles son rechazadas por el Yo como

peligros, este primer contacto con dichas exigencias generan un contacto prematuro con el mundo exterior.

- c) En la parte psicológica se plantea una diferencia entre el Yo y el Ello, a partir de una influencia del mundo exterior el Yo es obligado a defenderse de los impulsos instintivos y de los peligros de la realidad, pero el Yo no puede protegerse contra dichos instintos interiores y por ende tampoco contra una parte de la realidad. Como está enlazado con el Ello, no puede rechazar el peligro instintivo así que lo restringe de su propia organización y acepta la formación de síntomas como sustitutos al daño que se produjo en los instintos, surgiendo así aquellas dificultades conocidas como afecciones neuróticas, provenientes de un contenido previo que según la teoría psicoanalítica debió haber sucedido anteriormente en la historia de vida que se desencadenan en la vida actual del individuo.

Para comprender como estos sucesos afectan en la actualidad con la formación de síntomas es necesario conocer la dinámica que ha mantenido desde su nacimiento, para pasar a las primeras relaciones objetales parciales después totales con sus padres, hasta irse independizando de acuerdo a las experiencias que le han ido estructurando.

1.6 Teoría de las Relaciones Objetales

Uno de los aportes relevantes para el entendimiento de la estructura psíquica del sujeto es la Teoría de las Relaciones Objetales planteada por Klein, en la cual nos indica que lo psíquico nace de lo instintivo, fundamentalmente del instinto de muerte

y todo su bagaje, y para comprenderlo es necesario conocer las fantasías que revelan las relaciones que el Yo infantil ha establecido con sus objetos internos y a partir del cual determinarán en mayor o menor grado la relación con los objetos externos.

Como el papel de la fantasía tiene un carácter destructivo por la influencia de la pulsión de muerte y de un Super yo muy sádico, se da paso a una intensa ansiedad que el Yo, como medida de protección crea especiales defensas, esto indica Klein permite el establecimiento de peculiares relaciones objetales interna y externamente que marcan dos posiciones la esquizoparanoide y la depresiva, esto permite el apareamiento de dos núcleos importantes en el psiquismo humano dependiendo del accionar del niño en la resolución de cada posición, y de su habilidad caracterial y conductual para controlar y manejar las ansiedades que se presentarán en dichas posiciones.

La acción de un Super yo precoz permite la aparición de la angustia, por las recriminaciones de los deseos sádicos que forman parte de las fantasías, permiten la creación de defensas ante esos deseos por parte del Yo. La ansiedad según Klein por el temor a la retaliación (ojo por ojo, diente por diente), y por el sadismo infantil se considera que los objetos atacados se transforman en objetos vengadores que proceden desde fuera como un objeto externo malo y desde dentro como un objeto interno malo que es el primer núcleo del Super yo, procesos que han aparecido según KLEIN desde el nacimiento a pesar de ser precoces.

1.6.1 El nacimiento

El bebé según Klein tiene un Yo primitivo al nacer, por eso es evidente la ansiedad, los mecanismos de defensa y el poder establecer las relaciones objetales primarias en la fantasía y en la realidad, las explicaciones de Freud también al parecer indican que el niño posee un Yo temprano; pero no hacen referencia a un Yo muy bien estructurado, al contrario al principio es un Yo muy desorganizado pero con una tendencia a integrarse.

Desde el nacimiento este Yo bastante lábil está expuesto a una ansiedad provocada por la polaridad de los instintos de vida y de muerte, además del contacto con la realidad exterior; por eso lo que Freud explica sobre la ansiedad que le produce el instinto de muerte al niño, Klein indica que se da por una proyección producida por la conversión de este instinto de muerte en agresión.

Este miedo original al instinto de muerte se transforma en un sentimiento de persecución, para este proceso dice Klein el Yo se escinde y proyecta afuera este contenido interno en un objeto real, que es el pecho, este instinto de muerte que queda introyectado en el Yo se convierte después en agresión contra estos perseguidores.

Con la libido pasa lo mismo una parte de ella se proyecta afuera, y la otra se utiliza para establecer una relación libidinal con este objeto ideal y así conservar la vida, con esto queda relacionado el Yo con estos dos objetos, el objeto primario que es el pecho disociado en dos partes el ideal y el persecutorio. Estas fantasías de gratificación y frustración dependerán del objeto externo real, la madre para

satisfacer necesidades del bebé y las aterradoras fantasías persecutorias, para entenderlo KLEIN crea dos posiciones cada una con su particularidad como la posición esquizo-paranoide y la posición depresiva.

1.6.2 La posición esquizo-paranoide

KLEIN menciona esta primera posición como esquizo paranoide, por la ansiedad generada por la fantasía de quedar introducidos en el Yo estos objetos persecutorios y aniquilar al objeto ideal y al Yo, esta ansiedad es paranoide; y, el estado del Yo y de sus objetos se caracteriza por la escisión y esta es esquizoide.

Para esto la introyección y la proyección son los primeros mecanismos defensivos que crea el Yo para protegerse de esas abrumadoras fantasías persecutorias y de la ansiedad de ser aniquilados, a pesar de que el Yo se esfuerza por introyectar lo bueno y proyectar lo malo; también puede proyectar lo bueno como protección de lo que siente internamente, una maldad interna producida por los perseguidores.

Aumenta la disociación cuando el nivel de ansiedad acrecienta y se utiliza más la proyección y la introyección, con el fin de mantener alejados los objetos persecutorios de los objetos ideales y mantener todo bajo control. Si la proyección de los perseguidores va afuera se fantasea una amenaza externa, pero si al contrario es interna se crea una hipocondría.

“La escisión se vincula con la creciente idealización del objeto ideal, cuyo propósito es mantenerlo bien alejado del objeto persecutorio y hacerlo invulnerable”**Segal, H.**, 2004, p. 98), todo esto se vincula con la negación mágica omnipotente, pues si la

persecución se vuelve intolerable se la puede negar totalmente, creando una fantasía inconsciente de total aniquilación de los perseguidores. Además se puede idealizar al objeto perseguidor y tratarlo como ideal, así también se logra una negación omnipotente y se convierte en un objeto pseudo-ideal.

Cuando a consulta llegan pacientes esquizoides con una infancia de aparentes bebés perfectos donde nunca hubo llanto o protesta por algo, es evidente un tipo de idealización y negación lo que les genera en la vida adulta una falta de discriminación entre lo bueno y lo malo, ya que se fijaron en objetos malos que fueron idealizados.

Cuando se instala la posición esquizo-paranoide también comienza la identificación proyectiva en relación con el pecho. Es la identificación proyectiva otro mecanismo defensivo que surge del instinto de muerte, en este se escinden y apartan partes del Yo y de los objetos internos y se los proyecta en el objeto externo que queda controlado por estas identificaciones.

Este mecanismo tiene varios propósitos desde proyectarse al objeto ideal para evitar la separación, hasta dirigirse al objeto malo para mantener el control de este. Las partes malas proyectadas pueden atacar y destruir al objeto, mientras que las partes buenas evitan la separación y las mantienen a salvo de la maldad interna, o también puede mejorar al objeto externo con una especie de primitiva reparación proyectiva.

El Yo puede llegar a fragmentarse como mecanismo defensivo para evitar la experiencia de ansiedad, especialmente cuando los mecanismos defensivos no alcanzan a dominarla, el bebé los utiliza para evitar sentir al principio el miedo a la muerte y después la ansiedad de los perseguidores externos e internos.

Las dos ansiedades más importantes causadas por la identificación proyectiva son, “el miedo de que el objeto atacado proyecte sobre uno en retaliación, y la ansiedad de tener partes de uno mismo aprisionadas y controladas por el objeto en el que se las ha proyectado”(Segal, H., 2004. p. 100).

El deseo de protegerse de esta ansiedad ha dado paso a la formación de más mecanismos, como el caso de la desintegración donde su nivel de intolerancia hace que el Yo haga lo imposible por no existir.

Después de conocer la posición esquizo-paranoide, hay que descartar la posibilidad de que un sujeto no haya pasado por estas etapas de ansiedad, pues queda toda experiencia alojada en su psique, teniendo en cuenta que se considera un bebé normal el que duerme, se alimenta, disfruta de placeres reales o fantaseados; y no solo quien mantiene una constante etapa de ansiedad a menos de que esta sea prolongada y se convierta en patológica.

Esta posición está determinada por una variedad de ansiedades y defensas que van integrando al Yo, ya que se presenta la escisión que viene a organizar el caos y las experiencias para que el Yo emerja; gracias a esta organización se puede en la adultez llegar a crear su propio juicio intelectual, lo que le permitirá suspender su emocionalidad y tener una capacidad para discernir entre lo bueno y lo malo, es decir aportará en el desarrollo de su madurez.

La escisión viene a ser de gran importancia pues será la base para la creación de futuros mecanismos como el caso de la represión, mientras mayor exceso haya tenido esta escisión temprana la represión posterior será también excesiva y rígida; y

mientras haya sido menos severa lesionará menos al sujeto y el inconsciente estará en mejor relación con la mente consciente.

Dicha escisión tiene relación con la ansiedad persecutoria y la idealización. Que mantienen su permanencia a lo largo de la vida, pues en ciertas ocasiones es necesario cierto grado de ansiedad persecutoria para poder reconocer, evaluar y reaccionar ante circunstancias externas peligrosas. La relación con un objeto bueno contiene cierto grado de idealización precursora de buenas relaciones objetales y de creer en la bondad de los objetos y de uno mismo.

La identificación proyectiva e introyectiva también cuenta con sus beneficios en la vida adulta, en este caso hace referencia al nivel de empatía, de la posibilidad de ponerse en el lugar de otro, además esta identificación permite la creación de los primeros símbolos al proyectar partes de si en el objeto, o partes del objeto en el Yo. Por todo esto no podemos considerar que los mecanismos defensivos solo hacen el papel de protección del Yo ante dichas ansiedades, sino también se convierten en base para futuras etapas de desarrollo.

Para una realización adecuada de la estructura del sujeto, sería necesario que las experiencias buenas predominen sobre las malas y para esto son los factores internos y externos los que hacen su determinación; este proceso generaría que el objeto ideal prevalezca sobre los objetos persecutorios y por ende el instinto de vida sobresalga de su instinto de muerte, teniendo en cuenta que la fantasía que el bebé mantenga será el canal para lograrlo.

1.6.2.1 El rol de la Fantasía

Así como Freud planteó ciertos conceptos para comprender la estructura mental, por ejemplo que el Super yo que “es una de nuestras fantasías inconscientes sobre los contenidos de nuestro cuerpo y nuestra psique”(Segal. H., 2004, p. 56), pero entendida no literalmente como una fantasía sino más bien como la introyección de una figura parental fantaseada en el inconsciente, dadas por una proyección del niño.

De la misma forma sucede cuando Klein menciona a los objetos internos, tampoco son objetos situados en el cuerpo o en la psique, hacen referencia a esas fantasías inconscientes presentes y activas siempre en el sujeto; su presencia no está considerada como una síntoma de enfermedad, al contrario determina el estado psíquico del individuo y la relación que mantiene con la realidad externa.

Según Segal “la fantasía inconsciente es la expresión mental de los instintos”(Segal, H., 2004, p. 58), es por esta razón que indica su aparición desde el principio de la vida, a diferencia de Freud quien no describe el momento de su aparición, solo lo estudia desde el segundo o tercer año de vida; estos instintos son buscadores de objetos pues para cada instinto hay una fantasía correspondiente a un objeto, por ejemplo el instinto de alimentarse viene acompañado de una fantasía sobre un objeto comestible como el pecho, es decir como indica Freud es la “realización alucinatoria de deseos”.

“La función del Yo es crear fantasías, se considera que desde el nacimiento el Yo es capaz de establecer las relaciones objetales primarias en la fantasía y en la realidad, impulsada por los instintos y la ansiedad.”(Segal, H., 2004, p. 78).

La fantasía inconsciente está en constante dinámica, pues desde el nacimiento el bebé debe enfrentarse con circunstancias de la realidad, ya sean de gratificación o de frustración, es el caso de los niños que a pesar de su ataque de rabia por el hambre que sienten, al ver el pecho materno frente a Ellos lo rechazan porque seguramente la fantasía de haber destruido anteriormente este pecho, ahora ya no le permite aceptarlo y así inconscientemente lo convierten en un perseguidor terrorífico, es esta una de las explicaciones de transferencia para que los adolescentes o adultos tengan problemas de alimentación.

También la fantasía inconsciente influye en la alteración de la percepción y en la interpretación de la realidad, pero además la realidad ejerce su impacto en la fantasía inconsciente, esta intervención mutua va determinando y descartando ciertas fantasías en el niño; por eso hay que tener en cuenta el ambiente en el que se está desarrollando, porque éste genera gran impacto en la infancia, por eso este análisis dependería de las fantasías que según sus instintos el niño ha ido incrementando en su estructura interna.

Una mala experiencia real, va dando paso a la omnipotencia de sus fantasías malévolas, no solo considerando el mundo exterior como malo, sino también el mismo niño considerándose como tal, al contrario de que una experiencia buena disminuye el nivel de ira, se eliminan las fantasías persecutorias y se estimula el amor y la gratitud del bebé, para creer en el objeto bueno.

La fantasía también tiene una función de defensa y no solo del mundo exterior, sino también de la realidad interna, pues cuando un sujeto crea una fantasía de realización de deseos, no está evitando solo la frustración de una experiencia displacentera en el exterior, también está defendiéndose de su propia hambre y de su propia ira, o

además una fantasía puede defenderle de otra fantasía, es decir como explicación la fantasía maníaca puede aparecer como defensa a la aparición de fantasías depresivas posteriores, de esta manera la una defiende inconscientemente al sujeto de que las otras lo destruyan.

Pero debemos conocer que si hablamos de la fantasía como una defensa, seguramente tiene algo que ver con los mecanismos defensivos, pero esto reside en una diferencia entre el proceso real y su representación mental detallada. Si una persona utiliza la proyección como mecanismo defensivo, dicha experiencia toma forma en el detalle de su fantasía, describiendo lo que está poniendo dentro de sí y fuera de sí, con lo que se concluye en la estrecha relación entre fantasía inconsciente, mecanismos defensivos y estructura mental.

Freud considera al Yo como un compuesto de objetos introyectados, y el primero de estos es el Super yo, así como desde etapas muy tempranas las relaciones objetales han comenzado por la introyección de los pechos ideal y el persecutorio.

Primero se introyectan objetos parciales el pecho y el pene, después los objetos totales la madre, el padre, la pareja parental, pero mientras más temprana es la introyección más fantásticos son los objetos introyectados; con el proceso de desarrollo avanza también su sentido de realidad, es por eso que los objetos internos se aproximan a personas reales del mundo exterior.

El Yo asimila estos objetos introyectados, y mantiene relación con Ellos, incluso entre objetos internos se da una dinámica, como los objetos perseguidores atacan al objeto ideal, de esta manera se va construyendo un mundo interno del que nos habla Klein, incluso “la estructura de la personalidad está determinada por las fantasías

más permanentes del Yo sobre sí mismo y los objetos que contiene” (Segal, H., 2004, p. 90).

Para llegar a un análisis de la estructura del Yo y del Super yo, es indispensable conocer la estrecha relación existente entre esta estructura y las fantasías inconscientes, además de la relación del Yo con los objetos internos y externos, se entendería la dinámica del mundo interno del sujeto, considerando que parte del desarrollo del niño es superar parámetros con los que se enfrentaría como la envidia y la voracidad que desde su nacimiento están presentes.

1.6.2.2 Envidia como parte del proceso de resolución

La envidia temprana actúa desde el nacimiento y por ende interviene en las experiencias del bebé, es una de las emociones más primitivas y fundamentales, pero no hay que confundir con celos como en muchas ocasiones se hace; pues los celos se basan en el amor y tiene como fin poseer al objeto amado y excluir al rival, es decir interviene en la dinámica de tres partes una triangulación por la competencia por un objeto total; mientras que la envidia es una relación de dos partes no hay la necesidad de una tercera parte y la experiencia va en función a objetos parciales.

También se diferencia la envidia de la voracidad, esta por su parte lo que hace es poseer todo lo bueno que tenga el objeto, a pesar de las consecuencias que esto pueda traer, como la destrucción del mismo; a diferencia de la envidia que prefiere ser tan bueno como el objeto pero si esto no se logra intenta arruinar todo lo saludable que tiene el objeto y así elimina la fuente de envidia que le generaba.

En el bebé viene aparecer la envidia cuando considera al pecho como fuente de vida, de experiencias buenas, que le genera gratificación real, y por su idealización lo considera fuente de todo bienestar físico y mental, todo esto aumenta su amor hacia él y su deseo por poseerlo, preservarlo y protegerlo; pero también aparece su deseo por ser él mismo esa fuente de semejante perfección, aquí es donde aparece la envidia y su deseo por arruinar tal objeto que le provoca esos sentimientos penosos.

La envidia y la voracidad pueden fusionarse con el fin de juntos agotar todo el contenido del objeto que ya no sea motivo de envidia; el ataque no solo va dirigido al objeto externo sino también al contenido interno, por eso el bebé intenta a partir de su fantasía atacarlo, escupiéndole, defecándose u orinándose sobre este, después estos ataques se proyectan hacia el cuerpo de la madre o a la relación entre padres, especialmente si se da una psicopatología en el complejo de Edipo y aparecen los verdaderos sentimientos de celos que vienen a ser aún más complejos.

Si se habla de un intenso nivel de envidia se llega a la desesperación, lo que viene a alterar el desarrollo del Yo, pues “como no se puede mantener la escisión y no se puede preservar un objeto ideal, quedan gravemente interferidas la introyección del objeto ideal y la identificación con él” (Segal, H., 2004, p. 105). Esto es provocado por los deseos de destruir a este objeto ideal que es la fuente de envidia y la confusión entre lo bueno y lo malo lo que no mantiene una escisión.

Toda esta experiencia negativa hace que el bebé no encuentre otro objeto ideal que le genere amor y los objetos destruidos le generan fantasías de persecución y posteriormente sentimientos de culpa, y sobretodo mientras más ideal sea el objeto mayor es el nivel de envidia, ya que la desvalorización y la proyección puede llevarle

a una rígida idealización con el fin de preservar un objeto ideal, pero todo esto lesiona al Yo.

Cuando se ven consecuencias en la vida adulta, como aquellos pacientes que han pasado por largos procesos terapéuticos, se denota como los mecanismos creados por el Yo no son lo suficientemente eficientes como para protegerle de sus conflictivas internas, pues no contrarrestan la envidia dirigida hacia sus terapeutas y esto hace que se mantenga una estructura patológica. En otros casos en cambio pueden ser las defensas más exitosas, ya que “desde la temprana infancia se pueden escindir y apartar sentimientos y fantasías envidiosas, y el Yo puede ser lo bastante fuerte como para impedir su re-emergencia” (Segal, H., 2004, p. 107).

Como se ha ido indicando en la explicación de la formación del mundo interno del bebé, se sabe que son las experiencias las que van determinando ciertos parámetros, y para hablar de un desarrollo normal la gratificación debe prevalecer sobre todo cuando el pecho estimula admiración, amor y gratitud; y también de envidia cuando ésta no es abrumadora, así se va logrando la integración del Yo y apaciguando el nivel de envidia, es decir van a aparecer pero ya debilitadas, lo que permite que la gratificación aumente y genere mejor desarrollo.

Por otra parte si se habla de un proceso patológico, la envidia por el objeto ideal que sería el pecho de la madre puede ser desplazado a la envidia por el pene del padre, y todo esto causar competencia y rivalidad incontrolable contra él, en sentido egocéntrico; toda esta excesiva envidia temprana puede interrumpir el curso de la posición esquizo-paranoide y generar una psicopatología.

1.6.2.3 Psicopatología de la posición esquizo-paranoide

La primera fase de desarrollo constituye una fuente importante de información sobre todo para conocer estados patológicos que ya quedaron instaurados en los primeros meses del bebé, pues una enfermedad psíquica tiende a producir una regresión, pero no a una etapa donde su desarrollo fue normal, sino a una fase donde ya estuvo perturbado el desarrollo del niño, lo que generó bloqueos y puntos de fijación.

Esta regresión a etapas ya patológicas permite prever futuras dificultades, esta dinámica errónea permite después entender que pasó en la temprana infancia y clarificar la vida actual del paciente; si se logró el desarrollo normal de la posición esquizo-paranoide donde la gratificación prevalece ante las experiencias malas, y permitió que la escisión se de en la identificación de objetos buenos y malos y el Yo que ama y que odia, esto favorecerá después para la integración, además el sujeto lograría organizar sus percepciones gracias a los procesos de proyección e introyección.

Pero cuando este proceso no es normal y se convierte en patológico, las experiencias malas prevalecen sobre las buenas generando una serie de problemas posteriores; por eso cuando la ansiedad, los impulsos hostiles y envidiosos son muy intensos, la parte proyectada es hecha pedazos y desintegrada en fragmentos y todo esto es dirigido al objeto, también desintegrándole.

Este tipo de identificación proyectiva va dirigido tanto al objeto ideal como al persecutorio, pero cuando la envidia es muy intensa, la percepción del objeto ideal es tan dolorosa como la experiencia de un objeto malo, pues este objeto ideal provoca

una intensa envidia, y como se altera la percepción de éste aparece el deseo de atacar, destruir y obliterarlo, además se odia toda experiencia de la realidad externa o interna que vaya apareciendo, pero por la conflictiva interna.

Se percibe el objeto escindido en diminutos pedazos y cada uno de estos poseen una parte hostil del Yo, por no haber una “limpia disociación”, estos pedazos conocidos como objetos extraños; este proceso desintegrador aumenta las percepciones dolorosas producidas por el carácter persecutorio de estos objetos extraños y por su mutilada percepción. Esto conduce a una identificación proyectiva patológica que hace que la realidad se vuelva cada vez más persecutoria y dolorosa.

El ataque de la realidad mediante la identificación proyectiva también se conecta con otro proceso dado en la posición esquizo-paranoide como ataques al vínculo, su objetivo es romper y atacar vínculos entre el Yo y el objeto interno y externo, o entre diversas partes del Yo; lo que produce su futura dificultad para establecer vínculos, ya que más ataca los vínculos entre los objetos internalizados y más envidioso se vuelve.

Analistas que trabajan con pacientes esquizofrénicos han llegado a pensar que los bebés esquizoides tienen prematuras fantasías y experiencias genitales lo que afecta al desarrollo de su complejo de Edipo, el que permanece en un nivel oral dado no por celos sino por una intensa envidia de la relación de sus padres; lo que le hace vivir en un mundo muy distinto al del niño normal.

Es lógico que la estructura de un bebé esquizoide está alterada por patologías que han ido distorsionando su percepción conceptual, lo que le hace rodearse por objetos hostiles y desintegrados, y por ende sus vínculos con la realidad están cortados, es la

razón de la dificultad para establecer vínculos a futuro; lo que se debe conocer es que a pesar de su estado debe preservar de alguna manera una parte del Yo donde se establezca un objeto bastante bueno que le genere alimentación e incluso aprendizaje.

Entonces la relación entre sus partes buenas y malas estarían mejor, el Yo se va sintiendo más fuerte, disminuye el miedo a las persecuciones y se preparan para la integración, y gracias a esta integración puede ir determinando lo que es el Yo y lo que son los objetos; todo esto prepara para la posición depresiva, a menos de que las circunstancias malas predominen sobre las buenas y genere una psicopatología.

1.6.3 La posición depresiva

El manejo exitoso de las ansiedades de los primeros meses del desarrollo permite al bebé la organización de su mundo interno, puede llegar a identificar dos objetos: el objeto ideal al que quiere conservarlo e identificarse con él; así como el objeto malo que lo siente como una amenaza para sí mismo y para su objeto ideal.

Pero si se presenta una prevalencia del objeto bueno, le permite al Yo ir creciendo y fortificándose para que sea su defensa contra sí mismo y su objeto ideal, pues mientras esto suceda los mismos impulsos malos van debilitándose y eso permite que no se de una proyección al exterior. “El bebé tolera menos el instinto de muerte, desaparecen sus temores paranoides, disminuyen la escisión y la proyección; y predomina el impulso de integración del Yo y del objeto”(Segal, H., 2004, p. 115).

Cuando se incrementan estos procesos de integración haciéndose más estables y continuos, aparece la posición depresiva, en la que el bebé reconoce un objeto total y se relaciona con dicho objeto. En esta etapa ya reconoce a la madre y a personas que le rodean como a su padre y otros, pero lo novedoso aquí es que ahora sabe que sus experiencias buenas y malas no proceden de un pecho o madre buena o de un pecho o mala madre, sino que todo viene de la misma madre que es fuente de lo bueno y lo malo, pues ya no es un objeto parcial ahora lo es total.

Lo que genera este proceso es el cambio que se va evidenciando en el Yo, como la madre ahora es un objeto total el bebé también pasa a tener un Yo total, es decir se dan menos las escisiones en componentes de bueno y malo; y se mejora el proceso de integración y de percepción de los objetos, todo esto favorece a la maduración del sistema nervioso central y a la organización de áreas fisiológicas que desarrollan la memoria.

A diferencia de la posición esquizo-paranoide donde el motivo de la ansiedad era que el objeto u objetos malos destruyan al Yo; en la posición depresiva proviene “de la ambivalencia de que el bebé piense que sus propios impulsos destructivos hayan destruido o lleguen a destruir a su objeto amado de quien depende totalmente” (Segal, H., 2004, p. 107).

Ahora son los mecanismos de introyección los que trabajarán más en la psique del bebé, pues ahora que sabe que su objeto total es independiente y puede alejarse de él, crea su deseo por poseer este objeto, de guardarlo dentro de sí y de protegerlo de sus propias destrucciones. “La posición depresiva comienza en la fase oral del desarrollo, donde el amor y la necesidad provocan el deseo de devorar” (Segal, H., 2004, p. 108).

La ansiedad por ser el causante de la destrucción tanto del objeto bueno externo como del objeto bueno interno, aparece por el temor a destruir su propio mundo interno; acompañado de esto vienen sentimientos nuevos que antes no lo había experimentado, como el duelo y la nostalgia por el objeto bueno, su madre, al que se siente perdido y destruido por su propia destructividad, lo que le produce un sentimiento de culpa por haberle vorazmente destruido y ya no poder recuperarlo.

Es decir el bebé ahora sufre por él y por su madre, pues constantemente está identificándose con ella, pero el sentimiento de culpa viene a generarle otra sensación de persecución, una forma regresiva de sentirse nuevamente perseguido por objetos internos que le provocan intensos sentimientos de culpa y pérdida.

“El conflicto depresivo es una lucha constante entre la destructividad del bebé y sus impulsos amorosos y reparatorios” (Segal, H., 2004, p. 111), si hablamos de un fracaso en su intento de reparación lo llevará a la desesperación, y en cambio el éxito a nuevas esperanzas; esta reparación de sus objetos buenos externos e internos deben darse tanto en la realidad como en sus fantasías omnipotentes.

Como cada etapa viene a constituir un punto clave en la estructura de la psique del bebé, la posición depresiva por su parte es muy importante para la concepción que va creando el bebé de la realidad, pues advierte su existencia y la de sus objetos como seres distintos y separados de él, esto le permite ir identificando lo que es parte de sus fantasías y lo que tiene que ver con su realidad, tanto su realidad interna como externa y la diferencia entre ellas.

Esta etapa hace que el bebé vaya reconociendo sus propios impulsos tanto buenos como malos, y cuáles son los efectos que tienen sobre él sus impulsos y acciones,

pero cuando crea en su psique la omnipotencia de sus impulsos destructivos, el bebé descubre sus límites tanto de su odio como de su amor, que le permite un crecimiento a su Yo y encuentra más recursos para influir en la realidad externa. De igual forma el Yo va incrementándose gracias al reconocimiento de los objetos buenos introyectados en el Yo y en el Super yo.

Su relación con la realidad se ha dado a partir de la culminación de este desarrollo, pero si hay una regresión a la posición esquizo-paranoide o a inicios de la posición depresiva el sujeto se psicotiza, pues el sentido de realidad se pierde. Pero si alcanzó el desarrollo o parte de la posición depresiva no producen problemas psicóticos, sino más bien son de carácter neurótico.

El bebé adquiere la capacidad de amar y ver a las personas como seres separados, pues su relación con los objetos cambia totalmente, el control de sus impulsos ahora es mejor, reconoce que es él quien debe controlarlos y responsabilizarse por Ellos, y ya puede tolerar la culpa.

El Super yo en cambio va formándose también por los objetos ideales y persecutorios que aparecen en la posición esquizo-paranoide; el objeto ideal con quien el Yo desea identificarse se convierte en el ideal del Yo, que también resulta persecutorio por su elevada exigencia de perfección. Este Super yo también es visto como un objeto interno total amado con ambivalencia, pues en la posición depresiva se aproximan más el objeto ideal y el objeto persecutorio, esto hace que ya no tome el aspecto del Super yo temprano que era destructivo y perseguidor, sino ahora es visto como esa fuente de sentimientos de culpa y de amor que le ayuda al niño contra esos impulsos destructivos.

Establecen la base de la creatividad y la sublimación, esos impulsos reparatorios de los objetos externos e internos amados, a partir del dolor del duelo; esta creatividad hace que el bebé junte lo que ha hecho pedazos y repare lo destruido, estas reparaciones que van dirigidas tanto al objeto como al Yo se dan por preocupación y culpa por el objeto, con el interés de la auto conservación y la preservación de la vida eterna.

A medida de que el Yo se organiza más y las proyecciones se debilitan, también la represión reemplaza la escisión, y los mecanismos psicóticos ceden a los mecanismos neuróticos que son la inhibición, represión y el desplazamiento.

Aquí comienza la formación de símbolos, que son una consecuencia de los conflictos y ansiedades presentes en la posición depresiva, ya que el bebé para proteger al objeto inhibe sus instintos y en parte los desplaza sobre sustitutos.

Freud sobre esto aporta que la sublimación es el resultado de una renuncia exitosa a un fin instintivo, a través solo de un proceso de duelo, esta renuncia es una repetición y al mismo tiempo una revivencia de la renuncia al pecho, pero resulta exitosa si el objeto puede ser asimilado por el Yo gracias a un proceso de pérdida y recuperación en un símbolo dentro del Yo, es decir todo lo que se renuncia da lugar a la formación de símbolos, como consecuencia a una pérdida que implica un dolor y un trabajo de duelo.

También el pensamiento tiene un cambio pues en la posición esquizo-paranoide tiende a ser desarticulado, pero en la posición depresiva por la maduración del Yo crea la capacidad de establecer vinculaciones y de abstraer.

La elaboración de la posición depresiva nunca llega a completarse, pues cualquier situación de pérdida en la vida posterior reavivará la ansiedad de perder el objeto interno bueno; pero si en esta etapa el bebé logra introyectar un objeto interno lo suficientemente bueno no le conducirá a la enfermedad sino a una elaboración fructífera, con mayor enriquecimiento y creatividad.

Al contrario pasaría si esto no se logra; como no se ha creado una capacidad de recuperación interna y externa de objetos buenos, el Yo se siente atormentado por perder las situaciones buenas, su relación con la realidad es frágil y puede llegar a una regresión a la psicosis.

A partir del tercer trimestre del primer año, el niño va fortaleciendo ciertos procesos y va haciéndoles más firmes, también se presentan cambios más radicales, progresa la organización sexual del lactante, la relación con sus objetos, con respecto a la madre en esta nueva etapa va viéndole como un objeto total a partir de la posición depresiva donde los objetos buenos y malos, van formando uno solo.

El progreso de la integración del Yo también es más evidente, la angustia depresiva y los sentimientos de culpa se modifican no solo en cantidad sino también en calidad, la ambivalencia va dirigida a un objeto total, el poder de las pulsiones destructivas disminuyen, estas pulsiones son sentidas como peligrosas para el objeto amado.

La angustia de perder irreparablemente al objeto amado tiende a aumentar la voracidad, siendo incontrolable y destructiva; mientras el Yo inhibe los deseos instintivos, puede verse afectada la ingesta de alimentos y el establecimiento de relaciones de afecto y eróticas. Para la defensa contra la angustia el Yo utiliza la defensa maniaca, pero frente a esta cantidad de situaciones de angustia, el Yo tiende

a negarles o incluso llega a negar que pueda amar al objeto de alguna manera, o apartándose de los objetos primitivos, se incrementa la angustia persecutoria y hay una regresión a la posición esquizo-paranoide.

Después de la elaboración de la posición depresiva el enfrentamiento de la realidad psíquica, aumenta en el niño la comprensión del mundo externo, de igual forma pasa con la imagen de los padres que al principio las tomó como figuras idealizadas y terribles, ahora van acercándose un poco más a la realidad, esto favorece en la medida de que si el lactante introyecta una figura externa más tranquilizadora, mejora su mundo interno y la imagen del mundo externo también, y esto favorece también en la organización del Super yo.

En esta etapa el lactante al sentir que sus pulsiones y fantasías de destrucción están dirigidas contra la persona total que es su objeto amado, prevalece el deseo de reparar, preservar o revivir el objeto dañado, por la intensidad de sus sentimientos de culpa, que pueden generar un estado de duelo.

Del instinto de vida proviene el deseo de reparar, crea fantasías y deseos libidinales, forma parte de las sublimaciones que después disminuirán la depresión, incluso la omnipotencia se transforma en defensa, esta omnipotencia decrece cuando el lactante va creando mayor confianza con los objetos y mejora sus poderes de reparación; compensa o anula el daño hecho por sus pulsiones agresivas, repara lo dañado y quedan establecidas las bases del desarrollo normal.

Para mejorar la adaptación a la realidad externa e interna, el Yo con el uso de la defensa maniaca sintetiza los aspectos disociados del objeto, se usan procesos de

disociación para aspectos apartados, aumenta la percepción de la realidad y los objetos se tornan más realistas, todo esto favorece a la adaptación.

Y como el lactante aumenta su sentido de realidad en relación a los objetos, puede ya distinguir entre la frustración proveniente de exterior y las fantasías de peligro de su interior, como el niño ya está capacitado puede sublimar una agresión en forma ego-sintónica.

Manejada la angustia y por ende la frustración puede el lactante restablecer la relación con su madre y con otras personas, una relación más segura con el mundo externo e interno, permite una disminución de la ambivalencia y de la agresión. Cuando el niño alcance sus seis meses de edad, se enfrenta con los conflictos de culpa y pena resultado de la posición depresiva, su enfrentamiento dependerá del resultado de los tres o cuatro primeros meses y de cómo el objeto bueno quedó establecido como núcleo de su Yo, si fue exitoso la angustia y los mecanismos esquizoides pierden fuerza y el Yo puede introyectar el objeto bueno total y superar la posición depresiva, y sino al contrario, no lo logra el efecto puede durar por el primer año e incluso por toda la niñez como una patología.

1.6.3.1 Psicopatología de la resolución inadecuada

Para hablar de los disturbios mentales, según Freud su etiología proviene de la introyección primaria, la preponderancia de la libido oral y las pulsiones cabalísticas de los lactantes en sus primeros meses de vida, es decir la complejidad de los

procesos y las vivencias primarias tienen gran importancia para problemas desencadenados en el futuro.

La vida emocional del lactante tiene un proceso largo y complejo en su construcción, uno de los lazos evidentes es entre la posición depresiva infantil y los fenómenos de duelo y melancolía. Según Abraham el duelo normal se da cuando el individuo establece a la persona amada y perdida dentro de su Yo, mientras que en el duelo anormal y en la melancolía este proceso no tiene éxito, pero además puede fracasar cuando las pulsiones canibalísticas son excesivas, no se logra la introyección del objeto bueno perdido y esto produce una enfermedad.

El objetivo de la elaboración del duelo es llegar a establecer el objeto amado y perdido dentro de sí, pero en el proceso se necesita reinstalar este objeto y los demás objetos internos sentidos como perdidos, esto implica que estos objetos son restaurados y recuperados, la característica después del proceso de duelo consiste en renovar lazos con el mundo externo y restablecer el mundo interno destruido, emocionalidad muy parecida a la de la posición depresiva.

Para determinar si la pérdida de un objeto amado puede enfermar al sujeto en forma maniaco-depresivo, es necesario conocer el éxito que tuvo la elaboración de la posición depresiva durante el primer año de vida y si se han introyectado objetos buenos en el interior.

En la mitad del primer año, el niño entra en los estadios tempranos del complejo de Edipo, cuando aún los objetos parciales influyen en la mente del niño, hasta que logre una relación con los objetos totales.

Se presentan poderosos deseos orales, que por la relación de frustración que tiene con el pecho de la madre estos deseos son transferidos al pene del padre, el lactante siente celos de la madre porque asegura que ella está recibiendo el objeto codiciado. En la posición esquizo-paranoide prevalecía las pulsiones destructivas y la necesidad de penetrar en el cuerpo materno para extraer de ella todo su contenido, estas posiciones son de naturaleza oral y anal; esta necesidad aumenta en la posición depresiva, pero los deseos genitales ahora son dirigidos al pene del padre, el pene internalizado también cumple un papel importante en la mundo objetal interno del lactante.

Para conocer el desarrollo del complejo de Edipo, es necesario comprender como el pene paterno deseado y odiado a la vez, puede según el lactante estar dentro del cuerpo del padre, de él mismo e incluso de la madre, los celos que en primera instancia estaba dirigido al pecho nutricio, ahora también forman parte de la dinámica edípica.

Cuando la relación del niño con ambos padres es frustrada, se les atribuye una gratificación constante del objeto apetecido y del que él es privado, de manera oral, anal y genital gozan de este objeto.

Las figuras parentales combinadas como la madre que contiene el pene paterno o el padre en su totalidad, el padre que contiene el pecho materno o la madre en su totalidad, o los padres fusionados en la relación sexual, la fantasía que crea “mujer con pene”; todo esto internalizado en la psiquis del niño da paso a la angustia psicótica.

Pero a medida de que esta figura parental va perdiendo fuerza, hace que el lactante por el temor a la pérdida de su ser amado, vea a sus padres de manera individual, y por su necesidad internaliza al padre como un sustituto, también visto como objeto total; pero la intolerancia al nivel de angustia al que está sometido crea mecanismos defensivos como una descarga de su incomodidad.

1.6.4 Defensas maníacas

La aparición de la depresión permite al bebé sentir que ha arruinado completamente a la madre, y su Yo utiliza todos los mecanismos para su defensa, hay dos tipos de defensas las defensas maníacas y las reparatorias; pero si se puede llegar a un manejo de las ansiedades depresivas mediante deseos reparatorios puede mejorar el desarrollo del Yo.

Aunque para la eliminación de la depresión los mecanismos reparatorios son favorables se los considera un proceso lento, pero para superar el dolor son las defensas maníacas las que ayudan a superarlo, ya que protegen al Yo; y cuando el dolor y las amenazas disminuyen estas defensas maníacas pueden ceder a la reparación, pero si éstas son excesivas se cae en un círculo vicioso y se dan paso a puntos de fijación.

Estas defensas maníacas que están siendo analizadas aparecieron en la posición esquizo-paranoide como la escisión, idealización, identificación proyectiva, negación, entre otras. Y en la posición depresiva estas defensas están mejor organizadas por la integración del Yo y su finalidad es la de impedir la ansiedad depresiva y el apareamiento de la culpa, todo esto producido por la mejor relación

que el bebé adquiere con la realidad y descubre su total dependencia con la madre, creando una ambivalencia y sentimientos profundos como miedo a la pérdida, duelo, nostalgia y culpa.

Las defensas maniacas vienen a contrarrestar todos estos sentimientos provocados por las experiencias del bebé y el contacto con su realidad psíquica, se crea una relación maniaca con los objetos basados en el control, triunfo y desprecio, teniendo en cuenta que dichos sentimientos aparecen de un valorar al objeto y depender de él.

Controlar a este objeto es una manera de negar la dependencia de él, y al mismo tiempo una manera de obligarlo a satisfacer una necesidad del sujeto, pues tener un objeto controlado es la manera de saber que se cuenta con él.

“Triunfo por su parte es la negación de sentimientos depresivos ligada a la valoración e importancia afectiva otorgada al objeto” (Segal, H., 2004, p. 120), puede explicarse en dos aspectos el primero se da cuando en la posición depresiva siente el triunfo por haber derrotado al objeto con un ataque primario.

El segundo en cambio sirve el triunfo para mantener a raya los sentimientos depresivos como la nostalgia del objeto y extrañarlo, además cuando se desprecia al objeto se presenta como sentimiento que justifica el seguir atacándolo pero esto le defiende del sentimiento de pérdida y culpa.

Hay una necesidad interna por renovar el ataque al objeto original de amor y dependencia, pero con un ataque ambivalente, pone de manifiesto las defensas maniacas especialmente cuando la culpa y la pérdida se vuelven intolerables, entonces se logra despreciar al objeto, controlarlo y por ende se triunfa sobre él. Estos mecanismos maniacos pueden también utilizarse en forma reparatoria.

1.6.4.1 Reparación

Es en la posición depresiva cuando el bebé por su sentimiento de culpa y desesperación por haber destruido a su madre, nace el deseo de restaurar a este objeto tanto interna como externamente, estos impulsos reparatorios hacen progresar la integración. Comienza una dinámica ambivalente entre odio y amor, el amor se ocupa de controlar la destructividad y de reparar y restaurar el daño realizado al objeto bueno interno y externo, esto permite conservar el amor y las relaciones a través de conflictos y dificultades.

Para disminuir el nivel de ansiedad que aparece en la posición depresiva son las fantasías y las actividades reparatorias las que favorecen a este proceso, pues la ausencia de la madre es para el bebé la muerte de la misma, y cuando reaparece permite que el bebé maneje mejor las resistencias de sus objetos externos y pueda temer menos los efectos omnipotentes de los ataques que aparecen en sus fantasías.

Poder restaurar los objetos dañados permite que se acreciente la confianza en su propio amor y hace que el odio le aterre menos, pues sabe que su amor le permite restaurar lo que su odio destruyó, esto hace que el objeto bueno vaya asimilando al Yo; este Yo restaurado y recreado internamente a través del proceso de duelo le permite al bebé desarrollar mayor destreza y capacidad para actividades externas, y con la prueba de la realidad el bebé observa con precaución los efectos de sus fantasías en los objetos externos y renunciando al control omnipotente de su objeto lo acepta tal y como es.

Para reparar al objeto está la reparación maniaca y no maniaca cada una con sus particularidades, “la reparación puede considerarse una defensa, ya que se basa en el reconocimiento de la realidad psíquica, en la vivencia del dolor que esta realidad causa, y en la adopción de acciones adecuadas para remediar en la fantasía y en la realidad” (Klein, M., 2004, p. 12).

La reparación maniaca por su parte tiene como fin reparar al objeto sin que aparezcan sentimientos de culpa o de pérdida, para este proceso es necesario entender que nunca se dirigirá a los objetos originales o internos, sino a los objetos más remotos, tampoco sentir que uno mismo dañó al objeto pero si sentir al objeto interior dependiente y despreciable. Esta reparación maniaca nunca puede completarse, porque si lo hace este objeto restaurado se hará nuevamente digno de amor y aprecio, y libre del control omnipotente; será atacado de inmediato con odio y desprecio y retornarían los sentimientos depresivos.

No se da una satisfacción duradera y un alivio a la culpa a partir de esta reparación maniaca, ya que muchas veces inconsciente o conscientemente se trata a los objetos que se están reparando con odio y desprecio, considerados como perseguidores potenciales, son los lugares benéficos el ejemplo más claro de esta situación. Pero la aceptación de la realidad psíquica trae consigo la renuncia a la omnipotencia y a la magia, y permite que la reparación haga que los objetos sean libres, y se restauran sin caer en la dependencia entre Ellos, como una identificación proyectiva a dichos personajes.

1.6.4.2 Identificación proyectiva

Indica Klein que a partir de ciertas fantasías el sujeto introduce su propia persona, ya sea en forma parcial o totalmente en el interior del objeto con el fin de dañarlo, poseerlo y controlarlo, en el psicoanálisis de los niños Klein describe esas fantasías de ataque contra el interior del cuerpo materno y de intrusión sádica dentro de éste. Pero posteriormente lo utiliza para explicar como una “forma particular de identificación que establece el prototipo de una relación de objeto agresiva” (Klein, M., 2004, p. 8).

En la posición esquizo-paranoide donde hace su mayor trabajo, lo que realiza es una proyección al interior del cuerpo materno de las partes escindidas de la propia persona del sujeto para así lograr un dañar y controlar a la madre desde su interior. Pero todas estas fantasías son la fuente generadora de angustia por sentirse aprisionado y perseguido en el interior del cuerpo materno, además de acarrear la introyección con la fantasía de “una penetración forzada desde el exterior al interior en castigo por una proyección violenta” (Klein, M., 2004, p. 12).

En la identificación proyectiva puede también generarse un temor de perder partes buenas de sí mismo cuando el Yo se encuentra debilitado y empobrecido, entonces el ideal del Yo podría convertirse en exterior al sujeto. Están presentes dichas fantasías especialmente en patologías como la despersonalización y la claustrofobia. Mantiene el término una línea psicoanalítica original, cuando la proyección es vista como la expulsión al exterior de lo que el sujeto rechaza en sí, como proyección de lo malo.

1.6.4.3 Proyección

Indica Klein una concepción realista de la proyección, donde lo que se proyecta es el objeto malo en forma fantaseada como si la pulsión o el afecto se encuentran inmersos en dicho objeto.

En la proyección según el psicoanálisis “se trata siempre de arrojar fuera lo que no se desea reconocer en sí mismo o ser uno mismo” (Klein, M., 2004, p. 15), al contrario que algo que es placentero el sujeto lo acepta como parte de su propio Yo, como en todo proceso lo extremo causa una serie de problemas en este caso donde la proyección puede llevar a la deformación y a una falsa imagen de la realidad; a diferencia de la introyección que todo viene de afuera para si mismo.

1.6.4.4 Introyección

Cada mecanismo trae consigo un fin que interviene en el psiquismo humano, la introyección por su parte intenta introyectar fantasmáticamente, a manera de absorción ciertas cualidades de objetos externos para identificarse con Ellos e imitarlos. Es utilizado en contradicción a la proyección, según Klein introyección y proyección están ligados a los objetos buenos y malos que pueden ser introducidos o expulsados. Según la perspectiva lacaniana esta introyección siempre será simbólica y la proyección es imaginaria. En el proceso de la identificación introyectiva se asociarán cosas externas a nuestro Yo para hacerles parte de nosotros mismos; nos hace recordar del primitivo instinto de dominio. Si se cae en defensas extremas se

produce lo que es conocido como un canibalismo psíquico, acompañado de una angustia intolerable.

Así pues las defensas maniacas intervienen en las posiciones como mecanismos utilizados inconscientemente por el niño, cada uno con su particularidad puede intervenir en la progreso y el paso de la posición esquizo-paranoide a la siguiente; y de la misma forma al superar la posición depresiva, exitosa cuando se logra el establecimiento del objeto total en la segunda mitad del primer año; junto a los estadios tempranos del complejo de Edipo positivo y negativo favorecerían a la disminución de las angustias en el niño.

1.6.5 Complejo de Edipo Temprano

Se desarrolla en la posición depresiva, pues cuando el bebé ya reconoce a su madre como un objeto total, también lo hace con las demás personas, los toma como seres individuales que se relacionan entre sí, especialmente conoce el vínculo libidinal que tienen sus padres, y esto prepara el terreno para el complejo de Edipo, pero como la proyección del bebé distorsiona la realidad, toma este vínculo libidinal de sus padres como el motivo para proyectar sus propios deseos libidinales y agresivos.

El bebé fantasea que sus padres todo el tiempo se están dando gratificaciones orales, uretrales, anales y genitales, y esto le genera frustración, celos y envidia pues son aquellas gratificaciones que él quisiera para sí mismo. En estas fantasías el bebé ataca a sus padres con toda su agresividad para luego verlos destruidos, y enseguida los introyecta como parte de su mundo interno, es decir a más de tener un pecho y

una madre introyectados como destruidos, también agrega la pareja parental de la misma forma como resultado de la situación edípica temprana.

Se presenta un ataque ambivalente, este ataque lo introyecta en su mundo interno y se identifica parcialmente con ella, puede aparecer también la idealización como defensa maniaca, así como la escisión entre padres buenos y malos, o una escisión entre padres, siendo uno de Ellos el ideal y el otro el perseguidor. La fantasía de los padres combinados es muy importante en esta dinámica, pues el bebé reconoce a la madre como objeto total, pero aún no diferencia completamente al padre de la madre, pero mientras más los va identificando va sintiendo celos y envidia por sus relaciones sexuales, niega así la relación de sus padres y en su fantasía de omnipotencia lo convierte en una figura parental combinada.

“Este estadio temprano se caracteriza por la intensidad de la ambivalencia, el predominio de tendencias orales y la incierta elección de objeto sexual”(Klein, M., 2004, p. 17); todo esto irá variando en el desarrollo de la etapa tanto la elección de objeto como los fines libidinales que van de un fin oral donde se incorpora en el pecho o el pene hasta los deseos uretrales y anales, al pleno genital. Este proceso de lo oral a lo genital no se da en forma lineal, más bien va fluctuando constantemente.

Las fluctuaciones están por los distintos deseos, hasta que se establece en la primacía genital y el niño debe elaborar los celos genitales, pero además en la situación oral se sientan la base para la elección objetal heterosexual como la homosexual.

En el caso del niño al igual que la niña el objeto de deseo es el pecho de la madre, y al padre se lo percibe como rival, pero por las ansiedades que se presentan en forma

persecutoria del pecho de la madre, el pene del padre pasa a ser para ambos su objeto alternativo de deseo oral, y esto haría que se aparten del pecho.

Para la niña esta aproximación hacia el pene, forma el terreno para su heterosexualidad donde la incorporación del pene en su vagina sería su fin, pero también por este deseo oral de incorporación e identificación crea su tendencia homosexual, por querer tener un pene propio solo para ella.

Para el niño la aproximación al pene del padre influye para su homosexualidad pasiva, pero puede que esta incorporación del pene lo ayude a identificarse con el padre y con esto fortificar su heterosexualidad.

El deseo de recuperar la relación temprana que se estableció con la madre y su pecho, se transforma en el deseo de la unión genital y los sentimientos depresivos que aparecen por el daño que se hizo al cuerpo de la madre, y su restauración se daría mediante las tendencias genitales, por medio de un coito que restituya el pene y genere bebés.

Si la relación de la madre se da como un objeto externo, ésta se convierte en un objeto de deseo heterosexual para el varón y homosexual para la niña; pero si ocurre lo contrario es decir hacia la madre interna los deseos heterosexuales son de la niña y homosexuales del niño. Con el avance del desarrollo las fluctuaciones van siendo menos y la elección predominante del progenitor del sexo opuesto se va clarificando más y convirtiéndose en duradera, mientras que la rivalidad con el padre del mismo sexo va en aumento. La aproximación con la realidad permite que el niño se vaya identificando con su propio sexo, y con este proceso se crea el terreno para el clásico complejo de Edipo en términos genitales.

También va apareciendo la masturbación pregenital o genital, lo que al principio fueron fantasías orales, anales y uretrales, ahora las fantasías masturbatorias giran alrededor de la relación sexual genital. Las fantasías del niño se dirigen al coito con la madre y el temor a la castración; y en la niña con el coito del padre y la ansiedad por los ataques de la madre; estas ansiedades le llevan al niño a un retroceso regresivo, pues como nunca se va a superar o perder por completo un desarrollo siempre regresarán situaciones primarias ya sean hasta en forma simbólica, ya que en forma reprimida pudo haber quedado almacenado alguna situación de contraparte como en el caso del complejo de Edipo positivo y el complejo de Edipo negativo.

La resolución del complejo dependerá de las relaciones que se han ido estableciendo entre el bebé con su mundo interno y externo, por medio de la fantasía, los mecanismos defensivos, la dualidad madre-hijo, la intervención del rol paterno entre otros factores que se complementan para comprender la dinámica de la estructuración psíquica.

1.6.6 Dinámica de las Relaciones Objetales

Desde el nacimiento comenzaría esta dinámica, pues el primer acercamiento con la madre es a través del pecho, como una primera relación objetal ya que se considera que el bebé reconoce a la madre como un objeto parcial, donde las pulsiones oral-libidinales y oral-destructivas están siempre en una interacción aunque en porciones diferentes entre el instinto de vida y el instinto de muerte.

Aunque lo mejor sería mantener un equilibrio entre las pulsiones libidinosas y agresivas, esto se ve alterado por privaciones de origen interno o externo, las cuales

refuerzan las pulsiones agresivas, puede ser que la voracidad sea también causa de la alteración del equilibrio, ya que esta voracidad fortalece los sentimientos de frustración y aumenta la agresividad.

Cuando los niños cuentan con un componente agresivo fuerte, aparece la angustia persecutoria, la frustración y la voracidad que contribuyen a la dificultad del niño para tolerar las privaciones y manejar la angustia. Esta angustia persecutoria puede aumentar la voracidad o puede ser motivo para la inhibición de la alimentación.

En los primeros tres o cuatro meses aún no está determinada la diferenciación de los pechos como bueno o malo, más bien en la mente del bebé parecen estar unidos, pero se irá identificando en medida de su desarrollo, pues a más de las experiencias de gratificación y frustración, viene la proyección e introyección para aportar a la relación con el objeto primitivo.

La proyección de amor convierte al pecho en gratificador, mientras que la proyección de pulsiones destructivas al exterior lo hace un pecho malo y frustrador, así también pasa en la introyección de objetos, de acuerdo a las fantasías del bebé distorsiona la imagen internalizada.

Si el pecho se internaliza como malo, las fantasías del bebé revelan imágenes donde muerde y desgarrar el pecho, lo devora y aniquila, y siente que el pecho lo atacará en esta misma forma; pero si las pulsiones sádico-uretrales y sádico-anales se fortalecen, el lactante en su imaginación ataca al pecho con orina envenenada y heces explosivas, es decir son los detalles de las fantasías lo que determina el contenido de sus temores internos y externos.

La angustia persecutoria se forma de estos ataques fantaseados, se incluye el temor a la voracidad del objeto, donde el bebé se imagina que el pecho malo lo devora con la misma intensidad que él lo quisiera hacer. Esta angustia puede ser contrarrestada con la relación que mantenga con el pecho bueno, siempre que las experiencias de gratificación y amor aparezcan no solo en el ámbito de la alimentación sino también en la correspondencia a la relación que se va estableciendo con la madre, por una sonrisa, con sus manos, su voz, etc., generando con esto una confianza con el objeto bueno.

El niño se maneja en sentimientos extremos, el objeto frustrador se convierte en un perseguidor terrible, y el pecho bueno en un objeto ideal que saciaría todo deseo en forma inmediata, lo que le haría un pecho perfecto e inagotable y con un gran poder y por ende lo defendería de las persecuciones y de la angustia.

Son diversas las situaciones donde pueden evidenciarse las emociones del lactante, cuando se siente haber perdido al objeto externo, se quiere recuperar e introyectar manteniéndole como el pecho ideal poseído; el lactante puede añorar su estado prenatal y su deseo de regresar a esta etapa, pero cuando regresa su sensación de hambre lo regresa a la realidad y aparece su frustración y con ella la alucinación de poseer ambos pechos externo e interno.

En las experiencias de frustración, los malos sentimientos originados en estas, permiten el apareamiento del deseo de aniquilar al objeto perseguidor que le genera la angustia, lo que estaría ligado al control omnipotente del objeto en forma extrema, estos procesos pueden también intervenir en la idealización.

Parece ser que este mecanismo de aniquilamiento puede ser también en forma parcial, como en el caso de la persecución parece ser que el aspecto bueno es sentido como si hubiera sido destruido o negado.

La tendencia del Yo a integrarse es una expresión del instinto de vida, y depende de la intensidad de la angustia persecutoria, pues cuando es menor la disociación también es menor y el Yo logra una mejor integración y sintetiza los sentimientos hacia el objeto, pero solo se daría si el amor hacia el objeto predomina sobre las pulsiones destructivas y por ende sobre el instinto de muerte.

Esta integración aun no es definitiva, ya que la ambivalencia dirigida a un objeto parcial, el pecho materno, donde la aparición de sentimientos de amor y odio le originan al bebé angustia depresiva, culpa y necesidad de reparar, solo logran integraciones limitadas y no duraderas, esto contribuye con la fuerza de la angustia persecutoria y con los procesos de disociación.

Como parte de la complejidad de la vida emocional temprana del lactante, existen grandes variaciones en la fuerza, frecuencia y duración de los procesos de disociación en el niño; y, mientras esta disociación del objeto varía entre bueno y malo, también se da un apareamiento al mismo tiempo de procesos como la desintegración del objeto en pedacitos.

Los métodos de disociación dependen de la intervención de la represión, y de la interacción entre lo consciente e inconsciente, pero para considerar las predominancias en la mente del niño, será la debilidad o fortaleza que los mecanismos esquizoides tempranos tengan en su constitución, pero también se consideran los factores externos como indispensables para esta estructuración, pues

generan experiencias donde el estímulo del temor a la persecución refuerzan los mecanismos esquizoides, entonces se disocian el objeto y el sí mismo; pero si los estímulos emiten experiencias positivas se logra la integración del Yo y la síntesis del objeto.

Los pacientes de tipo esquizoide parecen no haber logrado un manejo de los mecanismos esquizoides infantiles, evidente en la dificultad del acceso a su inconsciente, su incapacidad por mantener lazos fortalecidos en el desarrollo del análisis, mientras que en los pacientes depresivos hay una división de lo consciente e inconsciente menos marcada y por ende mayor facilidad para llegar a un insight, es decir hubo un éxito en el manejo de los mecanismos mencionados en su infancia.

Klein indica como la introyección del objeto bueno contribuye radicalmente en el proceso posterior del Yo, si el objeto bueno es sentido como tal fortalece la capacidad de amar del lactante y mantiene una confianza en los objetos, pero si los disturbios internos dados por las excesivas pulsiones agresivas aumentan la voracidad, disminuyen la capacidad de tolerar la frustración, el objetivo es asegurarse que en la mente del niño el instinto de vida este mejor instaurado que el instinto de muerte.

Se manifiestan dos tipos de fantasías sádicas, las pulsiones sádico-orales que cumplen el deseo de devorar y vaciar el pecho materno, y las sádico-anales que consiste en llenar el cuerpo materno con sustancias malas que provienen de los excrementos que dañan, destruyen y controlan al objeto atacado.

Lo particular entre estas dos fantasías, es que el Yo se posesiona por proyección de un objeto externo y lo transforma en una extensión de la propia persona, así el objeto

pasa a ser el representante del Yo y se crea la “identificación proyectiva”, es decir esta identificación proyectiva empezaría por la introyección voraz sádico-oral del pecho. Por lo que se concluye que la introyección y proyección interactúan desde el principio de la vida.

La introyección de un objeto perseguidor depende de la proyección de una pulsión destructiva en el objeto, esta tendencia a proyectar lo malo esta incrementada por el temor a los perseguidores internos, y este objeto poseído por lo malo se convierte en un perseguidor por excelencia pues posee todas las malas cualidades del sujeto, incluso puede darse una re-introyección de este objeto por el exceso temor a los perseguidores.

En cambio la integración de un objeto bueno, acompañado de sentimientos de amor, permite volcar al objeto la libido, la introyección de este objeto bueno estimula la proyección de sentimientos buenos hacia el exterior, esta re-introyección reduce la angustia persecutoria, mejora la relación del mundo interno y externo y el Yo adquiere mayor fuerza e integración.

Cuando el proceso de integración va en marcha, el Yo sintetiza sentimientos de amor y pulsiones destructivas hacia un objeto; la angustia depresiva y de culpa aumentan en frecuencia y duración; pero mejora la percepción del bebé y el concepto de madre va siendo total a partir de la relación con partes de su cuerpo y varios aspectos de la personalidad.

Descritos los tres a cuatro meses del lactante, teniendo en cuenta que habrán variaciones individuales de acuerdo al sujeto, predomina la posición esquizo-paranoide, la interacción de procesos de introyección, proyección, re-introyección y

re-proyección que determinan el desarrollo del Yo, la relación con el pecho bueno o malo que constituye la primera relación de objeto del bebé.

En la mente del lactante existe el pecho bueno o ideal y el pecho malo peligroso devorador pero separados, que al ser introyectados en el sujeto constituyen el núcleo del Super yo. Para el control de los objetos internos y externos aparecen los mecanismos de disociación, omnipotencia, idealización y negación, pero en manera extrema, depende de la intensidad de las emociones tempranas, la limitada capacidad del Yo para tolerar la angustia, pero a pesar de actuar en extremo son importantes para mantener al objeto perseguidor alejado del objeto bueno, y generar un temor al objeto malo por medio de la confianza al objeto bueno.

Estos procesos se los entiende mejor así:

- a) El lactante posee un Yo que desde el inicio de la vida post-natal hace de los procesos de disociación y de inhibición de deseos instintivos, formas de defensa contra la angustia persecutoria.
- b) Relaciones de objeto en forma ambivalente, donde fluctúan los sentimientos de amor y odio, crean una seguridad omnipotente derivada de la idealización del objeto.
- c) La fantasía del lactante ligada a los sentimientos provenientes de estas, y acompañados de procesos de introyección y proyección, son el inicio del desarrollo del Super yo al internalizar objetos buenos y malos.

Después de esta integración de objetos, el mundo interno queda constituido en base a las relaciones objetales primarias que fue estableciendo el niño, disminuyendo en cada proceso el nivel de angustia que interviene en todo el proceso.

1.6.7 Influencia de la angustia en el proceso relacional

La neurosis infantil inicia en el primer año de vida y dura hasta el periodo de latencia, cuando se ha logrado la modificación de las angustias tempranas como la persecutoria y la depresiva, todo este proceso interviene en futuras actividades del niño, los primeros objetos considerados como perseguidores el pecho malo de la madre y el pene malo del padre, generan temores de persecución, y las angustias provenientes de los padres causan fobias tempranas que alteraran la relación posterior con los padres.

La angustia de carácter psicótico que proviene de pulsiones destructivas, refuerza estas pulsiones y si son excesivas crean fijaciones en los estadios pre-genitales y genitales, e influye en el desarrollo libidinal. La angustia y la culpa en ocasiones frenan y en otras favorecen al desarrollo libidinal.

Como nada es fijo, y está en constante fluctuación, las angustias tempranas (persecutoria y depresiva) despiertan los celos, la rivalidad y el odio en cada posición, pero son elaboradas de acuerdo a la relación que se vaya creando con los padres externos y el sentimiento de seguridad que estos le brinden.

Lograr dominar las tendencias genitales que son fuertemente influidas por la angustia, aumenta la capacidad de reparar y le permiten que las sublimaciones adquieran fuerza y estabilidad, estas sublimaciones genitales a nivel femenino están ligadas a la fertilidad, es decir poder dar vida; mientras que en la posición masculina tiende a fertilizar a la madre dañada, restaurarla y revivirla y así crear vida, por ende el órgano masculino no solo procrea sino también repara y recrea.

Las tendencias genitales encargadas de los deseos libidinales y reparatorios de carácter pre-genital, favorecen el progreso de integración del Yo, dando paso a la síntesis de estas tendencias reparatorias. La creciente fuerza de la libido genital y la disminución gradual de la angustia y la culpabilidad, permite el desprendimiento de la primacía genital y con Ello la disminución de las tendencias y angustias orales, uretrales y anales.

Si el desarrollo edípico logra su elaboración el niño puede establecer firmemente los objetos buenos en su interior y mantener una relación buena con sus padres, con esto se entiende que se ha elaborado la angustia persecutoria y depresiva. A partir de esto el lactante desplaza su interés hacia otros objetos, al igual que las angustias que son transferidas de su primer y único objeto a otros, acompañado también de sus emociones y sentimientos, que ahora están relacionados con el mundo externo por medio de la proyección. La formación de símbolos y la actividad de las fantasías han venido influyendo en todo momento y en todo proceso.

El apareamiento de fobias tempranas en la neurosis infantil durante el primer año de vida, aparecen y desaparecen en los años de infancia, son las angustias persecutorias y depresivas las que sustentan dichas fobias y generan dificultades en la alimentación, miedos nocturnos, el temor por extraños, etc.; el proceso implica la externalización de los objetos perseguidores, también estos perseguidores internos son causa de los problemas hipocondríacos y de diversas enfermedades físicas.

En caso de ser reforzadas las angustias tempranas, se produce una regresión a estados anteriores y malestares correspondientes a cada una. En el segundo año aparecen las tendencias obsesivas, observados en rituales que generan una constancia, conocidos como síntomas neuróticos, pero la superación o disminución de estos síntomas

permiten la modificación de angustias orales, uretrales y anales, además de las angustias tempranas.

La modificación de la angustia depende de la capacidad progresiva del Yo para generar defensas que le permitan elaborar dichas angustias; en la posición esquizo-paranoide la angustia se controla con defensas como disociación, omnipotencia y negación; en la etapa depresiva en cambio las defensas sufren cambios que le permiten mayor capacidad al Yo para tolerar la angustia.

En el segundo año de vida, en esta modificación el niño utiliza su adaptación a la realidad externa y un mejor control de los peligros internos, por medio del acercamiento a la realidad, pero los mecanismos obsesivos con un control temporario pueden ser considerados también como defensas ante la angustia; pero si llegara a sobrepasar el límite de defensa podría indicarse que el Yo no puede manejar eficazmente la angustia psicótica y puede ocasionar una neurosis obsesiva en el niño.

Cuando la libido genital se fortalece, es señal de que el Yo se halla más integrado, está más adaptado a la realidad externa y mejor nivel de conciencia; al igual que el Super yo más integrado, mejor síntesis de los procesos inconscientes del Yo y del Super yo. El papel censurado de la represión es el aspecto censor y prohibidor del Super yo, y la exigencia de mantener fuera de la conciencia determinadas pulsiones y fantasías de carácter agresivo y libidinal.

El Yo puede ya hacer uso de la represión, teniendo en cuenta que la disociación sustenta dicha represión, pero sin tener como resultado una desintegración de la persona, pues hay una mejor integración de las partes conscientes e inconscientes en el psiquismo del individuo.

En caso de no haber sido superados los mecanismos esquizoides tempranos, la interacción entre lo consciente e inconsciente forma una barrera rígida, donde la represión es excesiva y genera disturbios en su desarrollo; pero si dicha represión es moderada la relación entre lo consciente e inconsciente es más aceptable, las pulsiones y sus derivados pueden surgir mejor del inconsciente, y mantener la posibilidad de seleccionar y rechazar.

El inicio adecuado al periodo de latencia depende de la relación adecuada que el niño tenga con sus padres, los padres introyectados tengan relación con los reales, y que toda norma, advertencia y prohibición forme parte de la estructura psíquica; esto es señal de que el desarrollo del mundo interno del sujeto fue apropiado en el transcurso de los primeros años de vida.

1.7Mundo Interno del Sujeto

Para conocer detalladamente sobre el mundo interno del niño, es necesario comprender lo más relevante de los primeros años del bebé, pues según Klein en la vida pos-natal ya aparecen experiencias angustiosas de orígenes internos y externos, la primera causa externa es el contacto al nacer con la realidad, la pérdida del estado intrauterino, es por esto que ya se consideran las primeras angustias persecutorias por esas fuerzas hostiles en relación con los objetos y la aparición de las privaciones.

Según Freud el Yo se desarrolla mediante la introyección de objetos, pero para fortalecer la capacidad del sujeto para la integración del Yo, hay que considerar importante también la introyección del pecho bueno como generador de gratificación

y felicidad, es decir que para la estructuración de la psique del sujeto, es indispensable toda experiencia que se le presente al niño desde la más temprana y primitiva.

Las vivencias que va experimentando el bebé van aportando para la construcción de su mundo interno, pues en medida de que el pecho gratifique al niño, éste lo tomará como bueno y amado; pero si es fuente de frustración es odiado y tomado como malo, lo que afectará a la integración del Yo, a los procesos de disociación del Yo y en su relación con el objeto.

1.7.1 Concepto del Mundo Interno del Sujeto

Se conoce a mundo interno como el bagaje de contenido que se ha recolectado después de un proceso de estructuración que el sujeto va manteniendo en el desarrollo de su vida, de acuerdo a las experiencias que se van presentando contribuirán para su formación, la influencia será de toda clase pero el rol materno y el rol paterno llegan a constituir un factor determinante para cimentar las bases del mundo interno para la vida relacional con el mundo externo, donde será evidente la dinámica de esta construcción.

1.7.2 Construcción del Mundo Interno

En el análisis con niños Klein observa el rol importante que tiene la fantasía para la construcción del psiquismo humano, contenida con temáticas pulsionales,

especialmente agresivas en relación a los objetos importantes para el niño tanto internos como externos, acompañada de ansiedad y la necesidad de defensas para su control.

Para conocer la dinámica de todos estos contenidos era necesaria la aparición de un Yo y un Super yo precoces quienes podrían elaborar dichos procesos, a diferencia de la teoría de Freud que indicaban su aparición más tardía.

1.7.3 Dinámica del Mundo Interno y la socialización

A diferencia de Freud que atribuye todo conflicto a la dinámica entre el Yo, el Ello y el Super yo; según Klein este conflicto intrapsíquico no depende del enfrentamiento del deseo pulsional y la defensa, sino tiene que ver con la lucha entre pulsiones de amor y odio en relación a los objetos, esto permite el establecimiento de dos posiciones básicas en el primer año de vida, dependiendo de sus deseos, ansiedades y defensas que son la base de creación para particulares fantasías, que desarrollan conflictivas con objetos internos y externos. En relación con el complejo de Edipo según la teoría kleiniana aparece en la posición depresiva después del Super yo que es previo a dicho complejo, al contrario de lo que Freud manifestaba como base para la estructura en la fase fálica, solo es una expresión tardía del mismo.

El modelo de KLEIN considera que la transferencia no es producto de una neurosis infantil pasada como lo decía FREUD, sino la explica como una impregnación de las relaciones de vida ordinaria, es decir es un producto de las fantasías inconscientes que el sujeto mantiene con sus objetos internos creando una realidad subjetiva que le

permite relacionarse con sus objetos externos; entonces con una invasión excesiva de fantasía interna inconsciente se da paso a lo patológico en la vida externa.

El lactante tiende a construir sus propias realidades tanto internas como externas, los objetos parciales como el objeto ideal y el objeto persecutorio producto de la acción de la escisión, desviación y la proyección vienen a calmar el nivel de angustia, estos objetos parciales externos introyectados como defensas crean los primeros esquemas del Super yo y se convierten en objetos internos.

Cuando la proyección se presenta, las partes malas son proyectadas en los objetos parciales, donde su madre o el pecho de ésta quedan evidenciadas como destructivas y perseguidores, es decir lo que primitivamente era un temor a la muerte ahora se convierte en una ansiedad persecutoria, el bebé trata de controlar por medio de una agresividad. En cambio con la pulsión erótica a través de la fantasía el niño mantendrá una relación con los objetos internos y externos ya sean buenos o malos, constituyéndose una especie de fantasmas.

Durante el desarrollo del lactante se irán integrando dichos fantasmas internos y externos, además de introyectarse el objeto bueno en el aparato psíquico, lo que aportará en la tolerancia al nivel de ansiedad persecutoria, con esto podrán presentarse las integraciones dando fin a la posición esquizo-paranoide y el inicio de la posición depresiva.

En la posición esquizo-paranoide aparecen las defensas idealización y negación mágica omnipotente, siendo la primera una defensa donde el niño aumenta en forma exagerada los rasgos positivos y protectores del objeto parcial bueno que compensa la ansiedad persecutoria, su fin es buscar una gratificación perfecta una tendencia

común en el humano, que según Klein ya se encuentra también la envidia por el hecho de considerar la existencia de un pecho extremadamente bueno y que el sujeto desearía destruir totalmente.

La negación mágica omnipotente, también desea debilitar la angustia autodestructiva y la angustia persecutoria, negar por medio de las fantasías ciertas situaciones que tengan el carácter de dañar al sujeto, lo que desencadena en un estado maniaco.

Para mantener una integración es necesaria la disminución de la ansiedad paranoide y de las proyecciones defensivas, esto permite diferenciar el self del objeto externo y establecer una identidad. No es la protección narcisista del self lo predominante, sino la ambivalencia de los objetos externos e internos. Favorece a la realidad subjetiva y objetiva cuando ya son observados los objetos como totales y no como parciales, tolerando además el dolor psíquico y controlando los impulsos agresivos.

En todo este proceso de la estructura de la psiquis, también la simbolización aporta en la elaboración del duelo como lo denomina Klein, cuando se reemplaza el objeto perdido por sustitutos simbólicos como pensamientos o recuerdos; para superar la ansiedad depresiva es necesaria la acción de las defensas maniacas como el triunfo, el control omnipotente y desprecio en la relación con el objeto, además de la reparación con lo que se logra una superación de la posición depresiva, y sino se produciría una regresión a la etapa esquizo-paranoide o con una defensa depresiva será fuente de una futura psicosis esquizo-paranoide o una psicosis maniaco-depresiva desencadenada en un momento de la vida posterior.

El sujeto presenta nuevos sentimientos en su contra como el duelo, la nostalgia, la culpa y la desesperación, porque reconoce que el objeto mantiene su autonomía y

puede alejarse, además mantiene la idea de que por sus propios impulsos agresivos puede destruir a su objeto amado, y para evitarlo introyecta nuevos objetos que le permitan protegerse, pero le genera una nueva angustia pues por un lado tiene el temor de destruir lo que por otro desea conservar.

Para la resolución adecuada la reparación sería la salida más sana, ya que permite la integración de los objetos externos e internos, lo que favorecería para mantener una relación de gratificación con el objeto amado, y permitiría sobrellevar el dolor evitando el apareamiento de un odio, lo importante de la reparación es aprender a renunciar al control omnipotente del objeto, y mejor aceptar la realidad psíquica como se presenta.

El fin de una defensa no maniaca permite remediar lo negativo y renunciar a lo mágico y a lo omnipotente, aceptando la realidad psíquica y el dolor que esto pueda causar, para así poner en marcha las acciones adaptativas. Sin embargo la reparación es una defensa maniaca que resuelve los sentimientos de culpa por la pérdida del objeto, a pesar de que no genere una resolución absoluta de la angustia.

También estas defensas maniacas influyen en la escisión, la idealización, la identificación proyectiva y la negación que aparecen en la posición esquizo-paranoide, y que en la posición depresiva no desaparecen pero si adoptan más organización para controlar la ansiedad depresiva, formada por la dependencia y ambivalencia que prevalecen en dicha posición.

Según Klein el Super yo no es resultado del complejo de Edipo como lo indica Freud, sino indica que su aparición es previa a este proceso antes de la fase fálica, en el primer trimestre de vida al inicio de la estructuración de la posición depresiva; por

esta razón Klein asegura observar en niños de muy corta edad culpas y resentimientos como resultados de sus fantasías de carácter agresivo, y por ende sus actuaciones son sádicas y crueles.

Así como Klein defiende la aparición del Yo desde el inicio de la vida, también explica como el Super yo se forma con la introyección de los objetos, resultado de la fantasía infantil y de la relación que se establece con el objeto externo y de la proyección de las pulsiones eróticas sobre él. El inconsciente en cambio se entiende como esa representación pulsional de donde nace la fantasía con el trabajo de un Yo precoz, dichas fantasías tenían un contenido sádico de introyección en el cuerpo de la madre, para poder destruir lo que poseía por dentro, a todo esto le acompañó un sentimiento de culpa y cierta ansiedad persecutoria; para esto el sujeto requiere contacto con nuevos objetos que tengan la simbolización del cuerpo materno y de los contenidos fantaseados; dicho contenido simbólico favorecería en el desarrollo cognitivo y en la relación con el mundo y la realidad.

Klein también explica como la envidia primaria es una manifestación innata de la pulsión de muerte hacia el pecho materno, pues es el objeto bueno y valioso fuente de vida de donde se obtienen las gratificaciones, además para el sujeto es un objeto idealizado pues posee todos los bienes y poderes. Además de la gratitud innata como expresión de la pulsión erótica; consolidándose para ser los más importantes factores del desarrollo del niño desde su nacimiento. Los celos a diferencia de la envidia pretende destruir al rival por ser quien quiere quitar al niño su objeto amado, para esto es necesaria una relación de triada con objetos totales, a diferencia de la envidia que basta con la relación diádica y con objetos parciales. Otro de los sentimientos es

la voracidad que intenta extraer todo lo bueno del objeto a pesar de que no llegue a la satisfacción total, por esta razón se liga a la envidia para destruir al objeto.

Hay una estrecha relación entre la teoría de las posiciones con la teoría de la envidia, pues la intensidad de los impulsos envidiosos son dirigidos al objeto ideal, lo que altera el proceso de escisión presente en la posición esquizo-paranoide, y lleva a confundir al lactante entre lo bueno y lo malo, interviniendo en las posteriores anomalías de introyección e identificación con los objetos ideales; es decir altera el proceso normal de integración de los objetos parciales internos y externos para pasar a la posición depresiva.

Pero hay objetos como el objeto transicional que ya forma parte de lo simbólico y casi de un lenguaje. El recuerdo reprimido se hacía patógeno en la pubertad, por eso se dice que la neurosis tenía su origen en la infancia. Las fantasías se relacionan con cosas que el niño ha oído en algún momento y cuyo sentido solo lo entienden más tarde.

1.8 Objeto Transicional

Dentro de los procesos transicionales siempre habrá la presencia de estos objetos transicionales que tienen que ver con la relación de objeto, su pulgar y objetos de la madre al principio son su preferencia, tienden a ser creados por el mismo bebé por medio de su alucinación, pero con el tiempo estos objetos subjetivos se dirigen hacia uno externo.

Todo este proceso tiene como fin crear el mundo simbólico de cada sujeto, en la primera infancia la alucinación se convierte en real, todo depende de la capacidad del bebé en el uso de los símbolos, y en el crecimiento de dicho objeto transicional sería el primer símbolo, de esta forma se puede comprender la relación del niño con su ambiente por medio de la madre o el sustituto de ésta, como una “pareja de crianza”, el papel que cumple la madre en esta construcción depende de permitir al niño crear esta ilusión de que los objetos externos pueden ser reales y percibidos dentro de una alucinación que solo a las alucinaciones las toma como reales.

Cuando en la primera infancia se habla de la omnipotencia, no sólo se refiere a la del pensamiento, sino también a ese control de los objetos, a la madre y a ciertos integrantes del ambiente, sin descartar que hay fenómenos que salen de su control.

A más de esta transición, al mismo tiempo se presentan otras que tienen relación con las capacidades del niño, como la coordinación, la sensibilidad donde el sentido del olfato alcanzaría su mayor intensidad, pues así es evidente que en los fenómenos transicionales hay una combinación entre los sentimientos tiernos y la relación instintiva que sucumbe a la represión primaria, y como el bebé pone en funcionamiento su lado corporal se puede mencionar que el Yo se basa en un Yo corporal para poder articular.

El pulgar, pequeñas caricias en el rostro o alguna parte de la madre son pocos de los muchos objetos que el bebé adopta como objeto; las niñas persisten por objetos mas suaves, y los niños se prefieren más a los duros sin descartar que su lado maternal les permita optar por el otro tipo de objeto blando para niños y duro para niñas; este tránsito del objeto dependerá nuevamente de cada experiencia individual.

1.8.1 El tránsito del Objeto Transicional

De acuerdo a la dinámica que se mantuvo con el objeto este puede ser:

- suplantado pero conservado
- gastado
- entregado (lo cual no resulta satisfactorio)
- conservado por la madre, como reliquia de una preciosa época de su vida (identificación).

Para de cierta manera tratar de situar este proceso transicional junto con los objetos, en el psicoanálisis se pudo ubicar como tercera zona de existencia en la vida del sujeto, como la parte cultural, teniendo como primera el mundo interno o psíquico inconsciente del cual puede concebir, alucinar, crear; y para la segunda zona el bebé mantiene como una membrana limítrofe con ese mundo distinto con un adentro y un afuera.

La importancia en esta tercera zona tiene que ver con esa necesidad de que el niño llegue a estos fenómenos transicionales o sino su mundo cultural quedaría empobrecido y no habría aceptación a los símbolos.

Para diferenciar este objeto transicional del objeto interno planteado por Klein, es necesario comprender que este objeto interno es una realidad interior y que su complejidad depende de cada momento transcurrido en la vida del bebé, en cambio el objeto transicional es ese representante del pecho de la madre como el pecho internalizado de la madre visto en esa parte de la frazada que mantiene el bebé como suya y reemplaza la ausencia de la madre cuando ésta no se encuentra.

Por eso es que los objetos transicionales no aparecen, especialmente cuando hay salud, sino más bien es como un arte perdido que lleva consigo una depresión cuando los fenómenos o los objetos pierden su sentido o son inexistentes; generando con esto un estado de dependencia o independencia que les determina su ámbito personal, familiar y social.

1.9 Influencia ambiental para el cambio de dependencia a independencia del sujeto

Para el desarrollo interpersonal y la interacción con el medio es necesaria la formación moral instaurada en su psiquis, pues es una especie de transacción, como en una etapa anterior esta moral estaba representada por la reparación de la culpa, es decir el sujeto trata de hacer algo esta culpa esta en parte compensada. Indica Winnicott D. “ hay algo muy feroz en la moral del bebé, y en todo lo nuestro que corresponde a la infancia y al desarrollo infantil más temprano” (Winnicott, D., 2004, p. 3).

Desde el nacimiento llega el momento de que el bebé comienza a interesarse por la relación con el mundo exterior, iniciando con el contacto con la madre quien tiene algo para ofrecerle su pecho para saciar su hambre, la madre tendrá que irse ingeniando para mantener un adecuado contacto con su bebé, el pecho como objeto de conexión el olor, el pezón los detalles del pecho, si todo esto favorece el éxito sería casi completo pero si hay fallas.

El niño mantiene dos tipos de contacto con el mundo exterior, por el un lado hay sometimiento bajo el efecto de la sumisión; y por el otro hay una realidad imaginada,

que solo tendría relación con lo que tiene en sí mismo, es decir un contenido muy pobre tan solo el chuparse el pulgar y los movimientos de vaivén y el resto de contenido tiene que ver con una realidad contenida, como el contacto con algo real y la ilusión de la misma, como el de la familia.

1.9.1 El papel de la familia para lograr una madurez emocional

Para el desarrollo del individuo la psicología dinámica pretende explicar como va dándose el proceso, como se sabe antes del periodo de latencia ya se ha asentado la vida instintiva con sus funciones y fantasías instintivas pregenitales que van siendo parte de la formación de la sexualidad.

Otro enfoque para conocer el proceso de madurez del individuo pretende explicar la función de los progenitores al cuidado del niño, en relación a sus padres, hermanos, primos y familiares que forman parte de un círculo cada vez más amplio; el fin es cubrir las necesidades ligadas a la dependencia que después lograr una independencia, y la madre como un medio que cubra dichas necesidades.

En la adolescencia comienza a evidenciarse la independencia, su éxito dependerá de que la familia se haya mantenido intacta, es decir la relación con el padre y la madre sea real y con los hermanos de igual forma aunque la rivalidad entre Ellos no excedan su sana convivencia, el fin es que se mantengan ligados y que el odio no rebase los límites.

Al contrario que si la familia está en peligro de desintegrarse, aunque no necesariamente esto lleve a la enfermedad de los hijos, pues puede darse un

crecimiento prematuro en su madurez emocional, una independencia y un sentimiento de responsabilidad prematuro, pero esto no implica que sea sano para el sujeto.

Y a pesar de que la familia esté integrada, el niño pudo haberse alejado de su padre o su madre en la fantasía o en la realidad, sin descartar la posibilidad inconsciente de retornar a Ellos, el reclamo está siempre dirigido a sus progenitores, pues a pesar de circunstancias desfavorables los padres reales siempre estarán vivos en la realidad psíquica interna.

Para alcanzar una independencia el individuo tiende a alejarse de la madre, y después del padre y más tarde de la familia; lo que le permite ir creando ya su propio espacio con sus propias ideas y acciones. Pero puede presentarse una segunda tendencia la de conservar o recuperar la relación con sus padres reales, en el sentido de que pueda el sujeto regresar al centro o al comienzo en algún momento favorable, pues el origen de todo desplazamiento serán los progenitores. Dentro de la fantasía del individuo siempre habrá la necesidad de conservar la relación primaria con los padres manifestadas en el área social como esa necesidad de buscar grupos más amplios que lo contengan.

Para considerar un desarrollo sano es necesaria una progresión sostenida con un vínculo inconsciente con las figuras centrales, en el caso del matrimonio cada integrante de la pareja debe desprenderse de sus progenitores para poder formar dicha familia, y es favorable gracias al proceso de identificación después de la resolución de Edipo que constituye un alivio en cada uno cuando la triangulación determina el amor de la hija a su padre y descarta la rivalidad con su madre; y la competencia del niño con su padre por el amor de la madre; y lo que concierne a la

relación madre-hijo solo puede verse dos posibilidades el de ser devorado o el de ser liberado.

Los aspectos de la vida familiar dependen de la época y el ambiente que le rodea, especialmente cuando intervienen otros miembros de la familia como tíos, abuelos que forman parte de la formación del sujeto; al estudiar la madurez emocional de cada individuo se debe tomar en cuenta que las circunstancias que hacen madurar precozmente a ciertas personas, no son sino consecuencias de dicha dinámica. Pero para considerar una madurez adecuada se debe contar con que la familia es el puente para liberarse de ese cuidado de los padres y pasar a ese espacio social, donde esta regido por provisiones sociales pero basadas en la estructura familiar.

Los rasgos que constituyen una fuente para la madurez emocional del individuo, es la familia con la que se genera un alto grado de dependencia; o la otra que el individuo salga violentamente de su familia primaria, para que con su nueva familia entre a formar parte de la unidad social.

1.9.2 Dualidad madre-lactante

En la relación se da dos tipos de identificación la de la madre con su bebé, y la de éste con su madre, para la madre la imagen de este bebé es tomado con un objeto interno que le generan una serie de fantasías inconscientes; pero predomina la capacidad de la madre para centrar sus intereses en el bebé, a pesar de los su Yo esto lo denominamos "preocupación materna primaria".

Como en toda relación la presencia de las dificultades son evidentes, en este caso si la madre no logra restar importancia a sus intereses personales por dedicar mayor

trabajo a su labor maternal o además puede darse una extrema preocupación por el cuidado del bebé llegando a un nivel patológico; son dos problemas que traerían consecuencias en su momento.

Cuando es la madre quien hace de su bebé su preocupación patológica, lo que logra es prestarle su propio self al niño, su identificación a este nivel con su niño, le dificulta el regreso del interés a sí misma pero se lograría cuando se de una especie de destete.

Si se trata de la primera madre patológica el destete no se dará pues realmente el bebé nunca la tuvo, en cambio la segunda no tiende a hacerlo o lo hace de una manera muy forzada sin tomar en cuenta la necesidad que tiene el bebé de hacerlo.

Esta identificación del niño con la madre tiene que ver con los bebés en sus primeros meses de vida, y dependerá del accionar de la madre para lograrlo, pues si la madre es buena el niño tiene un desarrollo personal y real. Al contrario de que si la madre no es buena comienza una serie de reacciones frente a los choques, y su verdadero self no se desarrolla o queda detrás de un falso self lo que no le permite enfrentarse a los golpes de la vida. Cuando la madre es buena el Yo del niño comienza el proceso de desarrollo pero aun es un Yo débil y fuerte a la vez, la madre debe apoyar al Yo del niño.

Si la pareja madre-bebé funciona bien el Yo se ve fortalecido y respaldado, y le permite organizar defensas y desarrollar patrones de contenido personal y hereditario, es con esto que puede desde temprano ser él mismo, real y verdaderamente. Pero si no hay un apoyo de la madre al Yo de su hijo no logra un desarrollo personal y se presentan reacciones a fallas ambientales más que a

necesidades personales o genéticas. El self temprano en el niño no se encuentra como tal, más bien está fusionado al self de la madre.

En un niño es notorio su desarrollo primario, es su patrón de conducta quien fue atendido y suplido sus necesidades personales con un apoyo Yoico se afirman como personas más rápidamente, pero al contrario de no haber contado con esto adoptan conductas siendo inquietos, suspicaces, apáticos, inhibidos, sometidos.

Especialmente la función materna se basa en tres aspectos la de sostenimiento, manipulación y mostración de objetos. La de sostenimiento es básica desde la forma en la que la madre sostiene a un bebé, pues si no lo hace adecuadamente genera una sensación de intensa angustia en el niño, de desintegración, de caer, y por ende tomará el mundo externo como inseguro para su desenvolvimiento, también pueden presentarse otras ansiedades que en general se describen como "psicóticas".

La de manipulación permite que el niño identifique el aspecto psicosomático, diferenciando lo real de lo irreal, su deficiencia afecta al desarrollo del tono muscular y la coordinación, además no logra disfrutar del funcionamiento corporal y de la experiencia del SER.

Y por último la mostración de objetos favorece a que el niño tenga capacidad para relacionarse con los objetos, su falla da paso a que se sienta irreal al relacionarse con el mundo concreto de los objetos y los fenómenos.

En fin todo desarrollo lleva a la madurez del sujeto, siempre que el medio favorezca, pues a un inicio su importancia es relevante pero con el tiempo ésta disminuye; pero si deja una acumulación de experiencia que serán reveladas en términos de dependencia absoluta, dependencia relativa y tendencia a la independencia cada una

de acuerdo a la persona y su ambiente. Se habla de proceso adecuado cuando el niño cuyo Yo logra organizar sus propias defensas contra las ansiedades inherentes a los impulsos y las experiencias del Ello; al contrario que pasaría si se presentan alteraciones.

1.9.3 Alteraciones en los fenómenos transicionales

Las explicaciones médicas no alcanzan a cubrir las interrogantes de los pacientes, sobre todo si se trata de aclarar el porqué de dichos comportamientos y enfermedades, los padres indican cómo su apareamiento es repentino y en muchas de las ocasiones sin ningún pretexto aparente, es cuando se evidencia como no han tomado al niño como un sujeto que solo cuenta con un cuerpo que enferma y después sana; al tratar de esclarecer este mito de cómo hay niños que enferman tan constantemente, es el médico el llamado a indagar el mundo interno emocional del niño, que está favoreciendo para esta repetición de estados y no caer en la conformidad de que es normal estar enfermo, pero Winnicott indica que “la mala salud y el comportamiento anormal puede provenir de la angustia”(Winnicott, D, 2003, p. 25).

Después de haber recorrido algunos años y el niño entra a la edad de cuatro o cinco años, comienza a presentarse un descenso en la intensidad de los deseos y temores que tienen relación con sus padres o sustitutos, hasta que en la pubertad vuelvan a aparecer; mientras que en la edad de diez u once años comienza su desarrollo emocional relacionado también con el poder, es decir es la dinámica de su primera infancia, ejecutándose en la realidad lo que solo formaba parte de su fantasía en el

juego y es aquí donde ya se puede ir detectando el triunfo del niño en la salud, o pronosticando el desarrollo de dificultades en lo corporal, en el aprendizaje o en la moral.

1.9.4 Alteraciones en el campo físico por influencia del ámbito emocional

Cuando se habla de una angustia infantil, adelgazar es el síntoma revelador de su presencia, es por esto que los niños son llevados frecuentemente al médico por su falta de apetito; pero además los temores nocturnos que perturban el sueño generan por su parte un incremento en su debilidad y por ende su falta de sueño, son estos los indicios claros de un estado emocional alterado en el niño, y las muestras de angustia serán emitidas durante todo el día con diversas maneras de manifestación.

Llegan a consulta niños con problemas de desmayo, de asma, de anemia y hasta de convulsiones, tendencias que siguen siendo el resultado de la angustia con la que cuentan a nivel interno, será el nivel de tolerancia a dicha angustia lo que determine el grado de dificultad de las mismas, el estudio de la pediatría nos emite una serie de mecanismos que permiten conocer si la enfermedad física es simulada o es real, y que grado de influencia tiene el mundo emocional del niño.

El inconsciente juega el papel más importante dentro de dicho estudio, el poder que mantiene sobre el cuerpo denota, como el metabolismo puede llegar a detenerse por la intensidad del conflicto por un deseo profundamente almacenado en este inconsciente, serán a manera de ejemplo analizados algunos órganos que mantienen una conflictiva psíquica en la aparición de su malestar.

El ojo o la famosa ceguera histérica estudiada por el psicoanálisis, indica ese deseo de autocastigarse por sentimientos inconscientes de culpabilidad, un constante autoexamen de qué quiero y qué no quiero ver, la posibilidad de neutralizar este sentimiento con la utilización de gafas como protector y neutralizador de lo que a mis ojos entra; los constantes parpadeos como señal de la angustia frecuente que llega a la mente, el niño tiene un estado de excitación a nivel visual como resultado de contemplar objetos prohibidos que le producen la misma, o el frotamiento constante también como señal de ese deseo de masturbación e inhibición de la intolerancia a la fantasía del inconsciente y a la angustia generado por éste.

1.9.5 La angustia como factor influyente en la enfermedad física

El niño nervioso que enmascara los síntomas de angustia en una enfermedad física, puede impedir la real determinación de la enfermedad que le aqueja, pues su estado emocional alterado impediría el adecuado chequeo médico ya sea por su miedo a la manipulación del médico en las regiones donde se pueda detectar algo o el no colaborar por su constante llanto en responder preguntas importantes para la determinación de los síntomas; es el nivel de angustia lo que desfavorece el proceso y por ende el tratamiento también, he ahí lo importante de intervenir previamente en el estado emocional del niño.

Cuando hablamos de la presencia de una angustia es necesario conocer las diferentes razones por la que puede aparecer, hay ciertas situaciones que por el grado de excitación en varias ocasiones se les hace difícil o hasta imposible asimilar a los

niños, puede acompañarse con una sensación de temor o rabia determinado por la circunstancia a la que fue expuesto el niño.

La actividad repetitiva, constante e inquieta del niño como revelación de su excitación o desasosiego, genera un comportamiento que le permite llegar a un estado de alivio a su nivel de angustia considerada como una condición oculta que aparece de acuerdo al ambiente y a los factores que favorezcan para esto.

1.9.5.1 La agitación

La agitación es otra de las condiciones que permite detectar que un niño está siendo preso de un nivel de angustia, ya sea por su frecuente micción o su dificultad con la defecación, puede alterar su etapa de sueño.

1.9.5.2 La corea

Para detectar a un niño que tenga esta enfermedad, es necesario observar sus agitados movimientos caracterizados por la irregularidad de su control y el exceso de compensación, sin necesidad de un examen meticuloso de los síntomas, solo con el ver al niño incluso antes de entrar a la consulta es suficiente para que el médico se dé cuenta de la situación actual de dichos pacientes, pero además de su evidente presentación los estudios indican que “la corea es un enfermedad física de los tejidos cerebrales estrechamente asociada con la irritación y la carditis” (Winnicott, D., 2003, p. 35).

Por lo general factores externos desencadenan situaciones emocionales que modifican el estilo de vida de un niño, desde el nacimiento de un hermanito, el desprendimiento de su nodriza e incluso la introducción de alimentos sólidos o desagradables para el niño, entre un sin número de circunstancias, provocan la reacción de angustia típica ante las problemáticas de la vida cotidiana.

A diferencia del estudio del niño grande resulta siempre más dificultoso el análisis de la psicología del niño pequeño, pero sin embargo Winnicott llega a la conclusión de que “el desarrollo emocional de un niño puede ser sano o deformado en cualquier edad, incluso antes del nacimiento”(Winnicott, D., 2003, p. 37), además de los aportes de los psicoanalistas sobre un análisis de la psicología del recién nacido, que indican que a cualquier edad pueden irse evidenciando enfermedades de todo ámbito y nivel de dificultad.

1.9.5.3 Apetito y trastorno emocional

Viene ligado exclusivamente a la función oral, y se la puede entender por sus etapas; empieza con un reconocimiento del instinto oral, acompañado de una fantasía oral pero aún más complicado se hace el entender como esta fantasía se relaciona con el mundo interior.

Este mundo interior está lleno de movimientos, sentimientos y sensaciones, será éste exclusivamente el que permita comprender la relación que tiene la enfermedad física del niño con la fantasía creada por sí mismo, el modelo médico tal vez preferirá

mantener el contenido físico como una sola expresión de dolor, sin involucrarse en este mundo psíquico del que se está estudiando.

1.9.6 El desarrollo de los niños en determinada situación

Como dice Freud“ Por el contrario el peligro externo, si ha de tener significación para el Yo, es necesario que haya sido interiorizado” (Winnicott, D., 2003, p. 42), es decir más que la actitud de una madre lo que prevalece es que esta imagen amenazadora o peligrosa haya sido introyectada en la estructura de la psique del niño, solo el efecto es relativo a la información almacenada en la mente del pequeño, ese “algo” que evoca el nivel de angustia se presenta como resultado a una experiencia previa negativa con una carga emocional que ha permitido retenerlo a nivel inconsciente.

Así como Klein ha comprobado que el estudio de niños de dos a cuatro años arroja datos importantes sobre la construcción de esta estructura mental, las fantasías orales primarias acompañadas de sus angustias y defensas son parte de dicho estudio, pues a pesar de que no toda la sociedad acepta que el niño cuenta con fantasías a estas edades, se ha comprobado que si las hay pero ricas de contenido y emoción más que en una serie de palabras, y serán las que posteriormente prevalezcan a las demás fantasías.

Al hablar de una formación de fantasías se toma en cuenta como no solo es el mundo exterior el que influiría en este proceso, pues además es ese mundo interno el que asentaría su parte, ya sea la interrelación de la gente que le rodea como la experiencia de la ingestión de alimentos; a partir de estas experiencias se va estableciendo una

cualidad de bueno o malo para las actuales y posteriores situaciones de acuerdo al cumplimiento del objetivo o finalidad.

Cuando se mencionaba el nivel de angustia que puede mantener un niño, también su nivel de tolerancia se muestra interesante conocer, y es la información previa que mantiene el niño en su psique lo que permite determinar aquello, todo depende como indica Winnicott de “la fuerza de los impulsos destructores en relación a los impulsos amorosos” (Winnicott, D.,2003, p. 45), y en caso de que aquellos destructores prevalezcan es la capacidad del niño la que desarrolle mecanismos reparatorios y pueda manejarlos.

Esta capacidad determinará la posibilidad de mantener aquello que ama, y para esto como indica Klein se da un intercambio constante entre la realidad interna y externa del pequeño, las experiencias con los objetos externos y los aportes a partir de esta interrelación.

Freud y Klein han observado en sus análisis cómo la apreciación del mundo infantil permite una comprensión del mundo del adulto, y es el psicoanálisis el instrumento más acertado para detectar el mundo inconsciente enlazándole con el mundo consciente, acompañado de la observación directa y métodos complementarios que permiten un entender del funcionamiento e incluso de la estructuración de la psique.

El análisis de la angustia arroja varias alternativas para su manifestación como palidez, sudor, vómitos, diarrea y taquicardia, sin necesidad de especificar un órgano afectado, la angustia tiende a escudarse de cierta manera detrás de estas alteraciones aparentemente solo a nivel físico.

Los sentimientos y las fantasías del pequeño dan una mejor explicación de lo que internamente pueda estar sucediendo además de como el grado de excitación y la rabia se entremezclan, ésta dinámica indica como la diarrea no solo es un problema fisiológico, más bien tiene que ver con un temor inconsciente a cosas no definidas según Winnicott, este temor puede hallarse a nivel interno o externo según sea el caso de cada paciente.

A nivel de los bronquios por ejemplo el temor a alguna fantasía almacenada en la mente del niño, puede hacer que altere su inspiración y expiración como defensa a un peligro que lo relaciona con el aire del ambiente, es por eso que el niño asmático simbólicamente ha decidido dejar de respirar.

Winnicott concluye que para la comprensión de enfermedades infantiles e incluso de adultos, es necesario partir de un estudio de las fantasías del pequeño ya sean estimuladas por su mundo interno o externo del mismo, además explicar el nivel de tolerancia de cada uno a la presencia de una angustia y como resultado de su baja tolerancia el aparecimiento de síntomas fisiológicos que revelan una conflictiva también a nivel inconsciente.

La psicología a diferencia del modelo médico mantiene la idea de darle importancia a los síntomas del paciente, pues no es el fin de curarlo y eliminarlo, es para el psicólogo ir más allá de un simple aparecimiento de síntomas, hay un contenido más enriquecedor y para esto es necesario comprometerse con un análisis más detallado.

Es preciso comprender cuál es el fin del psicoanálisis dentro de un proceso y son esencialmente tres:

a) La comprensión de la vida instintiva personal y de las relaciones interpersonales.

b) La comprensión de los estados de ánimo y del origen de las ideas persecutorias, procedentes tanto del interior (hipocondría) como del exterior.

c) La comprensión de las tareas emocionales primitivas, tal como el surgimiento de una relación con la realidad externa, la integración de la personalidad y el sentido del cuerpo.

Por ejemplo si un niño presenta un estado depresivo creará en su fantasía, la idea de que su cuerpo posee cosas malas o que está vacío, por ende ya tomará una forma afectada indirectamente en su cuerpo. Pero si mantiene la idea de que es una misma cosa con su cuerpo, le interesará mucho cualquier elemento que incremente dicha idea, así se presentan los problemas cuando hay un desprendimiento con sus padres o personas cercanas, como la fantasía de abandono.

1.9.7 Temor a la separación

El fin es entender lo que ocasiona la separación de un niño de sus padres en etapas prolongadas de tiempo, esta reacción tiene una relación con el destete, la aflicción, el duelo y la depresión. Es necesario tomar en cuenta que dicho desprendimiento lo que hace es revivir uno presente en etapas primitivas, donde el niño no tenía un Yo maduro para reaccionar, y tampoco para afrontar el duelo.

Para iniciar el proceso del duelo, el sujeto introyecta en sí el objeto perdido y se genera un sentimiento de amor u odio de acuerdo a la relación que mantenía con éste, durante el duelo el sujeto puede sentirse feliz como que el objeto hubiese resucitado, pero después retorna la depresión por los recuerdos que quedaron de la relación. Para los individuos sanos este objeto que fue internalizado comienza a liberarse del odio y

le permite ser nuevamente feliz a pesar de la pérdida de dicho objeto. Un bebé que no ha alcanzado cierta madurez no logra procesar el duelo y necesita ciertas condiciones más para lograrlo, como que sea el ambiente el que favorezca y le sostenga en la elaboración.

Incluso quienes ya han elaborado anteriormente duelos, en ciertos casos les cuesta trabajo cuando no hay una comprensión intelectual de lo sucedido, especialmente cuando lo rodea el silencio, pero con un poco de información bastará, sino caerá en confusión.

Las reacciones primitivas ante el duelo y la pérdida, como lo llama Klein es una especie de anulación, pues cuando el objeto, es decir la madre permanece cerca del bebé, queda una parte de ella siempre presente, y le permite al individuo fortalecer su capacidad para elaborar duelos. Pero su ausencia le genera cierta preocupación lo que anula el proceso integrador y su vida instintiva queda disociada; dejando un terreno listo para la disminución del sistema inmunológico y la aparición de enfermedades corporales como resultado de conflictos emocionales ya mencionados.

1.10 Dinámica psicósomática

El objetivo del psicoanálisis siempre estuvo ligado al hacer consciente lo inconsciente, contenido que venía acompañado de un afecto; dentro del estudio de dicha corriente la intervención intelectual es fundamental pues sin duda el interpretar es un conjunto de procesos mentales que emiten un juicio. Freud indica como la transferencia y la

resistencia son dos fenómenos que estudia el psicoanalista, que en su reproducción los afectos recuperan su importancia.

La psicología cognitiva evidenció que el contenido intelectual que posee el ser humano proviene de una serie de complejos procesos cognitivos, pero a diferencia de la computadora dicha inteligencia no solo posee un proceso racional además viene acompañada de afectos, así se constituye la inteligencia emocional, pues se concluye en que el pensamiento precede a la acción.

Para lograr el objetivo de psicoanalizar, se vio obligado a emitir una interpretación que active un afecto de tal magnitud que logre hacer consciente lo que inconscientemente posee el sujeto.

Se puede mencionar dos preceptos básicos en la técnica psicoanalítica el primero consiste en disminuir los niveles de intelectualización para aumentar el componente afectivo, ya que varias de las distorsiones cognitivas que el sujeto suele tener en su discurso dependen de ese contenido metahistórico. El segundo precepto intenta controlar que el afecto no sature el trabajo del psicoanálisis del “como sí” y permitiendo que la resistencia y las actuaciones del inconsciente intervengan, es decir que la narración sea en forma indirecta no directa como el afecto lo haría sentir frente al psicoanalista.

La unidad del proceso psicoanalítico va más allá del insight que requiere tan solo conocer el significado reprimido que contenía cierta situación del paciente, también sobresale el proceso de elaboración que consiste en la repetición suficiente del acto consciente resistido en distintas situaciones, pues el significado anteriormente

reprimido posee una importancia cotidiana y su último recurso es mantener inconsciente dicha importancia.

Tomar como parte del estudio humano la existencia de otro tipo de conciencias es importante para explicar que la conciencia habitual viene acompañada de otras posibilidades de conciencia como la conciencia inconsciente que da paso al entendimiento del psicoanálisis de los afectos, por lo que se concluye en que el psiquismo se estructura con una serie de galerías de espejos que se transfieren en distintas gamas de significancias y significados.

1.10.1 Significados inconscientes en los trastornos corporales

Freud indicaba que las disposiciones inconscientes que determinan los afectos son una especie de códigos, llevándolo al campo médico en el estudio de los trastornos de las enfermedades se indica que son el producto de descargas afectivas que no pueden ser estudiadas como afectos ya que el proceso de descarga es una clave de inervación que ha sido deformada por un proceso defensivo.

“Pero las claves de inervación de los afectos no residen en los órganos a través de los cuales se efectiviza la descarga. Quedan mejor representadas por la función de los centros moduladores de las descargas afectivas que se encuentran en el cerebro interno y se asocian con la función de los núcleos de la base encefálica” (Chiozza, L., 2008, p. 102).

Según Freud la libido se apoya en las funciones fisiológicas de auto conservación, mientras que las metas de la pulsión instintiva se constituyen como fantasías

inconscientes que son los representantes psíquicos de la fuente orgánica. Todo lo psíquico posee un correlato corporal y todo lo corporal tiene un sentido psicológico, pues a cada función fisiológica le corresponde un significado inconsciente específico; además que funciones fisiológicas y estructuras corporales son representantes simbólicos con significados inconscientes que llevan a las metas pulsionales.

En la segunda hipótesis del psicoanálisis Freud estudio como el cuerpo y el alma son parte de una misma realidad unitaria, pues es psíquico sin dejar de ser físico, y físico sin dejar de ser psíquico.

Si conocemos el vínculo existente entre las sensaciones y una conciencia primitiva, es posible que a partir de un afecto se origina un significado que se manifiesta en el “lenguaje de órgano” como lo llama Freud donde dicha riqueza corporal expresiva que mantiene un lenguaje simbólico, ya no permite tomar la represión como un producto de una fuerza ciega, al contrario se la sostiene como una censura intencional y humana que proviene de algún mal entendido.

Un símbolo representa una particular ausencia, si se toma lo físico como aquello material se lo denomina “signos de realidad objetiva”, mientras que lo psíquico constituido por la idea mental constituye los “signos de actualidad sensoafectiva”. La comprensión de estos dos aspectos lo físico y psíquico se puede aplicar a toda enfermedad, incluso el cáncer considerado actualmente como una patología que contiene su influencia emocional.

1.11 Cáncer de mama

Se conoce que un cáncer de mama ha invadido a un ser humano cuando una serie de células malignas han incrementado su crecimiento en el tejido mamario, existen dos principales tipos de cáncer el carcinoma ductal que es el más frecuente, éste inicia en los conductos que transportan la leche desde la mama hasta el pezón. El carcinoma lobulillar que es el segundo tipo que se reproduce en los lobulillos que producen la leche materna.

1.11.1 Etimología

Cuando se habla de carcinoma lo que se estudia es la naturaleza epitelial de las células que se van transformando en malignas, su derivación es de estirpe glandular, es decir de secreción externa y éstas a su vez provienen de células de estirpe epitelial, por eso su nombre adopta esta denominación. Además existen también tumores escamosos de mama que pueden ser llamados carcinomas, que son consecuencia de la metaplasia de células de origen glandular.

Poco frecuentes se presentan tumores de un origen diferente que no tienen una estirpe glandular ni epitelial, por ejemplo “los sarcomas son producto de la transformación maligna de células del tejido conectivo de la mama” (http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_de_mama); mientras que los linfomas derivan de los linfocitos, que son un tipo de glóbulos blancos que procede de los ganglios linfáticos, lo extraño en estos tumores es la aparición en el área de la mama.

1.11.2 Anatomía patológica

De la unidad ducto-lobulillar provienen las células malignas para dar origen al cáncer de mama, casi la iniciación desde otros tejidos no son frecuentes. Cuando el cáncer se encuentra solo en los ductos o lobulillos glandulares y no en otros tejidos se habla de “Carcinoma in situ”, este carcinoma continúa en la invasión hasta romper la membrana basal e invade los tejidos que rodean a los ductos y lobulillos mamarios, penetrando así el tejido circundante. Para determinar la gravedad de cada proceso se toma en cuenta la capacidad de las células para dividirse, además de la ayuda de la proteína Ki67 la cual indica en qué fase de desarrollo se encuentra la célula y que tan susceptible será a los tratamientos.

1.11.3 Epidemiología

La mujer occidental es más propensa a contraer este cáncer de mama, es una de las principales causas de muerte para la mujer en Europa, Estados Unidos, Australia y algunos países de América Latina.

De todas las clases de cáncer que la mujer puede extraer a nivel mundial el 31% pertenece al cáncer mamario, especialmente en los países en vías de desarrollo se ha ido incrementando como en América Latina y en otras regiones donde el riesgo es intermedio (Uruguay, Canadá, Brasil, Argentina, Puerto Rico y Colombia) y bajo (Ecuador, Costa Rica y Perú).

Uruguay (46,4), Trinidad y Tobago (37,2), Canadá (35,1), Argentina (35,2) y Estados Unidos (34,9), su mortalidad por esta causa es de mas de 10.000 mujeres anuales en dichos países.

1.11.4 Causas para extraerlo

Especialmente se le atribuye como causa al daño ocasionado en el ADN, puede ser por la exposición a radiación ionizante o la exposición a estrógenos que causan mutación.

La edad es otro causante de obtener cáncer de mama en su aumento, el nivel de riesgo también se incrementa, por lo general es a partir de los 50 que va apareciendo; pero al presentarse en mujeres jóvenes tiende a ser más agresivo, es un tipo de cáncer inflamatorio que no se detecta con mamografía o ecografía, más bien son los signos y síntomas de una especie de mastitis lo que lo revela.

A nivel genético el BRCA1 y el BRCA2, son los dos genes que se han relacionado con el problema cancerígeno, especialmente si a nivel familiar ya se han presentado mutaciones en dichos genes, la probabilidad de contraerlo es más segura. En un 20 o 30% de las mujeres que poseen esta enfermedad, se ha conocido que tenían un antecedente familiar con la misma situación.

Una de las causas principales para obtener un cáncer mamario tiene que ver con los estrógenos exógenos, cuando la mujer está en la etapa de la menopausia tienden a optar por un tratamiento hormonal para reducir el malestar, pero junto a la predisposición genética el aumento de riesgo es evidente, además de la utilización de anticonceptivos orales.

Puede también ser un factor negativo la precocidad de la madurez sexual antes de los 12 años, con la aparición de la primera menstruación y una etapa de menopausia después de los 50 años, un primer embarazo entre los 30 o 35 años; por la intervención de las hormonas femeninas.

1.11.5 Síntomas

- Dolor óseo
- Dolor o molestia en las mamas
- Úlceras cutáneas
- Hinchazón de un brazo (próximo a la mama con cáncer)
- Pérdida de peso

Las masas malignas a diferencia de los quistes, son duras, no muy notorias y bastante dolorosas a la palpación, el dolor de los senos es una señal de requerir un chequeo médico. A medida de que el cáncer va aumentando su gravedad pueden evidenciarse síntomas como enrojecimiento, hinchazón y retracción de la piel o del pezón con la aparición de agujeros o fruncimiento como una cáscara de naranja. También puede aparecer una secreción del pezón ya sea sangre o una especie de líquido amarillo o verdoso como pus. Como en la anatomía humana hay irrigaciones a otras partes del cuerpo, hay la posibilidad de la aparición de tumores mamarios a nivel axilar con características duras, con bordes irregulares pero con escaso dolor, pueden el pezón o las mamas cambiar de tamaño y forma que generen dolor y sensibilidad en las mamas.

1.11.6 Diagnóstico

Son varias las campañas que han incentivado a la mujer a que toque sus mamas y detecte a tiempo el cáncer de mama, es muy importante que la mujer se encuentre sentada en posición vertical o acostada con las manos detrás de su cabeza, y con la parte plana de sus dedos debe rodear cada mama, la parte axilar y supraclavicular con el fin de encontrar nódulos, alteraciones en tamaño, retracción de la piel o del pezón, patrones venosos prominentes y signos de inflamación; además también se debe ligeramente punzar cada pezón por si proviene una secreción.

La mamografía se ha utilizado exitosamente pues ha facilitado el diagnóstico de cáncer, es recomendado después de los 40 años hacerse un examen anual, trabaja en dos proyecciones, por lo general una de ellas en Dirección oblicua lateral medial y la proyección craneocaudal, es decir, de arriba abajo. De acuerdo a la edad de cada mujer el resultado puede ir variando pues la estructura anatómica depende de cada organismo, hay mujeres adultas que sus tejidos mamarios son blandos y dificultan la detección con este examen, por eso se complementa con otro tipo de exámenes y especialmente con biopsias que arrojan datos más seguros.

1.11.7 Tratamiento

Es eficaz la terapia multidisciplinaria donde cada uno haga su parte en el mejoramiento del paciente, las alternativas que posee de acuerdo al caso son la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia, la hormonoterapia y la terapia biomolecular.

La cirugía y la radioterapia actúan de manera local, es decir a nivel de mama y ganglios linfáticos cuando la enfermedad es localizada no metastásica, mientras que los demás trabajan de manera sistémica a nivel de todo el organismo como complementarias a la terapia local.

La cirugía tiene como finalidad extraer todo el tumor a nivel mamario y de ganglios linfáticos, la extracción de la parte afectada permitiría conservar la parte sana y la posibilidad de una conservación estética.

La Quimioterapia Neoadyuvante puede ser aplicada antes de la cirugía, esta recomendado para los cánceres avanzados y que midan más de 3cm o con adenopatías axilares. Su objetivo es la reducción del tamaño tumoral antes de realizar una cirugía conservadora, además es posible conocer la vulnerabilidad a futuros tratamientos.

La Quimioterapia Adyuvante administrada después de la cirugía y también depende de varios requisitos para que pueda ser aplicada como la edad, el tamaño del tumor, si hay una afección axilar, el grado histológico y los receptores hormonales. Tumores menores a 2 cm con un grado histológico medio-alto que posean mujeres mayores a 35 años no son aptos par dicho tratamiento, además de pacientes mayores a 70 o 75 años y que posean otras enfermedades contraindicadas para la quimioterapia.

La Quimioterapia Paliativa se la utiliza para enfermedades ya dispersas con receptores hormonales negativos, enfermedades viscerales después de un intervalo corto desde la cirugía.

La radioterapia tras cirugía conservadora de la mama, el fin de esta radioterapia es evitar la recaída local del problema en la mama, por eso su aplicación después de la

cirugía, la dosis de irradiación oscila entre los 45 y 50 Gray, más una sobredosificación en el lecho tumoral entre 10 y 16 Gy.

La radioterapia tras mastectomía radical “La pared costal restante tras mastectomía, la fosa supraclavicular y la cadena ganglionar de la mamaria interna se irradiará si existen más de 3 ganglios axilares infiltrados, si el tamaño tumoral es mayor de 5 cm o es T4. Si sólo se existen entre 1 y 3 adenopatías en la axila, existe indicación de radioterapia tras mastectomía de la pared costal y la fosa supraclavicular si se cumplen dos de los tres factores de mal pronóstico como grado III histológico, menor de 40 años o pre menopáusica y receptores hormonales negativos.”

La radioterapia paliativa está indicada ante metástasis que generalmente producen dolor, sobre todo las metástasis óseas y cerebrales.

1.11.8 Cáncer desde una perspectiva psicoanalítica

Desde la comprobación de que toda alteración médica tiene un contenido psíquico, se reconoce que el estado anímico influye sobre la inmunidad y la inmunidad sobre el curso de la proliferación cancerosa, la eclosión de un cáncer no es la excepción.

Tomando a consideración de que los disgustos, el estrés, los traumas psíquicos, o un difícil proceso de duelo, son factores importantes en el desarrollo y en la evolución de un cáncer.

Se pone en discusión qué porcentaje de influencia posee este factor, pues hay quienes afirman que se trata de una psicogénesis, lo cual equivale a sostener que el cáncer es en su origen y en su evolución, el producto de una causa psíquica.

1.11.8.1 Condiciones psicodinámicas para enfermar de cáncer

- Disposición latente
- Fijación al periodo de crecimiento embrionario
- Deseo narcisista latente que no se integra con el desarrollo adulto y es ajeno a la conciencia.
- Fracaso actual de la gratificación en la etapa del desarrollo alcanzada.
- Suele ser un duelo por la pérdida de un vínculo significativo, como una regresión que reactiva el punto de fijación embrionario.
- Imposibilidad de descargar en las etapas posteriores. La primera es la relación endogámica, que suele presentarse como fracaso de la relación incestuosa que normalmente se sublima o se coarta en su fin.

Se considera que la regresión que produce el cáncer a partir de una frustración actual en las etapas posteriores de la evolución libidinal permite diferenciar dos situaciones entre las cuales puede establecerse una serie complementaria.

“Debilidad de la libido que alcanza las etapas posteriores, condicionada por intensas fijaciones en los estadios primitivos y es especialmente en la etapa embrionaria. Típicos de esta situación con los cánceres que se desarrollan en la infancia o en la juventud” (Chiozza, L.,2010, p. 104).

“Debilidad de la libido para sostenerse en las etapas posteriores condicionadas por un desgaste de las funciones vitales. Corresponde a la cuestionable afirmación de que si

viviéramos lo suficiente todos moriríamos de cáncer. Típicos de esta situación son los cánceres en la ancianidad.”(Chiozza, L., 2010, p. 104).

De acuerdo con lo que sostiene la oncología actual las células cancerosas:

- ❖ ABANDONAN su dependencia de las células vecinas
- ❖ NO RESPONDEN a las señales inhibitoras
- ❖ EVADEN la muerte programada
- ❖ EVITAN el dispositivo que limitan sus replicaciones
- ❖ INDUCEN el crecimiento de nuevos vasos para su nutrición
- ❖ SE INDEPENDIZAN del anclaje en su lugar funcional y emigran
- ❖ EVITAN que el sistema inmunitario las destruya

Si aceptamos que el cáncer se inicia en una célula, la pregunta porque se comporta de ese modo; puede formularse dentro del lenguaje de inevitable tinte subjetivo que utiliza la ciencia cuya objetividad es irreprochable. Es claro que puede sostenerse que se trata de un uso metafórico, pero debe haber una razón para que ese lenguaje se haya generalizado y se utilice de un modo prácticamente inevitable; teniendo en cuenta demás del componente anatómico que fluctuó para su desencadenamiento.

1.12 Simbolismo del Cáncer de mama

Los senos están considerados como un símbolo de feminidad, con la finalidad de dar, de nutrir, de cuidar, es decir también se lo considera un símbolo de amor. La identificación particular de una mujer es su pecho, y su crecimiento evidencia el cambio de niña a mujer; será el objeto que después permita cumplir con un rol materno, que por naturaleza la inclinará a abrazar con amor maternal todo lo que le rodea, especialmente a quienes formarán parte de su hogar.

Como se conoce el cáncer de seno no es exclusivo solo de la mujer pues también el hombre puede adoptar esta patología en su pecho pero hay una minoría en los casos; lo importante de rescatar es una hipótesis simbólica relacionada con cierta inseguridad respecto al equilibrio entre el dar y recibir, entre el abrazar y soltar a quienes y lo que amamos, entre aceptar experiencias que se presenten en la historia de vida del sujeto, especialmente las que mayor profundidad dolorosa tengan, aprender de ellas y dejarlas ir cuando ya se han logrado elaborar.

A nivel inconsciente el ser humano está constantemente cuestionándose si lo que realiza va acorde con sus propias necesidades o esta solo considerando las de los demás; este autoanálisis permite que en muchos casos mejore su estilo de vida; pero cuando esto no se presenta los detalles van acumulándose y almacenándose hasta saturar al individuo y con el tiempo se presenta la el deseo de descarga.

Ciertas personas por situaciones que han ido sucediendo en su vida, por experiencias negativas en la construcción de su mundo interno, o por el tipo de personalidad que se ha instaurado en su interior; adopta roles con los que se interrelacionan en su vida social, como el caso específico de quienes se han dedicado solo a dar y dar en todo ámbito, una madre sacrificada por cubrir todas las necesidades de su hogar a pesar de olvidarse de ella, una amiga dadora y desprendida por su círculo de amigos, una trabajadora que cumple horas extras por el hecho de dar más aunque no se presente una remuneración; este perfil no permite que el individuo equilibre su estado emocional tan solo se ha dedicado a dar aunque no recibirá nada a cambio, por el hecho de cubrir una carencia interna y de agradar al mundo.

Esta actitud hace que la persona se olvide de sí misma, sacrificando sueños propios a favor de los demás. Cuando en una etapa de su vida donde su análisis personal le

permita darse cuenta lo negativo de su estilo de vida, aparecen resentimientos y culpas por que había estado haciendo, son emociones relacionadas con la enfermedad en estudio; teniendo en cuenta que culpa significa "falta", una responsabilidad sobre algo, es un motivo para causar algo; lo que individualiza y señala al sujeto culpable.

Desde el punto de vista holístico e integrativo la culpa es una fantasía, es un delirio; en la neurosis si es asumida por el sujeto como un símbolo sustitutivo de una necesidad subconsciente, que de acuerdo a las etapas psicosexuales plateadas por el terapia hipnótica su génesis es simbiótica. La persona percibe a partir de la culpa, su seguridad existencial como una necesidad de ser castigado o perdonado; sin embargo ni el castigo ni el perdón le permite al sujeto aceptar su derecho a existir; pues tiene como impronta psíquica la pseudonecesidad de cumplir con algo "para existir" o recibir un castigo que le genere una absolución por sustitución. Es decir que el castigo o el gesto de perdón sustituyen al re-conocimiento de saber que para existir solo necesita existir conscientemente.

El resentimiento por su parte tiene una connotación más profunda pues refiere la necesidad de re-sentir a sí mismo, es decir la necesidad del sujeto de sentir la vida ensombrecida por el velo neurótico de la madre; pues se crea un espacio-tiempo vacío donde sentimos que el entrar en existencia está en un espacio mágico, vacío y propio de nuestra esencia donde creamos nuestra realidad; este re-sentir es previo al re-conocer, es también un dolor simbiótico, donde muchas veces el bebé no fue oficialmente sentido por alguna razón neurótica y espiritual debió ser ocultado.

Otra hipótesis simbólica se refiere al nutrir experiencias dolorosas especialmente aquellas relacionadas con los padres y en la niñez. Nuevamente, se refiere al abrazar situaciones, aferrarse y no dejar ir aquello que hirió a la persona en su momento.

Cuando alguien cae en aquel sentido de "volcar todo" hacia alguien o algo externo, deja el ser humano de amarse y por lo tanto deja de cuidarse en todos los sentidos. La infelicidad, se debe en gran parte a la dependencia que existe unos con otros para ser felices, olvidando que la verdadera felicidad comienza dentro de cada uno.

1.12.1 Funciones del dolor desde la Psicología Profunda

1. Sirve como alarma de que algo malo está sucediendo y llama la atención a ese lugar del cuerpo.
2. Tiene la función de inmovilizar esa parte del cuerpo o desfuncionalizarla.
3. Está para llamar la atención hacia algo o alguien.
4. Expresa un sufrimiento asociado con el simbolismo de los órganos o las funciones del mismo.

1.12.2 Dolor crónico oncológico

Este dolor se asocia a la destrucción de tejidos que pertenecen al órgano donde se ha desarrollado el tumor, el apareamiento de un tumor maligno representa la pérdida de diferenciación celular hasta el punto en que las células llegan a comportarse como en sus etapas arcaicas de reproducción asexual y respiración anaeróbica, como hace millones de años, es decir que esta información filogenética permanece en las células y se reactiva cuando el tejido de aquel órgano pierde cierta información que lo mantiene integrado al animal multicelular que lo contiene. Así deja de reconocer al ser humano como la extensión integral y lo toma como el hábitat que utilizará para

alimentarse; favorece la consecuente posibilidad de generar neurosis y alterar esta información de los 80 billones de seres vivientes que componen su cuerpo.

El simbolismo del cáncer es una profunda falta de estimación y amor para son lo que el órgano afectado simboliza en su organismo, y su relación son su entorno. Puede encontrarse en historia de vida de pacientes oncológicos situaciones relacionadas con frustración, deprivaciones emocionales, sentimientos de anhelo y nostalgia, emociones reprimidas, depresión crónica; para su conocimiento profundo es necesario considerar el tipo de cáncer, su localización y su forma de evolución, y relacionarlos con los contenidos de la psique profunda de cada paciente, y los sugestivos emitidos por el médico o personas importantes para él.

Varios de los estudios han tratado de explicar la génesis del cáncer en el ser humano, asegurando según las estadísticas la influencia de las depresiones en la alteración del sistema inmunológico y un tipo de personalidad cancerígena que favorezca a su patología. Desde la física se indica como el comportamiento normal de las células se ve alterado por una fuerza superior a la netamente física para que se de un cambio o transformación; desde el enfoque de las ciencias humanas se lo denomina el "Yo espiritual"; este nivel superior participa en el desarrollo de la vida desde el momento de la concepción. Como cada célula posee toda su historia evolutiva, al enfermar el sujeto se produce un proceso de regresión hasta su nivel evolutivo básico, y recuerda cuando fue una mono célula, es decir se ha convertido en cancerígena.

La condición psíquica también está relacionada con el autoabandono, un deseo de autodestruirse o de morir, a nivel inconsciente; la anamnesis de varios pacientes arroja por lo general pérdidas graves, sufridas antes de conocer su diagnóstico, como la muerte de algún familiar cercano o una separación no procesada; además suele

añadirse sentimientos de culpa con deseos conscientes o inconscientes de morir para reunirse con el querido difunto; puedes ser además impregnaciones adoptadas de sus propias madres.

Otro de los simbolismos del cáncer es el deseo de regresar al regazo de la madre tierra, separándose de los aspectos personales "malos" que sería el tumor maligno por la muerte, y un autocastigo a través de los dolores. Al órgano afectado se le debería observar solo según su contenido simbólico; como los senos que tienen relación con el rol materno y los hijos.

Puede el cáncer ser producto de influencias sugestivas, como la cancerofobia, obtenida de los medios de comunicación y por desinformación sin tener la capacidad de disociar para no permitir una impregnación a nivel inconsciente o hipnótico.

Entre varias de sus funciones del pecho femenino esta la maternidad, alimentación, recogimiento, sensibilidad, placer. En el plano de los síntomas la paciente tiene un temor a vivir por sí misma; oscila entre los viejos y nuevos roles femeninos; no hay un conocimiento de la propia identidad psíquica, vivir en sentimientos ajenos, desprecio de la vía femenina individual; lo ajeno convertido en la feminidad propio en el mundo de los sentimientos y la maternidad; relación maternal no resuelta; amor de madre desilusionada; una preocupación más profunda y no elaborada ha conducido a la resignación; retroceso inconsciente; estar excesivamente herido y enfadado, sin reaccionar con enfado hacia el exterior y se vuelca hacia sí mismo, como un sentimiento de venganza y despecho interior; negativa a responder o a quejarse; la manera femenina y suave de afrontar la vida se ha convertido en un obstáculo.

Pecho izquierdo: la porción femenina débil arquetípica aparece en primer plano, es decir el pecho como órgano alimentador; problemas de madre es decir con la maternidad, temas de recogimiento, la temática del ánima.

Pecho derecho: la porción femenina activa aparece en primer plano, el pecho tomado como arma femenina, la punta del pecho como algo penetrante, principio elemental; conflicto de pareja o del padre, la temática del ánimo.

1.13 Resolución

Para su auto procesamiento debe reconocer el propio ritmo femenino, aprender a vivir la propia feminidad sin tener en cuenta las pérdidas o elaborarlas, concentrarse en lo propio, lo individual y hacerlo prevalecer; tomar de manera activa los temas de la mama es decir la maternidad, alimentar, cuidar; utilizar el pecho activamente, encontrar la propia fuerza, su parte femenina y utilizarla valerosamente; mostrar hacia el exterior la rabia y las emociones; sacar todas las preocupaciones y volver a lo esencial, a lo que realmente interesa; para lograr un crecimiento expansivo.

Es recomendable que el terapeuta actúe como un auxiliar de emergencia, que fortalezca la falta de aceptación básica existencial, integrar los "malos" aspectos de la personalidad que están disociados, tratar de destruir las células enemigas y fortalecer las saludables; todo esto para que el paciente acepte las células como parte de sí mismo, las acoja y concentre sus fuerzas psíquicas y energéticas para no nutrir más a dichas células para que desvanezcan y desaparezcan.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 Antecedentes del problema

La teoría psicoanalítica ha estudiado no solo el comportamiento individual del sujeto, sino además el modo de relación que éste mantiene con su entorno; teniendo en cuenta que para el desarrollo de esta dinámica las primeras relaciones objetales determinan una organización en su personalidad con una serie de factores y procesos que intervienen en el mismo. Para conocer la estructuración psíquica es necesario iniciar con los estudios de Freud quien analizó al sujeto dentro de su desarrollo individual y familiar, continuarán los aportes de Klein con la teoría de las relaciones objetales para conocer que el mundo interno del sujeto supone la presencia de un conjunto de representaciones para ser expresadas; de la misma forma los valiosos y acertados estudios de Winnicott Donald y Chiozza Luis complementarán la connotación del llamado mundo interno a partir del cual el individuo continúa con su relación con el mundo externo.

El inicio de la connotación psicoanalítica con el estudio de la histeria Freud ya indicaba que los problemas físicos u orgánicos eran resultados de las situaciones conflictivas psíquicas, en este proceso aparece la represión, donde el Yo se aparta del impulso instintivo y deja derivar el inconsciente, sin que este regrese a su camino, además la histeria obedece a las exigencias del Super yo. Se habla de un

triunfo en la formación de síntomas cuando consigue fusionar la prohibición con la satisfacción, es decir que lo que al principio tuvo un carácter defensivo o de prohibición, adquiere después la significación de satisfacción, esto permite la síntesis del Yo.

Evidente el miedo a la muerte también en las neurosis traumáticas, como una consecuencia directa del miedo a perder la vida, entonces es un grave peligro para engendrar una neurosis el instinto a la conservación, el miedo a la muerte es el miedo a la castración, donde el Yo reacciona al temor de ser abandonado por el Super yo protector ante los peligros que le rodean, pues quedaría roto el protector contra los estímulos exteriores, dando paso un excesivo ingreso de excitación al aparato anímico, por ende la angustia ya no sería una señal de afecto, sino también una condición económica de acuerdo a la situación.

Las fantasías inconscientes son parte de esta estructura primaria que según Klein son contenidos primarios de los procesos mentales inconscientes, por lo cual no hay un acto instintivo que no haya sido vivido previamente como fantasía inconsciente, a pesar de que después sea un modo de defensa contra los impulsos.

Klein plantea que “desde el nacimiento el Yo es capaz de establecer relaciones objetales primitivas en la fantasía y en la realidad”, debido a que desde su nacimiento el bebé se enfrenta a la realidad ya sea por medio de experiencias de gratificación o frustración de sus deseos.

En el primer año de vida toda relación objetal parcial mantiene una carga de afecto ya sea amor o agresión, es la madre quien refuerza la representación buena siempre que cumpla su rol para que el Yo primitivo del niño haga consciente lo bueno y no

se refuercen los aspectos agresivos y paranoides, a pesar de que la frustración que experimenta el bebé también ayuda al fortalecimiento de su Yo.

La aparición de un síntoma psicossomático permite discutir la posibilidad de que el individuo elige su cuerpo como un intermediario de comunicar algo hacia un otro, se considera como un fenómeno que combine la parte corporal y emocional, esta mención indica que el paciente en su conjunto está enfermo. Para el Psicoanálisis los síntomas neuróticos son formaciones del inconsciente, lo que se muestra como una solución de descarga de deseos conflictivos.

Uno de Ellos es la represión que actúa como barrera del inconsciente desconocido, es decir, su mecanismo defensivo que no permite el acceso al inconsciente; es por eso que son los sueños, los lapsus, los actos fallidos y los síntomas neuróticos como manifestación de ese inconsciente que desea salir para dirigirse a otro.

Cuando hablamos de la aparición de un síntoma estamos refiriéndonos en torno a una represión que busca expresarse de una manera involuntaria, inconsciente y por ende sin decisión del sujeto; en el plano psicossomático se entiende a partir de la historia de vida familiar la presencia de enfermedades elegidas a nivel inconsciente por el paciente con la fijación en uno y no en otro órgano.

En el estudio psicoanalítico el fenómeno psicossomático se pone de manifiesto dos dimensiones por una parte el lenguaje como la psique que se manifiesta en el sujeto y por otra el goce que sería el organismo como el objeto de elección para desplazar el inconsciente al mismo.

Sería importante analizar cómo el sujeto elabora la imagen de su cuerpo, es diferente al organismo, es decir, el cuerpo aparece como un esquema mental constituido a través del lenguaje, además para constituir una imagen de sí mismo es necesario recurrir a lo simbólico para contemplarlo, pero también la presencia de otros le permitirá al sujeto reconocerlo, por eso se dice que toda enfermedad psicosomática está dirigida a otro.

Este cuerpo es un efecto de su mundo simbólico sobre lo real del organismo vivo, pero también se indica que habría partes resistentes a la simbolización que están fuera del lenguaje a lo que se llama goce y va en relación a él donde sitúa la psicosomática.

Freud por su parte ubica el goce más allá del principio del placer, lo llama "*el placer del displacer*", por eso se considera la posibilidad de disfrutar del dolor, evidente por los beneficios obtenidos con la enfermedad, como el ser escuchados y bien atendidos por otro sujeto, también señalemos que la queja es el hablar del goce del cuerpo.

El cuerpo se brinda a recibir marcas y señales inscritas en él, las mismas que no han pasado por el proceso de simbolización y se convierten en marcas de goce como las de operaciones quirúrgicas, úlceras, manchas, entre otras vistas como memoria de algo que sucedió, que no es del sujeto, sino del cuerpo como una memoria de un acontecimiento anterior y que no ha sido simbolizado.

La psicología analiza la posibilidad de que las enfermedades psicosomáticas aparecen en el cuerpo cuando el discurso por medio del lenguaje ya no abarca la necesidad del inconsciente de brotar para expresarse, pero además está añadido un

goce al mantener en el cuerpo una marca o cicatriz que le genera una memoria de su pasado.

Por eso la intención de la presente investigación de conocer de qué manera se inscribe en la persona real el criterio de enfermedad y como ese criterio lleva a desencadenarse en un cáncer y específicamente en el área del seno, entendiendo así la elección inconsciente del seno como el órgano de descarga del conflicto interno.

Para conocer la construcción del mundo interno del individuo Klein considera la importancia de la relación diádica, de la madre con su hijo, para esta constitución se requiere un objeto real interno y un objeto real externo, teniendo en cuenta que este mundo interno al que nos referimos cuenta con pulsiones libidinales y agresivas (eros-thanatos) que necesitan representaciones para ser expresadas.

El cáncer de mama es una de las más antiguas investigaciones llevadas a cabo en Egipto que data de aproximadamente 1600 antes de Cristo. Cuando se encontró el Papiro de Edwin Smith se conoce gracias a su descripción ocho casos de tumores o úlceras de la mama que fueron tratados con cauterización, concluyendo en que no había un tratamiento que lo eliminara por completo

Continúan varios médicos dicha investigación, llegando a la misma conclusión, hasta que lograron un mayor entendimiento del sistema circulatorio en el siglo XVII que establecen un vínculo entre el cáncer de mama y los ganglios linfáticos en la axila.

El cirujano francés Jean Louis Petit (1674-1750) y más tarde el cirujano escocés B. Bell (1749-1806) quienes al extraer los ganglios linfáticos, el tejido mamario y el músculo del pecho, les lleva a comenzar la realización de mastectomías en 1882.

2.2 Significado del problema

Las relaciones objetales primarias están constituidas por todo el bagaje histórico y emocional del individuo, a través de la relación de ese individuo con su entorno.

Es el objetivo básico de esta investigación entender la historia que influye en la elaboración inconsciente del síntoma, en esta ocasión es el cáncer de seno.

2.3 Definición del Problema

En un análisis de la presente investigación se ha planteado un cuestionamiento factible de resolver en el proceso de investigación:

¿Cómo las relaciones objetales primarias influyen en la historia de vida del sujeto?

¿Cómo las relaciones objetales primarias constituyen la estructuración del mundo interno del individuo?

¿Cómo se da la elección inconsciente para que el área del seno sea el depositario de la conflictiva psíquica del individuo?

2.4 Planteamiento del tema

“La importancia de las relaciones objetales primarias en la construcción del mundo interno del paciente que enfrenta cáncer de seno de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer de Ambato en el periodo Octubre 2011 a Abril 2012”

2.5 Delimitación del tema

2.5.1 Delimitación de contenido

Acorde a la planificación de la investigación será la bibliografía y la linkografía la fuente de extracción de contenidos para el conocimiento del problema planteado.

2.5.2 Delimitación espacial del problema

Espacio: Esta investigación se realizará en el periodo Octubre 2011 a Abril 2012.

Provincia: Tungurahua

Cantón: Ambato

Institución: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer de Ambato

Área: Consulta externa y Hospitalización

Dirección: Izamba

2.5.3 Delimitación temporal del problema

Los datos se recolectaran en los meses de Octubre 2011 a Abril del 2012 y se continuará con el proceso de estudio de la investigación.

2.6 Hipótesis

¿Las relaciones objetales primarias, como factores de construcción del mundo interno repercuten para la adopción de Cáncer al seno en pacientes de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer de Ambato?

Donde se establece como:

Variable independiente: Las relaciones objetales primarias

Variable dependiente: El cáncer de seno

2.7 Indicadores

Cuadro 1

VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADORES
<p style="text-align: center;">RELACIONES OBJETALES PRIMARIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relación Madre e Hijo • Relación Padre e Hijo • Objeto real interno • Objeto real externo • Mecanismos de defensa • Posición esquizo-paranoide • Etapa depresiva • Relación objeto bueno, malo, parcial, total, ideal, extraño

Elaborado por: LUNA Andrea

Cuadro 2

VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES
CÁNCER DE SENO	<ul style="list-style-type: none"> • La enfermedad física como lenguaje. • El seno como depositario del conflicto. • Elementos físicos • Elementos emocionales • Vía filogenética • Vía ontogenética • Síntomas Inconscientes

Elaborado por: LUNA Andrea

2.8Objetivos

2.8.1 Objetivo general

Analizar cómo influyen las primeras relaciones objetales en la formación del mundo interno de la paciente y su relación con el proceso patológico de adquisición de cáncer de mama a partir de esta construcción.

2.8.2 Objetivos específicos

- Conocer como las relaciones objetales primarias influyen en la construcción del mundo interno del sujeto.
- Determinar a partir de estas relaciones objetales primarias las características psíquicas de la paciente.

- Conocer el proceso de elección inconsciente para que el área del seno sea el depositario de la conflictiva psíquica de la paciente.

2.9 Enfoque de la investigación

Se investigará con el enfoque cualitativo pues se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones, que permitirán responder preguntas planteadas previamente.

2.10 Modalidad básica de la investigación

- ❖ **Bibliográfica:** Será necesario la revisión de contenido científico que fundamente el Marco Teórico y lo sustente.
- ❖ **De campo:** Sera la institución Sociedad de Lucha Contra el Cáncer de Ambato, el lugar donde la investigadora acudirá para su investigación.

2.11 Tipo de Investigación

- ❖ **Explorativo:** Corresponde a la investigación de Campo, de aplicación práctica al conocer el proceso de adquisición del cáncer en pacientes oncológicos.

- ❖ **Descriptivo:** Es complementaria a la Investigación explorativa al identificar elementos y características específicas al problema de investigación. Se recolectara, comparara, analizara los datos obtenidos.

2.12 Técnicas e instrumentos

- ❖ Serán utilizadas historias clínicas, con el fin de mantener un formato de investigación para cada paciente.
- ❖ Se utiliza un cuestionario elaborado previamente, con preguntas extraídas del contenido teórico de la investigación bibliográfica.
- ❖ La libre asociación de ideas, durante cada entrevista con el fin de analizar el discurso de la paciente.

2.13 Universo

Esta investigación se realizara con pacientes oncológicos de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer de Ambato.

2.13.1 Población y Muestra

La muestra será tomada a 6 pacientes que han adquirido actualmente cáncer de mama, de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer de Ambato; el número de pacientes elegidos se debe a la profundización meticulosa de su historia de vida por lo que se requirió un seguimiento individual, para obtener resultados reales y coherentes a lo requerido en la hipótesis.

2.13.2 Cálculo de la muestra

El número de pacientes entrevistados de la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer de Ambato son 6, por lo tanto la muestra es exactamente la misma.

2.14 Recolección de Información

Para obtener los datos requeridos por la investigadora, se traslada a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer de Ambato a conocer la frecuencia con la que se encuentran disponibles las pacientes para que se pueda realizar su historia clínica a nivel individual como primera entrevista y un seguimiento con una entrevista estructurada para profundizar aspectos necesarios que complementan la investigación.

En los meses de Octubre a Abril en el área de Hospitalización y consulta externa se detectan seis casos oncológicos mamarios, a quienes se les aborda meticulosamente

para conocer su historia de vida desde su nacimiento hasta la edad actual, donde adquieren la patología mencionada.

Para lo cual es necesario seguir los siguientes pasos:

- 1) Detectar los casos oncológicos en la Sociedad de Lucha contra el Cáncer
- 2) En una primera entrevista extraer datos de la historia clínica de cada paciente
- 3) En una segunda entrevista aplicar el cuestionario previamente elaborado
- 4) Realizar un análisis personal de cada paciente
- 5) Analizar colectivamente los rasgos similares encontrados en las pacientes investigadas.
- 6) Aplicar la información bibliográfica en el análisis de los datos obtenidos de las pacientes.

2.15 Procesamiento de la Información

Con los datos obtenidos en la primera entrevista, se presenta la necesidad de profundizar en ciertos aspectos, para lo cual se crea una entrevista guiada con las siguientes preguntas, obtenidas del contenido bibliográfico.

Cuadro 3

Entrevista estructurada

No	Criterio	Pregunta	Objetivo
1	Es necesario conocer la imagen paterna de cada sujeto.	Descripción psíquica del Padre	Conocer la constitución del Super yo que tiene la paciente.
2	Los pacientes intentan deshacer alguna experiencia traumática, por medio de la formación de síntomas.	Hechos traumáticos en la historia de vida de la paciente	Evidenciar puntos patológicos que podían desencadenar un síntoma oncológico.
3	Como consecuencia directa del miedo a perder la vida, se puede engendrar una neurosis por el instinto a la conservación.	Ha estado expuesto a un grave peligro?	Indagar en puntos patológicos que han dejado huellas mnémicas en la paciente.
4	El primer ataque histérico tiene un significado y un propósito; pues con la aparición del angustia puede acarrear una reacción adecuada y prevenir consecuencias mayores; o inadecuadas que genere una situación peligrosa.	Cuénteme la primera impresión de la enfermedad	Analizar el desarrollo del proceso patológico a partir de un diagnóstico desfavorable.
5	Las primeras relaciones objetales se basan en la introyección de las figuras materna y paterna.	Con quién te identificas Madre o Padre?	Detectar el tipo de vinculación sana o patológica de la paciente con las figuras primarias.
6	La independencia del sujeto depende de las primeras vinculaciones en su primera infancia.	Cómo considera sus vínculos con la gente?	Indagar en su desarrollo social, a partir de las primeras vinculaciones de la paciente.
7	Cualquier pérdida en la vida posterior revivirá la ansiedad de perder el objeto interno bueno, sino hay una introyección adecuada de un objeto interno bueno, conducirá a la enfermedad.	Pérdidas vitales, elaboración de duelos.	Investigar posibles causas que generaron enfermedad en la paciente.

Elaborado por: LUNA E. Andrea

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y RESULTADOS

3.1 Historias Clínicas

HISTORIA CLÍNICA

Número 1

1. DATOS INFORMATIVOS

Nombre: Lucila

Sexo: Femenino

Ocupación: Quehaceres domésticos

Estado Civil: Casada

Religión: Católica

Dirección: Augusto Martínez

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 64 años de edad que presenta un cáncer de mama derecha, el día 23 de febrero será intervenida para extraerle el seno debido a la gravedad del tumor detectado.

3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Hace un año aproximadamente mira en la televisión los síntomas de un cáncer de mama, y reconoce que del pezón al aplastarlo salía sangre, se acerca al médico para los chequeos y le descubren un tumor en el seno derecho, lo que posteriormente se identifica un cáncer en dicha área.

4. COMPOSICIÓN FAMILIAR

DATOS DE LA FAMILIA

Cuadro 4

NOMBRE	RELACIÓN	EDAD	OCUPACIÓN	OBSERVACIONES
María	Madre	90	Quehaceres Domésticos	
Bernardo	Padre	85	Agricultor	Muere por un problema en la aorta
Ángel	Hijo	68	Chofer	Taponada una arteria del corazón
Noé	Hijo	66	Profesor	Problema de nerviosismo
Lucila	Hija (Pt)	64	Quehaceres domésticos	
Marta	Hija	62	Quehaceres domésticos	Prótesis en la pierna derecha

Elaborado por: LUNA E. Andrea

5. PSICOANAMNESIS PERSONAL, NORMAL Y PATOLÓGICA

ETAPA PRENATAL

Paciente concebida a los dos años de diferencia con su segundo hermano, un embarazo de 36 semanas, sin complicación alguna según refiere.

ETAPA NATAL

Parto normal sin dificultades.

ETAPA POSTNATAL

Sin problemas

INFANCIA

La paciente indica no haber jugado nunca, su entretenimiento tan solo eran los animales, solo pasaba en casa, se llevaba bien con sus hermanos, estudió la primaria completa pero no le gustaba, tampoco fue una buena estudiante. La relación con sus padres era buena a pesar de la frialdad de cada uno, no le maltrataban pero recuerda que siempre en las noches dormía con su abuelita paterna a quien la quería mucho y era muy afectiva, es decir recibía el cariño que en casa no. A los diez años ya debía ayudar a cocinar y algunas veces ya lo hacía sola, y también lavar la ropa de toda la familia.

A los dos años nace su hermana, pero la madre le da a su cuñada y al esposo que no pudieron tener hijos, es decir la hermana se ha criado toda la vida con sus tíos sin dejar de reconocer a sus padres y llamarlos como tal, recuerda que su hermana llegaba a casa pero no habían compartido una relación de hermanas, hasta la actualidad que si lo hacen.

ADOLESCENCIA

Recuerda que al inicio de su adolescencia, a los doce años comenzó a tomar la responsabilidad de su casa, su madre con una queja de que no podía lavar ni cocinar porque estaba enferma, sin dar mayor detalle de dicha enfermedad, era Lucila quien

debía atender a sus padres y hermanos, indica que su madre había hablado en la academia para que antes de las diez de la mañana ya pudiera salir para que regrese a casa a cocinar y atender a la familia, además de ir a dejarle la comida a su padre en el lugar donde se encuentre que por lo general era en el cerro, en las tardes regresaba a la academia y en la noche ya se iba donde su abuelita a dormir y a recibir afecto.

Ingresó sin consentimiento a la academia de costura, pero no le gustaba estudiar y después del tercer año se retiró faltándole solo uno para terminar, aquí conoció a una amiga con la que compartía mucho pero perdió comunicación al retirarse.

“No había tiempo para jugar”, no salía para nada a la calle porque tenía muchas cosas que hacer en la casa, no recuerda que alguna vez haya escuchado un te quiero de sus padres o haya recibido alguna muestra de cariño.

A los 16 años conoció a su vecino con quien tuvo una relación de pareja y al año se casaron, indica que a pesar de la diferencia de ocho años que mantienen se han podido comprender, aunque al principio vivían en la casa de los suegros, después en la casa de sus padres pero al final se retiraron a vivir en una casa a parte, después de su primer año de matrimonio se embarazó y tuvo su primer hijo.

ADULTEZ

A los 22 años muere su abuelita noticia que la impactó mucho, porque era la fuente de quien recibió afecto, un cáncer de útero que al no ser tratado terminó con su vida, y como fue muy joven viuda se dedicó a esta nieta.

Su vida matrimonial indica ser agradable, su esposo era “bueno” dedicado a la casa y al trabajo de donde obtenía el dinero para llevar todo y cubrir las necesidades de la familia, con una economía limitada no había mayor dificultad de mantener el hogar

con dos hijos M (45) y H (40), pero a partir de la parálisis del medio cuerpo de su esposo, hace 4 años comenzaron los problemas pues se le debe atender al 100% a pesar de las terapias que ha seguido apenas puede caminar y valerse un poco, pero ya no hay una entrada económica de su parte, y con el cáncer que está afrontando todo está mas complejo “esta es una enfermedad para ricos, no para pobres”. Lucila mantiene su trabajo de comerciante y trata de cubrir las necesidades de la pareja ya que sus hijos tienen sus hogares, también ayudan en casa y especialmente lo han hecho con su enfermedad.

ANTECEDENTES MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Tres operaciones de hernias, una al lado derecho y dos al lado izquierdo.

Una cesaría de su último hijo porque estaba en una posición inadecuada, lo que dificultó el parto normal.

Ninguna enfermedad relevante, casi no se ha enfermado.

6. EXAMEN DE EXPLORACIÓN MENTAL

CONSCIENCIA:

a. ORIENTACIÓN AUTOPSÍQUICA

- Madurez emocional

Aparente madurez emocional, acorde a su edad, no presenta alteraciones ni complicaciones, lo que le ha permitido sobrellevar las dificultades que se le han presentado en su vida.

- Nivel de extroversión, introversión

Evidente nivel de introversión, desde niña ha pasado la mayor parte del tiempo en su casa dedicada a las labores del hogar, y descuidando la parte social.

- Aptitudes intelectuales

Acorde a su nivel cultural y académico, sin dificultad alguna.

- Escala de valores: dimensión espiritual (educación religiosa, lo que cree o no y por qué, sentido de su vida)

Indica la paciente ser católica creyente y practicante, otorgando el sentido de su vida a los designios de Dios, porque “es dueño de nuestras vidas, y es perfecto”.

- Nivel de autonomía e independencia

Actúa acorde a su edad, bastante independiente.

- Capacidad de afrontar el cambio y a conflictos

La paciente indica que tiende a conversar con su esposo o hijos para tener la mejor solución para cualquier dificultad, no se desmorona ni huye sino que enfrenta.

b. ORIENTACIÓN ALOPSÍQUICA

- Habilidades de comunicación

Mantiene un discurso adecuado y entendible, a pesar de su estado actual de salud, permite un dialogo coherente.

c. CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD

Conoce sobre su cáncer de mama derecha, las causas y consecuencias que la operación va a traer consigo, especialmente la extracción del mismo y el posterior tratamiento que debe hacerse, económicamente es bastante costoso pero cuenta con el apoyo de sus hijos.

ATENCIÓN: Normal

SENSOPERCEPCIÓN: Normal

MEMORIA: Normal

PENSAMIENTO: Normal

LENGUAJE: Normal

INTELIGENCIA: Normal

VOLUNTAD: Normal

JUICIO Y RAZONAMIENTO: Normal

HÁBITOS: Adecuados

7. EXPLORACIÓN AFECTIVA

Balance de pérdidas vitales

Muere la abuelita con un cáncer al útero cuando ella tenía 22 años, muere su tía quien crió a su hermana con un infarto, a los 8 días del fallecimiento de su tía muere su padre a los 85 años con un problema en la aorta, y por último una muerte bastante impactante fue la de su sobrino de 22 años que estaba sano y solo con un dolor del brazo le inyectan y fallece instantáneamente.

Proyecto vital y proyección futura

Desea recuperarse de su enfermedad, ver crecer a sus nietos, continuar con la lucha de su esposo.

RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

1. Descripciones psíquicas del padre para conocer la constitución del Super yo

- ❖ Frio sin demostración de afectividad
- ❖ Indiferente con las labores del hogar
- ❖ Un carácter fuerte pero nunca maltratador
- ❖ Mantenía una distancia en la crianza de sus hijos, era su esposa quien emitía órdenes en el hogar.

2. Indagar sobre hechos traumáticos en la historia de vida.

- ❖ La muerte de su abuelita le afectó notablemente pues era la fuente generadora de amor.
- ❖ La frialdad de sus padres con los que no podía contar.
- ❖ Responsabilidades de un adulto cuando aún era una niña.
- ❖ Una vida social bastante escasa.

3. Ha estado expuesto a un grave peligro?

No a ninguno.

4. Conocer la primera impresión que tuvo al recibir la noticia de su enfermedad

Fue terrible, indica la paciente haberse impactado con la noticia pues considera que es una enfermedad para ricos y no para pobres; y estaba segura de que moriría si no se podía solventar los gastos.

5. Con que figura materna o paterna se identifica más y por qué?

Se identifica con la Madre porque considera mantener rasgos muy similares de ella, especialmente en su rol de esposa y de madre, repitiendo así situaciones en su historia de vida que ella la tuvo.

6. Cómo considera los vínculos con la gente?

Son vínculos han sido pasivos sin mayor interacción, pues su madre desde niña nunca le dejó relacionarse con sus iguales.

7. Cómo fue la elaboración de duelos de sus pérdidas vitales si los ha tenido?

Con dificultad por la forma en que han ido ocurriendo cada pérdida, pero ha logrado elaborarlo.

Análisis Personal y Familiar

La paciente reconoce haber presentado molestias en su mama derecha pero por su desconocimiento no se había acercado donde algún profesional, por televisión se informa sobre la detección de la patología, sigue el procedimiento que se le indica y descubre el desarrollo de su cáncer, actualmente ha podido sobrellevar la enfermedad, dejando secuelas a nivel afectivo especialmente en la toma de decisiones, por lo que ahora es más dependiente emocionalmente que antes.

En el desarrollo de su infancia el depositante de afecto fue su abuela, pues sus padres se mostraron fríos e indiferentes a pesar de que no hubo maltrato alguno; Lucila mantiene responsabilidades no acorde a su edad, por la personalidad neurótica de su madre quien mantenía un discurso con quejas constantes, con lo que justificaba su aparente imposibilidad de hacerse cargo de las actividades de su hogar, y es su hija quien se hizo cargo de las mismas.

Es el ámbito educativo donde la relación social del ser humano comienza a desarrollarse y la desmotivación de los padres y la falta de seguridad no instaurada en los hijos se torna en una problemática como la deserción de los estudios, "no me gustaba estudiar". Su vida social a partir de esta situación se queda descuidada hasta la edad actual, llena de miedos e inseguridades por profundizar en una relación de amistad y se marca la introversión.

Con escasas experiencias afectivas a nivel de pareja, Lucila conoce a sus 16 años una figura masculina con una diferencia de ocho años de edad con quien se casa, dicho desequilibrio en la edad de la pareja es el indicativo de la búsqueda de una figura

paterna, en ausencia de la propia en su etapa temprana. Lleva su hogar muy similar al de sus padres, existiendo frialdad y una transferencia muy evidente de su infancia; especialmente en la crianza de sus hijos, generándoles responsabilidades desde edades muy tempranas.

Es evidente la presencia de duelos no elaborados por cómo se han presentado, dejando un aparente vacío afectivo, complementado por la situación actual del esposo a quien debe atender completamente por su parálisis, que lo hace dependiente en todo aspecto.

Análisis relacionado con el cáncer

Una mujer dadora dedicada constantemente a dar; en su familia primaria era quien atendía a sus padres y hermano, a pesar de no recibir afectividad o atención de los mismos, fue evidente que ante su madre esta hija era tomada como quien debía encargarse de sus responsabilidades como madre y esposa dentro del hogar; esta renuncia de rol de hija a asumir un rol de niña adulta, le hizo desertar a su vida infantil, “no había tiempo para jugar”; esta dinámica construyó su mundo interno con un desequilibrio entre el dar y el recibir. El desprendimiento de su hermana menor cuando los padres dan a sus tíos para que la críen, también influyó para que Lucila asuma con mayor tensión este rol de hija adulta y lleve una vida de sumisión donde debía cumplir sin objeción, para ser la hija modelo para agradar a sus padres e inconscientemente se instauró una impronta con la idea de que podía también ser desplazada del hogar.

La muerte de su abuela quien era fuente emisora de afectividad, con un cáncer de útero permite a Lucila asumir dicho cáncer como un vínculo que puede unir la nuevamente a ella, al comprender el dolor que sintió en su momento ahora con una transferencia en la paciente y con su situación actual, es decir las circunstancias físicas de su esposo, sus problemas económicos; a la paciente le gustaría irse con ella, aquí se puede evidenciar el goce patológico de su enfermedad.

Además se denota la sugestión que tiene cuando menciona "esta enfermedad es para ricos, no para pobres"; no se siente digna por su nivel económico de sobrevivir ante esta enfermedad, eso indica como inconscientemente no quiere soltar la enfermedad por no sentirse merecedora de eso.

La detección de su cáncer fue hace un año, y la parálisis que sufrió su esposo fue hace cuatro años, es un factor influyente en la construcción de su actual patología, pues se ve amenazada de ser ahora quien deba asumir la responsabilidad total de su hogar, transferencia que viene de su niñez cuando tuvo que también asumirla como suya. El enfermar produce en el sujeto una regresión hacia su nivel evolutivo básico, por lo que siente nuevamente un autoabandono y por ende un deseo de autodestruirse y de morir para evitar vivir por sí misma; es decir se activa nuevamente la emocionalidad de su infancia; por su nivel de sumisión y no haber construido su psique con una capacidad de expresar y comunicar hacia fuera, se vuelcan estos sentimientos hacia sí misma y enferma de cáncer.

HISTORIA CLÍNICA

Número 2

1. DATOS INFORMATIVOS

Nombre: Blanca

Sexo: Femenino

Ocupación: Agricultura

Estado Civil: Divorciada

Religión: Católica

Dirección: Santa Rosa

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 58 años de edad que presenta un cáncer de mama derecha, se encuentra recibiendo sus quimioterapias.

3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Paciente recuerda haber notado en su seno derecho una bolita similar a un chocho el 10 de Julio del 2011, la única molestia que sintió fue una especie de pinchazo en el área donde se ubicaba dicha bolita, a partir de este descubrimiento comienza con los exámenes y le detectan con la biopsia el cáncer maligno, pero no ha mostrado mayor molestia.

4. COMPOSICIÓN FAMILIAR

DATOS DE LA FAMILIA

Cuadro 5

NOMBRE	RELACIÓN	EDAD	OCUPACIÓN	OBSERVACIONES
Miguel	Padre	71	Agricultor	Alcoholismo, problemas de la próstata
María	Madre	88	Agricultora	Cáncer a la ingle
Olivo	Hijo materno	66	Mecánico	Cirrosis
Blanca (Pt)	Hija	58	Agricultora	
Isaías	Hijo	55	Textiles	Alcoholismo y problemas de colesterol

Elaborado por: LUNA E. Andrea

Antecedentes familiares

Antes del primer hijo materno muere un varón de meses de nacido.

Antes de la paciente mueren dos hijos un varón y una mujer de pocos meses de nacidos.

Tío materno muere por cáncer al pulmón.

Tío materno muere por cáncer a la próstata.

5. PSICOANAMNESIS PERSONAL, NORMAL Y PATOLÓGICA

ETAPA PRENATAL

Paciente concebida después de dos pérdidas de niños nacidos vivos que fallecen de meses, sin complicación alguna según refiere.

ETAPA NATAL

Parto normal con partera sin dificultades.

ETAPA POSTNATAL

Sin problemas.

INFANCIA

Por la economía limitada de sus padres termina la escuela, indica que su etapa escolar le gustó se dedicó a estudiar, a pesar de lo estrictos que eran sus padres, la madre era más temeraria. La corrección de sus padres era solo con palabras, pues indica que “antes éramos niños más obedientes y ordenados”. Ayudaba en los quehaceres de la casa, apoyando a su madre en las labores, también en la agricultura y considera haber tenido una niñez feliz y tranquila.

ADOLESCENCIA

A partir de los 12 años empieza su vida laboral, iniciando en la agricultura, y después hasta los 16 años trabaja en una quesería donde le trataron bien, a pesar de no tener horario ni vacaciones empezaba a las 8 de la mañana hasta que terminara con su labor, recuerda que siempre se levantaba a las cinco de la mañana para hacer todas las cosas de la casa y se iba a su trabajo, al regresar continuaba con las demás labores

diarias. La ganancia de todo su trabajo le entregaba a su madre, quien administraba el dinero sin que la paciente gozara de estos honorarios.

A los 17 años conoce a su primera pareja a quien quiso mucho, pero la madre al enterarse les pega y tuvieron que separarse, esta circunstancia le afecto mucho porque había un apego muy marcado en la pareja.

ADULTEZ

A los 20 años sin amor se casa, resultado de un capricho, y sin haber superado la separación anterior, deja su trabajo y empieza el negocio con su esposo en la realización de balones en su propia casa. Mantienen una relación de pareja complicada, cuando se embaraza de su primera hija lloró todo el embarazo pues no se sentía a gusto en su hogar, su esposo mayor que ella tres años era agresivo verbal y físicamente, uno de los sucesos más complejos fue cuando le rompió la nariz y la ensangrentó. Su matrimonio fue civil y eclesiástico pero la relación era bastante patológica, “él me abandonó como 3 veces, pero solo las dos primeras le rogué para que regrese, la tercera ya no”.

A los 10 años de su hija se separan, siendo ella la más afectada pues fue testigo de la relación inadecuada entre sus padres; después de un año de dicho rompimiento, Blanca conoce a una nueva pareja con quien convive sin casarse por 6 años, tienen una hija y a los ocho meses de su nacimiento tienen al segundo hijo de la pareja, era una relación más adecuada, más sana; pero al aparecer una tercera persona quien se embaraza de él, deciden separarse “Yo no comparto”, sin mayor agresividad terminan la relación y realizan la separación de bienes.

Para la recuperación de la separación de su segunda pareja le tomó como 2 años y medio aproximadamente, porque a diferencia de la primera pareja donde no hubo amor, con su segundo compromiso si se sintió más cómoda “era buena persona”. A los 15 años su primera pareja la busca pero sin dudarlo hay una negativa respecto a su propuesta.

La crianza de sus hijos prácticamente lo ha hecho sola, mostrándose siempre independiente y sin mayor ayuda de sus padres respectivamente, indica la paciente haber tenido el apoyo emocional de una amiga que le ayudó en su equilibrio emocional, a pesar de haber perdido contacto con ella “seguramente ya murió, porque nadie la ha visto”.

ANTECEDENTES MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Hace aproximadamente 10 años se le presentó una hemorragia interna como consecuencia de un quiste ovárico, pero con un tratamiento pudieron disolverle y no hubo necesidad de operarla.

6. EXAMEN DE EXPLORACIÓN MENTAL

CONSCIENCIA:

a. ORIENTACIÓN AUTOPSÍQUICA

- Madurez emocional

Aparente madurez emocional, acorde a su edad, no presenta alteraciones ni complicaciones, lo que le ha permitido sobrellevar las dificultades que se le han presentado en su vida, especialmente la separación de su segunda pareja.

- Nivel de extroversión, introversión

Evidente nivel de extroversión, lo que le facilitó su vida laboral, pues se dedicó siempre al negocio y el contacto con la gente le agradaba, es decir mantiene un desarrollo social adecuado.

- Aptitudes intelectuales

Acorde a su nivel cultural y académico, sin dificultad alguna.

- Escala de valores: dimensión espiritual (educación religiosa, lo que cree o no y por qué, sentido de su vida)

Indica la paciente ser católica creyente y practicante, otorgando el sentido de su vida a los designios de Dios.

- Nivel de autonomía e independencia

Actúa acorde a su edad, bastante independiente.

- Capacidad de afrontar el cambio y a conflictos

La paciente indica que por las circunstancias de su vida siempre ha sido independiente para resolver sus dificultades, pero lo hace sin recurrir al llanto o a la desesperación.

b. ORIENTACIÓN ALOPSÍQUICA

- Habilidades de comunicación

Mantiene un discurso adecuado y entendible, a pesar de su estado actual de salud, permite un diálogo coherente.

c. CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD

Esta consiente sobre el tratamiento que debe afrontar, pero tiene la seguridad de saber sobrellevarlo, porque su deseo de continuar con su vida la motiva diariamente.

ATENCIÓN: Normal

SENSOPERCEPCIÓN: Normal

MEMORIA: Normal

PENSAMIENTO: Normal

LENGUAJE: Normal

INTELIGENCIA: Normal

VOLUNTAD: Normal

JUICIO Y RAZONAMIENTO: Normal

HÁBITOS: Adecuados

7. EXPLORACIÓN AFECTIVA

Balance de pérdidas vitales

La muerte de sus padres fueron pérdidas importantes, pero está segura de haberles atendido como se debe y ello le permitió superar y elaborar el duelo sin mayor dificultad.

Proyecto vital y proyección futura

Desea recuperarse de su enfermedad, ver crecer a sus nietos, continuar con el proceso de su vida, no tiene miedo a la muerte, solo lo deja a la voluntad de Dios.

RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

1. **Descripciones psíquicas del padre para conocer la constitución del Super yo**

- ❖ Si indiferencia fue evidente en su crianza
- ❖ A nivel de hogar no hubo un apoyo de su parte
- ❖ Un carácter fuerte por su problema de alcoholismo, pero nunca maltratador
- ❖ No participaba en la crianza de sus hijos, era su esposa quien emitía órdenes en el hogar.

2. **Indagar sobre hechos traumáticos en la historia de vida.**

La separación de su primera pareja fue traumática de la forma en la que les separaron, su madre les pegó muy fuerte a ella y a él, siente que con él si hubiera sido feliz y no estaría sola como ahora. La separación de su tercera pareja también fue difícil de superar.

3. **Ha estado expuesto a un grave peligro?**

Por los maltratos de su primera pareja si se expuso varias veces a peligros con los que podía perder la vida.

4. **Conocer la primera impresión que tuvo al recibir la noticia de su enfermedad**

Fue terrible, indica la paciente haberse asustado por tanta información que había escuchado sobre el tema pero supo sobreponerse.

5. **Con que figura materna o paterna se identifica más y por qué?**

Se identifica con Padre por la sumisión que mantenía con sus parejas, siempre permitiendo que abusen de ella y recuerda que su padre era similar.

6. Cómo considera los vínculos con la gente?

La paciente mantiene lazos bipolares con la gente, de acuerdo a la situación es su forma de reacción, no profundiza en su vinculación por protección a evitar experiencias del pasado.

7. Cómo fue la elaboración de duelos de sus pérdidas vitales si los ha tenido?

La muerte de sus padres le afectó notablemente pero ha podido superarlo.

Análisis Personal y Familiar

Hace un año aproximadamente detecta una bolita en su mama, después de un proceso de evaluación le emiten el diagnóstico desfavorable; teniendo en cuenta sus antecedentes familiares donde han sido tres miembros quienes también han adquirido algún tipo de cáncer; lo que indica su herencia patológica.

Concebida después de la muerte de dos de sus hermanos cuando han tenido a penas meses, nace en un hogar de padre alcohólico y madre temerosa por su carácter; llevó una infancia con responsabilidades no acorde a su edad, pues atendía a su familia especialmente en la alimentación.

Con un descuido en sus estudios, inicia su vida laboral con una rutina compleja, pues debía combinarla con la responsabilidad de las actividades de su casa; con la inestabilidad de un padre alcohólico y la ausencia de afectividad de madre instauraron en Blanca una notable introversión, con vínculos ausentes e inestables.

A nivel relacional conoce a su primera pareja de quien la madre les separa dejando huellas a nivel afectivo en su hija; ha mantenido relaciones de pareja inestables sin lograr la formación de un hogar y por ende el apoyo para la crianza de sus hijos; así se detecta la transferencia del rol de su madre como sumisa y sin transmisión de afecto en sus hijos.

La muerte de sus padres ha sido elaborada, pues considera haber participado en todo lo que estuvo en sus manos con respecto a la salud de ellos, sin dejar secuelas patológicas. Pero las agresiones de su esposo y la separación de sus parejas le han marcado la vida, dejando una sensación de soledad.

Análisis relacionado con el cáncer

Al contar con una madre neurótica producto de la pérdida de tres hijos nacidos vivos, construye el mundo interno de Blanca con rasgos neuróticos, al crear una figura materna agresiva o temeraria como ella lo indica, además consecuencia de la relación patológica mantenida con su pareja alcohólica, con esta figura negativa en su formación interna, la paciente asume el rol de madre dadora de sus dos hermanos al ser ella la única hija mujer; estableciendo en su psiquis el rol de adulta que debía responsabilizarse de su hogar.

Como instaura un tipo de personalidad acogedora y dadora, da paso a que en su vida adulta por medio de una transferencia del mismo rol, acoge a sus parejas a pesar de las agresiones que recibía de ellos, y de las triangulaciones de las que era consciente que era partícipe.

Cuando decide casarse sin amor como lo indica Blanca, después de la separación traumática de su primera pareja; denota la renuncia a su propio sueño de encontrar el verdadero amor, y una demostración de rebeldía hacia sus padres; como se sentía incómoda en su vida matrimonial, "lloré todo el embarazo de mi primer hijo", indica su no aceptación a su rol materno, y le genera un sentimiento de culpa, pues siente el desplazamiento como hija del que ella fue víctima en su infancia, siendo ahora ella quien lo provoca a su propio hijo.

Dicho sentimiento de culpa por su rol de madre no asumido, le genera una fantasía inconsciente de tener que ser castigada para generarle una absolución, dicho sentimiento lo sustituye por la patología de cáncer, asumido el seno como el objeto

símbolo del fallo materno que tuvo con sus hijos, eso le ha hecho aferrarse a situaciones dolorosas que hirió en algún momento a dicha persona, sus hijos.

Al reconocer sus fracasos a nivel de pareja, crea un apego simbiótico con sus hijos, "yo no comparto"; creando un rol de una aparente súper mamá quien les ha criado sin ayuda de sus respectivos padres; esto permite analizar su deseo de compensación a su frustración interna. Pero desencadena su cáncer como ese llamado de atención, hacia sus parejas para generar en ellos una imagen de mujer enferma que a pesar de su sacrificio de ser madre y padre a la vez, ahora está enferma; para así acoger nuevamente a sus hijos para ella sola y alejarlos de sus padres, por compasión a sí mismo, ahí está el goce por dicha ganancia; por eso indica Blanca no haber tenido mayor molestia en el desarrollo de su patología.

HISTORIA CLÍNICA

Número 3

1. DATOS INFORMATIVOS

Nombre: Anita

Sexo: Femenino

Ocupación: Trabajadora Privada

Estado Civil: Casada

Religión: Católica

Dirección: Lago Agrio

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 50 años de edad que presenta un cáncer de mama derecha, se encuentra recibiendo sus quimioterapias, y en un mes debe continuar con los exámenes.

3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Hace 4 años aproximadamente nota algo duro dentro de su mama derecha, por lo cual empieza el proceso de exámenes que revelaron lo maligno de su tumor, a los 6 meses la operan extrayéndole dicho seno, y comienza el proceso de quimioterapia.

4. COMPOSICIÓN FAMILIAR

DATOS DE LA FAMILIA

Cuadro 6

NOMBRE	RELACIÓN	EDAD	OCUPACIÓN	OBSERVACIONES
Miguel	Padre	60	Comerciante	Cirrosis por su alcoholismo
Aurora	Madre	62	Quehaceres domésticos	Diabética, problema de várices

Elaborado por: LUNA E. Andrea

Hermanos: Cecilia, Roberto, Jimena, Jimena (muerta), Anita (Pt), René, Washington, Jaime, Iván, Sandra (muerta), Santiago.

Antecedentes patológicos familiares:

Jimena muere muy pequeña, no se conoce la razón.

Sandra muere a los 5 años porque se hinchaba mucho.

Dos de sus hermanas mujeres tienen diabéticas.

Dos de sus hermanos varones son alcohólicos.

Abuelos paternos alcohólicos.

5. PSICOANAMNESIS PERSONAL, NORMAL Y PATOLÓGICA

ETAPA PRENATAL

Paciente quinta de nueve hijos vivos y dos hijas muertas, concebida en un hogar con un padre alcohólico vista como una figura agresiva, estricta, dura para la crianza de sus hijos y una madre dócil muy cariñosa.

ETAPA NATAL

Parto normal sin dificultades.

ETAPA POSTNATAL

Sin problemas

INFANCIA

Con una economía media, pudo ir a la escuela, sin dificultades porque le gustaba estudiar, sin ayuda de sus padres “estudiaba sola, nadie me ayudaba”, a nivel relacional indica no haber tenido amigas, tal vez por influencia de su madre que les indicaba que no era bueno tener tantas amigas, siempre ayudaba en las cosas de la casa sin necesidad de que le ordenaran hacerlas, muy hogareña.

ADOLESCENCIA

Inicia su etapa colegial, sin mayor dificultad académica, bastante individualista en hacer sus cosas, con pocas amigas sin intimar mucho con ellas, después de cumplir con su horario de clases se quedaba entrenando varios deportes lo que le restaba tiempo para su vida social, en este círculo de compañeros de entrenamiento conoce a su primera pareja con quien tuvo una relación de 4 años, su padre al descubrir dicha relación y un día que ella se tardó después de su rutina diaria, le agredió bajo efectos del alcohol y le dejó marcas en su cuerpo, sin quedarse satisfecho también agredió al chico lo que les provocó una separación y eso marcó mucho la vida de Anita porque había un afecto muy grande y pasaron por un desprendimiento muy forzado.

Anita indica haber tenido vergüenza siempre de que le crezcan los senos y que la gente le vea, le gustaba taparse y cruzar sus brazos para evitar que la gente le observe.

ADULTEZ

Después de dicho suceso con tanta rabia en contra de su padre, conoce a sus 18 años a un chico que tenía 5 años más que ella, a quien le acepta el mismo día que se conocen y a los 2 meses contraen matrimonio, sin amor y por despecho de su pareja anterior y de la situación con su padre. Como su esposo venía de una situación económica bastante limitada y al no ser del agrado de sus padres, la familia entera la desconoce sin acompañarle en su matrimonio y ella convive con su familia política quien la trata bien.

Después de un año y medio deciden casarse también por la iglesia, a pesar de la relación patológica que mantenían pues él era bastante agresivo verbal y físicamente además de mujeriego, razón por la cual las discusiones no han cedido hasta la actualidad “debo aguantarme todo, porque es mi culpa haberme casado con él, y me arrepiento”.

A los 3 meses de casados se embaraza manteniendo un desarrollo normal, a pesar de que continuaba con sus estudios en la universidad, “siempre me gustó estudiar”, terminó su universidad pero por descuidar su tesis no pudo obtener su título en administración de empresas, podía mantener la atención en su hogar y en sus estudios. Atribuye su actual cáncer a no haberles dado de lactar adecuadamente a sus hijos por falta de tiempo, porque continuaban sus estudios.

Actualmente tiene tres hijos una mujer (32), otra mujer (30) y el último un varón de 19 años, después de nacer este hijo aceptan recién a su esposo como parte de la familia, nunca ha pensado en separarse por influencia de su madre “cada uno tiene su esposo y con ese se aguantan, nada de divorcios ya ven Yo como he aguantado a su padre”.

Por la situación laboral la familia debe abandonar Ambato y trasladarse a Cuenca donde inician un negocio del cual obtenían ingresos adecuados, también pudieron comprarse un automóvil familiar, pero al robarles dicho auto comienza una crisis económica que les lleva a la quiebra, esto altera más el carácter del esposo y comienza a consumir alcohol; la hermana del esposo viendo la situación de la familia les propone ir a Lago agrio para empezar de nuevo, lo cual sirvió mucho para que actualmente residan en dicho lugar, él es chofer y ella trabaja en un consultorio dental ya por 6 años.

ANTECEDENTES MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Solo la extracción de su seno derecho.

6. EXAMEN DE EXPLORACIÓN MENTAL

CONSCIENCIA:

a. ORIENTACIÓN AUTOPSÍQUICA

- Madurez emocional

Aparente madurez emocional, acorde a su edad, no presenta alteraciones ni complicaciones, lo que le ha permitido sobrellevar las dificultades que se le han presentado en su vida.

- Nivel de extroversión, introversión

Evidente nivel de introversión, por influencia materna que siempre inculcó a sus hijos que era perjudicial mantener relaciones íntimas con la gente, descuidando así la parte social.

- Aptitudes intelectuales

Acorde a su nivel cultural y académico, sin dificultad alguna.

- Escala de valores: dimensión espiritual (educación religiosa, lo que cree o no y por qué, sentido de su vida)

Indica la paciente ser católica creyente y practicante, otorgando el sentido de su vida a los designios de Dios.

- Nivel de autonomía e independencia

Actúa acorde a su edad, bastante independiente.

- Capacidad de afrontar el cambio y a conflictos

Indica ser una mujer arriesgada, paciente, a pesar de su sensibilidad, indica tener el carácter para afrontar lo que se le ha impuesto en la vida. La mayoría de sus dificultades las ha afrontado sola porque su esposo es muy tajante.

b. ORIENTACIÓN ALOPSÍQUICA

- Habilidades de comunicación

Mantiene un discurso adecuado y entendible, a pesar de su estado actual de salud, permite un dialogo coherente.

c. CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD

La paciente está consciente de todo el proceso que implica afrontar un cáncer, esfuerzos emocionales, físicos y económicos; pero tiene la seguridad de saber sobrellevarlos pues cuenta con el apoyo de su familia.

ATENCIÓN: Normal

SENSOPERCEPCIÓN: Normal

MEMORIA: Normal

PENSAMIENTO: Normal

LENGUAJE: Normal

INTELIGENCIA: Normal

VOLUNTAD: Normal

JUICIO Y RAZONAMIENTO: Normal

7. EXPLORACIÓN AFECTIVA

Balance de pérdidas vitales

Su padre con su problema de alcoholismo tiene una caída, y producto de eso le internan en el hospital, y por negligencia le inyectan algo y muere instantáneamente, indica Anita haber sido una pérdida muy fuerte para ella por lo desprevenido de la situación.

La muerte de su madre la toma con más calma, pues veían el proceso de su diabetes, que al ya necesitar dosis de insulina, en cierta parte estaban preparados para su fallecimiento.

Lo que sí ha marcado su vida y hasta la actualidad produce lágrimas, es la pérdida de su cuñado mayor quien ha sido como un padre para ella, muere por un infarto hace 12 años, pero es evidente un duelo no elaborado.

Proyecto vital y proyección futura

Desea recuperarse de su enfermedad, continuar con su vida, aunque se reniega cuando su familia no le permite hacer las cosas que antes lo hacía sin ayuda.

RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

1. **Descripciones psíquicas del padre para conocer la constitución del Super yo**

- ❖ Frio y agresivo por su alcoholismo
- ❖ Figura instaurada como agresiva
- ❖ Un carácter fuerte, maltratador, estricto, exigente

2. **Indagar sobre hechos traumáticos en la historia de vida.**

Después de 4 años de relación con su primera pareja el padre provoca un desprendimiento muy forzado, agrediéndole bajo efectos del alcohol y le dejó marcas en su cuerpo, sin quedarse satisfecho también agredió al chico lo que les provocó una separación y eso marcó mucho la vida de Anita.

3. **Ha estado expuesto a un grave peligro?**

No a ninguno.

4. **Conocer la primera impresión que tuvo al recibir la noticia de su enfermedad**

Fue bastante impresionante porque no se imaginó la gravedad de su enfermedad, pero después se repuso y ha sabido sobrellevarla.

5. **Con que figura materna o paterna se identifica más y por qué?**

Se identifica con Madre por su sumisión y por repetir en su vida matrimonial lo que ella mantenía con su padre, aguantar todo nada de separaciones; muy hogareña y nada de mantener una vida social activa.

6. Cómo considera los vínculos con la gente?

Son vínculos neuróticos idénticos a los de su madre, sin mayor interacción pues su madre desde niña nunca le dejó relacionarse con la gente, eso le creó un desinterés por la vida social hasta la actualidad.

7. Cómo fue la elaboración de duelos de sus pérdidas vitales si los ha tenido?

Por la ambivalencia de sentimientos con su padre le afectó su muerte y la muerte de su cuñado a quien estimaba mucho y lo veía como un padre para ella, aún no ha logrado elaborar dicho duelo y le provoca nostalgia.

Análisis Personal y Familiar

En un hogar con una economía limitada, es la quinta de once hermanos quienes contaban con un padre alcohólico fuerte de carácter y la compensación de una madre dócil y cariñosa, quien estuvo pendiente de su crianza.

En su infancia mantuvo responsabilidades en las labores del hogar, y al ingresar al colegio ese cambio de niña a mujer la marcó, pues Anita recuerda tener vergüenza de que la gente note el crecimiento de sus senos como símbolo de su transformación, lo que indica que inconscientemente ella no deseaba crecer, no sentía seguridad para hacerlo, como consecuencia se presenta la construcción inadecuada de su mundo interno en la primera infancia.

El nivel académico tuvo una continuidad por su deseo de hacerlo, terminó sus estudios superiores en la universidad pero por su descuido en la realización de su tesis no obtuvo su profesión, esto le generó frustración y sentimiento de culpa pues atribuye su cáncer a no haberles dado de lactar adecuadamente a sus hijos porque la universidad le restaba tiempo.

Como transferencia de los rasgos sumisos de su madre Anita mantiene una relación patológica con su esposo, quien la maltrata física y psicológicamente, especialmente por las relaciones extramaritales que mantiene, pero debido a un sentimiento de culpa por haber sido ella quien decidió casarse siente que debe aguantar y continuar con dicha inestabilidad.

Análisis relacionado con el cáncer

Al iniciar su adolescencia el crecimiento de sus senos la avergonzaba; lo que indica un primer rechazo a dicho objeto, es decir a su feminidad, evitaba que la gente la vea, no quería aparentemente el reconocimiento social como una mujer, deseaba solo ser vista como una niña y evitar un crecimiento.

Como rebeldía a su padre, quien le separó de su primera pareja, contrae matrimonio con un señor cinco años mayor que ella, lo que indica como esa figura paterna rechazada, le hacía falta internamente, y lo sustituye con su esposo; dicha situación produce una desconocimiento de la familia primaria; los rasgos de la pareja similares a los de su padre por las agresiones físicas y verbales que de él recibe, le permite identificarse con su madre, al asumir igual sumisión. Se instaura un sentimiento de culpa consciente por la situación actual "debo aguantarme todo, porque es mi culpa haberme casado con él, y me arrepiento" pero inconsciente por el desconocimiento de las razones utilizadas para la elección de pareja; además se denota su conflicto psíquico cuando indica que debe aguantar todo; asumiendo que para existir debe sacrificar y dar, aunque no reciba, transferencia también de su madre primaria, que le indicaba que "debe aguantar, como ella lo ha hecho con su padre".

Una experiencia de su vida actual revive la emocionalidad reprimida en su infancia, cuando al ser robado su auto y comenzar una crisis económica, produce en su esposo un incremento de agresividad y un desencadenamiento de un problema de alcoholismo; lo que activan las huellas mnémicas que vivió con su familia primaria, cuando la relación de padres era similar a la de ellos.

Por el fracaso en su patológica vida matrimonial; decide dedicarle tiempo al estudio, donde podía compensar dicho sentimiento de frustración, es decir desplazaba su angustia en su éxito educativo "siempre me gusto estudiar"; pero al mismo tiempo que ganaba por la descarga que obtenía, se crea un nuevo sentimiento de culpa por no haber cumplido un rol materno adecuado, pues comenta que "no le di de lactar adecuadamente a mi hijo, por dedicarme a estudiar"; y es el seno el objeto negativo rechazado desde su apareamiento, y nuevamente el provocador de su insatisfacción vital.

La elección inconsciente del seno como el objeto que debe enfermar para que sea desprendido de su cuerpo; con el fin de obtener un goce cuando no tiene actualmente el objeto que nunca inconscientemente deseo tener. Cuando Anita enferma de cáncer ha obtenido un castigo que le genera una absolución; por eso tan solo fueron seis meses el tiempo con el que extrajeron dicho seno a partir del diagnóstico.

HISTORIA CLINICA

Número 4

1. DATOS INFORMATIVOS

Nombre: Elsa

Sexo: Femenino

Ocupación: Obrera

Estado Civil: Casada

Religión: Católica

Dirección: Ambato

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 62 años de edad que presenta un cáncer de mama derecho, lo detectaron hace un año y medio y se encuentra actualmente estable sin mayor dificultad según los últimos estudios realizados.

3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Hace 1 año y medio detecta una bolita en su mama y enseguida comienza los exámenes y el tratamiento necesario, le operaron y con la extracción del seno mejora su estado de salud.

4.- COMPOSICION FAMILIAR

DATOS DE LA FAMILIA

Cuadro 7

NOMBRE	RELACIÓN	EDAD	OCUPACION	OBSERVACIONES
Ángel	Padre	72	Militar	Muere por una caída.
Sara	Madre	62	Quehaceres domésticos	Problema de várices y muere en un accidente de tránsito
Gloria	Hermana	64	Trabajadora	Lupus
Elsa	Paciente	62	Obrera	Problemas de la vesícula y le operaron de várices.
Sara	Hermana	60	Obrera Fábrica de medias	Se cayó y se golpeó su nuca
Laurita	Hermana	3 meses		Muere

Elaborado por: LUNA E. Andrea

5.- PSICOANAMNESIS PERSONAL, NORMAL Y PATOLÓGICA

ETAPA PRENATAL

Paciente segunda de tres hijos vivos y una muerta, concebida en un hogar con un padre amoroso y una madre fría y estricta lo que le generó una figura agresiva, dura para la crianza de sus hijos.

ETAPA NATAL

Parto normal sin dificultades.

ETAPA POSTNATAL

Sin problemas

INFANCIA

Con una economía limitada, pudo ir a la escuela, sin dificultades a pesar de que no le gustó estudiar; la madre indicaba en su discurso que su padre le quiere más a ella por

ser la más blanca de sus hermanas. Además eran evidentes los celos de su madre hacia ella, comenta la paciente que cuando el padre llegaba tomado a casa, era ella quien le desvestía y le acomodaba al padre para que descansara, ya que era una manera de retribuir el cariño que recibía de él, pero la madre le prohibió que lo hiciera más, porque ya había crecido.

La relación de Padre y Madre era adecuada, con dificultades nada extremas; madre fue una figura muy variable e inestable les maltrataba y les prohibía cualquier acontecimiento social. El padre por su parte era cariñoso y más comprensivo, a pesar de que vino de una relación anterior donde tuvo tres hijos antes de casarse con la madre de la paciente; constantemente habían rivalidades con "la negra", así le llamaban a la ex pareja del padre.

ADOLESCENCIA

A Elsa no le gustaba estudiar, es por eso que decidió no seguir estudiando y se dedicó a trabajar desde los 12 años por iniciativa de la Madre, quien le consigue un trabajo en una fábrica, pero era ella quien administraba el dinero de su hija; después de un recorrido por distintas empresas aprende el oficio de fabricar medias y comienzan hacerlo en casa desde los 18 años, cuando le obsequiaron una máquina. La madre no permitía que tengan amigos ni una vida social activa, mantenían una buena relación con un primo pero la madre les separó pues indicaba "entre primos no pueden enamorarse peor casarse"; en la edad de 18 años conoce a su primera pareja con quien mantuvo una relación de dos años pero la madre los separa porque él era vago, después conoce a otro chico quien mientras estuvo con ella embarazó a una chica y se casan, fueron situaciones muy duras.

ADULTEZ

Sin apoyo de su madre a quien ningún novio de sus hijas le agradaba, Sara (borracho) Gloria (estricto) Elsa (vago), se casan después de dos años de noviazgo sin avisar en sus casas, la duda de Elsa se presentaba porque el perfil de su esposo era muy dejado e irresponsable pero sin embargo lo hizo. Mantenían un matrimonio lleno de dificultades pues Galo no trabajaba y su queja de enfermedades eran constantes, prefería quedarse en casa cocinando; procrean 3 hijos una M (38), H (35) y H (32), antes de estos hijos ellos a los 5 años de matrimonio tienen su primer hijo

quien al tercer mes fallece, ya que Elsa ve a su marido abrazándole a otra mujer y después de la discusión y tantos reclamos se llena de coraje, regresa a su casa y encuentra a su hijo llorando "y le di de lactar a mi bebé pasándole el colerín, al siguiente día el bebé se me murió". Después de este trauma como lo cataloga Elsa trae a sus siguientes hijos con temor, ansiedad esperando con ansias que crezcan para evitar que se repita la historia anterior.

Con el tiempo llega a separarse de su marido porque ella no aceptó la propuesta de vender la casa para comprar un taxi; a pesar de que toda la vida él mantuvo relaciones extramaritales, separados trae a la casa una hija de la que Elsa se hace cargo hasta los 22 años que se va de la casa por su homosexualidad; este acontecimiento le genera un estado depresivo por lo fuerte de la noticia.

Actualmente vive con uno de sus hijos solteros, trabaja en su casa en su propio negocio pero las discusiones con su "esposo" como aún lo llama no cesan cada que llega a su casa, indica que le genera iras solo verle por la forma con la que trata a su actual pareja "llora". Cataloga su vida como "muy sufrida pero he sido fuerte".

ANTECEDENTES MEDICOS Y QUIRÚRGICOS

Solo la extracción de su seno izquierdo.

6.-EXAMEN DE EXPLORACIÓN MENTAL

6.1 CONSCIENCIA:

- a. **ORIENTACIÓN AUTOPSÍQUICA**
 - Madurez emocional

Aparente madurez emocional, acorde a su edad, no presenta alteraciones ni complicaciones, lo que le ha permitido sobrellevar las dificultades que se le han presentado en su vida.

- Nivel de extroversión, introversión

Evidente nivel de introversión, se ha dedicado a su hogar.

- Aptitudes intelectuales

Acorde a su nivel cultural y académico, sin dificultad alguna.

- Escala de valores: dimensión espiritual (educación religiosa, lo que cree o no y por qué, sentido de su vida)

Indica la paciente ser católica creyente y practicante, otorgando el sentido de su vida a los designios de Dios.

- Nivel de autonomía e independencia

Actúa acorde a su edad, bastante independiente, porque nunca contó con la ayuda de su esposo.

- Capacidad de afrontar el cambio y a conflictos

Es una mujer luchadora y fuerte, siempre ha hecho todo sola porque su esposo no era ayuda, y eso le permitió afrontar su enfermedad.

b. ORIENTACIÓN ALOPSÍQUICA

- Habilidades de comunicación

Mantiene un discurso adecuado y entendible, a pesar de su estado actual de salud, permite un dialogo coherente.

c. CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD

A pesar del complejo proceso que debe enfrentar a partir del conocimiento de su enfermedad, esta conciente de poder mantenerse firme sin derrotarse; conoce las causas y efectos que cada etapa va a ir dejando en su vida.

ATENCION: Normal

SENSOPERCEPCION: Normal

MEMORIA: Normal

PENSAMIENTO: Normal

LENGUAJE: Normal

INTELIGENCIA: Normal

VOLUNTAD: Normal

JUICIO Y RAZONAMIENTO: Normal

HABITOS: Adecuados

7.- EXPLORACION AFECTIVA

Balance de pérdidas vitales

La muerte de su hijo de tres meses marca la vida de Elsa, a partir del cual ha llevado un sentimiento de culpa por considerarse la causante de dicha muerte.

La muerte de su madre la impacta más y la de su padre le generó tristeza.

Proyecto vital y proyección futura

Desea recuperarse de su enfermedad, continuar con su vida.

RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

1. **Descripciones psíquicas del padre para conocer la constitución del Super yo**

- ❖ Cariñoso, bueno
- ❖ Figura instaurada como la generadora de afecto
- ❖ Comprometido con la crianza de sus hijos

2. **Indagar sobre hechos traumáticos en la historia de vida.**

La pérdida de su hijo causa lágrimas aún, pues Elsa piensa tener la culpa por ser el seno quien transmitiera la causa de su muerte.

La noticia de la homosexualidad de la hija de su ex pareja a quien crió, le causó bastante conmoción pues no entiende en que se equivocó.

3. **Ha estado expuesto a un grave peligro?**

No ninguno.

4. **Conocer la primera impresión que tuvo al recibir la noticia de su enfermedad**

Le causó bastante impacto por todo lo que había escuchado sobre el cáncer, pensó que no iba a superarlo pero ahora se da cuenta que si lo logró, "he sido fuerte".

5. **Con que figura materna o paterna se identifica más y por qué?**

Se identifica con Padre porque está segura de que fue tan bueno como ella lo es ahora, y con su Madre porque recibió en su hogar a una hija de su esposo quien la crió y Elsa repitió esa historia en su matrimonio.

6. Cómo considera los vínculos con la gente?

Son vínculos sin mayor interacción pues su madre desde niña nunca le dejó tener una vida social activa, eso favoreció para tener actualmente una personalidad introvertida evitando vínculos profundos.

7. Cómo fue la elaboración de duelos de sus pérdidas vitales si los ha tenido?

La de su hijo marcó su vida, por todo el contexto como se presentó; es un duelo no elaborado.

Análisis Personal y Familiar

Paciente que detecta su malestar con una bolita en su mama, ha mantenido el proceso de tratamiento acorde a las indicaciones del médico, por lo que actualmente se encuentra estable y con chequeos médicos periódicos.

En su infancia Elsa fue partícipe de la relación inadecuada de sus padres, donde el padre tuvo una posición sumisa por el carácter de su madre, sin embargo las discusiones de pareja radicaban en las relaciones extramaritales que mantenía el padre, y era la madre quien absorbía los problemas de dichas relaciones, esta madre acogía en su hogar a los hijos de su esposo. Cuando Elsa forma su hogar hay una evidente transferencia de su familia primaria ahora en su rol de esposa y madre, pues también su pareja tenía relaciones fuera del hogar e incluso adoptó a una hija de su esposo a quien la crió desde temprana edad, similar a las acciones de su madre; y su esposo con rasgos parecidos al de su padre.

“Le di de lactar a mi bebé pasándole el colerín, al siguiente día el bebé se me murió”, a los tres meses del nacimiento de su primer hijo, y después de ver a su esposo con otra mujer; según Elsa transmitió en la leche materna todos esos sentimientos negativos a su hijo, lo que le genera culpabilidad por ser la causante de su muerte; es evidente como quedó instaurado este hecho como un trauma psicológico que después se desencadena en un cáncer de mama, siendo el seno el objeto transmisor de la sustancia que produjo el fallecimiento el depositario de la actual patología, como símbolo de autocastigo.

Análisis relacionado con el cáncer

La madre de Elsa llevó una similar vida que la de ella, iniciando con la elección de un hombre mayor para que sea su pareja, con rasgos de personalidad iguales en que los dos eran mujeriegos, y siempre hacerles partícipes de triangulaciones, razón por la cual nunca cesaban las discusiones; además de su evidente sumisión y obediencia, la adopción de hijos de sus parejas para que sean ellas las que los criaran; y la pérdida de hijos a la misma edad de tres meses; y hasta la madre y Elsa han sido operadas de várices en sus piernas. Cada circunstancia revela cómo se va formando los llamados karmas familiares cuando las historias de vida van adoptando el mismo matiz, inconscientemente elegidos como un sacrificio para compartir dolores similares, de quien adopto las historias, por el gran amor que se les tiene a dichas figuras instauradas como positivas en la psiquis del paciente.

La posición de la madre indicaba los celos por competencia ante el mismo hombre, se comprende la patológica resolución edípica que tuvo Elsa, cuando la madre no le tomaba como hija sino como un objeto dañino para su relación de pareja, especialmente cuando ya creció y le prohibieron el acercamiento al padre, hizo que la paciente asuma un rol de adulta para competir con su madre y ganar a su padre. Lo que le generó una construcción psíquica asumida como una competencia y ser en su vida adulta nuevamente parte de triangulaciones donde no debía perder a su hombre.

Siempre tratando de agradar al padre, con quien mantenía una relación muy adecuada; asumía la responsabilidad de su casa, y cuando se casa hace lo mismo; pero cuando contrae a sus hijos, atraviesa por un hecho traumático que desencadena el cáncer de seno, cuando después del tercer mes del nacimiento de su hijo ella mira a su esposo con otra mujer y después de una discusión, da de lactar a su hijo y al

siguiente día muere; esto le genera un sentimiento de culpa siendo el seno el causante del mismo; por lo que ahora ha descargado su conflicto psíquico en el mismo, pues la relación patológica de pareja ha hecho que Elsa enferme, e inconscientemente está dirigiendo su enfermedad a su "esposo" como lo llama aún, a pesar de su separación; el llanto que le genera hablar de él, evidencia su no aceptación a la situación actual.

Revive nuevamente el desplazamiento de su figura masculina, como sucedió cuando su madre la alejó de su padre, y en la actualidad una segunda pareja le retira de su esposo, se activa nuevamente esa angustia, lo que altera su sistema inmunológico, bajan sus defensas y se desencadena la patología.

La elección del seno derecho como depositante de su conflictiva, indica su conflicto con su pareja, asumido como arma femenina. Lo que le ha permitido compensar su sentimiento de culpa por haber matado a su hijo con dicho objeto.

HISTORIA CLÍNICA

Número 5

1. DATOS INFORMATIVOS

Nombre: Carmen

Sexo: Femenino

Ocupación: Quehaceres domésticos

Estado Civil: Casada

Religión: Católica

Dirección: Parroquia Guaytacama

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 46 años de edad que presenta un cáncer de mama izquierdo, lo descubren en el 2009 cuando al presionar su seno había un dolor intenso y detectaron una bolita.

3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Hace 3 años detectan una bolita en su mama y comienza el proceso para conocer el estado en el que se encuentra la paciente, detectando así la patología del mismo, con la operación y extracción del mismo mejora su salud, a pesar de las quimioterapias que se aplica actualmente.

4.- COMPOSICION FAMILIAR

DATOS DE LA FAMILIA

Cuadro 8

NOMBRE	RELACIÓN	EDAD	OCUPACION	OBSERVACIONES
Segundo	Padre	85	Fábrica de leche	Operado del femur, hipertensión y Parkinson
Carmen	Madre	80	Quehaceres domésticos	

Elaborado por: LUNA E. Andrea

Hermanos: Edemira, Gavino, Segundo, Manuela, Carmen (Pt), César, Dolores, Miguel.

5.- PSICOANAMNESIS PERSONAL, NORMAL Y PATOLÓGICA

ETAPA PRENATAL

Paciente quinta de ocho hijos vivos, concebida en un hogar con un padre fuerte de carácter y una madre tranquila pero bastante exigente; a pesar de sus recursos económicos limitados mantuvieron una familia.

ETAPA NATAL

Parto normal sin dificultades.

ETAPA POSTNATAL

Sin problemas

INFANCIA

Con una economía limitada, pudo culminar la escuela, pero indica que desde muy temprana edad solía realizar tareas duras de la casa y del campo; sin poder negarse a ninguna tarea encomendada cargaba paquetes muy pesados de los cultivos para el

comercio al que sus padres se dedicaban. Cuando ella tenía 8 años de edad su hermana mayor se embaraza sin un matrimonio previo y su padre les pega a su hermana y a su madre por haber sido quien no la cuidó. Este acontecimiento cambia la dinámica familiar pues la madre cría a sus hijos con más dureza para que no se repita la historia, Carmen era muy controlada por su madre y no le permitía mantener una vida social.

ADOLESCENCIA

A los 12 años empezó su vida laboral de doméstica con una familia buena que le trataron bien, cuidó a una niña hasta sus 16 años e indica haberse encariñado con ella y fue triste dejarla, pero su madre enferma y tiene que regresar a casa a cuidarla, a los 18 años asiste a un baile de su comunidad y conoce a su esposo con quien mantienen un matrimonio hasta la actualidad, indica que su pareja tenía 26 años y ella 18 cuando se casaron; tienen que cambiarse de domicilio a Machachi donde vivieron 7 años, fue duro pues Carmen extrañaba mucho a sus padres, a los que siempre fue muy unida.

ADULTEZ

Después del primer año de matrimonio se embaraza y comienzan a complementar su familia con 3 hijas mujeres y 1 hijo varón; este último sufre un incidente cuando tenía 13 años de edad, cuando va al colegio, realizó actividad en Cultura Física y con un ataque al corazón fallece instantáneamente, "fue terrible, nunca lo superaré"; la muerte de su único varón cambia bruscamente la vida de la pareja porque jamás habían sido enfermizos sus hijos y esto se presentó de pronto, "hubiera podido hacer más por él, un chequeo antes". Sus hijas tienen ya 25, 20 y 10 años respectivamente con quienes no han tenido dificultad alguna. Otra de las muertes impactantes en la vida de Carmen es la de una tía quien se acostó a dormir y ya no se despertó, indicó el informe que un ataque al corazón fue la causa de su muerte, le afectó porque siempre fue una tía cariñosa, buena, muy cercana a la familia que emitía muchos consejos.

ANTECEDENTES MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

Operación de la columna.

Operación de tres hernias discales.

Operación de várices.

6.-EXAMEN DE EXPLORACIÓN MENTAL

6.1 CONSCIENCIA:

a. ORIENTACIÓN AUTOPSÍQUICA

- Madurez emocional

Aparente madurez emocional, acorde a su edad, no presenta alteraciones ni complicaciones, lo que le ha permitido sobrellevar las dificultades que se le han presentado en su vida.

- Nivel de extroversión, introversión

Evidente nivel de introversión, por su dinámica familiar.

- Aptitudes intelectuales

Acorde a su nivel cultural y académico, sin dificultad alguna.

- Escala de valores: dimensión espiritual (educación religiosa, lo que cree o no y por qué, sentido de su vida)

Indica la paciente ser católica creyente y practicante, otorgando el sentido de su vida a los designios de Dios.

- Nivel de autonomía e independencia

Actúa acorde a su edad, dependiente para ciertas decisiones.

- Capacidad de afrontar el cambio y a conflictos

Bastante persistente en conseguir lo que desea, sabe afrontar sus problemas sin huir de los mismos.

b. ORIENTACIÓN ALOPSÍQUICA

- Habilidades de comunicación

Mantiene un discurso adecuado y entendible, a pesar de su estado actual de salud, permite un diálogo coherente.

c. CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD

La paciente indica haberse informado de todo lo que conlleva este proceso, causas, efectos y los aportes que el médico hará para mejorar su estilo de vida; teniendo en cuenta que debe colaborar en lo que se le indique.

ATENCIÓN: Normal

SENSOPERCEPCIÓN: Normal

MEMORIA: Normal

PENSAMIENTO: Normal

LENGUAJE: Normal

INTELIGENCIA: Normal

VOLUNTAD: Normal

JUICIO Y RAZONAMIENTO: Normal

HABITOS: Adecuados

7.- EXPLORACION AFECTIVA

Balance de pérdidas vitales

La muerte de su hijo no fue jamás elaborado aún causa llanto fácil.

La muerte de su tía muy cercana a ella.

Proyecto vital y proyección futura

Desea recuperarse de su enfermedad, continuar con su vida.

RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

1. **Descripciones psíquicas del padre para conocer la constitución del Super yo**

- ❖ Sin demostraciones de afectividad en su crianza
- ❖ Indiferente en su rol paterno, sin participación alguna.
- ❖ Figura instaurada como ausente

2. **Indagar sobre hechos traumáticos en la historia de vida.**

La muerte de su hijo varón cuando éste tenía 13 años, fue terrible porque nunca se lo esperó, fue tan instantáneo que actualmente causa lágrimas.

3. **Ha estado expuesto a un grave peligro?**

No a ninguno.

4. **Conocer la primera impresión que tuvo al recibir la noticia de su enfermedad**

El nivel de impacto fue evidente en la negación de la enfermedad, además no quiso que nadie se enterara ni su familia ni la de su esposo; porque no quería que le vean débil, después se enteraron pero no por ella.

5. **Con que figura materna o paterna se identifica más y por qué?**

Se identifica con Madre por ser muy trabajadora y luchadora, nunca se rendía especialmente en lo económico solía arreglar las dificultades como lo hace Carmen hoy.

6. Cómo considera los vínculos con la gente?

Son vínculos acorde a su nivel cultural, es decir sin mayor interacción, es evidente su introversión, sin profundizar en los mismos y evitar mayor contacto, como la gente de su comunidad indígena ha inculcado a la mujer, quien se debe solo a su pareja.

7. Cómo fue la elaboración de duelos de sus pérdidas vitales si los ha tenido?

La de su hijo varón que marcó su vida, no hay una elaboración de dicho duelo, acompañado además de un sentimiento de culpa que lo impide.

Análisis Personal y Familiar

Presionar su seno y tener un dolor muy intenso alarma a la paciente para realizarse chequeos médicos, al ser desfavorable el diagnóstico ha comenzado un proceso de tratamiento que ha mejorado su estado de salud.

Su condición económica tan solo le permitió terminar la escuela, indica la dificultad que fue combinarlo con las actividades de la casa y del campo que también debía realizar; sus padres al ser agricultores y comerciantes descuidaban el cuidado de sus hijos, por lo que se han criado solos, sin una guía materna o paterna, como consecuencia de esta dinámica familiar indica Carmen el embarazo prematuro de su hermana; lo que marcó la vida del hogar; pues comienzan a ser más estrictos y exigentes con sus hijos para evitar la situación.

Desde muy temprana edad inicia su vida laboral, alejándose de su hogar para cumplirlo; lo que indica que su cambio de niña a adulta ha sido muy brusco, sin dar paso a un desarrollo normal, debió madurar muy rápido; terminada su adolescencia contrae matrimonio al poco tiempo de conocer a su actual esposo, se puede analizar como la carencia de afectividad recibida en su hogar también influye en la elección de pareja, su esposo, mayor que Carmen por ocho años, indica la figura paterna que buscaba para que satisfaga necesidades afectivas que no obtuvo de su propio padre.

Procrean cuatro hijos, y uno de los hechos que han marcado la vida de la familia, es la muerte instantánea de su hijo varón por un infarto al corazón, dejando el hecho un sentimiento de culpa en la madre "pude haber hecho algo más"; es un duelo que no está elaborado ya que aún causa lágrimas.

Como su cultura indígena mantiene creencias marcadas a nivel relacional matrimonial, indica Carmen el nivel de sumisión que mantiene con su esposo, quien le agrede verbal y físicamente pero como sabe que debe obedecerle y se debe a él, ha permitido por años ese comportamiento; sin embargo ha tratado de ser una madre buena aunque afectivamente fría.

Análisis relacionado con el cáncer

La sumisión aún es un cumplimiento moral dentro de comunidades indígenas, las mujeres aceptan la obediencia a sus esposos a pesar de los maltratos físicos y verbales que puedan sufrir. Sin embargo dentro de su contexto, es una cadena familiar que se ha ido sobrellevando como parte también de su cultura; siendo inconscientemente aceptados como parte de su cotidianidad y dejando experiencias negativas pero no traumáticas en la mayoría de los casos; sin embargo Carmen indica ser muy apegada afectivamente a sus padres, instaurados en su construcción psíquica no como figuras negativas.

Otra actividad cotidiana de la gente indígena es la participación en el trabajo de campo desde muy tempranas edades; por lo que indica Carmen lo difícil que se les hace estudiar y cumplir con su trabajo; factor que se debe a la ideología que aún mantienen, la cantidad de hijos que procrean y por la economía limitada por la que atraviesan.

Esta construcción aparentemente normal, permite analizar a las pacientes indígenas en su contexto, el descuido y el desconocimiento de temas como la salud las han hecho víctimas de patología como el cáncer cuando no hay una detección a tiempo;

en el caso de Carmen es evidente como hay una necesidad constante de marcar de alguna forma su cuerpo por eso ha sido sometida a cinco operaciones de diferentes patologías, con lo que se logra detectar ese goce patológico que obtiene de sus diversas enfermedades; pero sin una satisfacción a esta angustia interna elige además el cáncer como una nueva patología, por lo que se comprende su conflicto psíquico interno pero dirigido a sujetos externos de quien obtiene la ganancia pueden ser sus hijos y esposo.

Además recordando el fallecimiento instantáneo de su hijo que le generó un sentimiento de culpa cuando en su discurso indica que "pude hacer más por mi hijo"; como su autocastigo ha logrado generarle un aparente alivio psíquico con la descarga del mismo, por eso había comentado que la extracción de su seno mejoró instantáneamente su estado de salud. La elección de su mama izquierda como simbolismo a su rol materno inadecuado, un deseo inconsciente de recogimiento y de querer estar nuevamente con su hijo, sus lágrimas lo ratificaron.

HISTORIA CLÍNICA

Número 6

1. DATOS INFORMATIVOS

Nombre: María Aurora

Sexo: Femenino

Ocupación: Ganadería

Estado Civil: Casada

Religión: Católica

Dirección: Saquisilí

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 49 años de edad que presenta un cáncer de mama izquierdo, se encuentra aplicándose las quimioterapias que han mejorado su nivel de salud.

3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

Hace 5 meses detectan una bolita en su mama izquierda y comienza el proceso para conocer el estado en el que se encuentra la paciente, detectando así la patología del mismo, aun no han dado paso a la extracción del mismo, pues quieren conocer el efecto de las quimioterapias para evitar la operación.

4.- COMPOSICION FAMILIAR

DATOS DE LA FAMILIA

Cuadro 9

NOMBRE	RELACIÓN	EDAD	OCUPACION	OBSERVACIONES
Miguel	Padre	75	Trabajo de campo	Problemas de espalda
Consolación	Madre	73	Trabajo de campo	Tiene unas bolitas en el pecho

Elaborado por: LUNA E. Andrea

Hermanos: Miguel, Mariano, Segundo, Manuel, María (Pt), Beatriz, Luisa.

Antecedentes patológicos familiares:

Luisa tiene constante comezón en la vagina.

5.- PSICOANAMNESIS PERSONAL, NORMAL Y PATOLÓGICA

ETAPA PRENATAL

Paciente quinta de siete hijos vivos, concebida en un hogar con un padre alcohólico y una madre con un carácter fuerte, bajo un nivel cultural bastante limitado.

ETAPA NATAL

Parto normal sin dificultades.

ETAPA POSTNATAL

Sin problemas

INFANCIA

María recuerda que desde muy temprana edad ya hacía trabajos muy forzados para ayudar a sus padres, el trabajo del campo no le daba tiempo y no estudió la escuela. Pero tuvo la oportunidad de seguir cursos de alfabetización para aprender a leer y escribir; sin mayor recuerdos de su infancia indica haber sido una niña feliz, a pesar

de no recibir afecto de sus padres porque eran muy fríos, pero tampoco la maltrataban.

Desde los 7 años ya cocinaba para su familia y les atendía en todo aspecto, casi no descansaba "no hubo tiempo para estudiar", además recuerda que su padre tomaba constantemente y las discusiones con su madre eran frecuentes.

ADOLESCENCIA

Sin una vida social activa, a sus 17 años conoce a su actual esposo y se casan al poco tiempo de conocerse, es un hombre grosero y alcohólico, "me ha dado mala vida", procrean ocho hijos quienes nacen cada 2 años. Su vida ha sido dedicada al campo y atender su familia sin mayor cambio de rutina.

ADULTEZ

No refiere mayor dato, tan solo su típica rutina, pero recuerda haber perdido a uno de sus hijos en un accidente de tránsito cuando tenía 14 años, es evidente su llanto en el relato del acontecimiento y se bloquea totalmente, ya no quiso contar más la historia de su vida.

ANTECEDENTES MEDICOS Y QUIRÚRGICOS

No refiere.

6.-EXAMEN DE EXPLORACIÓN MENTAL

6.1 CONSCIENCIA:

- a. **ORIENTACIÓN AUTOPSÍQUICA**
 - Madurez emocional

Una madurez emocional muy limitada acorde a su nivel cultural.

- Nivel de extroversión, introversión

Evidente nivel de introversión, por su dinámica familiar y cultural.

- Aptitudes intelectuales

Acorde a su nivel cultural y académico, solo alfabetización.

- Escala de valores: dimensión espiritual (educación religiosa, lo que cree o no y por qué, sentido de su vida)

Indica la paciente ser católica creyente y practicante, otorgando el sentido de su vida a los designios de Dios.

- Nivel de autonomía e independencia

Actúa acorde a su edad, dependiente para ciertas decisiones.

- Capacidad de afrontar el cambio y a conflictos

No logra adaptarse normalmente a un cambio.

b. ORIENTACIÓN ALOPSÍQUICA

- Habilidades de comunicación

Mantiene un discurso limitado, muy complicado para la obtención de información.

c. CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD

Conoce sobre su cáncer de mama izquierda, solo lo que le han indicado los médicos.

ATENCIÓN: Normal

SENSOPERCEPCIÓN: Normal

MEMORIA: Normal

PENSAMIENTO: Normal

LENGUAJE: Con dificultad

INTELIGENCIA: Normal

VOLUNTAD: Normal

JUICIO Y RAZONAMIENTO: Normal

HABITOS: Adecuados

7.- EXPLORACION AFECTIVA

Balance de pérdidas vitales

La muerte de su hijo no fue elaborado aún causa llanto fácil.

Proyecto vital y proyección futura

Desea recuperarse de su enfermedad, continuar con su vida.

RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

1. **Descripciones psíquicas del padre para conocer la constitución del Super yo**

- ❖ Rol paterno indiferente
- ❖ Figura instaurada como ausente

2. **Indagar sobre hechos traumáticos en la historia de vida.**

La muerte de su hijo varón cuando éste tenía 14 años, fue terrible porque muere en un accidente de tránsito a temprana edad.

3. **Ha estado expuesto a un grave peligro?**

Por la agresividad incontrolable de su esposo y su problema de alcoholismo ha estado expuesto varias veces a maltratos muy fuertes "me ha dado mala vida", le rompió la cabeza y casi le mata.

4. **Conocer la primera impresión que tuvo al recibir la noticia de su enfermedad**

Al ignorar de qué se trataba la enfermedad no tuvo reacción alguna, hasta que se informó de la misma y de su gravedad.

5. **Con que figura materna o paterna se identifica más y por qué?**

Se identifica con Madre por ser muy trabajadora y luchadora; sin mayor detalle lo indica.

6. **Cómo considera los vínculos con la gente?**

Mantiene ausentes vínculos sociales por su nivel cultural, pues la gente indígena considera a la mujer quien solo debe estar presta para el servicio de su esposo e hijos.

7. Cómo fue la elaboración de duelos de sus pérdidas vitales si los ha tenido?

Con la muerte de su hijo no se ha logrado una elaboración del dicho duelo, lo que hasta la actualidad le causa dificultades relatar el acontecimiento.

Análisis Personal y Familiar

Han detectado el apareamiento de una bolita en el seno de la paciente quienes acuden al médico; a pesar de ya conocer el estado patológico del mismo aún no hay la extracción del mismo, los médicos consideran que las quimioterapias podrían evitar la operación y eliminar la anomalía.

Con un discurso limitado que mantiene María, relata la historia de su vida a breves rasgos comentando que su padre fue un hombre alcohólico y agresivo especialmente con su madre, las discusiones eran constantes; al ser ocho hijos era María quien desde los siete años ya realizaba las tareas de la casa y del campo.

La ausencia de vida social, hizo que María conociera a su actual pareja sin mayor convivencia antes de decidir casarse, lo que le ha traído problemas conyugales, pues tiene un perfil similar al de su padre, un hombre con edad superior a la de ella, con problemas de alcoholismo y bastante agresivo "me ha dado mala vida", ha corrido el peligro de perder su vida por el nivel de agresión al que ha llegado el esposo; sin embargo indica que su comunidad indígena no le permite separarse porque se debe a su marido y debe aguantar todo lo que venga de él.

Su madre fue bastante ausente especialmente si de afectividad se trata, la transferencia en María hizo que su rol de madre lo lleve de igual manera, sin demostraciones de cariño pero ha tratado de atender las necesidades de sus hijos, con un trabajo duro como es el del campo; la muerte de su hijo marca y cambia su vida, pues deja un duelo que aún no ha sido elaborado relatar el accidente causante del fallecimiento hace que María no continúe con el relato de su vida.

Análisis relacionado con el cáncer

Es evidente la muerte de su hijo el desencadenante de su patología, pues al no ser elaborado ha asumido su cáncer como la fuente de descarga a su conflictiva psíquica; ha estado además sometida a constantes maltratos físicos y verbales, por lo que considera que su esposo le ha dado mala vida.

Los senos son objetos que en el caso femenino permiten nutrir, cuidar y generar amor a los hijos; pero cuando no se logra este objetivo por circunstancias que no lo han permitido; dan paso a traumas psíquicos reprimidos, que después con algún hecho puede desencadenar algún tipo de enfermedad como lo estudiado; en el caso de María su discurso permite ratificar dicha dinámica pues considera no haber cumplido correctamente su rol materno. El amor intenso de madre le han impulsado a sacrificar su vida por volver a reunirse con su difunto hijo; pues si no logra María que el proceso interno de autogeneración mejore su estado de salud, lo más probable es que logre reunirse con su hijo, que ese es su aparente objetivo interno.

Hay un evidente desequilibrio entre dar y recibir, posición asumida por sus creencias culturales, por las que se debe a su esposo a pesar de todo, lo que le ha hecho desde su construcción infantil una mujer dadora; especialmente cuando a pesar de su corta edad ya realizaba trabajos forzados en el campo y en su casa, atendiendo a su familia.

Este tipo de personalidad dadora y sumisa con la que ha construido su mundo interno, lo ha transferido también a su vida actual, sacrificando su sí mismo por los demás; como la madre y seguramente varias generaciones anteriores lo han hecho de la misma manera.

3.2 Análisis e interpretación gráfica

De acuerdo a las entrevistas clínicas se obtuvo el siguiente resultado.

Cuadro 10

PACIENTES	MAMA DERECHA	MAMA IZQUIERDA
Lucila	X	
Blanca	X	
Anita	X	
Elsa	X	
Carmen		X
María Aurora		X

Elaborado por: LUNA Andrea

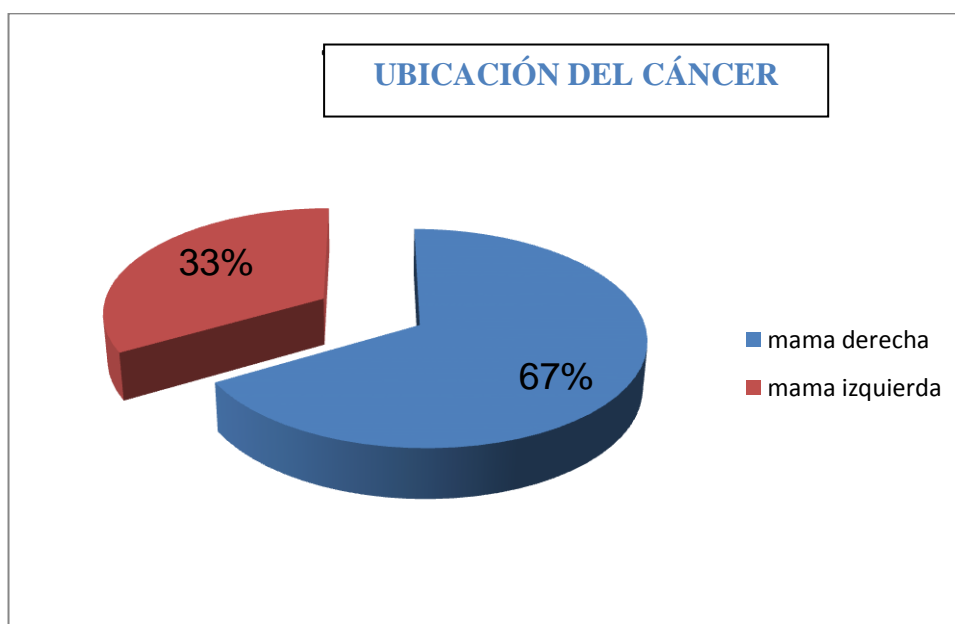


Gráfico 1: Análisis

Fuente: Entrevista Clínica

Elaborado por: Luna Echeverría Andrea

Análisis Cuantitativo

Del universo total de pacientes investigadas, se ha asignado una categoría para conocer el lugar donde se radica la patología, es así que se conoció que de la población entrevistada 4 de las pacientes que equivale al 67% tienen desarrollado el cáncer en su mama derecha, y las 2 que corresponde al 33% restantes en su mama izquierda.

Interpretación Cualitativa

Es evidente que cada paciente ha adoptado su patología de acuerdo a su historia de vida, sin embargo aspectos como personalidad, traumas psicológicos, construcción de su mundo interno; son varios de los factores que permiten el apareamiento del cáncer de mama; teniendo en cuenta que el seno derecho revela conflictos con la feminidad activa y dificultades con la pareja o el padre; y, el seno izquierdo con la feminidad débil es decir problemas con su madre y con la maternidad.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN, ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Discusión de Resultados

En la Sociedad de Lucha contra el Cáncer de la ciudad de Ambato se ha entrevistado a pacientes que se encuentran en alguna etapa patológica del cáncer mamario, se ha logrado vincular la teoría estudiada, con el desarrollo de vida que ha mantenido cada paciente, considerando sus aspectos emocionales y físicos que han intervenido en el proceso de adquisición del cáncer de mama.

El análisis minucioso de los datos de cada paciente ha permitido plantear una discusión sobre los resultados obtenidos frente a la hipótesis planteada previa a la investigación; detallada a continuación la información más relevante detectada en el desarrollo de la investigación para mejor entendimiento de la problemática.

Fue comprobada la hipótesis cuando se concluye que las primeras relaciones objetales al ser factores de construcción del mundo interno de cada sujeto, si repercuten en la adopción de cáncer de seno; pues ésta base que fue previamente instaurada en el psiquismo se encuentra en constante dinámica durante la historia de vida de cada individuo; es así que los objetivos planteados también fueron acertados, permitido investigar aspectos importantes para la implementación de una nueva visión de la psicología psicosomática al ver al ser humano como integral.

❖ LUCILA, BLANCA, ANITA, ELSA, CARMEN Y MARÍA AURORA

La relación vincular se fue estableciendo con una ausencia de afectividad, desde muy temprana edad ya adoptaron responsabilidades de un adulto, cumpliendo con las labores del hogar y atendiendo a los miembros del mismo. Es decir sus madres les proporcionaron un rol de adultas antes de su adolescencia.

En sus primeras etapas infantiles asumen el rol de adultas pero cuando deben tomar la responsabilidad de sus propios hogares, comienzan a vivir dicha situación, una dinámica que les provoca una serie de conflictos.

Con un rol materno más activo que el rol paterno dentro de su desarrollo, hacen de las pacientes mujeres dependientes sin cubrir por si solas sus necesidades; cuando su vida social debería empezar se hace evidente su falta de seguridad para introyectarse en este mundo, por eso evitan intimar con la gente de su edad formándose con más introversión que extroversión.

A nivel de pareja su falta de experiencia no les permite tener mayor facilidad para elegir sus relaciones, es por eso que de su escaso mundo de amistades iniciaban relaciones de pareja por largos periodos, su padre no permitía q continuara las relaciones desprendiéndoles bruscamente de dichos jóvenes, produciendo en sus hijas depresiones como consecuencias de la misma situación.

Cuando nos detenemos a conocer el perfil de sus actuales esposos notamos una transferencia indudable de la similitud de características que mantenían con sus padres, es decir hombres agresivos, alcohólicos, ausentes en su rol como padres y esposos, con mayor edad que ellas cumpliendo como padres de sus esposas.

Por su parte también denotamos similitud con las características de sus madres, mujeres sumisas, obedientes, quienes aguantaban toda clase de maltrato verbal y físico; es decir las pacientes se identifican con sus madres y se parecen a ellas por esa la razón de su igualdad.

Cuando Anita indicaba que “me da vergüenza que nos crezcan los senos”, su negación a la feminidad indicaba su falta de deseo por atravesar su etapa de niña para convertirse en una mujer más independiente, por lo que evitaba que la gente observe su cambio de etapa.

En el caso de Anita y Blanca que pasan por un desprendimiento forzado de sus primeras parejas, por falta de aceptación de sus padres, son ellas quienes permiten la censura proveniente de la figura paterna; de la misma forma estos padres rechazan a sus hijas, esto desencadena un padre ambivalente que odia y ama a la vez, es el tipo de relación que mantuvieron padres con hijas.

Si analizamos la relación vincular entre los padres de las pacientes, quienes mantenían una dinámica patológica, la mujer se dedicada a soportar todo lo que de su pareja venia como maltratos constantes, sin contar con la ayuda en su hogar, las convierten en sumisas sin que su opinión tenga cierta validez; los hombres en cambio con un problema de alcoholismo y un patriarcado marcado como herencia familiar no permite desarrollar a sus parejas.

El área del seno derecho en las tres pacientes es el depositario de sus conflictivas, indican las teorías holísticas que el lado derecho simboliza lo relacionado con la figura materna del paciente y el lado izquierdo con la figura paterna, en las historias

presentadas su transferencia viene de la madre por asumir su rol pero va dirigido a su padre.

Además su falta de seguridad que no le generaron sus objetos primarios, no les permitió desarrollarse como madres en su totalidad, como indicaba Anita “este cáncer de seno lo tengo por no haberles dado de lactar a mi hijos correctamente”, atribuye su actual estado por un sentimiento de culpabilidad como consecuencia a la transferencia de su propia madre que tampoco habrá cumplido como tal en su momento, dicha situación le generó frustración más que satisfacción.

El perfil de la madre fría que no demostraba afectividad a sus hijos es evidente en las pacientes que actualmente poseen la patología, a pesar de su rigidez, fueron instaurando una figura materna negativa por su manera de criarlas.

Cada una de las pacientes han atravesado por circunstancias difíciles en su vida que han marcado de alguna manera la misma, como la pérdida de un hijo o la muerte de un ser muy cercano, lo que han dejado duelos no elaborados por completo, es por eso que causa lágrimas en el momento de su relato; estas experiencias consideradas traumáticas como indica la teoría son aisladas por la mente del neurótico con el fin de deshacerse de la intensidad del afecto que se generó; para suprimir el pasado los actos motores se presentan como una descarga de energía psíquica y aparecen los síntomas.

Desde muy tempranas edades el estar expuesto a circunstancias de trabajo duro, no acorde a sus edades, como el hacerse cargo de la atención de un familia, realizar trabajo de campo, y no recibir afectividad, produjo un sentimiento de soledad en las

pacientes y saben que para su conservación de la vida, tan solo dependía de ellas, por ese miedo a perder la vida.

La primera impresión de conocer que poseían en su organismo una patológica como el cáncer, generó un retroceso a etapas muy tempranas donde su vulnerabilidad les obligaba a depender de los demás, este primer ataque histérico de ira, rabia de ya no querer vivir "es una enfermedad para ricos, no para pobres", tiene un significado y un propósito que dependió de cada paciente saber llevarlo en el proceso de la enfermedad, si hay una reacción adecuada podía ayudar a regenerar su cáncer, pero si era negativa las consecuencias pronto serían evidentes.

Vínculos sociales bastante limitados, consecuencia de un proceso de independencia erróneo, fue evidente en su escaso grupo de amigos, su nivel de introversión, dedicadas solo a sus hogares y trabajos; además de su elección de parejas sin mayor experiencia, lo que además desfavorecía para su afrontamiento a cambios y a dificultades, como la enfermedad.

Las pérdidas vitales en la historia de vida de cada paciente lo que hizo fue reactivar la ansiedad de perder el objeto interno bueno, a menos de que en aquella etapa hay introyectado una figura lo bastante buena que le permita elaborar el duelo y no dar paso a un trauma psíquico, que genere síntomas físicos.

El análisis estadístico ha corroborado dichos aspectos, indicando que la mayoría de las pacientes estudiadas han atravesado en su historia de vida por situaciones críticas, dejando huellas mnémicas a nivel inconsciente que han influido actualmente en su afección física, siendo el seno el objeto depositante de cada problemática, teniendo en cuenta la consideración de dicho simbolismo, en algunos casos como un

autocastigo y en otros tomado como un goce patológico donde el disfrute de la paciente es evidente en su discurso.

La primera infancia por la que atravesaron las pacientes indican lo determinante de dicha relación para la construcción de su mundo interno, pues como fue evidente al no recibir afectividad de sus padres no pudieron transmitir a sus hijos; y a nivel vincular también se detectó como la inseguridad personal generada en su hogar no les permitió mantener vínculos adecuados en su interacción social; es así que su sumisión ante sus parejas les ha hecho mujeres con escasas habilidades de resolución de problemas, y el cáncer ha podido desencadenarse en este tipo de personalidades según la investigación establecida.

En conclusión la hipótesis ha sido comprobada, al mencionar que sí existe una influencia de las primeras relaciones objetales para la construcción del mundo interno de cada sujeto; dicha estructura se mantiene en dinámica durante su historia de vida, y serán ciertas experiencias las que desencadenen alteraciones y alteren el bienestar humano.

4.2 Conclusiones

✚ El ser humano al nacer se encuentra con una experiencia nueva y por su escasa capacidad para enfrentarla, necesita una construcción interna que le genere seguridad; para esto cuenta con la influencia de sus primeras relaciones con objetos externos, es decir con su madre y su padre que posteriormente con una serie de procesos serán introyectados, y se establecerá cierto tipo de relación ya sea positiva o negativa de acuerdo a cada caso, así queda establecido el mundo interno del sujeto. Pero si no se logra una construcción exitosa del mundo interno, el sujeto no cuenta con un yo integrado, y se da paso a una falta de adaptación al mundo externo, una inmadurez emocional, escasa fuerza de carácter, un desequilibrio personal; todo lo que altera la salud mental; aquí comienza la descarga de conflictos internos en la adopción de enfermedades físicas. El sujeto inconscientemente elige una enfermedad para obtener de ésta un goce; en el caso del cáncer y su localización en los senos, se debe a un conflicto interno con la feminidad y su rol materno; el grado de intensidad patológica es mayoritario que cualquier otra enfermedad, ya que su finalidad es llegar a la muerte si no logra una nueva integración de su yo, el paciente queda disociado y moriría. Es por esto que se ha comprobado la hipótesis planteada al inicio de la investigación, porque las primeras relaciones objetales si influyen en la adopción de cáncer de mama.

✚ Las relaciones objetales primarias se presentan desde el primer contacto del bebé con su madre, visto inicialmente como un objeto parcial pero serán las experiencias de gratificación que superen las de frustración para con un nuevo proceso lo vea como un objeto total; considerando que la madre no solo es un objeto externo también lo introyecta y establece una relación con el mismo; el

éxito de esta primera relación permitirá al sujeto extender sus relaciones con nuevos objetos e introyectarlos de acuerdo a la relación establecida con los mismos; es decir con el padre, miembros del círculo familiar y otros. La internalización de Padre y Madre y la identificación con ellos permite la construcción del mundo interno del sujeto si se ha logrado construir un yo fuerte e integrado, podrá el individuo contar con un nivel de equilibrio que le proporcione salud mental, y será la base fundamental para futuros vínculos. Si no se logra establecer una relación adecuada con su mundo interno y se han introyectado objetos negativos, el sujeto no logrará obtener una personalidad bien integrada y por ende serán evidentes los conflictos en el mundo externo.

✚ Como cada sujeto cuenta con un mundo interno construido de acuerdo a la dinámica que atravesaron con sus primeras relaciones objetales, crean a partir de lo introyectado una estructura psíquica; teniendo en cuenta que la primera, segunda y tercera tópica planteada por Freud S. se han fusionado en la siguiente conclusión estructural.

Yo Al ser el encargado de la adaptabilidad del sujeto con su mundo externo, se puede concluir las pacientes han mantenido una dificultad para adaptarse a las circunstancias de su historia de vida, especialmente en su elaboración, por lo que no cuentan con una capacidad de descarga, sino solo utilizan el mecanismo de represión, que en su infancia quedaron a nivel inconsciente y en la vida actual han regresado por medio de una transferencia.

Ello el instinto de muerte se activa con el apareamiento del cáncer, por su deseo inconsciente de morir y no enfrentar; el instinto de placer permite la elección del

área del seno como fuente de descarga y obtención de un goce patológico, cuando la ganancia secundaria está emitida hacia otro ya sean padres, hijos o parejas.

Super yo para su construcción debieron atravesar por una resolución edípica en donde fue evidente los celos por competencia con sus madres, por su deseo inconsciente de asumir sus roles e identificarse con ellas para agradar a sus padres asumiendo sin objeción las responsabilidades otorgadas. Si se analiza la ausente participación de la figura paterna en la construcción del mundo interno de las pacientes, se considera cómo en su infancia su primera elección de objeto fue su padre, y para lograr integrarlo en sus vidas debieron desplazar su infancia para tomar una actitud adulta, y con ello desplazar a sus madres. En la vida adulta se reafirma dicha elección cuando eligen sus parejas con características similares a las de su padre, con una diferencia de edad que evidencia su deseo de obtener nuevamente este padre ausente en su construcción interna, y que ahora puede ser participativo, nuevamente la sumisión que les favorece a cumplir el objetivo de agradarles y obtener un goce de la situación.

✚ El ser humano en su historia de vida atraviesa por un conjunto indefinido de experiencias, pero es la construcción psíquica de cada sujeto que le permite procesar o reprimir lo negativo de dichas situaciones, si es disfuncional la psiquis por su necesidad de descarga; elige inconscientemente enfermar de cáncer; es decir inicia el apareamiento de un tumor maligno que representa la pérdida de diferenciación celular hasta el punto en que las células llegan a comportarse como en sus etapas arcaicas de reproducción asexual; y su localización también es seleccionada de forma inconsciente; cuando las células cancerígenas se ubican en el seno derecho, el pecho es tomado como arma femenina por conflictos de pareja

o con su figura paterna; mientras que si su elección está en su mama izquierda tiene que ver con la maternidad y el recogimiento; tomado el seno como un alimentador, dador, es decir su funcionalidad.

4.3 Recomendaciones

- ✚ Mantener salud mental es lo más recomendable para todo ser humano, porque implica contar con una personalidad bien integrada que no le permita enfermar y pueda adaptarse al mundo externo y tener capacidad para afrontar dificultades y tolerar consecuencias, que puedan causar algún desequilibrio personal.
- ✚ La exitosa construcción del mundo interno de un sujeto viene a partir de un largo proceso desde su nacimiento, pero cuando se detectan dificultades en la vida actual; es necesario regresar a un análisis minucioso de su historia de vida; para lograr una nueva integración de la personalidad del paciente.
- ✚ El apareamiento de enfermedades en la vida de un ser humano, es una señal de alerta sobre algún conflicto psíquico según la teoría psicósomática, para lo cual es recomendable lograr un tratamiento integral es decir una parte médica, una parte psicológica, una parte espiritual; teniendo en cuenta que el ser humano es un todo, no solo una materia física. Sin embargo llevar un proceso analítico preventivo sería beneficioso para evitar la formación de síntomas que alteren el bienestar humano.
- ✚ Cómo queda instaurada cada experiencia en la psiquis del individuo influirá en la adopción de futuras patologías, especialmente si hay una necesidad de descarga, el análisis de cada paciente pueden detallar dicha situación; y un proceso terapéutico favorecería su erradicación; para lograrlo es importante lograr entender la psicología del ser humano, para comprender la relación que tiene con su organismo, y así poder verlo como un ser biopsicosocial y no estudiarlo por sectores.

4.4 Bibliografía

Chiozza, L. Medicina y psicoanálisis: indagaciones sobre la relación entre el cuerpo y el alma, (1a ed) Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2008.

Chiozza, L. ¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el cuerpo. Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2008.

Chiozza, L. Cáncer. ¿Por qué a mí, por qué ahora? (1era. ed.) Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2010.

Freud, S. Estudios sobre la Histeria (2da. ed.) Biblioteca nueva, 2007.

Freud, S. Tres ensayos para una Teoría sexual, (1ra. ed.) Biblioteca nueva, 2008.

Freud, S. Lo Inconsciente, (3ra. ed.) Biblioteca nueva, 2006.

Freud, S. Análisis del Yo, (2da. ed.) Biblioteca nueva, 2006.

Freud, S. El Yo y el Ello, (1ra. ed.) Biblioteca nueva, 2007.

Freud, S. Inhibición, síntoma y angustia, (2da. ed.) Biblioteca nueva, 2008.

Klein, M. Algunas conclusiones teóricas de la vida emocional del lactante de Melanie Klein M. (2da. ed.) Paidós, 2006.

Klein, M. Estadios tempranos del conflicto edípico, (2da. ed.) Paidós, 2004.

Klein, M. Notas sobre algunos mecanismos esquizoides, (1era. ed.) Paidós, 2004.

Segal, H. Introducción a la obra de Melanie Klein, (24va. ed.) Paidós, 2004.

Winnicott, D. Escritos de pediatría y psicoanálisis, (Tomo 1) Paidós, 2003.

Winnicott, D. Necesidades ambientales; primeras etapas; dependencia total e independencia esencial, (1era. ed.) Paidós, 2008.

Winnicott, D. El destino del objeto transicional, (1era. ed.) Paidós, 2009.

Winnicott, D. La familia y la madurez emocional, (2da. ed.) Paidós, 2011.

Winnicott, D. La pareja madre-lactante, (1era. ed.) Paidós, 2006.

Winnicott, D. Psiquiatría infantil, el cuerpo tal como lo afectan los factores psicológicos, (2da. ed.) Paidós, 2007.

Winnicott, D. Psicología de la separación, (2da. ed.) Paidós, 2003.

4.5 Linkografía

Apfem, Trastornos Psicossomáticos, Definiciones, artículo disponible en el siguiente link:

http://www.apfem.com/articulodelmes/09-08-agosto/Los_Trastornos_Psicossomaticos_y_el_Sindrome_de_Colon_Irritable.pdf

Fecha: 10/10/2011

Psiconet, Principios de psicoanálisis, conceptos, artículo disponible en el siguiente link:

<http://www.psiconet.com/argentina/articulos/ulises.htm>

Fecha: 23/10/2011

Psicomundo, Obras completas de Klein M., Aportes, artículo disponible en el siguiente link:

El web de Melanie Klein M.: [http://psicomundo.org/Klein M./](http://psicomundo.org/Klein_M/)

Fecha: 07/12/2011

Cfnavarra, Desarrollo del cáncer, factores psicológicos, artículo disponible en el siguiente link:

<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple1/suple16a.html>

Fecha: 10/12/2011

Editorial na, Conversión psicossomática, alma y cuerpo, artículo disponible en el siguiente link:

<http://www.editorial-na.com/articulos/articulo.asp?artic=84>

Fecha: 20/12/2011

Obras completas de CHIOZZA Luis, aportes, artículo disponible en el siguiente link:

<http://www.funCHIOZZALuis.com/downloads/obrascompletas/pdf/tomo0.pdf>

Fecha: 11/01/2012

Obras completas de CHIOZZA Luis, aportes, artículo disponible en el siguiente link:

<http://www.CHIOZZALuis.com/obra.php?lang=es>

Fecha: 11/01/2012

Taringa, Obras completas de WINNICOTT Donald, artículos, artículo disponible en el siguiente link:

<http://www.taringa.net/buscar/?q=obras%20completas%20Freud.S>

Fecha: 10/02/2012

Taringa, Obras completas de Freud S., psicoanálisis, artículo disponible en el siguiente link:

http://www.taringa.net/posts/ciencia-educacion/11433640/Varios-libros-de-Psicologia-_Obras-Completas_.html

Fecha: 15/02/2012

Wikipedia, Desarrollo del cáncer, factores orgánicos, artículo disponible en el siguiente link:

http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_de_mama

Fecha: 20/02/2012

Vidasalud, Proceso de adquisición del cáncer, aportes científicos, artículo disponible en el siguiente link:

<http://www.vidaysalud.com/category/daily/cancer/?gclid=COuwy4Ccva8CFQda7AodIk530Q>

Fecha: 21/02/2012

Psicoanálisis, aportes psicosomáticos, artículo disponible en el siguiente link:

<http://apa.org.ar/cursos/centro-de-estudios/problematicas-corrientes-y-practicas-actuales-del-psicoanalisis/3-estudios-sobre-diversas-tematicas-psicoanaliticas/las-teorias-sobre-psicosomatica-2/>

Fecha: 08/03/2012

Elortiba, Diccionario de psicoanálisis, definiciones, artículo disponible en el siguiente link:

<http://www.elortiba.org/dicpsi.html>

Fecha: 09/03/2012

4.6 Glosario

Afecto: Palabra tomada por el psicoanálisis de la terminología psicológica alemana y que designa todo estado afectivo, penoso o agradable, vago o preciso, ya se presente en forma de una descarga masiva, ya como una tonalidad general. Según Freud S., toda pulsión se manifiesta en los dos registros del afecto y de la representación. El afecto es la expresión cualitativa de la cantidad de energía pulsional y de sus variaciones.

Agresividad: Tendencia o conjunto de tendencias que se actualizan en conductas reales o fantasmáticas, dirigidas a dañar a otro, a destruirlo, a contrariarlo, a humillarlo, etc. La agresión puede adoptar modalidades distintas de la acción motriz violenta y destructiva; no hay conducta, tanta negativa (rechazo de ayuda, por ejemplo) como positiva, tanto simbólica (por ejemplo, ironía) como efectivamente realizada, que no pueda funcionar como agresión.

Ambivalencia: Presencia simultánea, en la relación con un mismo objeto, de tendencias, actitudes y sentimientos opuestos, especialmente amor y odio. La palabra «ambivalencia» fue tomada por Freud S. de Bleuler, que fue quien la creó. Bleuler consideró la ambivalencia en tres terrenos. Volitivo (Ambitendenz): por ejemplo, el individuo quiere al mismo tiempo comer y no comer. Intelectual: el individuo enuncia simultáneamente una proposición y su contraria. Afectivo: ama y odia en un mismo movimiento a la misma persona. Bleuler considera la ambivalencia como uno de los síntomas cardinales de la esquizofrenia, pero reconoce la existencia de una ambivalencia normal.

Beneficio: De la enfermedad designa, de un modo general, toda satisfacción directa o indirecta que un sujeto obtiene de su enfermedad. El beneficio primario es el que entra en consideración en la motivación misma de una neurosis: satisfacción hallada en el síntoma, huida en la enfermedad, modificación favorable de las relaciones con el ambiente. El beneficio secundario podría distinguirse del anterior por: - su aparición con posterioridad, como ganancia suplementaria o utilización por el sujeto de una enfermedad ya constituida.

Carácter: La noción de carácter deriva de la doble hipótesis del psicoanálisis sobre la supervivencia de una organización pulsional pregenital y el destino asignado a esa formación en la historia del sujeto.

Castigo: Comportamiento de ciertos sujetos que buscan situaciones penosas y humillantes y se complacen en ellas. El psicoanálisis se ha visto llevado a poner de manifiesto la existencia en el sujeto de considerables tendencias a prohibirse la satisfacción o a herirse en represalia de una satisfacción recibida. Por lo tanto, más que de castigo propiamente dicho, se trata de autocastigo, el cual es una expresión de la pulsión de muerte.

Castración: Los retoques sucesivos a los que ha dado motivo el concepto de castración han repercutido sobre las redistribuciones teóricas más generales impresas por Freud S. y después de Freud S. a las orientaciones y conceptos fundamentales del psicoanálisis; esas redistribuciones, por lo demás, son solidarias de comentarios interdisciplinarios progresivamente ampliados, acerca de la represión del incesto, la puesta en evidencia de la función fálica, la elaboración del principio de realidad, la génesis del superyó.

Censura: Función psíquica que impide la emergencia de los deseos inconscientes en la conciencia si no es disfrazados. El fin de la censura es enmascarar los contenidos de los deseos inconscientes a fin de que sean irreconocibles para la conciencia. En la primera tópica, la censura se ejerce en el límite de los sistemas inconsciente, de un lado, y preconscious-consciente, del otro. Debe notarse, sin embargo, que Freud S. habla también de censura entre preconscious y consciente.

Complacencia somática: Expresión introducida por Freud S. para explicar la «elección de la neurosis» histérica y la elección del órgano o del aparato corporal en el cual tiene lugar la conversión: el cuerpo (especialmente en el histérico) o un determinado órgano proporcionaría un material privilegiado para la expresión simbólica del conflicto inconsciente.

Complejo: Conjunto de representaciones parcial o totalmente inconscientes, provistas de un poder afectivo considerable, que organizan la personalidad de cada uno y orientan sus acciones. El término, introducido por E. Bleuler y C. G. Jung, ha sido reservado esencialmente por Freud S. para el complejo de castración, el complejo de Edipo y el complejo paterno.

Compulsión a la repetición: A nivel de la psicopatología concreta, proceso incoercible y de origen inconsciente, en virtud del cual el sujeto se sitúa activamente en situaciones penosas, repitiendo así experiencias antiguas, sin recordar el prototipo de ellas, sino al contrario, con la impresión muy viva de que se trata de algo plenamente motivado en lo actual.

Conflicto psíquico: Expresión de exigencias internas inconciliables: deseos y representaciones opuestos, y más específicamente, fuerzas pulsionales antagonistas. (El conflicto psíquico puede ser manifiesto o latente.)

Construcción: Elaboración hecha por el psicoanalista con el fin de volver a encontrar lo que el sujeto ha olvidado y no puede recordar, cuya comunicación al paciente actuaría en la cura paralelamente a la interpretación.

Contenido latente: Conjunto de significaciones a las que conduce el análisis de una producción del inconsciente, especialmente el sueño. Una vez descifrado, el sueño no aparece ya como una narración formada por imágenes, sino como una organización de pensamientos, un discurso, expresando uno o varios deseos.

Contenido manifiesto: Con esta expresión se designa el sueño antes de haber sido sometido a la investigación analítica, tal como se presenta al sujeto soñador que efectúa la narración del mismo. Por extensión se habla del contenido manifiesto de toda producción verbalizada (desde la fantasía a la obra literaria) que se intenta interpretar por el método analítico.

Conversión: Mecanismo de formación de síntomas que interviene en la histeria y, más específicamente, en la histeria de conversión. Consiste en una transposición de un conflicto psíquico y una tentativa de resolución del mismo en síntomas somáticos, motores (por ejemplo, parálisis) o sensitivos (por ejemplo, anestias o dolores localizados).

Defensa: Operación por la cual un sujeto confrontado con una representación insoportable la reprime, a falta de medios para ligarla con otros pensamientos a través de un trabajo de pensamiento.

Demanda: Forma ordinaria que toma la expresión de una aspiración, en el caso en que se trata de obtener algo de alguien, a partir de la cual el deseo se distingue de la necesidad.

Descarga: Término «económico» utilizado por Freud S. dentro de los modelos físicos que da M aparato psíquico: evacuación hacia el exterior de la energía aportada al aparato psíquico por las excitaciones, ya sean éstas de origen interno o externo. Esta descarga puede ser total o parcial. Remitimos al lector, por una parte, a los artículos sobre los diferentes principios que regulan el funcionamiento económico del aparato psíquico (Principio de constancia, Principio de inercia, Principio de placer) y, por otra, en lo referente al papel patógeno de los trastornos de la descarga, a los artículos: Neurosis actual y Estancamiento de la libido.

Dinámica: La noción de dinámica, con independencia de las que han sido las condiciones operatorias de su empleo en la teoría psicoanalítica, se presenta como una transposición de su significación más general en las ciencias de la naturaleza: en efecto, ella recubre, según las propias fórmulas de Freud S., la definición y el juego recíproco de fuerzas que regulan el despliegue de los procesos psíquicos.

Escisión: El término Spaltung es muy ambiguo en Freud S.. Por cierto, la operación que designa es de escisión o clivaje, como se traduce el término; de separación, por lo tanto, pero todo depende de qué es lo que se separa. Desde los Estudios sobre la histeria, Freud S. se sirve de él (igual que Breuer) para designar la «escisión» de la conciencia (Bewussteseinsspaltung), propia de la histeria y la hipnosis.

Estadio: Cada uno de los grados de organización libidinal en el desarrollo del ser humano que tienen un carácter topográfico (zonas erógenas) y un carácter objetal (elección de objeto).

Estructura: La noción de estructura aparece en Freud S. (desde La interpretación de los sueños, 1900) a fin de recubrir diversos aspectos de una configuración de

elementos distribuidos según relaciones de orden: «Los dos sistemas psíquicos, la censura que los separa, la coerción de una actividad sobre la otra, las relaciones de cada una de ella con la conciencia -o cuanto se pueda descubrir en relación con esto mediante una interpretación más exacta-, todo Ello pertenece a la estructura normal de nuestro aparato psíquico, y el sueño es una de las vías que permiten conocer dicha estructura».

Fantasía: Guión imaginario en el que se halla presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y, en último término, de un deseo Inconsciente. La fantasía se presenta bajo distintas modalidades: fantasías conscientes o sueños diurnos, fantasías Inconscientes que descubre el análisis como estructuras subyacentes a un contenido manifiesto, y fantasías originarias.

Fijación: Ligazón privilegiada de la libido con objetos, imágenes, o tipos de satisfacción libidinal vinculados a los estadios pregenitales.

Formación reactiva: Las formaciones reactivas pueden ser muy localizadas y manifestarse por un comportamiento particular, o generalizadas hasta constituir rasgos de carácter más o menos integrados en el conjunto de la personalidad.

Formación de síntomas: Término utilizado para designar el hecho de que el síntoma psiconeurótico es el resultado de un proceso especial, de una elaboración psíquica.

Goce: Diferentes relaciones con la satisfacción que un sujeto deseante y hablante puede esperar y experimentar del usufructo de un objeto deseado. Que el sujeto deseante hable, que sea, como dice Lacan, un ser que habla, un «ser-hablante», implica que la relación con el objeto no es inmediata.

Huella mnémica: Forma bajo la cual los acontecimientos o, más simplemente, el objeto de las percepciones, se inscriben en la memoria, en diversos puntos del aparato psíquico.

La teoría psicoanalítica de las neurosis supone una atención particular a la manera en que los acontecimientos vividos por el sujeto, acontecimientos eventualmente traumáticos, pueden subsistir en él («los histéricos sufren de reminiscencias»).

Identificación: Proceso por el cual un individuo se vuelve semejante a otro, en su totalidad o en parte; distinguimos, con Lacan, las identificaciones imaginarias constitutivas del Yo [moi] y la identificación simbólica fundante del sujeto.

Inhibición: Limitación funcional del Yo, que puede tener orígenes muy diversos. El psicoanálisis no trata solamente síntomas «positivos», en el sentido de procesos patológicos que vienen a injertarse en un funcionamiento normal (por ejemplo, obsesiones). También ha puesto en evidencia perturbaciones funcionales que se definen, de manera negativa, por el hecho de que una actividad no puede tener lugar. Estas perturbaciones funcionales, expresión de una limitación del Yo, constituyen lo que se llama «inhibiciones».

Libido: Energía psíquica de las pulsiones sexuales que encuentra su régimen en términos de deseo, de aspiraciones amorosas, y que, para S. Freud S., da cuenta de la presencia y de la manifestación de lo sexual en la vida psíquica.

Mecanismos de defensa: Diferentes tipos de operaciones en las cuales puede especificarse la defensa. Los mecanismos preponderantes varían según el tipo de afección que se considere, según la etapa genética, según el grado de elaboración del conflicto defensivo, etc. Existe acuerdo en afirmar que los mecanismos de defensa

son utilizados por el Yo, pero permanece sin resolver el problema teórico de saber si su puesta en marcha presupone siempre la existencia de un Yo organizado que sea el soporte de los mismos.

Neurosis: Afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa.

Objeto: Aquello a lo que el sujeto apunta en la pulsión, en el amor, en el deseo. El objeto como tal no aparece en el mundo sensible. Así, en los escritos de Freud S., la palabra Objekt siempre viene unida a un determinante explícito o implícito: objeto de la pulsión, objeto del amor, objeto con el cual identificarse. En oposición a Objekt, das Ding (la cosa) aparece más bien como el objeto absoluto, objeto perdido de una satisfacción mítica.

Objeto parcial: Tipo de objetos a los que apuntan las pulsiones parciales, sin que esto implique que se tome como objeto de amor a una persona en su conjunto. Se trata principalmente de partes del cuerpo, reales o fantasmáticas (pecho, heces, pene) y de sus equivalentes simbólicos. Incluso una persona puede identificarse o ser identificada con un objeto parcial.

Placer: Si la actividad psíquica consiste en primer lugar en evitar el displacer y buscar el placer, se trata de que ella apunta por una parte a esquivar el dolor o el terror y descargar la excitación, y por la otra a repetir la experiencia de satisfacción primaria y suprimir de tal modo la tensión pulsional.

Regresión: Dentro de un proceso psíquico que comporta una trayectoria o un desarrollo, se designa por regresión un retorno en sentido Inverso, a partir de un punto ya alcanzado, hasta otro situado anteriormente.

Reparación: Mecanismo, descrito por Melanie Klein M., en virtud del cual el sujeto intenta reparar los efectos de sus fantasmas destructores sobre su objeto de amor. Este mecanismo va ligado a la angustia y a la culpabilidad depresivas: la reparación fantasmática del objeto materno, externo e interno, permitiría superar la posición depresiva asegurando al Yo una identificación estable con el objeto benéfico.

Síntoma: Freud S. tuvo la suerte de partir del síntoma, y por lo tanto de lo que no anda. No se trataba para él de medirlo con la vara de una salud mental cuyo carácter de ideal es incluso problemático, puesto que resulta imposible conceptualizarlo; tampoco se trataba de especular sobre él a la manera de un filósofo.

Tópica: Teoría o punto de vista que supone una diferenciación del aparato psíquico en cierto número de sistemas dotados de características o funciones diferentes y dispuestos en un determinado orden entre sí, lo que permite considerarlos metafóricamente como lugares psíquicos de los que es posible dar una representación espacial figurada.

Transferencia: Designa, en psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con Ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad.

Transicional: Según Winnicott D., primer objeto material tomado como propio por el lactante, al que no obstante este no reconoce como perteneciente a la realidad externa, aunque no forme parte de su cuerpo propio.

Trauma: Una observación inicial importante: en Freud S., siempre se trata de trauma, no de traumatismo. Por lo tanto, se podría admitir una distinción: traumatismo se aplica al hecho exterior que golpea al sujeto, y trauma al efecto producido por ese hecho en el sujeto, y más específicamente en el dominio psíquico.

4.7 Anexos

4.7.1 Anexo 1: Modelo de Historia Clínica

HISTORIA CLÍNICA

Número

1. DATOS INFORMATIVOS

Nombre:

Sexo:

Ocupación:

Estado Civil:

Religión:

Dirección:

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

4.- COMPOSICION FAMILIAR

DATOS DE LA FAMILIA

NOMBRE	RELACIÓN	EDAD	OCUPACION

Elaborado por: LUNA Andrea

Antecedentes patológicos familiares:

5.- PSICOANAMNESIS PERSONAL, NORMAL Y PATOLÓGICA

ETAPA PRENATAL

ETAPA NATAL

ETAPA POSTNATAL

INFANCIA

ADOLESCENCIA

ADULTEZ

ANTECEDENTES MEDICOS Y QUIRÚRGICOS

6.-EXAMEN DE EXPLORACIÓN MENTAL

6.2 CONSCIENCIA:

c. ORIENTACIÓN AUTOPSÍQUICA

- Madurez emocional
- Nivel de extroversión, introversión
- Aptitudes intelectuales
- Escala de valores: dimensión espiritual (educación religiosa, lo que cree o no y por qué, sentido de su vida)
- Nivel de autonomía e independencia
- Capacidad de afrontar el cambio y a conflictos

d. ORIENTACIÓN ALOPSÍQUICA

- Habilidades de comunicación

c. CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD

ATENCION:

SENSOPERCEPCION:

MEMORIA:

PENSAMIENTO:

LENGUAJE:

INTELIGENCIA:

VOLUNTAD:

JUICIO Y RAZONAMIENTO:

HABITOS:

7.- EXPLORACION AFECTIVA

Balance de pérdidas vitales

Proyecto vital y proyección futura

4.7.2 Anexo 2: Preguntas para la Entrevista estructurada

LISTADO DE PREGUNTAS PARA SEGUIMIENTO DE CASOS CLÍNICOS

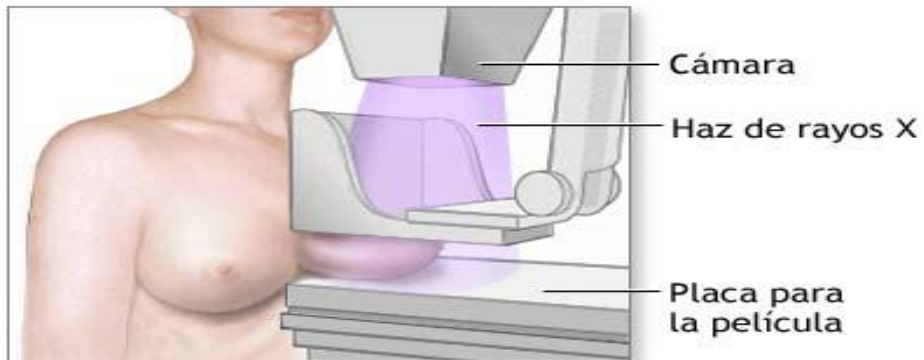
ENTREVISTA ESTRUCTURADA

1. Descripciones psíquicas del padre para conocer la constitución del Super yo
2. Indagar sobre hechos traumáticos en la historia de vida.
3. Ha estado expuesto a un grave peligro?
4. Conocer la primera impresión que tuvo al recibir la noticia de su enfermedad
5. Con que figura materna o paterna se identifica más y por qué?
6. Cómo considera los vínculos con la gente?
7. Cómo fue la elaboración de duelos de sus pérdidas vitales si los ha tenido?

4.7.3 Anexo 3: Imágenes del Cáncer de mama

CÁNCER DE MAMA

Gráfico 2: Examen de mamografía

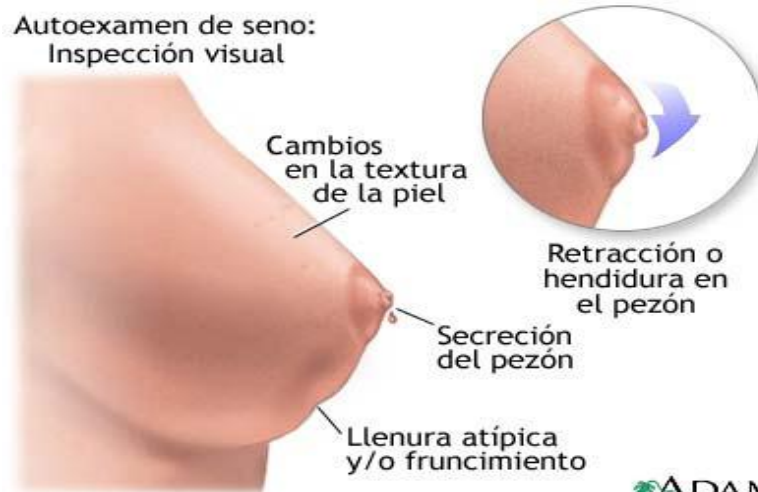


En la mamografía, se comprime cada seno en sentido horizontal y luego oblicuo mientras se toma la imagen de rayos X desde cada posición

ADAM.

Fuente: ADAM

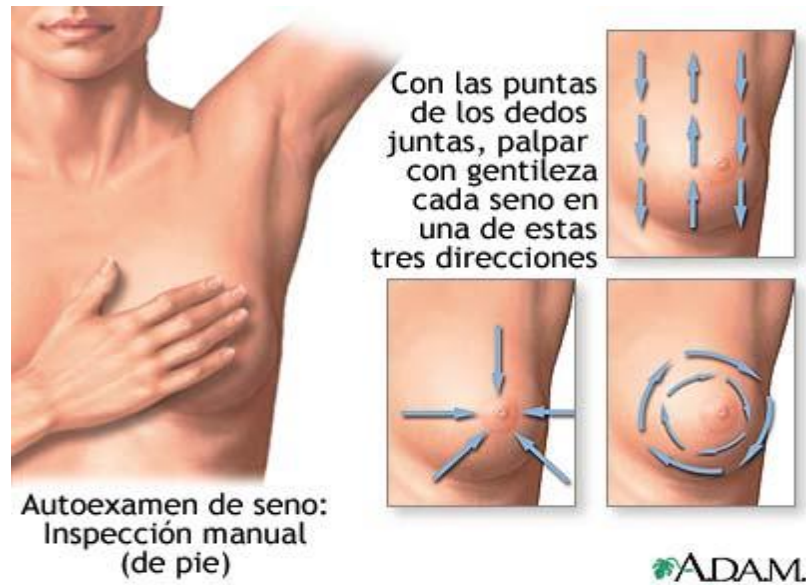
Gráfico 3: Autoexamen de seno



ADAM.

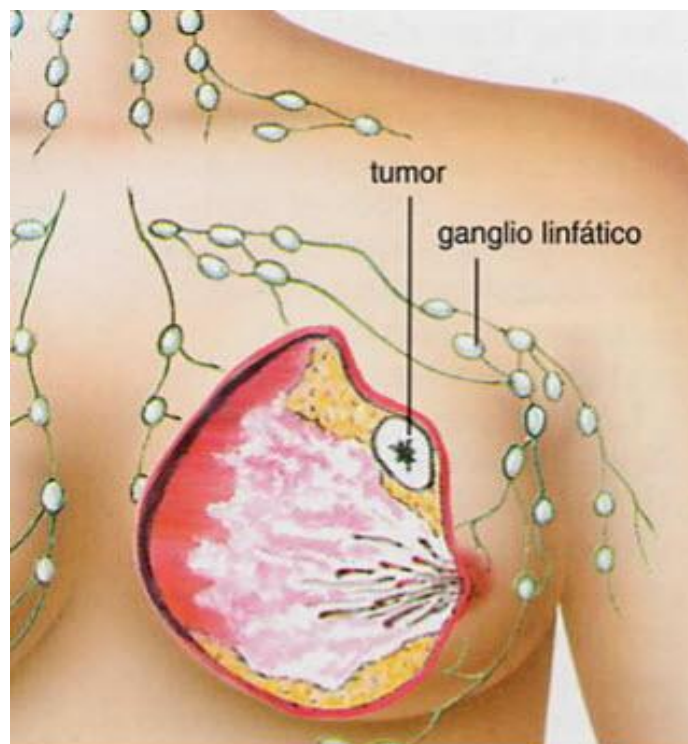
Fuente: ADAM

Gráfico 4: Autoexamen de mama



Fuente: ADAM

Gráfico 5: Tumor patológico



Fuente: ADAM