



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA



**CONFLICTO PSÍQUICO Y SU EXPRESIÓN EN EL CUERPO EN
MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

NORMA SUSANA ROSALES CANIZO

N° CUENTA

0724570

ASESOR:

DR. EN I. P. MANUEL GUTIÉRREZ ROMERO

Toluca. México, Abril 2016



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Ciencias de la Conducta
Departamento de Titulación



Toluca, México, a 29 de Abril de 2016

MTRA. EN I.F. MARIBEL AGUILAR MERCADO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EVALUACION DE GRADO
PRESENTE

Habiendo fungido como ASESOR del trabajo escrito intitulado:

**Conflicto Psíquico y su expresión en el cuerpo en mujeres diagnosticadas con
cáncer de mamá**

Que para optar por el: **Grado de Maestra (o) en Psicología**

Presenta: **Rosales Canizo Norma Susana**

Con número de cuenta: **0724570**

Manifiesto que el BORRADOR de dicho trabajo reúne las características y condiciones
necesarias para ser revisado por la Comisión Especial, nombrada para tal efecto.

ATENTAMENTE

Dr. en Inv. P. Manuel Gutiérrez Romero
ASESOR (A) DE TESIS



OF ASESOR/2016



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Ciencias de la Conducta
Departamento de Titulación



Toluca, México, a 4 de Mayo de 2016

MTRA. EN I.F. MARIBEL AGUILAR MERCADO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN DE GRADO
PRESENTE

Habiendo concluido la revisión del trabajo escrito intitulado:

Conflicto Psíquico y su expresión en el cuerpo en mujeres diagnosticadas con cáncer de mamá

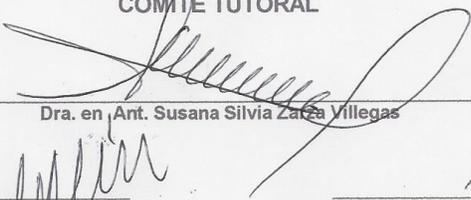
Que para optar por el: **Grado de Maestra (o) en Psicología**

Presenta: C. Rosales Canizo Norma Susana

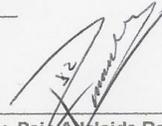
Con Número de Cuenta: **0724570**

Nos es grato comunicarle que dicho borrador cumple con las características y condiciones necesarias para su APROBACIÓN.

ATENTAMENTE
COMITÉ TUTORAL


Dra. en Ant. Susana Silvia Zarza Villegas


Dra. en inv. Psic. Sonia Yolanda Rocha


Dra. en inv. Psic. Abelaida Rojas García



OF REVISORES/2016

INDICE

RESUMEN	07
PRESENTACIÓN	08
INTRODUCCION	10
CAPITULO 1. CONFLICTO PSÍQUICO	
1.1 Aparato psíquico.....	14
1.2 Estructuración del aparato psíquico	17
1.2.1. Inconsciente, preconsciente, consciente.	19
1.2.2. Ello, yo, superyó.....	23
1.3 Génesis del conflicto psíquico.....	26
1.4 Síntoma	29
CAPITULO 2. CONCEPCIÓN PSICOANALÍTICA DEL CUERPO	
2.1. Estadio del espejo.....	37
2.1.1. Cuerpo Real.....	42
2.1.2. Cuerpo Imaginario.....	43
2.1.3. Cuerpo Simbólico.....	45
2.2 Imagen inconsciente del cuerpo.....	47
2.2.1 Castración simbólica.....	48
2.2.2 Imagen base, imagen funcional, imagen erógena.....	49
CAPITULO 3. PSICOSOMÁTICA	
3.1 Escuela francesa.....	54
3.1.1. Joyce MacDugall	54
3.1.1.1 Histeria arcaica.....	60
3.1.1.2 Soma autista.....	61
3.1.1.3 Defensas psicossomáticas.....	62
3.1.2 Piera Aulagnier	63
3.1.3 Andree Green.....	67
3.1.4 J. D. Nasio.....	69
3.1.5 Pierre Marty.....	74
3.2 Psicossomática y cáncer.....	77
3.2.1 Estudio Patobiográfico.....	78
3.2.1.1 Compulsión a la repetición.....	80
3.2.1.2 Fijaciones prenatales.....	82
3.2.1.3 Fracaso de la gratificación libidinosa	82
3.2.1.4 Imposibilidad de descarga	82
3.2.2. Un cuerpo para dos.....	83
3.2.3 Jean Guir.....	86
CAPITULO 4. CÁNCER DE MAMA	
4.1 Órgano mamario.....	90

4.2 Desarrollo mamario	91
4.2. Funciones de los senos	93
4.3. Cáncer.....	95
4.4. Cáncer de mama	97
4. 4.1 Factores de riesgo.....	99
CAPITULO 5. MÉTODO	103
5.1 Planteamiento del problema.....	105
5.2 Objetivo.....	106
5.3Tipo de estudio.....	106
5.4 Procedimiento.....	106
5.5 Instrumentos.....	108
5.6 Participantes.....	110
5.7 Análisis de la información.....	110
5.8 Ejes temáticos.....	111
5.8 Categorías de análisis.....	112
5.9 Indicadores.....	115
RESULTADOS	119
ANALISIS DE RESULTADOS	138
CONCLUSIONES	167
BIBLIOGRAFIA	174
ANEXOS	179
Descripción de las participantes.....	179
Publicación artículo.....	195

RESUMEN

Hoy en día el cáncer de mama es un padecimiento que estadísticamente va en incremento, los avances tecnológicos y médicos se han inclinado en atender a las pacientes diagnosticadas con cáncer “dándole al cuerpo lo necesario para que el cáncer se detenga”, es el cuerpo “orgánico”, del que se habla, al que se nombra, al que se le atiende, sin embargo, es sabido que el discurso médico es insuficiente al momento de referir el cáncer, pues quien padece tal enfermedad, es un sujeto resultado de una prehistoria, del inconsciente, que hace de cada uno un ser singular, y en responder ante diferentes circunstancias externas, pero sobre todo es singular en las representaciones puestas en el padecer, es así que la presente investigación tiene como objetivo, analizar el conflicto psíquico y cómo este puede ser expresado en el cuerpo en las mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama en cinco mujeres con edades de entre 35 a 55 años, provenientes de la ciudad de Toluca. El método utilizado es de corte cualitativo de tipo exploratorio, en donde se utilizó como instrumento la entrevista psicodinámica. Se llega a la conclusión de que existe un conflicto psíquico en las participantes, un conflicto que ha tenido lugar en la relación más temprana con sus madres, pues en esta etapa es donde se sientan las bases para la constitución del psiquismo y paralelamente a este la imagen del cuerpo, el cuerpo subjetivo. La relación con sus madres se muestra perturbada, y que este es reactivado ante una pérdida significativa. De aquí que se considere que el cáncer de mama tiene efectos subjetivos en la vida del sujeto.

PRESENTACIÓN

A lo largo del tiempo la medicina en sus complejos campos disciplinarios ha tratado de adentrarse al enigmático cuerpo humano buscando una respuesta que le permita entender su funcionamiento, las patologías que lo aquejan y sus orígenes. Creer que la patología es un fenómeno meramente fisiológico causado por una falla orgánica o una lesión física que debe ser atendido únicamente por personal médico ha dejado de ser la principal creencia y se ha incluido cada vez más el reconocimiento de la incidencia de factores psicológicos.

Sobre esta idea central es que surge el interés de realizar una investigación que permitiera conocer aquellos procesos psíquicos implicados en la enfermedad, más aun una enfermedad que según las estadísticas va en aumento, el cáncer de mama.

La implicación de estos procesos psíquicos, desde diferentes investigaciones, Silva (2010), Mangonte (2002), han relacionado estrechamente la aparición del cáncer con la historia de vida del sujeto, esto es con sus vivencias que han resultado un trauma que no se ha logrado expresar por medio de la palabra, sino más bien a través del cuerpo. De ello es que surgen algunos cuestionamientos cómo: ¿Puede expresarse un conflicto psíquico en el cuerpo?, y si es así ¿cómo es que un conflicto psíquico puede llegar a expresarse en el cuerpo, tal como lo es el cáncer?, ¿cuál sería ese conflicto?.

Ante estos cuestionamiento se hace énfasis en que no se trata en modo alguno de suponer a lo psíquico como causa del cáncer, sino de entender cómo lo que está en juego va más allá de un organismo enfermo pues el padecimiento humano implica, por definición, la mixtura entre biología y lenguaje, constituyendo así un sufrimiento. No se puede dissociar, el cuerpo de la mente, se está más bien frente a una moneda de dos caras, en la que sin una no puede existir la otra.

Es por ello que la presente investigación se dirige a analizar los conflictos psíquicos expresados en el cuerpo en las mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama. Para tal fin el sustento teórico del trabajo se divide en tres capítulos, el primero, conflicto psíquico, abordado desde una vertiente psicoanalítica, se abordan algunas definiciones generales, así como el escenario de donde emergen, esto es el aparato

psíquico, y sus postulados teóricos, con la primera y segunda tónica formulada por el eminente Freud. Así mismo se retoman las nociones de síntoma como resultado de ese conflicto psíquico. En el segundo capítulo, concepción psicoanalítica del cuerpo, se despliegan de manera sintetizada los postulados freudianos en relación a la constitución del cuerpo y principalmente se retoma la teoría lacaniana del estadio del espejo, y la imagen inconsciente del cuerpo propuesta por Doltó, ya que a partir de estos sustentos se conocerá como es que la psique paradójicamente con el cuerpo se van constituyendo y que estos son indisociables, sin embargo ocurren ciertos sucesos en el sujeto, un cortocircuito en donde se disocian, esto último es lo que respecta a el tercer capítulo, que es “lo psicosomático”, este se soporta de los aportes teóricos de lo que se ha llamado, escuela francesa, compuesta por Joyce MacDougall, Piera Aulagnier, Andree Green, Juan David Nasio y Jean Guir. Para finalmente abordar algunos aportes que sustenten la relación de lo psicosomático con el cáncer, se aborda a Luis Chiozza y a MacDougall junto con Jean Guir.

Finalmente se aborda el capítulo destinado a la concepción del cáncer desde el enfoque médico, esto es estadísticas, desarrollo de la glándula mamaria, funciones de la mama y definición de lo que es considerado cáncer de mama, algunos factores de riesgo y los tratamientos utilizados actualmente. El método de investigación que se utilizó es de corte cualitativo tipo exploratorio, por lo que se empleó la entrevista psicodinámica como instrumento de investigación en cinco participantes diagnosticadas con cáncer de mama, los datos se procesaron de acuerdo a un análisis de contenido.

De esta manera el cáncer de mama es el tema de interés del presente trabajo de investigación, un tema actual que ha llamado la atención de diferentes campos de investigación e instituciones de salud, ya que los avances tecnológicos, aún no han podido dar respuesta a causas específicas que desencadenen el cáncer y más aún encontrar una cura. Es por ello que esta investigación se dirige en intento de conocer esta enfermedad y su relación con conflictos psíquicos vivenciados en la historia de las pacientes que lo padecen, analizando así, la psicopatología propiamente expresada en el cuerpo, tomando en cuenta que lo “psicosomático” está caracterizado por una dificultad de ser expresado, de ser apalabrado.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama ha sido considerado como un problema severo de salud a nivel mundial, día con día las cifras van en ascenso y en donde a pesar de los avances tecnológicos no se ha encontrado una cura, lo que ha impulsado a realizar investigaciones que puedan dar una explicación del porqué del cáncer, indagaciones que permitan conocer su etiología y con ello encontrar su cura y a la vez realizar una prevención oportuna. La mama como órgano, nos habla de un desarrollo biológico desde el nacimiento del sujeto que está destinado a cumplir una función específica en el cuerpo, funciones acercadas a la reproducción y por tanto a la vida. Es así que cuando llega a enfermar se considera un proceso anormal en el cuerpo, en donde las células cancerígenas revierten sus funciones, invadiendo y deteriorando el cuerpo mediante el incumplimiento de la función inicial.

La palabra *cáncer* tiene una intensa connotación afectiva, porque en general evoca la idea de una enfermedad que produce muchos sufrimientos y que constituye una sentencia de muerte en un plazo más o menos breve. Es cierto que la ciencia médica está en condiciones de afirmar que no siempre es ese el desenlace obligado, y que hay cánceres muy diferentes, muchos de los cuales “se curan”, pero también es cierto que la estadística comprueba que una de cada tres personas, un 33% de la población humana, se enferma de cáncer; y que una de cada cuatro, un 25%, muere como consecuencia de esa enfermedad. Esto equivale a afirmar que, a pesar de los avances de la medicina, el cáncer “mata” todavía a tres de cada cuatro enfermos que lo padecen, es decir, a un 75% (Chiozza, 2001).

El cáncer para la OMS, se define como es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana. De esta manera cáncer es un término que agrupa a diversas enfermedades que tienen algunas

características importantes en común. El cáncer afecta a nuestras células, que son la unidad básica del cuerpo para vivir, y consiste en una división de células anormales sin control (2001).

Según los estudios realizados por la American Cancer Society (2014), un factor de riesgo es todo aquello que afecta la probabilidad de una enfermedad, como por ejemplo el cáncer. Si se tiene uno, o hasta varios factores de riesgo, no necesariamente significa que se padecerá la enfermedad. La mayoría de las mujeres que tienen uno o más factores de riesgo de cáncer de seno nunca padecen la enfermedad, mientras que muchas mujeres que la padecen no tienen factores de riesgo aparentes (excluyendo el ser mujer y de edad avanzada). Aun cuando una mujer con factores de riesgo padezca ese cáncer, resulta difícil saber cuánto pudieron haber contribuido estos factores. Algunos factores de riesgo están relacionados con conductas personales tales como fumar, tomar alcohol y la alimentación. Y otros están relacionados con factores cancerígenos ambientales. Algunos factores tienen más influencia sobre el riesgo que otros, y el riesgo de cáncer de seno cambia con el transcurso del tiempo debido a factores como el envejecimiento o cambios en el estilo de vida.

Chiozza por tanto refiere que hay algo en el cuerpo que no está funcionando adecuadamente, ese algo es una rebelión, una expresión de algo que no se ha hablado. Sus principales contribuciones de este autor se dirigen a describir el cáncer tomando en cuenta el fundamento médico, de tal manera que su teoría parte como una analogía al comportamiento celular cancerígeno desde el enfoque psicoanalítico, refiere que las células mantienen una dinámica en nuestro cuerpo, una dinámica “normal”, esto es reproducirse, realizar su función específica en el organismo y morir. Tal caso que se presentaría en nuestra vida diaria, apuntando que el cáncer en el cuerpo es vista como una “rebelión celular”, las células se reprograman a seguir viviendo y auto reproducirse, “van en contra de la leyes celulares”,

En su obra “Concepción psicoanalítica del cáncer” (2000), menciona que las frecuentes problemáticas de una enfermedad, expresan lo reprimido de una manera encubierta, representando un intento simbólico de modificar esa historia, ese episodio

traumático que no se pudo resolver de un modo saludable. El cáncer de esta manera, no es un intruso en la persona que lo padece, no es un desarrollo monstruoso que se comporta como un parásito, más bien, es algo que pertenece al enfermo que lo ha “producido”.

En palabras de Nasio (2007), se puede mencionar que el cuerpo representa la emoción o conflicto que no puede vivirse, enfrentarse o elaborarse en la cabeza. Según Lacan, para el psicoanalista el cuerpo es el lugar del goce. Y que en tal sentido sea cual fuere el sustrato orgánico de una enfermedad mental, la dimensión simbólica en la cual el paciente explica sus sufrimientos y produzca sus sueños se impone de modo insoslayable. El cuerpo es el lugar donde se goza, el espacio en el cual circula una multiplicidad de flujos de goces.

Propone pensar que una falla del estadio del espejo conduciría al sujeto a “completar” su imagen vacilante mediante la anexión de un pedazo del cuerpo del otro en su rostro. El primer objeto de imitación es la madre. En términos de lacanianos, “un significante representa a un sujeto por medio de otro significante, en lo psicosomático menciona Guir, el sujeto está representado por un significante, pero no necesariamente para otro significante, no funciona la alienación. El significante en cuestión no es recusado. En la medida en que la metáfora paterna no funciona para la dinámica psicosomática, no hay separación que haga surgir el objeto “a” (resto) como causa de deseo. En el lenguaje hablado habrá procesos “holofrásicos”.

Se trataría de una interrupción en el proceso de separación. La “holofrase” es una frase entera que se expresa por medio de una sola palabra frase. Implica la “llamada” como una exclamación. El estadio holofrásico en el lenguaje del niño se correspondería con el del espejo, “remite a una situación límite en que el sujeto esta “atado”, en el seno de una relación especular, al otro” (Fernández, 2002, p. 201).

A razón de lo anterior es que Chiozza (1938), se centra en realizar sus aportaciones en pro de descubrir si hay alguien en la célula que desarrolla el cáncer, y porque, entonces, el cuerpo se comporta de ese modo, además de mencionar que el cáncer no se presenta azarosamente en la vida del paciente, considerando que esta explicación

permitiría tener una comprensión más amplia pero sobre todo más flexible interdisciplinariamente.

Ante ello se puede comprender el significado, el sentido que una alteración orgánica tiene como cumplimiento de una finalidad, de un propósito que suele ser inconsciente. Que aun en los casos en los cuales no logramos identificar los mecanismos de acción, podemos comprender el significado, el sentido que una alteración orgánica tiene como cumplimiento de una finalidad, de un propósito que suele ser inconsciente.

CAPITULO 1. CONFLICTO PSÍQUICO

*“Uno siempre vuelve a sus
primeros amores, es la pura
verdad”*

Freud

A lo largo de este capítulo se pretende abordar una de las cuestiones que se encuentra presente en toda vida del sujeto, el conflicto psíquico. Tratar acerca del conflicto psíquico equivale a tocar la esencia de lo humano, ya que son el origen no solamente de las neurosis, sino de todo lo que nos hace desear, pensar, sentir y obrar. De esta manera resulta imprescindible remitirse al campo psicoanalítico, a la teoría Freudiana en sus comienzos en donde podemos dar cuenta en términos metapsicológicos de los esbozos de una teoría fundamental para entender la dinámica del psiquismo, siendo está imprescindible y punto de referencia para diferenciar algo más que lo instintual en el orden de lo primitivo, de lo salvaje o bien de lo animal; es el psiquismo y sus conflictos lo que da cuenta de algo más allá del actuar reflejo, es aquella condición que nos inserta como seres pensantes, racionales, seres sociales y que en este recorrido surgen vicisitudes.

Finalmente el conflicto es parte de nuestra constitución y cuando estos surgen trazan la forma de actuar y de relacionarse en cada sujeto, mostrando un reflejo de lo antes ya constituido.

Para iniciar este capítulo, resulta sumamente importante considerar las formulaciones teóricas referidas al aparato psíquico ya que es el escenario donde se realizan las impresiones del conflicto psíquico, que implica sumergirse en una revisión compleja que data en los comienzos del psicoanálisis y por tanto en los primeros escritos Freudianos, como por ejemplo en el escrito de “Un proyecto de Psicología para neurólogos”.

1.1 Aparato psíquico

El aparato psíquico es un modelo que utiliza Freud para describir la transformación de la energía de una instancia a otra, para mantener el equilibrio psicológico de un organismo. El término “aparato” designa la idea de un trabajo. Este esquema deriva de

la concepción de Freud del arco reflejo, que transmitiría íntegramente la energía recibida, o sea que se debe concebir como un aparato reflejo. El aparato psíquico tiene la función, en última instancia, de mantener la energía interna de un organismo al nivel más bajo posible (Nasio, 1999).

En el "Proyecto de una Psicología para Neurólogos" de Freud, formula un esquema del aparato psíquico soportándose en un modelo neurológico con aportaciones de la física. Plantea en primer tiempo que el aparato se encuentra dotado de tres sistemas de neuronas que tiene la capacidad de transmitir y transformar cantidades de energía. La ley fundamental del aparato tiene que ver con el Principio de Inercia Neuronal, o más bien la tendencia natural de las neuronas de liberarse de toda cantidad psíquica, de todo, por medio de una respuesta reflejo (Musicante, p. 129).

A esta experiencia, en este mismo proyecto Freud le da el nombre de "Experiencia de Satisfacción" pues la caída de tensión, la descarga, genera la satisfacción de la necesidad (placer). Acerca de la proposición principal, la cuantitativa, realizará una diferencia importante que precede al concepto de pulsión. Denomina a la cantidad en general de la excitación neuronal, teniendo el mismo orden de magnitud que las cantidades del mundo externo, compuesta por estímulos frente a los cuales se puede huir. Y a la cantidad cuyo orden de magnitud es el intercelular o "cantidad psíquica", correspondiendo a una excitación de la que no se puede huir (Musicante p. 129).

Sumado a lo anterior para Fenichel (1997), quien aborda la teoría freudiana, las funciones psíquicas deben abordarse desde el mismo ángulo que las funciones del sistema nervioso en general. Son manifestaciones de la misma función básica del organismo vivo: la irritabilidad. El patrón básico que sirve para comprender los fenómenos mentales es el arco reflejo. Los estímulos del mundo externo o del propio cuerpo inician un estado de tensión, y este busca una descarga secretora o motora, que conduzca a la relajación. Pero entre el estímulo y la descarga intervienen fuerzas que se oponen a la tendencia a la descarga. Por tanto para este autor el estudio de estas fuerzas inhibitoras, de su origen y efecto sobre la tendencia a la descarga, constituye el

tema inmediato de la psicología. Sin estas fuerzas oponentes no habría psique, sino únicamente reflejos, idea paralela a la teoría de Freud.

Ahora bien, una manera de vislumbrar estas fuerzas internas es haciendo referencia del arco reflejo descrito por Freud y que Nasio (1999), lo explica como un esquema básico para la neurología, este se caracteriza por dos extremos: un polo sensitivo donde el sujeto percibe la excitación, es decir la inyección de una cantidad "x" de energía, cuando recibe, por ejemplo, un ligero golpe de martillo para reflejos en la rodilla. Un polo motor, donde el sujeto libera la energía recibida mediante una respuesta inmediata del cuerpo. Basándose en la situación anterior, la pierna reacciona inmediatamente con un movimiento reflejo de extensión. Entre ambos extremos se instala así una tensión que aparece con la excitación y desaparece con la descarga motriz. El principio que regula este trayecto en forma de arco resulta, pues, muy claro: recibir la energía, transformarla en acción y, en consecuencia, disminuir la tensión del circuito.

A partir de aquí que Freud necesitara incluir un concepto en el cual describiera que la función del aparato psíquico sea la "descarga", este principio pareciera estar orientado a la descarga total, sin embargo esto no se puede en la vida psíquica, ya que según Freud la tensión no se agota jamás, por lo tanto este principio más tarde fue reorientado a la disminución de la tensión que debemos considerar más bien como una tendencia y nunca como una realización efectiva, tal principio nombrado, Principio de displacer-placer.

Es así que el aparato psíquico comparte con el conjunto de lo viviente la característica de ser excitable y de tener que mantener constante su medio interno a pesar de un aflujo incesante de excitaciones. Dinámica y económicamente, el aparato psíquico funciona como un sistema reflejo que recibe excitaciones por su extremidad sensitiva y las descarga por su terminación motriz; esta descarga en la motricidad tiende a restablecer la tensión psíquica a su mínimo fisiológico; y a la inversa, bloqueos en la descarga crean un aumento de tensión que da cuenta del conflicto psíquico (Freud, 1923).

Por tanto la naturaleza del aparato psíquico es ser excitable y su función es mantener un estado libre de tensión, en lo cual resulta importante, agregar ante qué es excitable el aparato psíquico.

Para comprender lo anterior Lysek (1993), menciona que se tiene que considerar dos características esenciales: La excitación es siempre de origen interno en donde se trata de una excitación procedente de una fuente externa o se trate de una excitación procedente de una fuente orgánica, como el hambre, la excitación es siempre interna al psiquismo pues tanto el shock externo como la necesidad interna crean una impronta psíquica. La fuente de la excitación endógena situada en el polo sensitivo del aparato psíquico es una impronta, una idea, una imagen, un representante ideativo cargado de energía, llamado también representante de las pulsiones.

De esta manera lo que se toma en cuenta como sustento para la presente investigación es la excitación del aparato psíquico a partir de aquel representante ideativo, cargado de energía, a lo cual se conoce en psicoanálisis como representante de las pulsiones.

Finalmente en lo que respecta a este pequeño apartado, la noción de aparato atraviesa toda la obra de Freud y la dirige, sin embargo es importante abordar, como se va estructurando tal aparato psíquico, de donde surgen aquellas representaciones cargadas de energía y cómo el aparato psíquico entra en conflicto, interés de esta investigación.

1. 2 Estructuración del aparato psíquico

En 1923, Freud en su texto “El yo y el ello”, reformuló su teoría acerca del aparato psíquico, creando otra conceptualización más amplia, del psiquismo humano; Freud llamó "sistemas" o “instancias”, que modulan y controlan los recorridos de dicha energía; cada una de las instancias, posee una función, una energía y un modo de operar. Explicaba, que actuaban tres sistemas distintos en sus dos hipótesis tópicas: en la primera hipótesis tópica, dividió el Aparato Psíquico en tres estratos o niveles: Inconsciente, Preconsciente, Consciente. Y una segunda hipótesis tópica, que no se opone a la primera sino que la integra, dividió el Aparato Psíquico en tres instancias o

dimensiones psíquicas: Yo; Ello; Superyó, a lo cual denominó "la estructuración del aparato psíquico".

Si partimos del punto anterior se puede vislumbrar que la teoría psicoanalítica se propone algo más que una simple descripción, explica los fenómenos psíquicos como el resultado de la acción recíproca y de la acción contraria de fuerzas, esto es, de una manera dinámica.

Ahora bien, a partir de esta reformulación Freudiana se pone de manifiesto que el conflicto puede referirse esquemáticamente, a la oposición entre los sistemas el lcc por una parte, y Pcs/Cs, por otra, separados por la censura; esta oposición corresponde también a la dualidad del principio de placer y principio de realidad, de los cuales el último intenta asegurar su superioridad sobre el primero. Puede decirse que las dos fuerzas que se hallan en conflicto son entonces para Freud la sexualidad y una instancia represora que incluye especialmente las aspiraciones éticas y estéticas de la personalidad, siendo el motivo de la represión los caracteres específicos de las representaciones sexuales, que las harían incompatibles para el yo y generadoras de displacer para éste.

Según Laplanche & Pontalis (1996), en la primera Tópica o teoría del aparato psíquico, Freud separa la conciencia del preconscious (lo que, sin estar presente en un momento dado, puede hacerse consciente o evocarse con mayor o menor esfuerzo), y del inconsciente, constituido por contenidos reprimidos no accesibles a las otras entidades por la acción de la represión.

Freud, a partir de la primera tópica, se ve obligado a recurrir al segundo modelo del funcionamiento psíquico, dividido en yo, superyó y ello, en el cual aumenta la capacidad del modelo para explicar el conjunto de fenómenos propios de la vida psíquica; para ello pone énfasis a la formación del yo diferenciándolo del ello y relacionándolo con la identificación, a la formación del superyó relacionado al complejo de Edipo. De manera fundamental será desarrollado este punto, por estar vinculado a todo lo referente a la constitución de la identidad sexual, la estructuración de la

personalidad psíquica y la constitución del sujeto gracias a la castración simbólica (Freud, 1923).

Por otra para Fenichel en su libro “Teoría psicoanalítica de las neurosis”, refiere que existe un intercambio de energía psíquica, una distribución económica de la energía disponible entre ingreso, consumo y eliminación. Una persona puede en cuestión ser capaz de soportar una cierta cantidad de excitación instintiva no descargada y por ejemplo, la persona que está cansada sin haber hecho nada, no representa más que un tipo especial de las inhibiciones generales que tienen su causa en una silenciosa labor interna. Aquellos que tienen problemas internos que resolver, tienen que emplear en ellos gran parte de su energía, y es poca la que les queda para otras funciones (p.155).

Ahora bien nos encontramos ante los parámetros pulsionales, con sus implicancias de cualidad, pero sobre todo, de cantidad. De uno de los lados se opone la pulsión sexual, desplegada en las pulsiones parciales. Desde sus erógenas fuentes somáticas se lanza en busca del objeto, que le es aleatorio, soldado, cambiante y necesario para su descarga, impulsada por la fuerza, el empuje, que constituye su cualidad principal y condiciona su terca reiteración conservadora. Regida por el principio del placer, los aumentos de cantidad de carga deben ser derivados, tramitados sin dilaciones (Nasio, 1999, p. 60).

1.2.1 Inconsciente, preconsciente y consciente

Freud ha teorizado desde el principio al inconsciente como lo que condiciona efectivamente nuestra vida normal, individual y social, memoriza nuestras vivencias infantiles, y la manera en cómo esas informaciones clave determina nuestros deseos y nuestras relaciones intra o interpersonales (Lysek, 1997).

Cuando Freud utilizaba aún la hipnosis, se había dado cuenta, gracias a J.M.Charcot y a M.Bernheim, que las disfunciones somáticas de los histéricos (parálisis, dolores entre otros) no correspondían a áreas de inervación, sino a representaciones inconscientes del cuerpo. Aplicando el método asociativo, ve que estas representaciones proceden de la sexualidad infantil, que han sido sustraídos por razones defensivas del campo de la

conciencia y que se exteriorizan transformándose en síntomas. Comprende inmediatamente que ha descubierto la etiología y la patología de la histeria. Examinando los demás cuadros clínicos, extiende el alcance de su descubrimiento. Todas las neurosis tienen un sentido. Lejos de traducir una debilidad constitucional o una degeneración, como se admitía hasta entonces, su sintomatología expresa vivencias traumáticas enclavadas en una estructura arcaica regida por sus propias leyes: el inconsciente.

De esta manera según Lysek (1997), Freud abrió así, la vía de una comprensión dinámica del inconsciente, poniendo en evidencia las fuerzas que lo crean. A partir de ahí, describió sus contenidos, su organización interna, su modo de funcionamiento así como poner la primera piedra después de haber podido interpretar los sueños, los actos fallidos, los lapsus, las producciones mitológicas y artísticas (p. 3).

De acuerdo a la primera tópica, el inconsciente es el soporte mnémico fundamental, el que almacena las representaciones infantiles con una determinada carga (quantum de afecto). La memoria inconsciente es un sistema mnémico complejo cuyas entidades están asociadas unas a otras según una lógica diferente de la que rige nuestros recuerdos conscientes. El aparato psíquico está animado por un flujo que va del inconsciente al consciente, los derivados del inconsciente infiltran el preconscious en permanencia. Los recuerdos conscientes son extraídos del almacén preconscious, están pues contaminados y remodelados por nuestra memoria inconsciente cuyo reloj se ha parado antes del séptimo año.

De esta manera el inconsciente, tal como está considerado en la primera tópica, está constituido esencialmente por representaciones reprimidas durante el desarrollo psicosexual. La vida psíquica del niño está impulsada por experiencias pulsionales que desencadenan la represión cuando son particularmente intensas, repetitivas y sobre todo conflictivas. Así se memorizan sus características cuantitativas y cualitativas.

De acuerdo a lo anterior Lysek (1997), menciona que Freud, que de esa fijación en el inconsciente llamada represión originaria derivan directamente cuatro fenómenos:

a) La experiencia pulsional adquiere una existencia psíquica.

b) La representación propiamente dicha y la carga afectiva de esta experiencia están dissociadas y tendrán un destino independiente. Para Freud, solamente la representación está reprimida, el afecto, separado de su representación, puede cargar otra representación, (por ejemplo cuando se llora por una cosa insignificante), transformarse (en angustia por ejemplo), o convertirse corporalmente (como en la histeria). En el inconsciente el afecto es un puro factor cuantitativo que Freud denomina quantum de afecto o suma de excitación.

c) Lo reprimido constituye un polo de atracción para representaciones que contienen experiencias ulteriores pero que el sujeto asocia a las que han sido originariamente reprimidas. Esta represión posterior aglutina en un conjunto la memoria de diferentes experiencias pulsionales para formar un complejo inconsciente (como el complejo de Edipo).

d) Asiento de una sobrecarga tensional, la represión debe absolutamente encontrar una vía de descarga. Su contenido resurgirá pues de una manera u otra, es el retorno de lo reprimido.

Resumiendo, los componentes fundamentales del inconsciente son las representaciones reprimidas a lo largo de la historia del sujeto. Memorizan las características de experiencias pulsionales y están más o menos cargadas energéticamente. Esta carga las somete a una dinámica: se organizan en complejos de los cuales emergen los contenidos más elaborados del inconsciente: los deseos, las defensas y los fantasmas (p.7).

En efecto, el inconsciente se presenta como un sistema de memoria y de tratamiento de informaciones que provienen del funcionamiento copulsional. Las representaciones-afectos son las entidades-memorias elementales de este sistema; dicho de otra forma, en una concepción energética, las representaciones-afectos son en sí mismas nuestras huellas mnésicas inconscientes, y su organización compleja establece nuestros sistemas mnésicos de base de acuerdo con el principio de placer y el proceso primario.

Ahora bien el preconscious y consciente en la primera tópica subraya sobre todo la fractura radical entre estos y el inconsciente. El preconscious y el consciente están regidos por el principio de realidad y funcionan según el proceso secundario. Siendo así, esta es la razón por la que a menudo se considera que forman un solo bloque funcional, el preconscious-consciente.

El preconscious se distingue del consciente por el hecho de que es un sistema mnémico. Comprende todo lo que se puede representar conscientemente y evocar a voluntad: recuerdos, pensamientos, sentimientos, emociones, conocimientos y adquisiciones culturales. Contrariamente a lo reprimido, los contenidos preconscious están regidos por el principio de realidad y están organizados según el proceso secundario (como cualquier buen sistema de archivos). Pero, cuando una formación del preconscious entra en resonancia con un contenido reprimido que efectúa su retorno, puede ser contaminada por el proceso primario y el principio de placer. Entonces, adquiere el valor de ramificación del inconsciente (Lysek, p. 20).

Finalmente se puede concluir en este apartado que el inconsciente, que no conoce el lenguaje verbal, memoriza de manera bruta experiencias pulsionales y su contexto, mientras que el preconscious les da un índice de cualidad suplementaria ligándolas a significantes lingüísticos. Es pues una memoria jerárquicamente más evolucionada, más discriminativa. En lo que respecta al consciente, se trata de un dispositivo periférico del aparato psíquico, capaz de recoger informaciones del mundo exterior, del cuerpo, y de los sistemas mnémicos del preconscious. Constituye un órgano de los sentidos” vuelto a la vez hacia el interior y el exterior del aparato psíquico. Freud lo nombra también sistema percepción-consciencia. No almacena ningún contenido y, una vez que su atención se desplaza, no guarda ningún resto de lo que acaba de ocuparlo.

“Sólo podemos llegar a conocer lo inconsciente como consciente, después que ha experimentado una transposición o traducción a lo consciente, cuando se vence las resistencias, las mismas que en su momento convirtieron a eso en reprimido por rechazo de lo consciente (...) lo inconsciente como formación, como fenómeno, se presenta en el tropiezo (por la censura o la

represión) y llega por sorpresa. Pero el contenido del inconsciente, ya sea como representación, idea o escenario fantasmático, es aquello del objeto de la pulsión, que viene a inscribirse y puede pasar a la conciencia" (Freud, 1915).

1.2.2 Ello, yo, superyó

Según Nasio (1999), lo que lleva a Freud a esta segunda teorización, del aparato psíquico, es la represión. Freud comprende en su trabajo clínico que la represión es una barrera de regulación automática que opera a espaldas del sujeto. La represión es un gesto del yo tan inconsciente como las representaciones inconscientes que el reprime. A partir del momento en que se comprueba que la represión es también inconsciente, ya no es posible asimilar inconsciente y reprimido. El inconsciente es un tiempo represión y reprimido, es así que Freud renuncia hacia 1920, en mitad de su obra, a concebir el inconsciente como un sistema autónomo, y privilegia la acepción descriptiva del término inconsciente, que él define como cualidad atribuible a cada una de las instancias del aparato psíquico (p. 92).

Por otra parte, el yo es una instancia mixta en la que coexisten partes y funciones a la vez conscientes, preconscientes e inconscientes, el yo es una de las tres instancias del aparato psíquico cuya parte consciente es reducida. Por su parte el superyó, puede también no solo hacerse oír en la conciencia, sino además inducir insidiosa e inconscientemente las conductas del sujeto (Nasio, 1999 p. 92).

"Ya no utilizaremos, pues, 'inconsciente' en el sentido sistemático y daremos a lo que hasta ahora se designaba así un nombre mejor que no se prestara al malentendido(...): Ello. Este pronombre impersonal parece particularmente apropiado para expresar la característica principal de esta provincia psíquica (el inconsciente), su característica de ser extraño al YO." (Freud citado en Nasio, 1999 p. 94).

Asimismo, menciona Lysek (1993), que en el pensamiento freudiano, el ello es una instancia puramente psíquica, a la cual se le atribuyen simplemente las características

del sistema inconsciente. El inconsciente es un sistema intrínsecamente asimilable al Ello, sin embargo, existen algunas diferencias que se pueden resumir de la siguiente manera:

- En el Ello encontramos no solamente representaciones inconscientes de cosas grabadas en el psiquismo bajo el impacto del deseo de los otros, sino también representaciones innatas, propias de la especie humana, inscriptas y transmitidas filogenéticamente.
- A diferencia del inconsciente, el Ello se presenta como el gran reservorio de la libido narcisista y objetal donde el yo y el superyó toman su energía para alimentar sus acciones respectivas.
- La distinción más importante entre el Ello y el inconsciente es la capacidad asombrosa del Ello de percibir en el interior de sí mismo las variaciones de tensión pulsional. Las modificaciones de tensión pulsional autopercibidas por el Ello serán traducidas en la conciencia en forma de sentimientos de placer o de displacer. El ello freudiano al final desentona en la coherencia interna del modelo metapsicológico: es “caótico”, mientras que una instancia es por definición organizada, y contiene deseos tan estables y duraderos que estructuran toda la existencia.

En cuanto al yo, clásicamente es una instancia mediadora entre las exigencias de satisfacción pulsional provenientes del ello y las prohibiciones del superyó. Asegura la homeostasis tensional del psiquismo, haciendo todo lo posible para prevenir un aumento de angustia o de culpabilidad.

El yo tiene las riendas del pensamiento, de la afectividad y de la motricidad corporal, utiliza estas actividades para realizar los deseos inconscientes de manera camuflada: acciona mecanismos de defensa que controlan estrechamente la realización de deseos. Esta acción defensiva conduce, a nivel del preconscious consciente o de la acción, a la formación de compromiso que tiene como objeto satisfacer todas las partes. Cuando funciona de forma óptima, el yo llega a compatibilizar bien deseos y defensas; entonces forma compromisos armoniosos: por un lado sus formaciones de compromiso respetan

tanto la necesidad de realización pulsional de los deseos como las prohibiciones superyoicas, por otro están de acuerdo con el proceso secundario y la realidad externa. La mayor parte del yo es inconsciente. Esta dimensión inconsciente obedece al principio de placer y funciona según el proceso primario durante toda la existencia. Es quien asegura la función defensiva. Solamente una pequeña fracción del yo se estructura hasta llegar al proceso secundario y obedecer al principio de realidad, formando el yo preconscious-consciente.

Ahora bien, respecto al superyó según Fenichel (1997), el superyó consiste en una hiperespecialización infantil del yo ideal y sobre todo del ideal del yo. Se individualiza cuando el proceso primario conjuga los contenidos de estos ideales con los tabúes filogenéticos (tabú del incesto, tabú del homicidio) y con los sentimientos del niño ante la autoridad ejercida por sus padres y las prohibiciones que le imponen. Así pues, el superyó es una instancia inhibidora, depositaria de las obligaciones y de las prohibiciones interiorizadas a lo largo de la historia ancestral y personal. La estructuración del superyó se hace a lo largo de las fases anal y fálica (p. 125).

Siguiendo con la referencia de esta autor, con la instauración de este se producen modificaciones en diversas funciones psíquicas. La ansiedad se transforma parcialmente en sentimientos de culpa. Ya no es más un peligro externo, la pérdida de amor o la castración lo que se teme, sino un representante interno de ese peligro, que amenaza desde adentro. La pérdida de la protección del superyó, o el castigo interno llevado a cabo por el superyó, es experimentado en forma de una disminución sumamente dolorosa de la autoestima, y en ciertos casos extremos, como una sensación de aniquilamiento.

A lo anterior agrega Lysek (1993), que el superyó es necesario para la vida pues distribuye las cartas de la socialización del individuo e impulsa a la sublimación, abriendo una vía de salida a la angustia de castración y de muerte. Además, hay una estructura del preconscious-consciente que le hace eco: la conciencia moral. Esta memoriza las adquisiciones culturales y los preceptos religiosos del grupo social al cual pertenece el individuo. Como portavoz de las órdenes superyoicas, juzga y condena las conductas inconvenientes, anticulturales o antisociales (p. 17).

Ahora que ya se encuentran citados los principales puntos metapsicológicos que permiten describir la naturaleza íntima de los conflictos, podemos comenzar a plasmar algunas definiciones del conflicto psíquico, este es la traducción de incompatibilidades inconscientes con las que el deseo se tropieza en la vía de su realización, que son memorizadas en complejos de representaciones-afectos, y después por la dinámica pulsional.

1.3 Génesis de los conflictos psíquicos

En este apartado se iniciará por citar algunas definiciones generales de lo que es el conflicto psíquico. En este sentido para Laplanche & Pontalis (1996) en “Diccionario de Psicoanálisis”, el conflicto psíquico es cuando en el sujeto, se oponen exigencias internas contrarias. El conflicto puede ser manifiesto (por ejemplo, entre un deseo y una exigencia moral, o entre dos sentimientos contradictorios) o latente, pudiendo expresarse este último de un modo deformado en el conflicto manifiesto y traducirse especialmente por la formación de síntomas, trastornos de la conducta, perturbaciones del carácter entre otros. Así mismo estos autores hablan del conflicto como resultando de diferentes causante entendiéndolo desde diversos puntos de vista, tales como conflicto entre el deseo y la defensa, conflicto entre los diferentes sistemas o instancias, conflictos entre las pulsiones, conflicto edípico y que en este último no solamente se enfrentan deseos contrarios, sino que éstos se enfrentan con lo prohibido.

El conflicto psíquico hunde sus raíces en el funcionamiento de lo pulsional; su campo entre deseo y defensas constituye la singularidad de cada sujeto siendo a su vez solidario del deseo de los padres. De allí que la libido, sexualidad y organización psíquica sean consustanciales. Siempre otro imprescindible teje reglamentaciones simbólicas que anclan al sujeto en la cultura. Toda amenaza al sujeto es sexual, porque la sexualidad constituye psiquismo e inconsciente. Y nos constituimos ante otro que nos desea vivos (Pereda, 1999).

Para Fenichel (1997), el conflicto psíquico da por resultado el bloqueo de las descargas necesarias y crea de esta manera un estado de estancamiento. Este estado da origen

gradualmente a una relativa insuficiencia en la aptitud del yo para controlar la excitación. Es así que el conflicto psíquico se desarrolla entre una tendencia que trata de evitar esa descarga. La intensidad de la tendencia hacia la descarga depende, no solamente de la naturaleza del estímulo, sino también, y más aún, del estado físico-químico del organismo, es pertinente equiparar las tendencias que pugnan por una descarga, con pulsiones (p. 157).

De acuerdo con Pereda (1999), en su artículo "A propósito del conflicto psíquico" se puede mencionar que el conflicto psíquico constituyó desde muy temprano en psicoanálisis como el elemento central de la concepción de la neurosis, que permitió tanto dar cuenta de sus mecanismos psicopatogénos, como acceder al "saber" sobre la enfermedad psíquica, esa desconocida, degenerada y constitucional hasta entonces. Pero excediendo los límites de la patología, pasó a ser un elemento constitutivo del ser humano, un elemento nodal de su naturaleza, de su ser, de su esencia. Por la dinámica del conflicto, el hombre despegó de los otros animales atrapados en los meandros del instinto, condenados a una ciega repetición uniforme y codificada. Por él, accedió al lenguaje, a la cultura y modificó el mundo, que pasó a ser "su mundo" desde que todo pudo ser representado y anticipado (p. 23).

Ahora bien a partir de lo citado, se puede hacer referencia a que el conflicto psíquico en sí, constituye parte fundamental de la teoría y práctica psicoanalítica y que a su vez se enfrenta ante una complejidad al momento de intentar definirlo puesto que a lo largo de la obra freudiana, el problema del fundamento último del conflicto ha recibido distintas soluciones. Siendo así se considera pertinente señalar que se puede realizar un intento por explicar el conflicto a partir de la formulación propuesta por Lysek (1997), quien menciona que podemos encontrar aquellos conflictos constitutivos y los conflictos neuróticos.

En cuanto a los conflictos constitutivos menciona este autor que con la realización de los primeros deseos que aparecen durante el desarrollo uteroinfantil, deseos que son primarios, cuando un complejo es activado por la dinámica inconsciente (es decir cuando las representaciones que lo componen se cargan masivamente), se convierte

en el foco de una sobrecarga tensional que, para satisfacer al principio de placer, debe disminuir movilizandopulsiones apropiadas. Como la dinámica depende de una estructura, las pulsiones movilizadas tienen una libertad de acción limitada: sus características están sometidas a los esquemas dinámicos memorizados estructuralmente. Ahora bien, esto constituye precisamente el deseo. Un deseo inconsciente corresponde a un esquema dinámico que especifica el modo de disminución de la carga tensional de un conjunto de representaciones afectos activado. Y la realización del deseo se hace por medio de la acción motriz de las pulsiones.

En este tipo de conflictos Lysek (1997), menciona que la acción específica tropieza directamente con una incompatibilidad en su camino y la realización del deseo está obstaculizada; tenemos aquí una experiencia de frustración que deja subsistir un exceso tensional; por otra parte la acción específica no choca con ningún obstáculo directo, pero activa una incompatibilidad memorizada en otro estructura; la experiencia de realización disminuye la tensión en un sitio aumentándola en otro, y esto da lugar a una distorsión tensional. Lo cierto es que, en los dos casos, hay un conflicto de incompatibilidades que va a ser memorizado. Así, el conflicto constitutivo consiste en la coacción que una incompatibilidad esencial ejerce sobre la realización de un deseo primario y que engrana con una elaboración por parte de los mecanismos elementales y estructurales del inconsciente (p. 12).

En los conflictos neuróticos el yo trata, de conseguir la realización de los deseos de los que él es depositario; pero tiene que tener en cuenta las incompatibilidades ineluctables que hacen conflictiva esta realización, incluso el mismo deseo, ya que contiene el esquema de su realización.

De aquí que se tome en cuenta que el yo inconsciente pone pues en marcha una estrategia complicada, superespecializa algunos de sus conjuntos de representaciones-afectos para que de ellos surjan dinamismos que puedan actuar sobre el deseo y que puedan, de acuerdo con las reglas del proceso primario, hacerlo compatible con la homeostasis global del sistema; éstos son los mecanismos de defensa. Son

específicos, pues ellos también están ligados a estructuras y relaciones de objeto características de una fase del desarrollo.

1.4 El síntoma

Freud en su obra, *Inhibición, Síntoma y Angustia*, (1926), define al síntoma como un equivalente a un indicio de un proceso patológico, en donde este también puede ser una inhibición, siendo una variación de la función del yo o de una nueva operación; es indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, resultado del proceso represivo.

Asimismo en esta obra, se centra en investigar la formación de síntomas y la lucha secundaria del yo contra el síntoma, así como la aparición o no de la angustia en dicho proceso. Por ejemplo, en las fobias, la angustia si toma un protagonismo claro, por lo que el fóbico apenas puede soportar la visión del estímulo que le produce el miedo irracional o angustia neurótica. Sin embargo, en la neurosis de conversión, la angustia apenas aparece en escena y la parálisis de un músculo o la contractura muscular no es vivida con angustia por el enfermo.

De tal manera que la inhibición en esta obra, Freud la refiere como la restricción de una función del yo y el síntoma constituye un signo patológico.

En cuanto a la dinámica que guarda la formación del síntoma, Freud plantea que el superyó prohíbe al yo adherirse a la carga instintiva del ello. Mediante la represión se impide que la idea (vehículo del impulso prohibido) alcance el nivel de la consciencia, pero la idea continúa existiendo como representación inconsciente (Freud, 1926).

El yo utiliza el principio del placer de modo que “amenaza” con una señal de displacer. Así el destino de la carga reprimida no se transforma en angustia, sino que la señal de displacer activa un recuerdo, una huella mnémica de un displacer anterior. Por tanto, el yo consigue dominar no solo estímulos provenientes del exterior sino aquellos provenientes del interior. Todo ello, por supuesto, bajo el control del principio del placer que gobierna todo el acontecer de la vida psíquica. “El yo retrae la carga

(preconsciente) de la representación instintiva que de reprimir se trata y la utiliza para la génesis del displacer (de angustia).

Es el yo la sede de la angustia y dicha transformación de energía instintiva en angustia se produce ante la amenaza de una señal de displacer. Ahora bien esta transformación consiste únicamente en una activación de una imagen mnémica previa. En la formación de síntomas encuentra ocasión Freud de reflexionar sobre los límites y diferencias entre el yo y el ello. Afirma que el yo es una organización mientras que el ello no lo es. Así la represión se torna inacabable por la debilidad del yo a la hora de eliminar un instinto del ello. Surge el síntoma pero la represión no cesa en ese instante.” Al primer acto de represión sigue una larga secuela, a veces interminable (Freud, 1926).

Derivado de lo anterior y en la misma obra, es que se puede mostrar como la vida psíquica entendida como un conflicto permanente queda caracterizada en el surgimiento de los síntomas neuróticos. El yo se opone a la aparición en el teatro de la conciencia de instintos inaceptables que son rechazados de nuevo hacia su fuente: el ello. En esta lucha muestra el yo su debilidad de manera que le resta únicamente la interminable cadena de represiones en la que indudablemente termina por inhibir sus energías y por empobrecerse.

Agregado a lo anterior, es que el yo en sus funciones se muestra conciliador y quiere integrar de alguna forma el síntoma extraño en su unidad. De modo que el síntoma adquiere un elevado valor de autafirmación para el yo, constituyendo la ventaja de la enfermedad de la neurosis, el neurótico se muestra satisfecho de sus síntomas, que entiende son un ejemplo de su elevación moral.

Finalmente en lo que respecta a este escrito, se puede ver que Freud parece admitir la existencia de ambos orígenes de la angustia, por ejemplo, en el caso de las psiconeurosis, que son las que surgen por un impedimento forzoso de la actividad sexual en un sujeto que desearía realizarla, la angustia surge de una transformación de la libido sexual retenida en angustia. Aquí pues, la libido se transforma en angustia sin más y por otra parte, la segunda explicación afirma que la angustia se produce como la activación de una huella mnémica de un afecto anterior displacentero (angustia señal)

que el yo puede manejar para controlar las representaciones del impulso inconsciente mediante la represión u otros mecanismos de defensa.

Al respecto a esto, el peligro en el momento del nacimiento es vivido por el recién nacido como un exceso o saturación de estímulos displacenteros que quedan conservados en una huella mnémica y constituyen el prototipo de experiencia de peligro. Este modelo se transformará en miedo a la separación del objeto, en miedo a la castración y en miedo al superyó. Así pues todos los miedos parten del originario miedo a una separación del objeto.

Por tanto, los síntomas son el resultado de la actuación defensiva del yo ante los impulsos del ello y que lleva a cabo para evitar el displacer. Estos síntomas en el neurótico surgen en para evitar la situación peligrosa que provoca la angustia.

Por otra parte Lysek, en su artículo “Tópicos del Conflicto psíquico” (1993), menciona que la formación del síntoma, está en función de la fuerza del conflicto, esto es, deseos específicos/defensas específicas. Más concretamente, la intensidad de los deseos inconscientes condiciona la intensidad de la represión y de la interiorización de las vivencias uteroinfantiles; cuando los deseos reprimidos son especialmente potentes, movilizan un dinamismo defensivo a su medida hasta en el preconsciente-consciente, que confirma las incompatibilidades primarias y la organización defensiva. Por medio de circuitos retroactivos, estas disfunciones pueden originar una tensión intolerable en lo reprimido, que va a retornar de forma masiva bajo la forma de una ramificación poco elaborada secundariamente, es decir bajo la forma de repetición y/o de síntoma.

En la génesis de las repeticiones y en la formación de síntomas, hay que atribuir pues un papel importante en la actividad inconsciente-preconsciente y a las capas profundas del preconsciente. Por una parte, en este nivel tienen lugar elecciones de objetos, de fines y de destinos copulsionales que son determinantes en la vida cotidiana.

De esta manera si se retoma de nuevo que el inconsciente no conoce ni los objetos externos ni las circunstancias actuales. Vive en las huellas de su memoria estructural y dinámica, limitadas a las vivencias uteroinfantiles y filogenéticas. Y nos hace vivir de

repeticiones endógenas cuyos esquemas están programados desde la represión de Edipo-castración. El inconsciente infiltra al preconscious con sus vivencias interiorizadas y con sus deseos reprimidos que se imponen desde entonces al yo como una actualidad vehemente. Si el yo siente su integridad amenazada por esta irrupción, permanece a pesar de todo incapaz de impedir el retorno de lo reprimido cuya fuente está fuera de su alcance; sólo puede movilizar el sistema pulsional para defenderse dentro de sus. Desde entonces, las lejanas incompatibilidades uteroinfantiles y filogenéticas toman importancia y se deforman monstruosamente para proyectarse sobre la escena actual y generar los conflictos individuales y sociales del adulto pueril (Lysek, 1993 p. 19).

En la formación de síntoma también intervienen dos factores a tener en cuenta; uno lingüístico y el otro económico. El elemento lingüístico, es aquél que permite que el síntoma sea un mensaje a descifrar, un jeroglífico, y por otra parte, el factor económico, que apunta a una satisfacción libidinal que como ya se mencionó, es paradójal en tanto se trata de una satisfacción dolorosa y placentera a la vez; Freud descubre en relación a esta situación que ciertos pacientes obtienen una satisfacción a través del ejercicio implacable de la moral, que comandada por el Superyó, satisface a una necesidad de castigo inconsciente y encuentran de este modo alivio para sus culpas, en la ruina y el fracaso.

Por tanto al hablar de conflicto psíquico debemos hacer referencia a la escisión psíquica. Freud la explica dinámicamente por el conflicto de fuerzas anímicas en lucha, en ella hay una renuncia activa de cada uno de los dos agrupamientos psíquicos respecto del otro. En el conflicto psíquico se observa un yo afanado en defenderse de los recuerdos penosos terminando en una escisión anímica.

Ahora bien a modo de conclusión en este apartado, el síntoma se revela entonces como algo displacentero e incómodo para el sujeto, pero al mismo tiempo le aporta satisfacción, una satisfacción inconsciente de la cual no tiene noticias. La satisfacción oculta del síntoma se presenta como una situación paradójal ya que se trata de un

placer obtenido a través del sufrimiento y de impedimentos que hacen dolorosa la vida cotidiana, algo que Freud describe como la inutilidad del síntoma para la vida cotidiana.

Es así que se puede considerar que los seres humanos enferman cuando a consecuencia de obstáculos externos o de un defecto interno de adaptación se les deniega la satisfacción de sus necesidades eróticas en la realidad; refugiándose en la enfermedad para hallar con su auxilio una satisfacción sustitutiva de lo denegado. El mantenerse alejados de la realidad sería la principal tendencia y el principal perjuicio de la condición de enfermo.

La huida desde la realidad insatisfactoria a lo que Freud llama enfermedad a causa de su nocividad biológica, que nunca deja de aportar al enfermo una ganancia inmediata de placer, se consume por la vía de la involución regresión el regreso a fases anteriores de la vida sexual que en su momento no carecieron de satisfacción.

Finalmente, Freud en “Lecciones Introductorias al psicoanálisis” (1916), afirma que el enfermo se defiende de la eliminación de sus síntomas y el restablecimiento de un currir normal en sus procesos anímicos por la existencia de fuerzas poderosas que se oponen a este cambio de estado, siendo estas mismas las que en su tiempo impusieron al síntoma.

CAPITULO 2. CONCEPCIÓN PSICOANALÍTICA DEL CUERPO

“El inconsciente es sin duda el verdadero intermediario entre lo somático y lo psíquico, quizá sea el missing link tan buscado”.

S . Freud

“No intentes jamás curar el cuerpo, sin antes haber curado el alma”

Hipócrates

El presente capítulo se encuentra fundamentado sobre la noción de cuerpo desde la perspectiva psicoanalítica reconociendo al cuerpo que no es el orgánico ni el anatómico, sino un cuerpo subjetivo, aquel formado en los primeros años de vida e incluso aquel que se constituye desde la vida intrauterina, de tal forma que se retoman fundamentos teórico alusivos a las imágenes de un cuerpo constituido por imágenes que no son sino resultado de repeticiones, de una imagen primaria, sobre todo de una historia, aquel que llegamos a amar u odiar, el que sentimos que somos, el que es significado, el que es vivido, no es el cuerpo de carne y hueso, es aquel que sentimos y vemos de él, el que nos da un lugar y nos representa. Es así que se pretende retomar al cuerpo como escenario y/o vehículo sobre el cuerpo son expresados los conflictos psíquicos; se citan indudablemente a Freud y a dos teóricos centrales en la concepción psicoanalítica del cuerpo, por una parte Lacan, con la imagen especular y por supuesto el estadio del espejo y a Doltó, con imagen inconsciente del cuerpo.

Los primeros pacientes estudiados por Freud fueron casos de conversión y somatización, con pacientes histéricas que dejaban de caminar, de ver o de mover alguna extremidad como una metáfora de un mal psíquico que no podía ser expresado con palabras, por ejemplo, en los cuestionamientos al cuerpo biológico que son presentados en los “Estudios sobre la Histeria”, de Freud (1978), a través de darles voz a sus pacientes, pone en entredicho las bases exclusivamente biológicas del cuerpo, integrado por un conjunto de órganos y sistemas, pues encuentra que justamente el cuerpo de la histérica se comporta como si la anatomía no existiera, de tal suerte, que

sus síntomas están mucho más ligados a conflictos traumáticos de la primera infancia, desfigurados por la censura, que a problemáticas biológicas. De esta forma, el descubridor del psicoanálisis descubre una manera completamente novedosa de la relación del sujeto con su cuerpo.

Con el desprendimiento del racionalismo de la tradición filosófica clásica y de sus desarrollos humanísticos de los siglos XVIII y XIX es que surge el cuerpo pulsional, cuerpo erógeno, cuerpo sexual, mismos que Freud describe en los “Tres Ensayos de una teoría sexual”, atribuyendo la erogeneidad a todas las partes del cuerpo, incluidos los órganos internos (Oklander, 2011, p. 56).

Para Soler (2010), en su libro “El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan” menciona que el recorrido teórico que hace Freud, haciendo alusión a la libido, enfatiza su recorrido por el cuerpo dándole sentido, simbolizando, erotizándolo y situándolo como propio de las fijaciones orales, anales o fállicas, tiene que ver con hacer existir el cuerpo poco a poco e ir formando una identidad a partir de la simbolización de las experiencias adquiridas en las relaciones con otros que frustran o permiten el placer corporal.

Siguiendo a Diana Rabinovich (2003), en su libro “El concepto de objeto en la teoría psicoanalítica” menciona , se puede decir que Freud distingue diferentes momentos en la constitución del cuerpo. En principio, el cuerpo deseante. Luego el cuerpo pulsional con sus dos tiempos, autoerotismo y narcisismo; y por último el cuerpo del amor con la elección de objeto como total, y el atravesamiento del Edipo.

Según esta autora, el Cuerpo Pulsional en la teoría de Freud, luego del advenimiento del organismo como animado, la primer percepción que tiene el niño de su propio cuerpo es la sensación de deriva pulsional. La satisfacción en este tiempo es autoerótica, lo característico es la satisfacción parcial en el propio cuerpo, pero sin yo constituido. El desequilibrio dado por la insatisfacción, es en parte, lo que permite salir del autoerotismo y armar el circuito pulsional, pues el circuito de la pulsión no produce una satisfacción que pueda lograrse siempre autoeróticamente. Para que la percepción

del cuerpo deje de estar fragmentada y pase a sentirse el cuerpo como uno, la madre tiene que prestarse a la función de espejo plano, aquí revalida el don de su falta.

El cuerpo pulsional se unifica en ese nuevo acto psíquico que Freud llama narcisismo, donde surge el yo y es tomado como objeto, de esta manera se necesita de este cuerpo narcisista para completar el circuito de la pulsión. Aquí Freud reúne las pulsiones sexuales. De quedar en este tiempo el niño quedaría identificado al falo que por ser inexistente, sería mortífero. Luego intervendrá la metáfora paterna posibilitando la salida (Ravinobich, 2003).

El narcisismo sería lo que Freud nombra como un destino posible de la pulsión, la vuelta contra sí mismo, invistiendo al yo, facilitando la intrincación de las pulsiones. Aquí sujeto y objeto no coinciden totalmente. El cuerpo unificado es el velo necesario para que el sujeto pueda encontrarse con los otros.

De esta manera, los destinos de la pulsión, dan carril, curso, orientación a la actividad corporal descontrolada; cuando se van configurando los tiempos, las diferencias, se van estableciendo circuitos donde no todo es. Cuando se orienta en algún hábito hay cierta protección frente a lo indeterminado. El objeto sobre el cual se arma el circuito es lo más indeterminado, pero la modalidad de satisfacción se fija. De esta manera se constituye el cuerpo y el mundo.

En este caso, se agrega lo que para D'Angelo (2009), sería la intervención de la función paterna dará lugar a que el camino de la pulsión sea modificado. Tanto para Freud, como para Lacan el tiempo instituyente del sujeto, su cuerpo y la relación al lenguaje se dan en la niñez. La relación con el Otro, el lugar en relación al falo, y la castración armarán diferentes estructuras. De este modo cada cual tendrá una relación diferente con su cuerpo (p. 4).

Finalmente en lo que respecta a la propuesta de Freud, cuerpo de deseo, cuerpo pulsional y cuerpo de amor son tiempos lógicos en la constitución del cuerpo, que

según los avatares de cada historia llegan a conformarse o no, y a la vez para cada uno en su singular manera.

2.1 Estadio del espejo

La imagen especular es un concepto acuñado por la teoría de Lacan, donde realiza un recorrido descriptivo en la conformación de la imagen del cuerpo, un proceso natural y estructurante en el ser humano, el cuerpo se inaugura sobre el territorio que ofrece el organismo humano.

Lacan descubre la importancia del espejo en la formación de la identidad de un niño, que se produce entre los seis y los dieciocho meses, bautiza esta fase del desarrollo infantil con la expresión "Estadio del espejo". El espejo interviene en la formación de la identidad, pero debería haber sido más explícito y afirmar que interviene en la formación del yo y del sí mismo nacientes del niño.

Lacan basa su teoría del estadio del espejo en la siguiente observación:

“La cría de hombre, a una edad en que se encuentra por poco tiempo, pero todavía un tiempo, superado en inteligencia instrumental por el chimpancé, reconoce ya sin embargo su imagen en el espejo como tal. La edad en cuestión va desde los seis a los dieciocho meses, se observa que el reconocimiento va acompañado siempre de una expresión jubilosa en el niño (...). A los seis meses, el niño puede ser todavía un lactante, y desde luego no coordina su cuerpo lo suficiente como para dominar su postura; sin embargo, si tiene un espejo cerca puede sentir interés como para gatear o arrastrarse hasta encontrar una posición que le permita obtener del espejo una imagen instantánea de sí mismo” (Lacan 1948) (Dör, 2000 p. 91).

El estadio del espejo, por tanto, se ordena esencialmente sobre una experiencia de identificación fundamental en cuyo transcurso el niño realiza la conquista de la imagen de su propio cuerpo. Lacan analiza así, el contraste entre la impotencia motriz y la

dependencia de la lactancia, por una parte, y el hecho de que su imagen especular sea asumida jubilosamente, asimismo analiza la prematura biológica del niño, esto es, el hecho de que la cría del hombre nace prematura, en el sentido de que muchos de sus rasgos son al nacer y durante un cierto tiempo todavía fetales, y sus consecuencias en cuanto a la duración de la situación de desvalimiento en que el niño se encuentra, mucho mayor que en cualquier otra especie, para introducir la noción de cuerpo fragmentado, que viene a describir la impotencia de coordinación motriz del niño. La primera identificación, imaginaria (Dor, 2000 p.93).

Sin embargo, a la vez que originaría, esa primera identificación es en sí profundamente alienante, pues el niño se reconoce en lo que no es él mismo sino otro; ese otro, aun si fuese el mismo, está afectado por la simetría especular.

Menciona Dör (2000), que la identificación primordial del niño con esta imagen va a promover la estructuración del yo, poniendo término a esa vivencia psíquica singular que Lacan denomina: fantasía del cuerpo fragmentado. En efecto, antes del estadio del espejo, el niño no experimenta inicialmente su cuerpo como una totalidad unificada, sino como algo disperso. Esta experiencia fantasmática del cuerpo fragmentado, cuyos vestigios aparecen tanto en la configuración de ciertos sueños como en los procesos de destrucción psicótica, se pone a prueba en la dialéctica del espejo, cuya función es neutralizar la dispersión angustiante del cuerpo en favor de la unidad del cuerpo propio (p. 91).

De esta manera, el estadio del espejo es un drama cuyo impulso interno se precipita de la insuficiencia a la anticipación y que, para el sujeto, engañado por la ilusión de la identificación espacial, urde las fantasías que se suceden desde una imagen fragmentada del cuerpo hasta una forma ortopédica de su totalidad. La imagen del cuerpo es, entonces, estructurante para la identidad del sujeto que realiza en ella su identificación primordial.

Ahora bien, de acuerdo a Nasio (2008), en su libro "Mi cuerpo y sus imágenes", esta imagen es siempre el reflejo de un cuerpo amado, odiado, deseado y temido, es decir fantaseado por quien lo mira, es el reflejo en el espejo de la forma global de nuestro

cuerpo, haciendo abstracción de sus detalles. Además de aparecer en el espejo, esta forma global puede verse en otras superficies diferentes como fotografías, pantallas, pinturas y esculturas o revelarse en la silueta de mi semejante, es, pues, una imagen visible que percibimos fuera de nosotros y que muestra el cuerpo, tanto en la universalidad de su forma como en la particularidad de su silueta (p. 55).

Así mismo se puede agregar que, la Imagen especular es amada y odiada, fascinante, engañosa, modelo de identificación y agente de cambios. Independientemente de que la ame o la odie, mi imagen siempre me excita, me decepciona y me atrae. La libido es lo que hace que se apegue el sujeto a su nuestra imagen pero también que su visión se aliene.

Para Masotta (2008), resulta importante tomar en cuenta dimensión de lo imaginario que subyace, del principio al fin, en esta conquista de la identidad, desde el momento en que el niño se identifica con algo virtual (la imagen óptica) que no es él como tal, pero en la que, sin embargo, se re-conoce. Se trata, entonces, de un reconocimiento imaginario justificado, por otra parte, por hechos objetivos. En efecto, la maduración del niño a esa edad no le permite tener un conocimiento específico de su cuerpo propio. Por tanto el estadio del espejo es una experiencia que se organiza con anterioridad a la aparición del esquema corporal.

El estadio del espejo, de tal manera permitirá comprender como es que se va constituyendo subjetivamente al cuerpo ya que esta operación simbólica en la que la imagen reflejada en el espejo se transformará en el recipiente imaginario que le permite albergar el orden simbólico.

A esto menciona Soler lo siguiente:

“Se hace necesario suponer que esa imagen lo refleja a él, como si preexistiera y la imagen simplemente tuviera un papel confirmatorio, pero la imagen es precipitante, como en química, es lo que acelera y permite crear la idea de in/dividuo, es decir de unidad que desconoce la división subjetiva entre Sujeto y yo; pero el yo tiene la encomienda de crear la ilusión de

mantener las partes reunidas, de que las cosas tienen sentido y orden, de integración, de conjunto, maquilla nuestra inconsistencia estructural dando la idea de consistencia” (Soler, 2010).

De esta manera, es a partir del cuerpo unificado que surge la consideración de un cuerpo fragmentado que pertenece al registro de ser en los momentos de placer o displacer que le ofrecen algunos objetos, las distintas marcas de discontinuidad, que posteriormente el integra (Soler, 2010).

Por otra parte, en cuanto a proposición teórica del estadio del espejo, la imagen será arquitectural, la morada que alojará al sujeto, cuerpo imaginario sobre el que se apuntalarán las operaciones simbólicas que llamamos aparato psíquico, todo gracias a la intervención del Significante nombre del padre, entendido como la diferencia en su forma más pura, matriz de todas las operaciones simbólicas, psíquicas y modelo a seguir por los significantes. Esa imagen del cuerpo queda ligada indisolublemente (Dör, 2000).

Ahora bien, en el libro “El cuerpo y sus imágenes”, Nasio (2008), apunta que no se trata de una imagen reflejada en el espejo, menciona que más bien, se trata de la imagen que devuelve el otro, el semejante. Un otro que no necesariamente es el prójimo, sino todo objeto del mundo en que se vive. Primero y ante todo, se percibe la imagen del cuerpo fuera del cuerpo. Se vuelve desde afuera para dar forma y consistencia al cuerpo sexual, el del goce. El cuerpo como imagen sería más como un objeto a condición de que estén cargados de un valor afectivo.

Por lo tanto, Nasio, llama cuerpo, a toda imagen del cuerpo que reúna dos características: en primer lugar, que provenga del exterior, de otro humano o de cualquier objeto del entorno que tenga una forma que le hable al sujeto; y luego, que sea pregnante y se preste a envolver los focos del goce del sujeto. Así, el cuerpo sexual y gozante permanece siempre velado bajo los semblantes imaginarios que el sujeto capta de afuera.

De esta forma para este psicoanalista retomando la teoría de Lacan, el cuerpo puede

ser considerado desde tres puntos de vista complementarios: en primer lugar, desde el punto de vista real, en donde se tiene el cuerpo sinónimo de goce; desde el punto de vista simbólico, se tiene el cuerpo significante, conjunto de elementos diferenciados entre sí y que determinan un acto en el otro; y finalmente, el cuerpo imaginario, identificado a una imagen exterior y pregnant que despierta un sentido en un sujeto. Es así que imaginario significa efecto de una imagen; también decir que el cuerpo es imaginario, es decir que la imagen es asumida por el sujeto a través de una serie de identificaciones.

Ahora bien a esto Nasio, en el mismo libro (2008), agrega la impresión de que la imagen en el inconsciente, mencionando que la imagen es el doble, impreso en el inconsciente, de una sensación intensamente vivida en la infancia. Esta imagen, conservada en la memoria inconsciente, es la primera imagen, es el prototipo que sirve de modelo para todas las imágenes ulteriores, conscientes o actuadas, de una experiencia semejante.

Por tanto ante esta impresión inconsciente, se tiene la imagen original o protoimagen, la cual puede permanecer en el plano inconsciente o bien elevarse al plano de la conciencia en ocasión de una nueva percepción, o incluso, puede exteriorizarse en un movimiento espontáneo del cuerpo, como la manifestación corporal de una emoción.

Finalmente y en palabras de Nasio, se puede mencionar que el cuerpo representa la emoción o conflicto que no puede vivirse, enfrentarse o elaborarse en la cabeza. Ejemplo de ello menciona Nasio, puede ser el alcoholismo, el miedo, la angustia que van acompañadas de un comportamiento.

Ahora bien siguiendo estas ideas para el psicoanálisis, según Lacan, para el psicoanalista el cuerpo es el lugar del goce. Y que en tal sentido sea cual fuere el sustrato orgánico de una enfermedad mental, la dimensión simbólica en la cual el paciente explica sus sufrimientos y produzca sus sueños se impone de modo insoslayable. El cuerpo es el lugar donde se goza, el espacio en el cual circula una multiplicidad de flujos de goces (Nasio, 2007).

2.1.1. Cuerpo Real

La expresión "cuerpo real", alude a la teoría Lacaniana, lejos de nombrar el organismo, designaría la llama interior que lo irradia, sus vibraciones internas, las sensaciones, los deseos y el goce. Cuerpo real significa, lo real del cuerpo, o sea, todo lo que en el cuerpo es presencia inefable de la vida.

Este cuerpo es el que el sujeto llega a sentir el cuerpo siempre es un cuerpo fantaseado, pero cuando se siente, adquiere la condición de real; cuando se ve, adquiere la condición de imaginario; cuando provoca un cambio en la vida, adquiere la condición de significante.

Cuerpo real significa, pues, la fuerza que anima un cuerpo. Por ello, lo real del cuerpo es su fuerza. Pero, ¿qué fuerza?, Nasio (2008), responde es la fuerza lo que lo arrastra, la fuerza de nacer, de desarrollarse al máximo, de superar las enfermedades y de reproducirse; y lo hace al precio ineluctable de debilitarse. Decididamente, la vida sólo se desarrolla devorándose a sí misma.

Desde el registro de lo Real el cuerpo puede equipararse al organismo carne, mucosas, entrañas, cavidades, fluidos, de la medicina. Cuando un ser viviente viene al mundo e un organismo, pero no un cuerpo, el cuerpo se construye en la relación con el Otro del significante: Antes de nacer este organismo se lo espera con un nombre, un sexo, esperanzas, sueños, ideales, es decir ya circula en un discurso. En consecuencia pierde esta condición de real y pasa a constituirse como sujeto. Al mismo tiempo la madre que encarna al Otro primordial irá erogeneizando este organismo a partir de determinados significantes horarios, sabores, caricias, miradas, olores, voces, golpes, etc. que irán marcando el cuerpo del sujeto (Unzueta, 2002).

El cuerpo real se estructura según Nasio (2008), en todas las impresiones producidas por las excitaciones memorables que agitaron el cuerpo infantil y que agitan el cuerpo del adulto, es una superficie acribillada de impactos, una superficie en mosaico en la que cada pieza es una microimagen que refleja una impresión sensorial indecible, un aspecto de la zona corporal afectada, un detalle de las circunstancias de la experiencia.

Asimismo se agrega que Nasio (2008), es el cuerpo real en el sentido Lacaniano de su expresión, es a la vez el cuerpo de las sensaciones internas y externas, el cuerpo sensorial; el de los deseos, cuerpo abierto al cuerpo del otro para dar y recibir placer; y, por último, el cuerpo del goce es el cuerpo que siente, que gasta su energía, que soporta las tensiones extremas, que se desgasta y se degrada inexorablemente. Sensación, deseo y goce son las intensidades crecientes de un cuerpo que se califica como real.

2.1.2 Cuerpo Imaginario

Es el cuerpo aprehendido en su masa, captado instantáneamente como una silueta o percibido globalmente como una sombra humana Lacan llama Imagen especular a esta imagen instantánea del cuerpo, capturado de una vez y como un todo (Gestalt).

Asimismo, en esta construcción Lacan señala dos puntos fundamentales. Por un lado, la prematuración humana tiene, en ese momento, un equivalente psíquico: comparada con la bella forma del cuerpo visto, la incoordinación motora empieza a existir como tal para el infans. El segundo punto es que este dato es expulsado del campo visual, para retornar ya sea ante una dimisión por parte del Otro garante, como ante determinadas experiencias que dejan en primer plano lo que habitualmente, en la imagen total, ocupa un punto límite de lo visible, tan sólo un rastro (Oleaga, 2014).

Esta inconsistencia, la fragilidad de la captura por la imagen de ese otro/yo mismo, es el modelo de todas las rivalidades, ya que -en un instante- el otro es quien puede quedar ubicado del lado de la completud y el Yo quien puede quedar atrapado en el lugar del “cuerpo despedazado”. La agresión queda, así, enmarcada en esta dialéctica giratoria, tanto más violenta y fugaz cuanto menos sostenida por el marco identificadorio simbólico. Estas vivencias serán especialmente consideradas al tratar, en una segunda parte, el cuerpo y la época.

Lacan, despliega su enseñanza apuntando siempre a conceptualizar los efectos de un psicoanálisis. En esta época, el Estadio del Espejo conlleva indicaciones clínicas muy precisas respecto de la transferencia, el lugar del analista y los peligros de ocuparlo desde la completud frente al sujeto. La agresividad de transferencia encuentra, así, una

claridad que permite intervenirla convenientemente. El eje simbólico -de la palabra, del reconocimiento- es el que mejor acogerá la posibilidad del desciframiento del Inconsciente y el progreso del sujeto hacia la verdad. Esta época optimista de Lacan, quien celebra la eficacia del símbolo y el valor de la verdad, se corresponde con serias desviaciones posfreudianas. El mismo relativizará más adelante esa seguridad, aunque su principio regulador se mantenga válido (Oleaga, 2014).

Finalmente, en cuanto al cuerpo imaginario, Nasio (2008), menciona que la imagen corporal en la teoría Lacaniana, fue elaborada a partir del encuentro inaugural del bebé con su reflejo especular. Según Lacan, la imagen del espejo, paradigma de toda imagen visible del cuerpo, cautiva al niño dándole la impresión de que es una entidad de forma humana y distinta de las otras figuras reflejadas: primer esbozo del yo, y dándole la impresión de que es un todo homogéneo: primer esbozo de sí mismo. Que el niño se apropie de su imagen constituye a la vez una identificación simbólica e imaginaria.

Cuando el niño Al asimilar su Imagen especular, el niño obtiene el acceso, en cuanto yo, al orden simbólico, vale decir, al orden social, y por lo tanto, se aliena del otro. Y, en cuanto sí mismo, el niño entra en el orden imaginario poblado de ilusiones, entre las cuales la principal es creerse siempre unificado y autosuficiente. No obstante, la soberanía del inconsciente, las debilidades de nuestro cuerpo percedero y los obstáculos inevitables que la realidad nos opone, nos recuerdan duramente que nunca seremos seres unificados ni autónomos. Cada individuo es una pluralidad de personas psíquicas, habita un cuerpo imprevisible y siempre dependerá absolutamente de presiones económicas, políticas, religiosas, biológicas y, sobre todo, afectivas con las que debe transigir sin cesar. Si hay una libertad, ésta no consiste en hacer lo que queremos sino más bien en aceptar o no aceptar lo que se nos impone. Mi única libertad no es hacer lo que deseo, sino querer o no querer lo que debo hacer.

Esto es lo que me importaba exponer sobre la imagen del cuerpo imaginario (Imagen especular), que constituye, junto con la imagen del cuerpo real (Imagen mental de nuestras impresiones físicas), las dos caras indisolubles de una única instancia llamada yo. Luego volveremos sobre esta cuestión, después de haber abordado la

tercera hoja de nuestro tríptico, a saber, la imagen del cuerpo simbólico (Imagen nominativa).

2.1.3. Cuerpo Simbólico

El cuerpo simbólico, es en sí mismo una metáfora, la metáfora más elocuente de todo lo que está vivo e, inversamente, es el objeto más simbolizado de nuestro universo, lo que suscita el mayor número de metáforas. No obstante, para Lacan, la palabra "símbolo" tiene una acepción diferente de la acepción habitual, según la cual un símbolo es lo que hace las veces de una cosa ausente o virtual. (Nasio, 2008, p. 94).

Nasio alude que desde la concepción lacaniana de la palabra "símbolo" se basa en el concepto de eficacia simbólica promovido por Claude Lévi- Strauss, parte de la idea de que el símbolo tiene el poder, no sólo de sustituir la realidad sino también, y sobre todo, de modificarla o incluso de engendrarla.

Menciona Marie Suret, en su artículo, "Lo real, imaginario y lo simbólico" (1995), que el mundo de lo simbólico es propio del ser humano. Esto lo aparta drásticamente de la naturaleza y de sus leyes y lo introduce en las leyes del lenguaje, de lo simbólico. El medio natural del ser humano es el lenguaje. Por el hecho de hablar, el hombre está separado de su organismo. No es lenguaje. Por habitar el lenguaje, el sujeto solo aparecerá como representado: El sujeto es aquel que aparece representado por un significante para otro significante.

De aquí que para mencionar el cuerpo simbólico se torna pertinente agregar lo que es el significante, este autor menciona que para Lacan el significante es el elemento último en el que se descompone el lenguaje. El signo lingüístico se divide en significado y significante. Lacan le dio al significante un lugar predominante en la determinación del significado, y no al revés: que el significado es el que determina al significante.

Cuando un símbolo, entidad eminentemente formal y abstracta, produce efectos en la realidad, Lacan lo llama significante, Es un elemento formal capaz de transformar la realidad.

A esto agrega Nasio que más que nombrara al cuerpo simbólico, el menciona que es el cuerpo del significado:

“Por todo esto, prefiero calificar el cuerpo simbólico de "cuerpo significante". A diferencia del cuerpo imaginario, que siempre es global, el cuerpo significante siempre es parcial, siempre es fragmentario, a veces se encarna en algún tipo de invalidez, a menudo en un pequeño defecto físico o en otro rasgo sobresaliente, capaces de desviar el curso de una vida: una cicatriz en el rostro, un pie deforme, un ceceo, una migraña crónica, una estatura menor que la media o una nariz prominente. Todas estas particularidades físicas pasan a ser significantes cuando son tan notablemente representativas del sujeto, a sus ojos y a los ojos de los demás, que le imponen su realidad afectiva, sexual y profesional” (Nasio, 2008, p. 94).

Al significante se agrega que este existe por medio del lenguaje, en el lenguaje el sujeto no encontrará la respuesta ante la pregunta: ¿quién soy yo?, más que en términos de saber, y no en términos de ser. Lo que significa que falta el ser del sujeto. No hay nada en el lenguaje que le asegure al sujeto lo que él es, no hay nada que le asegure su ser (Sauret, 1995).

El sujeto solo puede aparecer únicamente como representación significante. Se introduce entonces en todo ser humano, por hablar, lo que el psicoanálisis denomina la falta en ser. El sujeto queda vacío de ser y en el lugar de ese vacío viene la pulsión como aquello que ha sustituido al instinto en la criatura humana. El sujeto entonces, no se aprehende sino como falta entre dos significantes. Él solo aparece representado por un significante para otro significante, y si aparece representado es porque no está. Ante la falta de instinto el sujeto no es más que representado. Se necesitan siempre de dos significantes para representar al sujeto, ya que un significante solo no significa nada, es un enigma.

Ahora hasta aquí, valdría bien la pena agregar una síntesis de la matemática lacaniana, el sujeto, que se escribe así: \$, y se lee: sujeto barrado o dividido; dividido en tanto que está siempre entre dos significantes: el S1 y el S2. Está también el S1, que es el

significante que representa al sujeto, y el significante S2, que representa el saber, el significante que se necesita para que el sujeto quede representado, o también el significante que se hace necesario para darle sentido al S1. Y por último tenemos el objeto a, que representa aquello que es irreductible al saber, lo real.

Finalmente el sujeto es el efecto del lenguaje, esto es el cuerpo simbólico, En suma, el cuerpo significativo es la singularidad corporal que determina, directa o indirectamente, el curso de nuestra existencia. No es la imagen mental de una sensación ni la imagen visible de una silueta, sino el nombre que designa la parte significativa del cuerpo. Sí, un nombre. Por ello, la imagen del cuerpo significativo, quiero decir, la imagen de la parte significativa del cuerpo, es ni más ni menos que el nombre que la nombra, un nombre tan significativo como la anomalía física que designa.

2.2 Imagen inconsciente del cuerpo

En relación a este apartado, surge de la importancia de recalcar la relación afectiva del sujeto con los otros, pues son estas relaciones que le permiten significar su cuerpo, son las personas más próximas al niño en sus primeros años de vida quienes nombran las sensaciones experimentadas por el niño, son ellos quienes son vehículo y al mismo tiempo moduladores de aquellas sensaciones. La imagen que el sujeto ha interiorizado no cesará nunca de construirse y será un estado de esbozo, y solo existe con la condición de que el cuerpo percibido este habitado por la presencia del Otro, siempre se le percibe en siguiendo el contexto de la relación con el Otro, menciona Nasio (2008).

Para Doltó, el niño tiene en un papel activo en estas relaciones, desde su concepción, estas experiencias se van inscribiendo en la imagen inconsciente del cuerpo, para posteriormente inscribir las improntas de las sensaciones de placer displacer en relación a la forma como la madre las haya significado. Atraves de esta función se construye el reservorio de las fantasmas arcaicos, sustrato simbólico del contenido representacional (Blanch, 1995).

Las características de estas vivencias harán al sujeto transitar por diversas castraciones, de tal modo que la imagen inconsciente del cuerpo solo se puede entender a partir de las castraciones simbólicas.

En su libro: "Imagen Inconsciente del cuerpo" F. Doltó hace alusión a la imagen inconsciente del cuerpo, mencionando lo siguiente:

"La Imagen Inconsciente del Cuerpo es una estructura que deriva de un proceso intuitivo de organización de las fantasías, de las relaciones afectivas y eróticas pregenitales. Aquí fantasma significa memorización olfativa, auditiva, gustativa, visual, táctil, barestésica y cinestésica de percepciones sutiles, débiles o intensas, experimentadas como lenguaje de deseo del sujeto en relación con otro, percepciones que acompañaron las variaciones de tensión sustancial sentidas en el cuerpo." (Doltó, 1984, p. 49).

Asimismo se agrega que las imágenes inconscientes varían de acuerdo según los diferentes estadios del desarrollo libidinal: estadio respiratorio-olfativo, estadio oral, estadio anal y estadio edípico. En cada uno de estos estadios existe una imagen predominante de base, funcional y erógena que forma una continuidad con las imágenes de los estadios anteriores y de los estadios ulteriores. El paso de un estadio a otro, es decir, de una imagen a otra, significa la pérdida de la supremacía de una zona y su objeto a favor de una nueva zona erógena y su nuevo objeto.

2.2.1 Castración simbólica

De esta manera es importante mencionar lo que para Doltó es una "castración simbólica" haciendo referencia al difícil renunciamiento, que todo niño debe aceptar y acompañar con el esfuerzo de ganar el nuevo objeto a lo largo de su desarrollo, distingue cinco castraciones simbólicas:

- **La castración umbilical**, que se produce en el nacimiento; el niño pierde el medio acuático de su vida fetal y gana el medio aéreo.
- **La castración oral**, inherente al destete; el niño pierde el seno como una parte de sí mismo y adquiere la capacidad de utilizar la boca y la lengua para hablar.

- **La castración anal**, que marca el paso de la dependencia motriz de la madre al desplazamiento autónomo del cuerpo. El niño pierde la comodidad de estar en brazos y adquiere la autonomía de moverse. Aprende a posicionarse corporalmente en el espacio y a manejar su fuerza muscular. Este dominio de la acción corporal se corresponde con el dominio del esfínter anal.
- **La castración primaria**, ocurre alrededor de los dos años y medio, cuando el niño descubre que su Imagen especular es diferente de su persona y que su cuerpo presenta caracteres sexuados. La castración primaria se produce en virtud de la palabra del adulto que le enseña al niño que es diferente de su imagen reflejada en el espejo y que la apariencia sexuada de su cuerpo marca su pertenencia a uno de los dos sexos. El niño pierde la despreocupación de situarse fuera del sexo y adquiere desde entonces una identidad sexuada.
- **La castración edípica**, se produce como consecuencia de la palabra que le prohíbe al niño fantasear al padre del sexo opuesto como compañero sexual. El niño pierde el placer del fantasma incestuoso y gana desde ese momento el acceso a un nuevo objeto que se ajuste a su deseo (Nasio, 2008).

2.2.2 Imagen base, imagen funcional, imagen erógena.

Ahora bien, se deben de tomar en cuenta los tres componentes de la imagen inconsciente del cuerpo, según Doltó, se tiene la imagen de base, la imagen funcional y la imagen erógena.

La imagen de base permite al niño sentirse en continuidad existencial, en palabras de Doltó, “vivir en la mismidad del ser, sensación de cuerpo cohesado desde el nacimiento hasta la muerte”. La imagen de base se refiere a lo biológico-vegetativo propio de cada castración (sistema respiratorio, olfativo y auditivo en la castración umbilical, y zona bucal, laringe y faringe en la castración oral) y en ella es dónde se puede captar el conflicto entre la pulsión de vida y la pulsión de muerte, asimismo Doltó vincula la pulsión de muerte al dormir, lo cual permite reconectarnos de nuevo con la pulsión de vida, que es deseo. Los trastornos del sueño, estados de ansiedad o fóbicos dan cuenta de la pérdida del sentimiento de vivir en continuidad existencial, del fallo en este proceso de desconexión-conexión.

Así mismo, si se toma que es "La imagen de base es lo que le permite al niño sentirse en una 'mismidad de ser', o sea, esto sería en una continuidad narcisista. Defino el narcisismo como la mismidad de ser, conocida y reconocida, que va-deviene para cada uno en la índole de su sexo." (Doltó, 1984).

En cuanto a la imagen funcional es "la imagen estética de un sujeto que tiende al movimiento para satisfacer el deseo" (Doltó, 1984). Por tanto se refiere a la funcionalidad del esquema corporal que posibilita y a la vez integra la experiencia relacional consigo mismo y con el otro (en la oralidad, la succión; en la motricidad). La imagen funcional es la impronta dejada en el inconsciente infantil por lo que siente un cuerpo plenamente inmerso en el intercambio con un adulto protector, deseado, pero también deseante.

La imagen erógena se crea en función de cómo la imagen funcional y de base han sido significadas por parte de la madre y de su entorno familiar. Da cuenta del quantum erógeno libidinal que se ha puesto en juego en cada una de las anteriores imágenes. La articulación dinámica de estas tres imágenes, expresa la articulación entre la necesidad de otro para subsistir, propia de la indefensión del ser humano, con el deseo del otro y el propio para constituirse como sujeto. La imagen dinámica es la del deseo en busca de un nuevo objeto (Blanch, 1995).

Desde la perspectiva psicoevolutiva, la simbolización de la zona erógena predominante en cada castración se incorpora y se resignifica en la etapa posterior, surgiendo nuevas representaciones, aspecto genético de la imagen inconsciente del cuerpo. El aspecto relacional da cuenta del valor de la presencia materna que pone en juego su propia capacidad simbolizante, para dar significación a la sensorial, creando en palabras de (Doltó, 1984) una red de seguridad lingüística.

Para Doltó el narcisismo se constituye en tres tiempos: narcisismo fundamental, primario y secundario. En el periodo de la castración anal, Doltó incluye el estadio del espejo. Este estadio es constitutivo de la castración primaria y del narcisismo primario. La prohibición del incesto, para ella, no parte de la castración edípica sino que va instaurándose en cada una de las anteriores castraciones. En ellas se irá renunciando a

la relación cuerpo a cuerpo con la madre, para acceder a otro tipo de relación en la que el lenguaje ocupará un lugar importante. Dicha renuncia implica un duelo tanto para los padres (en las etapas tempranas más para la madre) como para el niño.

Dolto llama “las palabras mamaizadas” a aquellas que serán las que se incorporen como fruto de este proceso simbólico. Padres con aspectos narcisistas primarios no elaborados y/o con dificultades en la castración edípica difícilmente podrán ofrecer modelos identificatorios simbolígenos (Blanch, 1995).

Para finalizar y a modo de conclusión, es importante mencionar que la Imagen del Cuerpo no está estampada solamente por las numerosas percepciones conscientes de nuestras impresiones sensibles, sino que también, y sobre todo, está modelada por la multiplicidad de percepciones inconscientes de las experiencias físicas que, sin que lo sepa el sujeto, se inscriben perdurablemente en él. Son sensaciones vividas y conmovedoras que afectan. La percepción que tengo de mi cuerpo siempre es impura, está filtrada y tamizada mil veces por las fantasías infantiles e inconscientes que gobiernan al sujeto.

CAPITULO 3. PSICOSOMÁTICA

*“Para nosotros se trata entonces de mostrar
por qué razón la respuesta psicosomática merecería
llegar a ser una pregunta sobre el deseo”*

J. Miller

En el presente capítulo se realiza un revisión teórica acerca del fenómeno “psicosomático”, los postulados que diferentes autores han elaborado entorno a esta definición, así como el posicionamiento que tuvo y ha tenido en el campo de la medicina. Se parte de una breve reseña histórica, la cual muestra una marcada disyuntiva en teorizar acerca de su etiología, disyuntiva que sigue mostrando una fuente de confusión entre las múltiples elaboraciones de teorías y escuelas. Así mismo, en esta revisión se aborda el ejercicio profesional de la psicología en relación a la medicina, mostrando cómo es que la inclusión de la primera en el campo clínico comienza a formar un papel fundamental en el tratamiento de algunas enfermedades que habían sido consideradas plenamente biológicas.

De tal manera, la investigación psicológica es un referente que permitirá comprender desde sus métodos, las causas de esos padecimientos y por tanto de ser adyuvante al tratamiento médico. Sin embargo, el presente capítulo pretende recapitular los principales hallazgos en relación al enfermar del cuerpo desde una vertiente psicoanalítica, permitiendo comprender la diversidad de los fenómenos psicopatológicos plasmados en el cuerpo, aunado a considerar la relevancia de un enfoque multidisciplinario en el estudio e intervención de estas dolencias.

En el intento de recabar el sustento teórico “suficiente” para hacer alusión a lo psicosomático desde la vertiente psicoanalítica, se encontrara que existen discordancias en su etiología y aún más en el tratamiento que estas aluden, sin embargo este capítulo se enfocara en retomar la teoría Freudiana y principalmente la escuela francesa, para finalizar abordando la relación de los postulados psicosomáticos con el cáncer de mama.

Son diversas las investigaciones encausadas a referir el fenómeno psicossomático, sin embargo partiremos desde la vertiente psicoanalítica específicamente retomando al eminente Freud.

Freud, propiamente no define como tal al fenómeno psicossomático, sin embargo, su recorrido teórico sienta las bases explicativas ante tal fenómeno, por ejemplo en el texto “Un proyecto de una psicología para neurólogos”, pone de relieve la importancia de la continuidad del cuerpo biologista ante lo psíquico.

Para profundizar en lo anterior, se ha retomado el artículo “La perspectiva Freudiana ante el Fenómeno psicossomático”, trabajo que fue resultado de una investigación realizada en un hospital psiquiátrico, por la Dra. Zulma López.

Esta doctora parte de la hipótesis central que considera el fenómeno psicossomático (FPS) como una lesión-inscripción sobre el órgano-función, debido a la fijación de las pulsiones autoeróticas que quedan detenidas en la primera transcripción de las percepciones.

Que el FPS está situado en una etapa primaria, denominada autoerotismo. Donde las pulsiones primordiales o autoeróticas son detenidas en una etapa anterior al narcisismo. Esta etapa corresponde a una escena primaria donde el niño, en una situación de desvalimiento y desamparo requiere una acción específica de un adulto auxiliar que debe entender lo que el niño “necesita” dándole un significado, un sentido: la función de entendimiento o comunicación que proviene del otro tiene una importancia fundamental.

De aquí parte la premisa de que el FPS es causado por una fijación que corresponde a una operación fallida que no permitió establecer una separación entre ese interior denominado cuerpo anatómico y ese primer exterior llamado objeto mítico: falla de una operación simbólica.

Entre estas condiciones la Doctora López, menciona que hubo una ausencia o falla de una operación simbólica, que es responsable de la inscripción directa de la pulsión

sobre el organismo viviente. La descarga pulsional recae, sin posibilidad de entramado psíquico, sobre el organismo.

Es así que esta Doctora propone desde lo constitucional que el FPS puede considerarse:

- Una formación del ello pulsional
- El resultado de la pulsión de muerte
- Deviene de pulsiones autoeróticas
- Deviene de una mezcla pulsional no consumada (o desmezcla pulsional)
- Proviene de las investiduras libidinosas del ello pulsional, que debido a una falla en la asociación lingüística, no puede tramitarse al exterior.
- Se especificidad consiste en realizar una descarga en el interior o en la superficie del organismo produce una lesión.

Ahora bien, se planteará de forma sintetizada, algunos estudios psicoanalíticos acerca de lo psicosomático a partir de la escuela francesa, representada principalmente por lo aportes de Joyce Macdougall, Piera Aulagnier y Andree Green.

3.1 Escuela Francesa

La escuela francesa es representada principalmente por Joyce Macdougall, Piera Aulagnier y Andree Green, esta escuela se separó radicalmente el fenómeno conversivo del psicosomático como dos tipos de patología con un trasfondo estructural completamente diferente. Lo conversivo estaría dentro del registro neurótico y lo psicosomático en un registro más próximo a la psicosis que a la neurosis. Los autores de esta escuela describen unas características de personalidad propias del paciente psicosomático que no están en el histérico, centrándose en la relación madre- hijo.

3.1.1 Joyce MacDougall

De esta manera se iniciara por abordar los aportes de Joyce Macdougall, en estos aportes convergen los desarrollos Freudianos, los de Melanie Klein, Bion y en particular Winnicott.

Iniciando por citar a MacDougall, y retomando su principal obra de lo psicosomático la cual fundamenta en “Teatros del cuerpo”.

En este libro, MacDougall se ocupa de los sujetos que reaccionan al desamparo psicológico mediante manifestaciones psicosomáticas, pero también del potencial psicosomático o la parte psicosomática de todo individuo, menciona que todos los sujetos tienen tendencias a somatizar ciertas circunstancias internas o externas que sobrepasan los modos psicológicos habituales de resistencia. Así mismo, refiere que la enfermedad psicosomática tiene que ver con un conflicto emocional mental que se desplaza a lo corporal como un intento de solución o descarga, explicando que en estos sujetos, la manera habitual de resolver los conflictos emocionales es a través del cuerpo (McDougall, 1989).

De acuerdo a Fernández (2002), en su comprensión de lo psicosomático menciona esta psicoanalista que habría “modos de funcionamiento psíquico que predisponen a manifestaciones somáticas y que pueden ser defensas ante vivencias de “desintegración aniquilante”. El trastorno psicosomático refiere que es una “salida” de un conflicto, como una necesidad de “palpar” los límites corporales y vivenciar un mínimo de existencia separada en relación a otro significativo (p. 157).

Basándose en aquella época en sus observaciones, MacDougall (1989), pensó que, a causa de la rotunda escisión entre la psique y el soma, los pacientes somatizadores percibían sus emociones en situaciones angustiosas: las ideas asociadas a todo afecto conflictivo importante no se reprimían, como en las neurosis, sino que se borraban inmediatamente del campo de conocimiento, refiriendo que es el mecanismo que Freud llamó en 1918, “repudio” en relación con los estados psicóticos (p. 23).

Es así que este funcionamiento psicosomático (repudio del afecto) es una manera del repudio de una idea y postula a este como un eventual destino del afecto, el de “congelarse” como consecuencia de ser “repudiado”. Este repudio conlleva a una pulverización de las representaciones ligadas al afecto, son experiencias que se

descargan en la acción y esto lo relaciona con la sensación de vacío o de “falta de contacto” (MacDougall, 1989).

De aquí que derive la importancia al comparar la afección orgánica con el conocido “pasaje al acto”, de sentimientos que no toman la forma de dolor. Se descargaría aquello que sobrepasa la capacidad de elaboración anímica. Es un “hacer algo” (en el cuerpo y con el cuerpo) en jugar de contener las emociones. Pueden aparecer como expresiones actuadas cuya función es “dispensar el afecto” (Fernández, 2002, p. 159).

Ahora bien, según Fernández (2002), MacDougall, enfatiza la importancia de las primeras experiencias compartidas madre-bebé, considerando que:

- La madre puede “escuchar” comunicaciones precoces
- El bebé puede construirse “modos de protección”
- Puede haber una notable precocidad en la autonomía, como una defensa en contra de la emotividad. Las manifestaciones neuróticas pueden operar como protección ante exploraciones psicosomáticas (p. 158).

A esto se suma la “matriz del psicósoma”, la cual se hallaría radicada en un origen de vida psíquica fusionada, la cual conduciría a la fantasía de que solo existe un cuerpo y una psique para dos, el sujeto de la afección y la imago de su madre son una sola persona, esta matriz señala que es la que sostiene la nostalgia del regreso a una fusión ilusoria con una vivencia de bienestar. Esta fantasía viene dada desde la vida intrauterina. Por tanto la prolongación imaginaria de esa experiencia regiría el funcionamiento psíquico con el proceso de somatización.

Tal matriz, se iría efectuando una progresiva diferenciación, tanto del propio cuerpo como del mundo, distinguiendo el escenario psíquico del somático en las producciones de la imaginación. Se construye así una lenta “desomatización” de lo psíquico que inaugura una doble búsqueda, la de fusionarse con la “madre universo” y diferenciarse de ella en al mayor medida. Así se encuentra que los procesos de internalización de esa imago y su función están dados por: incorporación, introyección e identificación, el

cual este último se construye de: una imagen del entorno materno y una representación de la madre como tranquilizante (Fernández, 2002).

Dentro de la relación madre-hijo se muestran las barreras de la madre impiden que las señales del infante sean escuchadas, lo que daría cuenta de una falla en el maternaje primario. En la patología somática la madre no es capaz de descifrar las señales, sonrisas y gesto del hijo, por el contrario, impone sus propios deseos y necesidades al bebé, generando en el precario aparato mental, sentimientos de rabia y frustración.

A esto hace referencia Macdougall (1989):

“La realidad psíquica de cada uno debe, (...), combinarse durante toda la vida con el deseo primitivo de regresar al estado de fusión con la madre-universo; esto es, en otras palabras, con el deseo de no-deseo: la afanasis. Como es sabido, la lucha contra este deseo, y el duelo que ésta impone, se compensan con la adquisición de la subjetividad. Lo que supone que el niño ha podido investir, libidinal y narcisísticamente, las heridas fundamentales e inevitables que son las experiencias de separación y de reconocimiento de las diferencias sexuales y existenciales. Éstas se convertirán en los centros alrededor de los cuales se articulen el sentido del Yo y el de la identidad individual, y serán celosamente protegidas” (p. 51).

Ahora bien, para que el lactante pueda acceder a un sentido del sí mismo sólidamente amarrado, necesita establecer una relación con una madre que desempeñe de modo adecuado su papel de escudo protector contra potentes estímulos venidos del exterior, que sea capaz de decodificar las comunicaciones de su hijo con ella y de comprender su necesidad recurrente de estimulación y de quietud.

Es de esta manera que las funciones “protectoras y tranquilizantes” son las que constituyen los objetos “pre-transcicionales”, que habrían de ser sustituidos luego por objetos más elaborados o rituales, siendo estos los orígenes del pensar simbólico. Los modos de comunicación corporal serían reemplazados progresivamente por la palabra y

sus efectos creando sensaciones por medio de ella. La designación del nombre y la evocación de la figura materna hacen de la palabra la función tranquilizadora en su expresión fonemática. Los fracasos en este proceso afectarían las capacidades para integrarse y reconocer como propios su cuerpo, su pensamiento y sus afectos, diferenciándolos del campo de lo ajeno.

La primera realidad exterior para un bebé la constituye, el inconsciente de la madre, y por las relaciones de la madre con el padre del bebé, esto es, por el territorio del deseo inconsciente de la madre. La madre asume simbólicamente la función del aparato del pensar para el incipiente sujeto y ejerce sus efectos sobre la organización precoz de la psique, por lo cual siempre una gran parte de la identidad estará ligada a lo que representa para otro en términos de valor de deseo (Fernández, 2002, p. 161).

De esta manera, si la separación, la identidad y la diferencia no resultan experimentables como “adquisiciones” placenteras en relación a la “alteridad” y a la “monosexualidad”, se constituyen en fantasmas de pérdidas insoportables, con duelos que figuran amenazas destructivas para la imagen de sí. De aquí que se mantenga como defensa la fantasía de fusión a una imago de madre de propiedades arcaicas.

De la misma forma, para MacDougall (1989), ciertas zonas corporales y ciertas funciones fisiológicas no deben representarse, o bien deben vaciarse de todo placer (es decir que queda prohibido investir las libidinal y narcisistamente) a causa del modo en que han sido investidas por la madre. La renegación de una u otra parte del cuerpo o de una u otra función, como el repudio de pensamientos cargados de afecto, constituye un intento del niño pequeño para impedir la ruptura del indisoluble vínculo madre-bebé. Asimismo, surge la fantasía de que la madre del niño será hecha añicos o dejará de existir si no se mantiene esta identificación primaria. También aquí la imagen de la madre es doble: la de una figura omnipotente y omnipresente, y la de una mujer frágil y fácilmente dañable (p. 58).

Derivado de lo anterior se puede mencionar que cuando persiste la representación de una fusión entre los cuerpos respectivos del niño y de la madre, esto conduce a una renegación casi total de la importancia de los demás o, por el contrario, a un estado de pánico ante toda evidencia del estado de separación y de la alteridad.

La identificación con una madre cariñosa y solícita está ausente, lo que da origen a menudo a la convicción de que un individuo no es responsable del bienestar de su cuerpo. La fantasía de no ser verdaderamente dueño de su propio cuerpo o, lo que es lo mismo, la fantasía inconsciente de que su cuerpo está bajo el control de otro, desempeña un papel importante. Así, tienden a surgir expresiones somáticas en lugar de terrores o deseos psicóticos no reconocidos. (MacDougall, 1989).

Ya en la vida ulterior el adulto se enfrentara a una serie de situaciones en donde para Macdougall, (1989):

“El psiquismo del sujeto que bajo el impacto del mundo exterior (...), bajo el impacto de acontecimientos traumáticos (nacimientos, muertes, matrimonios, separaciones, pérdidas narcisistas) ciertas experiencias psíquicas se pueden excluir no solamente del consciente, sino también de la cadena de representaciones. Un acontecimiento de este tipo puede quedar no compensado. Los diversos modos de recuperación, en forma de compensación sintomática o de reinvestidura en la vida imaginaria, social o amorosa, no funcionan. En otras palabras: bajo la presión del mundo pulsional interno, las frustraciones libidinales objetales o narcisistas, o ciertos impulsos primitivos como la rabia, la envidia destructiva y la agresividad continua, pueden no desembocaren una representación mental, lo que al mismo tiempo les impide toda salida en forma de producción de síntomas neuróticos o delirantes” (p. 71).

A lo anterior se agrega lo que MacDougall es la “privación psíquica”, alude a este término cuando para una representación rechazada del consciente no existe posibilidad de recuperación en forma de síntoma o de sublimación. La psique, en este

estado, intentará colmar el vacío así creado. Para lograrlo tendrá que limitarse a emplear mensajes primitivos, señales de orden soma-topsíquico, como en la primera infancia (1989, p. 72).

En la regresión psicósomática se produce un fenómeno psíquico similar a lo que sucede en la psicosis. Las palabras, vaciadas de su contenido afectivo, pierden su valor simbólico y se

Tratan como cosas; la experiencia psíquica que debieran contener (es decir, las representaciones de palabra y el afecto que les está ligado) es eyectada fuera de la psique, en lugar de ser reprimida para alimentar el capital psíquico del que se sirve la psique para fabricar síntomas psicológicos; éstos servirán eventualmente para preservar el cuerpo de la explosión somática.

3.1.1.1 Histeria arcaica

MacDougall, hace uso de este término para referirse al nivel de conflicto sobre el derecho a existir, más que el derecho a las satisfacciones libidinales normales de una vida adulta. Las angustias están ligadas al temor de perder la identidad subjetiva, o incluso la vida.

A comparación, la histeria clásica, como es sabido, depende sobre todo de vínculos verbales, y trata de compensar ciertas angustias referentes al derecho del adulto a las gratificaciones sexuales y narcisistas. Los síntomas que crea la psique en estas circunstancias están destinados a reemplazar los deseos libidinales y narcisistas sentidos como prohibidos (o a castigarlos).

Es así que las angustias están entonces ligadas al temor de perder la identidad subjetiva, o incluso la vida. Los objetivos libidinales del lactante pueden concebirse como un movimiento perpetuo entre el deseo de fusionarse con el cuerpo materno y su contrario, el deseo de independencia total (sin dejar de formar parte del universo materno). A menos que el inconsciente materno esté poblado de miedos y de deseos que hagan a la madre incapaz de interpretar los estados afectivos de su bebé y de modificar consecuentemente su sufrimiento psíquico y físico, la madre permitirá al

lactante, en los momentos de desamparo, mantener la ilusión de formar uno con ella. Cuando el inconsciente materno obstaculiza la escucha de las necesidades del bebé, el niño pequeño se ve frenado en su intento de construir, lentamente, en su interior, la representación de un entorno maternizante que proteja y que consuele. También se le negará forzosamente la posibilidad de identificarse un día con esta "madre interna"; esta falta de imagen protectora interior persistirá hasta la edad adulta y durante toda su vida (MacDougall, 1989).

Retomando lo anterior, la vida onírica es una vía de descarga para el psiquismo de lo inaceptable por el yo, en este caso, apuntala MacDougall que la pérdida de la función onírica, impide descargar la tensión por la satisfacción alucinatoria. La psique se ve entonces forzada a emitir, regresivamente, señales somatopsíquicas, infraverbales y arcaicas, para salvar al Yo de una muerte psíquica. De esta forma se corre el riesgo de que las descargas tomen el camino más corto, el más cercano a lo fisiológico. La psique evacua sus tensiones sin palabras.

3.1.1.2 Soma autista

Otro de los aspectos fundamentales en la obra de esta importante psicoanalista deriva el "Soma Autista", el cual lo explica como una dirección de la patología, donde la psique se cierra a lo exterior a ella y el cuerpo aparece sin afectación, es soma autista es el que se encuentra apartado del afecto. Observa que en los sujetos somatizadores en lugar de reconocer el nivel del pensamiento en palabras, el dolor psíquico y el conflicto implicado, para poder derivarlo en forma de expresión psíquica, desembocan en situaciones de formaciones psicóticas alucinatorias o trastornos somáticos.

Los dramas somáticos son signos inaccesibles e inexpresables dramas psíquicos, son portadores de "un mensaje" para "psique". Así señala la conveniencia de reconocer que el cuerpo se expresa en su propio modo de compulsión de repetición.

Así mismo, se agrega que los somatizadores, suelen rehusar indagar en los factores de naturaleza emocional o de trabajo psíquico que pudieran alimentar su

vulnerabilidad somática y deciden “aislar” su producción somática, como protegiendo una creación “particular y privada” (Fernández, 2002, p. 163).

3.1.1.3 Defensas Psicósomáticas

Como resultado de la praxis clínica de MacDougall, describe que los sujetos generalmente apelan a una desafectación, como defensa. Son personas que se vinculan en forma pragmática y carente de emocionalidad, desmintiendo su necesidad de dependencia. Son proclives a la actuación, se desafectan retirando su afecto y desocupando libidinalmente objetos significativos que se pierden de su mundo. Asimismo presentan una suerte de “extrañamiento” de los semejantes. “Separados” de sus emociones, pierden la capacidad de contacto con su realidad psíquica. Generan un discurso de palabras desafectivizadas, donde las mismas pierden su ligazón con el orden pulsional. (Fernández, 2002, p. 166).

Sumado a lo anterior esta psicoanalista, según Fernández, aborda el término “desafectación” complementariamente a lo que Marty alude como “pensamiento operatorio”, “alexitimia”, fundamentando que se trata de sujetos que han vivido emociones intensas amenazantes de su integridad, y que levantaron, como defensa para sobrevivir, un sistema de “eyección” fuera de toda posibilidad de conciencia(2002, p. 167).

En conclusión sobre la trayectoria de MacDougall, se puede resumir que las condiciones etiológicas que propone está psicoanalista para los fenómenos psicósomáticos se encuentran:

- a) Una notoria fragilidad de la economía narcisista
- b) Un discurso familiar que transporta un ideal de desafectivización y el rechazo de la actividad imaginativa
- c) Efectos de una imago materna como “interprete incapaz” de traducir emociones.
- d) Llamativa ausencia de producción onírica y fantasías
- e) Equivalentes de sueños o de afectos en percepciones y sensaciones somáticas

- f) Recurrencia a escisiones y a identificaciones proyectivas
- g) “Eyección” de ideas y afectos (Fernández, 2002).

3.1.2 Piera Aulagnier

Esta psicoanalista ingresa con autoridad al terreno de las psicosis desde el punto de vista psicoanalítico, abordándolo apoyada en una sólida formación bajo las teorías de Freud y Lacan, ha precisado algunos conceptos que resultan útiles para precisar el fenómeno psicósomático. Su teorización se encuentra en su libro “la violencia de la interpretación”.

Esta seguidora del eminente Lacan, hace referencia a su obra a partir de dos propuestas centrales que se interponen y rigen su obra: “La violencia de la interpretación”, por una parte considera el tema del cuerpo y sus vertientes: el biológico, el erógeno y el sensorial, y el segundo, “la situación de encuentro”.

Abordando este primer eje, “el cuerpo” Aulagnier (2007), menciona que al considerar al cuerpo biológico de la ciencia y al de la definiciones analíticas del cuerpo erógeno, se impuso a su observación otra imagen, esta es, la de un conjunto de funciones sensoriales que son también, a su vez, vehículo de una información continua que no puede faltar, no solo porque ella es una condición para la supervivencia somática sino también porque constituye la condición necesaria para una actividad psíquica que exige que sean libidinalmente catectizada tanto el informado como el informante (Aulagnier, 2007 p. 17).

El origen de la relación psique-cuerpo se encuentra en lo que la primera toma del modelo de actividad del segundo; a su vez este modelo será metabolizado en un material totalmente heterogéneo, que formará el marco constante de un argumento originario que se repite indefinidamente. Esta repetición de una puesta en escena inmutable define el funcionamiento y la producción de lo que se denomina lo “originario”.

Ahora bien en lo que respecta a la situación de encuentro para Aulagnier (2007), lo que caracteriza al ser viviente es su situación de encuentro continuo con el medio físico psíquico que lo rodea, será la fuente de tres producciones cuyos lugares de inscripción y los procesos que los producen delimitan tres «espacios-funciones»:

- a) lo originario y la producción pictográfica;
- b) lo primario y la representación escénica (la fantasía) ;
- c) lo secundario y la representación ideica, es decir, la puesta en escena como obra del Yo (p. 18).

Menciona de esta manera que, desde el primer momento de su existencia, el sujeto se halla frente a una serie de encuentros: una de las características de estos será anticiparse siempre a sus posibilidades de respuesta o de previsión. Este estado de encuentro da lugar a tres tipos de producción que metabolizan de acuerdo con su propio postulado, la información obtenida.

De lo anterior que derive el concepto de “pictograma”, como resultado del proceso originario, a lo que alude a “todo acto, toda experiencia, toda vivencia, todo conjuntamente, a una puesta en escena, a una «puesta en sentido»” (Aulagnier, 2007, p. 16).

Del pictograma, el sujeto no puede poseer ningún conocimiento directo, pero el analista puede entrever algunos de sus efectos e intentar construir un modelo conocible para el Yo; por el contrario, la obra de la puesta en escena propia de lo primario, de la que es testimonio la producción fantaseada, tiene el poder de infiltrarse en el campo de lo secundario, aunque este último se encuentra dominado por un trabajo de «puesta en sentido» originado en la instancia llamada Yo.

Ahora bien, de acuerdo a estos postulados, esta psicoanalista propone que existe entonces una “fuente somática”, que brinda materiales al proceso originario psíquico. De esta manera se debe de pensar que existen dos encuentros determinantes, uno con la fuente discursiva de la realidad y otro con la fuente somática.

Ahora bien lo anterior se complementa al tomar en cuenta lo que concibe como “proceso originario”, no hay relación de causalidad sino de engendramiento, es decir de una primerísima fase de la vida en donde no se pueden separar del conjunto de estímulos con poder de excitar el soma y la psique algo como fuente.

Aulagnier hace alusión a la representación a los siguiente:

“Por actividad de representación entendemos el equivalente psíquico del trabajo de metabolización característico de la actividad orgánica. Este último puede definirse como la función mediante la cual se rechaza un elemento heterogéneo respecto de la estructura celular o, inversamente, se transforma en un material que se convierte en homogéneo a él. Esta definición puede aplicarse en su totalidad al trabajo" que opera la psique, con la reserva de que, en este caso, el «elemento» absorbido y metabolizado no es un cuerpo físico sino un elemento de información” (2007, p. 23).

Es así que para Aulagnier, lo propio del ser psíquico concebido por el psicoanálisis es existir por el deseo de otro que lo precede. De aquí que se tenga que hacer referencia al placer y al sufrimiento en los cuales menciona que las dimensiones cuantitativas del placer y el sufrimiento se ubican, en la representación, en función de la presencia o ausencia de un objeto que señala la finalidad del movimiento pulsional.

Por otra parte, la posibilidad de pensar-hablar el sufrimiento somático, se transforma en representación psíquica que desencadena una expresión corporal, la cual, decodificada por la mirada materna, resulta “demanda de un acto”. Esto proceso implica así, la modificación de la realidad externa y la modificación del estado del cuerpo que hace que el sufriente lea en ello el sentido que ha cobrado su estado para el otro (Fernández, 2002).

La psique trabaja continuamente en la construcción, reconstrucción y deconstrucción de y sobre representaciones, que ella misma se forja acerca de las relaciones con su propio cuerpo, el otro y el mundo (Fernández 2002, p. 178).

Cuando el sujeto se encuentra ante la imposibilidad de modificar una realidad que lo confronta a una experiencia que puede implicar “muerte física” o “maltrato catastrófico psíquico”, como medio para evitarla reeditará esta etapa, produciendo así un “estado del cuerpo que imposibilita a dar respuesta”, el cual puede oponerse a la exigencia de la realidad.

El sufrimiento somático, menciona Aulagnier, representara para el yo:

- a)** Una experiencia de la que no puede sustraerse por medio de la fuga (equivale a la pulsión).
- b)** Una experiencia vinculable a un enunciado que le otorgue “sentido” (es decir, función de mensaje).
- c)** Una experiencia en la que una respuesta puede abolir o ser importante para hacerla cesar.

De tal manera que el sufrimiento que no puede insertarse en “parámetros relacionales”, se inscribe como un blanco en la historia de ese cuerpo. Si la experiencia del cuerpo en sufrimiento queda excluida del campo relacional, puede producirse una ruptura de la relación yo-cuerpo y el cuerpo sufriente se transforma en “desafectivizado”. De este modo, toda la información del cuerpo se vincula a lo “modificado en la realidad”, y el espacio del cuerpo queda reabsorbido en el de la realidad, del cual fue su primer representante.

Para que este proceso llegue a presentarse como se ha descrito anteriormente, menciona Aulagnier, que es el tiempo de la infancia en el que toman ubicación los “posibles” de las “formas relacionales” accesibles. Hay una primera experiencia que precede al descubrimiento de la sexualidad de los padres, que es el de percibir la diferencia de uno consigo mismo, las modificaciones del cuerpo de nuestra imagen y de los objetos que encarnan el deseo del sujeto; asimismo existe un umbral de tolerancia del yo a los conflictos que separan lo modificable de lo inmodificable.

3.1.3 Andree Green

Andree Green, un reconocido psicoanalista francés contemporáneo, es una figura reconocida por su gran consistencia y asertividad en la traducción y complementariedad, al cuerpo teórico de Freud, en este sentido no se excluye de citarlo en esta investigación dado sus innumerables aportes alrededor de la constitución del psiquismo a partir del interjuego de la dualidad pulsional.

Para Green, la enfermedad somática, tendría por objeto reducir a silencio todo sufrimiento psíquico, que en este caso podría ser pensado como un “dolor psíquico más que como angustia”. La relación con el cuerpo implicaría un tipo de elaboración, acompañada que supone a lo otro en “presencia” del otro (semejante).

Green atribuye a la constitución temprana del psiquismo la función relevante de la alucinación negativa y el trabajo de lo negativo, consecuencia de la pulsión de destrucción en su intrincación y des-intrincación con la pulsiones de vida, y apoyándose en la estrecha relación que mantiene el par pulsión-objeto que articula lo intrapsíquico y lo intersubjetivo, elaboró su teoría sobre la estructura encuadrante, la función objetalizante, el narcisismo de vida, como elementos esenciales para el establecimiento de un psiquismo óptimo, al servicio de la unidad y armonía, regido por las pulsiones de vida.

Lo opuesto, es decir la patología de la carencia, de la negatividad, de la “desertización” según la denominación de Green, es la pulsión de autodestrucción des intrincada la que impera y nos encontramos en consecuencia con el mecanismo de la desobjetalización y su estructura resultante: el narcisismo de muerte o negativo. Una aclaración sobre un punto esencial (Calatroni, 2000, p. 3).

De esto pone en relieve la revisión teórica Freud, donde menciona que la psique es inseparable del cuerpo, pero que siempre será diferenciada de él y de pendiente de su vinculación a él. Sostiene así que esto implica un dualismo de una posible “reunión”, donde se debe revisar la estructura entre lo psíquico y lo no psíquico.

Bajo las ideas de Andree Green, es que a Fernández (2002), le permite articular la siguiente una hipótesis:

“Es posible pensar en dos procesos, con dirección inversa. Uno es el que va en procura de una mayor autonomía “descorporizante”, siguiendo una suerte de “desomatización”, hacia rendimientos psíquicos alejados del funcionamiento del cuerpo. Otro a la inversa, el de una corporación de las experiencias con el otro y lo otro, que implica una “somatización” (p. 182).

Retomando la noción de investidura en comparación a la “inervación corporal”, permitirá complementar el párrafo anterior, en estos se encuentra que la primera (investidura), se refiere a procesos en el orden psíquico donde se pueden producir, sustituciones, quites y relevos en el terreno de lo representacional, en relación con el placer-displacer y el otro como objeto. En cambio la inervación parecería “saltarse” la representación, pues el “lado del cuerpo” no daría lugar a transformaciones representativas, como si lo da el lado psíquico” (Fernández, 2002).

En el trastorno somático, habría una suerte de impotencia del yo en un trabajo de elaboración, acompañada de una suerte de reacción “megalomaniaca” de “liberación del cuerpo”. En los trastornos somáticos, habría una amenaza de desintegración, bloquea mediante la producción del trastorno que opera como defensa.

Ahora bien, resulta necesario mencionar que de acuerdo a que la pulsión “hable la lengua” de la zona erógena que representa es un indicador que permitirá hablar en un “lenguaje del erotismo” posible más que de “lenguaje de órgano”. Esto es en la representación cosa inconsciente se establecería una ligazón de analogía con algo de los cual se tuvo la impresión derivada de los sentidos una relación de imagen, una creación, pero no disociada del cuerpo. El representante psíquico “viene a informar” a lo psíquico de algo que esta ocurriendo fuera de su dominio y que debe hacer algo, con sus materiales propios (representaciones) para hacer cesar ese ruido “ese algo” que ocurre y que altera.

Finalmente en los aporte de este psicoanalista contemporáneo, se puede concluir que en los síndromes “psicosomáticos” el precio a pagar por liberarse de la angustia (más cercana al dolor psíquico), sería el bloque del funcionamiento psíquico, mediante un proceso de desinversión activa y una liberación de la excitación orgánica. Ya que la significación aportaría una amenaza de desintegración y por lo tanto, debe eludir despojando a los sistemas de representaciones que lo induzcan.

3.1.4 J. D. Nasio

En el libro los “gritos del cuerpo”, Nasio redacta el encuentro sostenido con Pierre Benoit y Jean Guir, dos psicoanalistas de formación médica, los cuales se basaron en estudiar aquellas afecciones a las que se le han llamado psicosomáticas, estos autores parten de la premisa de que aquella afección inexplicable en la medicina pueden llegar a encontrar un lugar en el análisis, refieren que las enfermedades psicosomáticas son más frecuentes de lo que se cree en un trabajo analítico y que por esta misma razón no se deben considerar como pertenecientes al dominio de análisis, más bien plantean que se trata de saber como esas afecciones se sitúan en relación con los dos ejes fundamentales que dirigen el análisis: el eje del inconsciente y el eje del goce del cuerpo (p. 103).

En lo referente al eje del inconsciente Nasio refiere que se trata de reconocer si una lesión de órgano puede ser considerada como fracasos ligados a lo sexual y a lo inconsciente o, como fracaso propio de un ser sexuado que sufre por el hecho de ser también un ser que habla. Así mismo refiere que las afecciones psicosomáticas pueden ser explicadas mediante las formaciones de objeto “a”.

Las formaciones de objeto “a”, explica Nasio (2008), son un intento por ubicar el problema de esos momentos en la cura en los cuales el paciente hace sin saber lo que hace. Las formaciones del inconsciente, son aquellas en las que el paciente dice sin saber lo que dice. El acento en las formaciones de objeto “a”, está puesto en el hacer; en las formaciones del inconsciente está puesto en el decir. En el conjunto de las

formaciones del objeto “a”, el prototipo es la fantasía, y su articulación matricial es la relación del sujeto con el objeto.

Para Nasio la lesión de órgano es un objeto. Está claro que cuando esa lesión se transforma en un proceso psicoanalítico, por tanto considera esencial la primacía de la representación y del objeto sobre la cosa lo que se debe entender. De esta manera cita a Lacan donde anunciaba cuando prefería la unión epistemosomática a la unión psicósomática. Citando a Lacan, Nasio menciona que el objeto a puede ser asemejado a una letra, una letra que habría retornado al cuerpo del sujeto bajo la forma de una inscripción particular”

Para entender esta concepción de lo psicósomático también, Nasio (2008), hace alusión a lo Real explicando que:

“Lo Real no es del orden de las diversas realidades, endógenas o exógenas, en las cuales nos movemos. Lo Real está hecho de todas las realidades, suma de cuestiones que tienen que ser nuevamente empujadas más lejos; cuestiones que el hombre se plantea sobre dicha realidad, intentando siempre determinar como se dice lo que realmente sucede. Pero el desequilibrio que allí introducen las ciencias tiende todavía a hacerlo esperar y sufrir, o sea en los dos sentidos del término. La prevalencia del “¿quién soy yo?” tiende, en efecto, a reprimir algo en lo simbólico, ligado a la identidad del individuo. Estoy convencido de que muchas lesiones de órgano corresponden a la vuelta de ese reprimido en lo Real que, de cierto modo, los “umbilica”. Y tal vez podamos decir lo mismo de ciertos estados psicóticos que algunos reconocen como equivalentes de lesiones. Y tal vez lo sean; aún no lo sabemos” (p.112).

Por tanto Nasio refiere un estatuto que restaura, en el dominio de la identidad del sujeto, la preeminencia del orden simbólico, que se revela capaz de tener peso ante

una temible trampa: de un lado las identificaciones gregarias y del otro la cosificación biológica.

Pierre Benoit (citado en Nasio, 2008), explica la evolución conceptual que ha tenido lo “psicosomático” y el “cuerpo” define una categoría particular de dolencias, categoría que encontraría una definición positiva de sí misma en su naturaleza o en su etiología, tal como una dolencia infecciosa o de carencia no existe. Para este autor una dolencia psicosomática es decir que existe en el sentido de su propia naturaleza, no es sino una ilusoria y criticable de hablar. Aclara que a no ser que se considere que la única definición viable del psiquismo humano es el vínculo donde una realidad sea cual fuere una lesión de órgano se da por ser reconocida. Toda dolencia reconocida, que se produce para ser reconocida, es psicosomática.

Para este autor la única cuestión que cuenta es saber en qué medida el psiquismo que reconoce es el doliente o el de sus prójimos, el del médico o el del analista.

Así mismo Benoit, considera que lo psicosomático es como una máscara en donde detrás de ella encuentra por una parte un sector muy limitado de patologías, correspondientes a enfermedades dejadas de lado o dolencias que solo pueden definirse de forma negativa. Explica que de forma milenaria se ha intentado relacionar el alma con el cuerpo, y a través de la evolución científica, esta relación encuentra lugar en términos más científicos, puesto que la medicina en su campo metódico se vería lejos de utilizar el “alma” para referirse a aquello que influye y es parte de las afecciones, es por esta razón y que a partir de los estudios se toma al “aparato psíquico” como una forma de articular una teoría que dé cuenta o una explicación a estas dolencias en el cuerpo; paralelamente a este desarrollo podemos encontrar que en el desarrollo del pensamiento científico se da el florecimiento de las ciencias de la vida, entre ellas se comienza a reconocer la teoría psicoanalítica, como una especie de teoría del alma y por ende automáticamente se agrega la etiología de las dolencias somáticas, que en la teoría Freudiana no se utiliza propiamente el término “psicosomático o “somatización”, sin embargo se establecieron sus fundamentos

teóricos y en donde se puede explicar, que el cuerpo no interviene allí sino para formar pulsiones y ser el teatro de las conversiones histéricas.

Respecto a las referencias del cuerpo en las investigaciones psicoanalíticas, menciona este autor que a inicios del siglo XX, en un estado científico naciente se retoma al cuerpo para tornarse en un término moderno como lo es el “organismo”. Dado este cambio el cuerpo equivale a organismo, y que este a su vez, promete la idea, según Benoit de que es:

“Una maquina viva, en la cual cada elemento constituye una entidad en sí “como las diversas piezas de un motor que nosotros, los hombres comenzamos a construir... idea totalmente inseparable de un pensamiento normativo y de la búsqueda de las causas, pensamientos cargados de consecuencias.” (Benoit, citado en Nasio pág., 108).

Ahora en cuento a lo psicossomático y su relación con el psicoanálisis refiere este autor que en lo psicossomático aún hace falta un discurso teórico, serio y contemporáneo. Se muestra de esta manera que las investigaciones e hipótesis acerca del aparato psíquico y el organismo se tornaban en dualidad, dualidad que se había ya manejado en las obras freudianas, conservando el pensamiento religioso dualista, un escenario con un montaje imaginario puesto que el cuerpo y la psique se encontraban separados por puntos de pasaje, separados por una frontera, en donde este espacio era regulado y custodiado por los psicossomáticos de ese entonces.

Por otra parte Jean Guir citado en Nasio (2008), precisa y retoma la explicación planteada por Nasio en torno a las dolencias psicossomáticas, tomando en cuenta la alucinación, la lesión de órgano y el pasaje al acto, la clínica verifica que la alucinación y el pasaje al acto pueden preparar la lesión de órgano.

Toma en cuenta a S1/S2; destacando estos dos polos, S1, el significante amo; S2, el saber. S1 es también el trazo unario y el ideal del yo. El objeto “a” cae la famosa “holo-

frase”. Lacan dice que en los fenómenos psicosomáticos habría un fenómeno de “holofrase” de S1 y S2. Todo el problema consiste en cortarlo para que aparezca el objeto a y que, haciéndolo, abordemos la fantasía, S 0 a. S2: una necesidad llegará a estar interesada en la función del deseo.

Por tanto para Guir, el objeto “a” se encarna materialmente en el cuerpo anulando la posibilidad de simbolización, no hay relación con el objeto. Así mismo este autor retoma algunos términos como narcisismo primario y secundario para fundamentar su explicación y reforzar al mismo tiempo la explicación de Nasio entorno a estas dolencias.

Es así que Guir citado en Nasio (2008) especifica que el problema es, justamente, pasar del narcisismo primario al secundario a través del espejo; Guir explica que los fenómenos psicosomáticos escapan a las construcciones neuróticas, es decir, no tienen relación con las conversaciones históricas, más bien, menciona, tienen que ver con lo Real. Son un pedazo de Real. Así mismo estos fenómenos, no son un síntoma, estos se sitúan en la frontera entre lo Real y lo Imaginario, en el nivel del goce del Otro.

Otro de los temas que se retoman en la discusión de estos autores es la transferencia, explican que a partir de haber una colisión entre S1 y S2, un No par del goce, resulta una dificultad en la transferencia, dado que no hay síntoma, así también agregan que como en la fobia, en la psicosomática se trata de suplir una carencia de uno de los Nombres del Padre, por tanto se puede explicar de la siguiente manera: un significante representa al sujeto para otro significante, S1 representa al sujeto para otro significante, el velo de la alienación no funcionó. El significante que se impone no está forcluido ni reprimido. Para Lacan, la alienación está inextricablemente ligada al proceso de separación, que se efectúa por la metáfora paterna, proceso del cual resulta la emergencia del objeto causa del deseo. El sujeto está representado por un significante, pero no para otro significante; en este caso ello no funciona como un significante.

A ello también se agrega que en la percepción de la dinámica de estas afecciones, se encuentra una separación que se hace en la infancia, una separación real. Así, hay un segundo turno donde esta separación retorna y eso será, desde el punto de vista significativo, equivalente de la primera, o sea el significativo de la separación en lo Real. Por la separación, el sujeto constituye el punto débil del par primitivo de la articulación significativa en cuanto esencia alienante.

Así mismo explican que una lesión directa en un paciente remite a otra lesión directa en otro miembro de la familia, la inscripción corporal reproduce, la historia del cuerpo del otro, un eco con la inscripción aberrante de los significantes de su filiación. No hay más filiación de los Nombres del Padre y sí filiación por sí misma. Entonces el órgano alcanzado por los fenómenos psicósomáticos funciona como un órgano robado a otro e intenta gozar como si perteneciera a aquel otro. Se fuerza de esta manera la entrada en el goce del cuerpo del otro, como si debiera existir el Otro de Otro.

3.1.5. Pierre Marty

Otro representante francés con aportes teóricos acerca de lo psicósomático es Pierre Marty, quien considera que este fenómeno no encuadra en el marco de la conversión histérica ni tampoco en el de las neurosis actuales, basándose y no perdiendo como base los conceptos freudianos.

Marty aborda a lo psicósomático más que un capítulo diferencial de la medicina y del psicoanálisis, se le ha denominado como una disciplina estableciendo la diferencia entre las nociones de enfermo psicósomático, aquellos en los que se observa una relación precisa entre un conflicto psicoafectivo y la enfermedad somática. Así mismo esta escuela separó radicalmente el fenómeno conversivo del psicósomático como dos tipos de patología con un trasfondo estructural completamente diferente. Lo conversivo estaría dentro del registro neurótico y lo psicósomático en un registro más próximo a la psicosis que a la neurosis. Los autores de esta escuela describen unas características de personalidad propias del paciente psicósomático que no están en el histérico, y que sin embargo se basa en un recorrido panorámico de la teoría freudiana y de los desarrollos que surgieron posteriormente.

Marty con su separación radical de los fenómenos conversivos de los somáticos, esta como patología con un trasfondo estructural totalmente diferente. Por lo mismo, la metodología de investigación que permite generar un cuerpo teórico para pensar el problema de lo psicosomático, según Marty proviene, por una parte, de la investigación basada en la observación clínica y por otro, de la teoría psicoanalítica, llegando a plantear como metáfora que debe seguir la corriente freudiana, porque la psicosomática es como un río, que tiene por una de sus orillas al psicoanálisis y por la otra orilla a la medicina, sirviéndose de la investigación clínica, la teoría y práctica psicoanalítica para generar un acervo teórico que permita abordar el problema (Marty, 1998).

Uno de los conceptos más influyentes en su teoría de este autor es la mentalización, explica que esta idea alude directamente a las representaciones, al nivel de calidad, cantidad, disponibilidad, dinamismo y organización de las mismas. El cómo opera dicha mentalización dificultaría o facilitaría, en diferentes medidas, el trabajo psíquico a nivel representacional. Por ejemplo, durante el día proporcionan fantasías, mientras que de noche otorgan los elementos propios del sueño, de este modo, facilitan el pensar, la introspección, las asociaciones de ideas (Fernández, 2002).

Así mismo explica que no siempre implica una escisión entre psique y soma, o la implica en diferentes grados. Dicho de otro modo, los procesos de somatización se presentan de diferente forma, aunque provengan de fallas o fracasos del psiquismo, ya que pueden estar determinados por factores hereditarios o marcas en la primera infancia, que aparecerían como fijaciones muy precoces. Dentro de estos casos este autor ubica algunas alergias, trastornos alimentarios o digestivos.

También dentro de su teoría propone a las representaciones de las cuales consisten “en la evocación de las primeras percepciones que se han inscrito y que dejan huellas mnémicas”, acompañadas por tonalidades afectivas, ya sean placenteras o displacenteras. De este modo se diferencian las representaciones cosa, que evocan interiormente realidades vividas en la línea de lo sensorio o perceptivo, por lo mismo dan lugar a asociaciones más bien de tipo sensoriales y perceptivas, como también a

asociaciones de comportamiento de diversos tipos y que no implican una gran organización mental. Las ubica en el preconscious. Pueden estar ligadas a afectos, pero por el hecho de no parecer movilizables por el aparato psíquico, no se presentan en las asociaciones de ideas, o al menos no por sí solas.

En un principio las representaciones palabra son de orden sensorial, como las representaciones cosa, pero se diferencian de éstas durante el desarrollo individual, por diferentes movimientos pulsionales o conflictos psíquicos. Este tipo de representaciones permiten la comunicación con los demás y la “comunicación interior”, vale decir, reflexiones interiores y procesos de asociación de ideas (Marty, 1992).

Las representaciones palabra adquieren ese estatuto al ser dotadas de un valor simbólico y de componentes afectivos, de igual modo el proceso puede darse a la inversa, de forma más o menos patológica, y es posible que una representación palabra, al perder su valor simbólico y sus componentes afectivos antes mencionados, se vuelva una representación cosa, lo que implica una reducción y empobrecimiento del discurso a nivel afectivo. Este empobrecimiento alcanza también, en cierta medida, la capacidad asociativa y los procesos de reflexión internos (Marty, 1992).

Por tanto Marty, al igual que Joyce MacDougall toman como referencia a la “Alexitimia” como una característica identificable en los pacientes psicósomáticos. Sin embargo los aportes de este primero, se enfocan principalmente a postular tres tipos de formaciones neuróticas con sus correlatos psicósomáticos, menciona algunos procesos de somatización, un cuadro evolutivo de la somatización y una etiología que se regiría por cuatro reglas.

Marty ,refiere que la evolución de una enfermedad psicósomática se puede presentar en tres periodos:

- a) Desencadenamiento.Momento que sucede a una desorganización del funcionamiento “mental” y que se acompaña siempre de la denominada “depresión esencial”.

- b) Mantenimiento. Este periodo depende de la duración de la depresión esencial, es decir, si se produce o no una desestabilización de la regresión mental y somática.
- c) Fin. Se corresponde con la finalización o desaparición de los movimientos considerados “desorganizadores”, lo cual coincide con la finalización de la depresión inicial (Fernández, 2002).

Agregado a lo anterior cabe destacar que la forma que asume la somatización, depende de los sistemas funcionales “arcaicos” comprometidos, una regresión–fijación, a momentos tempranos de la organización sensoriomotriz o de coordinación anatomo-fisiológica, fuera de la concepción de la teoría libidinal. Por tanto tales fijaciones somáticas guardarían un orden de antelación respecto de las “mentales” propiamente dichas.

En resumen la llamada “economía psicosomática”, se basa en una interpretación particular de la teoría libidinal freudiana por la cual se considera que se da una base instintual ligada a las excitaciones corporales que tendría como destino ser suprimida, transformada o inhibida por el trabajo mental. Las funciones somáticas lograrían integrar una parte de las excitaciones instintuales, mientras que lo sobrante iría a la construcción progresiva de agrupamientos y jerarquizaciones funcionales de representaciones de representaciones, dando lugar así a coordinaciones somáticas, psicosomáticas y psíquicas.

3.4 Psicosomática y cáncer

En este apartado se abordaran tres psicoanalistas que han abordado propiamente el cáncer desde la vertiente psicoanalítica, en un primer momento se desarrolla de manera resumida los aportes del Luis Chiozza, psicoanalista argentino reconocido por sus grandes aportes en la investigación y práctica psicoanalítica con pacientes diagnosticados con cáncer; se retomara nuevamente a Joyce MacDougall, específicamente a su artículo “violencia somática”, donde retoma los casos de tres pacientes diagnosticadas con cáncer de seno y finalmente a Jean Guir, con su libro “psicoanálisis y cáncer”.

3.4.1 Estudio Patobiográfico

El siguiente apartado se encuentra encauzado a presentar una serie de aportes teóricos alusivos al cáncer y su relación con el fenómeno psicosomático. Siendo este, uno de los temas que ha presentado un desafío en su comprensión y tratamiento tanto en la vertiente médica como en el psicoanálisis. Las referencias teóricas revisadas y citadas a continuación muestran singularmente la relación del cáncer y específicamente el cáncer de mama con la primera relación, la relación madre-hijo.

Luis Chiozza, psicoanalista argentino, es uno de los principales autores en investigar el cáncer desde una postura psicoanalítica. Sus principales contribuciones de este autor se dirigen a describir el cáncer tomando en cuenta el fundamento médico, de tal manera que su teoría parte como una analogía al comportamiento celular cancerígeno desde el enfoque psicoanalítico, refiere que las células mantienen una dinámica en nuestro cuerpo, una dinámica “normal”, esto es reproducirse, realizar su función específica en el organismo y morir. Tal caso que se presentaría en nuestra vida diaria, apuntando que el cáncer en el cuerpo es vista como una “rebelión celular”, las células se reprograman a seguir viviendo y auto reproducirse, “van en contra de la leyes celulares”, Chiozza por tanto refiere que hay algo en el cuerpo que no está funcionando adecuadamente, ese algo es una rebelión, una expresión de algo que no se ha hablado.

En su obra una, “Concepción psicoanalítica del cáncer” (2000), menciona que las frecuentes problemáticas de una enfermedad, expresan lo reprimido de una manera encubierta, representando un intento simbólico de modificar esa historia, ese episodio traumático que no se pudo resolver de un modo saludable. El cáncer de esta manera, no es un intruso en la persona que lo padece, no es un desarrollo monstruoso que se comporta como un parásito, más bien, es algo que pertenece al enfermo que lo ha “producido”.

Así mismo hace alusión a las investigaciones realizadas para su estudio, mencionando que es común encontrar referencias que desentramen el origen de la enfermedad con

la finalidad de que se pueda crear una cura y con ello disminuir la tasa de incidencia del cáncer. Los tratamientos oncológicos se ocupan casi en forma exclusiva de “combatir” a la proliferación anómala, mientras que, en lo que respecta a la persona que padece un cáncer, casi toda la ayuda que se le puede brindar no pertenece a la terapéutica, sino a la profilaxis de la enfermedad.

En lo que respecta al factor psíquico, Chiozza (2010), en su libro “porqué a mí, porqué ahora” menciona que se ha comenzado a insistir, desde este ángulo, en que los disgustos, el estrés, los traumas psíquicos o el atravesar un difícil proceso de duelo deben ser tenidos en cuenta como un factor importante que puede culminar en la eclosión de un cáncer e influir en la forma que evoluciona. En este caso también las distintas posiciones teóricas varían dentro de una amplia gama que va desde el considerarlo un factor más entre tantos hasta quienes piensan que se trata de una “psicogénesis, no se trata de limitarse a un solo factor, sino más bien tener claro que en realidad se trata de una pluricausalidad, de un entretejido de causas dentro del cual es posible distinguir “jerárquicamente” entre algunas principales y otras accesorias. Es necesario, de igual manera, diferenciar entre las situaciones en las que se comprende cómo actúa la causa para producir el efecto, de aquellas en las que esa comprensión no se alcanza.

De tal forma este Chiozza (2010), señala dos cuestiones respecto a los problemas de la explicación científica hacia el cáncer:

“La primera reside en que, insensiblemente, queda implícito que el único conocimiento verdadero, “objetivo” y científico es el que nos conduce a identificar la causa. La segunda, agravada por la ubicua operatividad de la primera, radica en que hay amplios sectores en los cuales la ciencia y la técnica han tropezado una y otra vez con la impotencia” (p. 48).

A razón de lo anterior es que Chiozza (1938), se centra en realizar sus aportaciones en pro de descubrir si hay alguien en la célula que desarrolla el cáncer, y porque,

entonces, el cuerpo se comporta de ese modo, además de mencionar que el cáncer no se presenta azarosamente en la vida del paciente, considerando que esta explicación permitiría tener una comprensión más amplia pero sobre todo más flexible interdisciplinariamente.

Ante ello se puede comprender el significado, el sentido que una alteración orgánica tiene como cumplimiento de una finalidad, de un propósito que suele ser inconsciente. Que aun en los casos en los cuales no logramos identificar los mecanismos de acción, podemos comprender el significado, el sentido que una alteración orgánica tiene como cumplimiento de una finalidad, de un propósito que suele ser inconsciente.

3.4.1.1 Compulsión a la repetición

Es así que la manera de enfermar y la evolución de esta, se encuentran relacionadas estrechamente con el estado de ánimo, pero además, también es posible que desde una mirada psicoterapéutica, se pueda pensar en algo del orden de la “compulsión a la repetición”. Refiriéndose a Lacan, menciona que en el inconsciente sólo hay posibilidad de repetir (Chiozza, 1938).

De tal manera que se puede comprender a la enfermedad como un encuentro fallido con lo real, o como bien menciona Freud, que lo que es displacer consciente puede ser placer inconsciente, por tanto la compulsión a la repetición se impone a los dos principios, realidad y placer; es por ello que la cura puede presentarse al paciente como una pérdida inconsciente de objeto, el tratamiento se presenta como una amenaza, entonces reaparece la enfermedad.

De esta manera se puede comprender los casos, o desde la cifras estadísticas, cuando un paciente después de haber recibido resultados positivos en el tratamiento, esto es, “ la cura”, vuelve a recaer, o bien, como en el cáncer, surge nuevamente por medio de metástasis e incluso con mayor intensidad.

En esta compulsión a la repetición menciona, no se repite únicamente la experiencia, sino que se repite la evolución, sufrimiento y muerte de aquellos que son afectivamente significativos. Esto lleva a retomar los escrito de Freud cuando menciona que todos tenemos una “herencia arcaica”:

“Es una lealtad invisible que empuja a repetir, aunque no se quiera, lo agradable, lo traumático, hobbies, profesiones, o enfermedades, que nos ponen en el camino del linaje familiar. Los secretos familiares se invisten de libido y nos determinan”(Freud, 1913) (Chiozza, 2010).

La raíz de la repetición está sin conocimiento de la consciencia. Cuando hay un “muerto en el ropero” explica Chiozza, es muy probable que aparezca una identificación y aparezca un “enfermo designado”, con lo que se intenta resolver el problema familiar. Entonces lo que actúa es lo que “no dicho”, el silencio, el secreto.

Esta es una de la principal fundamentación para este autor el planteo de la pulsión de repetición, para el caso de la enfermedad cáncer. Ahora bien, cuando el cuerpo es perturbado en su funcionamiento de salud, la persona que lo habita empieza a saber de manera no intelectual de la amenaza a su vida. Amenaza que podrá ser vivida o no con distintos grados de patología y que siempre acerca al sujeto representaciones y afectos vinculados con la idea de su morir certero.

Es importante agregar que Freud sostenía según Chiozza, que cada órgano produce durante su funcionamiento una cuota de excitación, cuya acumulación, más allá de un cierto límite, es displacentera, y cuya descarga puede producir placer. La afirmación de este placer es de naturaleza sexual, la actividad genital puede descargar la excitación generada en otros órganos y, recíprocamente, cualquiera de los órganos del cuerpo puede, en determinadas condiciones, descargar, mediante su funcionamiento, la excitación que se origina en los órganos genitales.

Se trata, pues, para Freud, de una misma excitación, la libido, transferible de un órgano a otro. Las diferencias cualitativas en la naturaleza del placer están determinadas por las cualidades de los distintos órganos "elegidos" para la descarga. A partir de este punto surge la posibilidad de comprender teóricamente por qué razón los distintos trastornos corporales llevan implícitas distintas fantasías inconscientes que son específicas de cada uno de ellos (Chiozza, 1998).

3.2.3 Fijaciones prenatales

Ahora bien de acuerdo a lo antes citado, es importante agregar que los aportes de este autor señalan a retomar las fijaciones en el periodo prenatal de la vida libidinosa, lo que corresponde al desarrollo embrionario. Menciona que todos los seres humanos experimentamos fijaciones que permanecen como deseos inconscientes, insatisfechos y reprimidos, y que configuran de este modo disposiciones latentes.

La "cuota" de fijación embrionaria que constituye la precondición cancerosa, puede concebirse como un deseo "narcisista" prenatal que no se integra con el desarrollo que emprende el resto de la personalidad hacia los estadios sucesivos, y permanece, por lo tanto, completamente ajeno a la conciencia.

3.2.4 Fracaso de la gratificación libidinosa

La segunda condición necesaria para la aparición de un cáncer consiste en un fracaso, actual, de la gratificación libidinosa correspondiente a los últimos estadios de la evolución que la sexualidad ha alcanzado en una determinada persona. Especialmente en aquellos que, para esa persona, son los más eficaces, "económicamente", y constituyen su modo habitual de descargar la libido. A partir de esa frustración se condiciona una regresión que incrementa la energía pulsional contenida en la fijación narcisista embrionaria, "reactivando" las fantasías que ese núcleo inconsciente "contiene". En donde se puede observar en los pacientes bajo la forma de un duelo, provocado por la pérdida de alguna persona o situación significativa.

3.2.5 Imposibilidad de descarga

La tercera condición necesaria consiste en la imposibilidad de descargar, en sentido progresivo, es decir, a través de cualquier otro de los estadios posteriores de la evolución libidinosa, la excitación generada en la fijación embrionaria. La etapa que sigue inmediatamente, en sentido progresivo, a la fijación narcisista, surge de la relación de objeto endogámica que el niño establece con su madre y excita los deseos incestuosos que determinan el Complejo de Edipo. Por este motivo, el fracaso en la descarga "progresiva" que constituye la tercera condición necesaria para la aparición de

un cáncer, surge, la mayoría de las veces, como un fracaso en la descarga de la excitación incestuosa, excitación que, en situaciones normales, se satisface con los objetos consanguíneos en forma sublimada o coartando y substituyendo su finalidad genital.

Este tipo de fracaso, según esta teoría rara vez está ausente entre los enfermos de cáncer; sin embargo dicha ausencia no es incompatible con la teoría que se planteó anteriormente, pues esta teoría concibe otras maneras de alcanzar la regresión y la reactivación narcisista necesarias para la aparición del cáncer.

Finalmente, ante la amplia aportación teórica del cáncer, para este autor el cáncer, es un lenguaje que se puede observar en la vida diaria del paciente, es decir, la forma patológica del narcisismo esconde una íntima traición del amor a sí mismo, es soledad, incomunicación, aislamiento, desinterés en los otros, falta de participación en la comunidad, falta de curiosidad en la vida. Una pérdida del entusiasmo y del significado de los actos del vivir, que desemboca en la hipocondría, en el temor a la ruina en el terreno de la salud o del dinero, en el tedio, o en el sentimiento de vacuidad y de fracaso.

3.2.2. Un cuerpo para dos

En este apartado se retoma a Joyce MacDougall en su artículo “Violencia Somática” donde explora las ansiedades conscientes y las fantasías inconscientes de algunas pacientes con cáncer de seno.

De acuerdo a este trabajo MacDougall (1999), menciona algunas situaciones que pueden surgir en este tipo de pacientes, entre las que refiere, que frente a la amenaza de muerte se suman sentimientos de confusión en relación a los otros, a la vez que ansiedades relacionadas con las relaciones amorosas y sexuales.

Así, sumado al trastorno en la sensación subjetiva de identidad, la paciente siente frecuentemente que su vida sexual está en peligro. La pérdida del seno tendrá repercusiones inevitables en su relación con su marido o amante y puede afectar el deseo sexual tanto de la paciente como el de su pareja. Miedos e inhibiciones ya

superados relacionados con las relaciones amorosas y sexuales pueden resurgir después de una mastectomía. Es comprensible que la pareja de por vida también experimentará ansiedades considerables al enfrentar la enfermedad y mutilación de su mujer, a la vez que tiende a despertársele la sombra de la muerte. Estos factores combinados pueden muy bien atentar contra el placer sexual de la pareja.

Más aún, la pérdida del seno tiende a reactivar otras pérdidas de separaciones pasadas, abandonos, muerte y el sufrimiento por el duelo. La reconstrucción artificial del seno, a pesar de que evita el horror de aquello que frecuentemente refieren como un "hueco" en sus cuerpos, no borra la mutilación que ha tenido lugar (p. 1).

Sin embargo su descubrimiento en el trabajo con estas pacientes, se evidencio una natural y constante revelación del vínculo que mantenían con sus madre. Descubrió que a menudo esta relación ha sido altamente perturbada. Comentando: *"Siendo que el cáncer es visto como un enemigo mortal dentro del propio cuerpo, quizás se equipara con una "madre interna" que ataca a su hija desde adentro"* (MacDougall, 1999, p. 2).

Así, resulta para esta investigación, la presentación por parte de MacDougall, de la paciente en la que se basa la mayor parte de su exposición y cuyo relato acerca de su historia de vida hace énfasis primordial en la posición de exclusión del sujeto en relación con su madre, a quien consideraba desinteresada y a la cual debía servir en todo cuanto demandase, como también en un padre que, según menciona, solo pensaba en el trabajo. La paciente, contrajo matrimonio a la edad de 17 años, divorciándose 5 años, pues su pareja se convirtió en un maltratador, un hombre violento. Sólo tiempo después conoció un hombre que parecía el indicado.

Cabe resaltar que la primera pareja, según refiere la paciente, le dijo que iba a morir de cáncer. A partir de allí, ella declara que habría sido él quien dio, de manera anticipada, nombre de la enfermedad por la cual más adelante se vería en riesgo de muerte. En aquel matrimonio fueron concebidos dos hijos a quienes no pudo amamantar pues sentía asco, cuestión interesante dado el lugar significativo que implica el rechazo una de las funciones propias de la mama.

“Sorel”, seudónimo asignado por MacDougall a la paciente, presentaba fobias a los gérmenes y vomitaba después de comer, pues las comidas la hacían sentir enferma desde que era muy niña. Una de sus más importantes preocupaciones era la idea de que enfermaría en cualquier momento, refiriendo continuo temor ante la muerte. Un fragmento del discurso de Sorel presentado por MacDougall, y que resulta de sumo interés a los fines del tema sobre el que reflexionamos en este artículo, es el siguiente:

“Yo sabía que tenía un cuerpo y, de hecho, ahora me doy cuenta que yo hacía todo lo que podía para olvidar su existencia (...) Yo SOY el cáncer. Tal como me dijo una vez, siempre he visto a mi cáncer como un destino, no como una enfermedad. Es raro, pero nunca he pensado en mí misma como una sobreviviente, sino como una fracasada que merece morir. (...) cada día de mi vida he luchado contra la muerte porque no estaba destinada a vivir. Esta pelea gastó toda mi energía y mi voluntad... un combate permanente contra el veneno totalmente invasor... mi madre, mi cáncer” (p.6).

Ahora bien según Unda (2015), en su artículo, cuerpo y cáncer de mama: una aproximación psicoanalítica”, menciona que basándose en el artículo de Macdougall, encuentra que lo evidentemente llamativo en el caso de Sorel, es la descripción de su madre como desinteresada y demandante de una servidumbre que describe de manera específica la posición de sumisión y servilismo propia del padecimiento subjetivo al que anteriormente se hizo referencia en este artículo. Así, la manera en que un sujeto puede intentar separarse de aquello en lo que supone una alienación insoportable, puede ser, justamente, el rechazo del significante amo que sirve a los fines de la alienación, en este caso: la mama (mamá). La sustitución del significante mamá, por mama, implicaría entonces la relación del sujeto con el padecimiento derivado de aquello por lo cual el cuerpo deviene lugar para encarnación de los avatares del acaecer psíquico. Puede plantearse entonces la pregunta conjetural acerca de la función multívoca que cumpliría la mastectomía que, en caso tal, serviría al mismo tiempo a la significación que se produce en el sujeto en tanto intento de separación de la

función alienante del significante mamá y también como modo de intervención médica para control del avance de la enfermedad (p. 39).

Finalmente, se juega allí la satisfacción paradójica de la pulsión. La enfermedad y sus efectos pueden ser, al mismo tiempo, intentos de expiación, purificación o liberación de la culpabilidad, entendida esta última, tal como lo indica Lacan, siguiendo a Freud, a partir de la renuncia al deseo subjetivo por haberse ubicado en la posición de servidumbre en la búsqueda del reconocimiento de un lugar en el deseo de ese que representa la función del Otro y que, en el caso de Sorel, se encuentra situado en el desinterés de la madre.

3.2.3 Jean Guir

Jean Guir psicoanalista francés, formado en la línea de pensamiento por Lacan, reúne en un libro el resultado de su investigación realizada a lo largo varios años, toma el material clínico de pacientes con cáncer, junto con algunos colegas y psicoanalistas.

Sus propuestas principales se encuentran centradas dentro de la concepción de que los trastornos o reacciones psicosomáticas se sitúan fuera del registro de las construcciones neuróticas, en la frontera de lo real e imaginario, apuntando a profundizar en la noción de lo real (Fernández, 2002, p. 196).

En su obra propiamente menciona Guir (1983), “que los médicos saben bien, como una enfermedad, la más maligna, catalogada conocida tanto en causalidad como en su evolución, tendrá una modificación paradójica de su pronóstico, en función de que se ha dado en llamar “el terreno del enfermo”, que no es otra cosa que su posición subjetiva, en otras palabras, su deseo” (p. 6).

Jean Guir, pretende dar respuesta, bajo el seguimiento de la teoría lacaniana a algunas incógnitas que hasta la fecha no han quedado resuelta, el problema del deseo en el paciente, psicosomático, sujetos que presentan desde el más simple catarro hasta la enfermedad más maligna, el cáncer.

Ahora bien, Guir, pretendió abordar estos fenómenos partiendo del testimonio de sus analizantes, señalando algunos elementos del lenguaje, bien sea en sus manifestaciones o en su determinismo como:

Rupturas específicas del nombre propio y especialmente de su degradación en nombre común, de acuerdo a este psicoanalista, se sabe que la “descaracterización” del nombre propio tiene efectos reales en el sujeto que pueden llevarlo hasta el trauma, sin que nada pueda evitar el surgimiento de lesiones corporales.

Significantes fechables que constituyen para el sujeto el cifraje real que se manifiesta en forma enigmática, un duelo incompleto, por ejemplo la muerte de una persona cercana, que se pueda convertir en el estigma de una identificación paradójica. Su repetición periódica y regular en la vida del sujeto permite correlacionarlos con un suceso doloroso en su vida.

Guir menciona como puede existir una carencia en la captura del cuerpo en lo simbólico, el sujeto intenta suplir un defecto en la filiación simbólica a través de una filiación con el órgano de su enfermedad. Se puede comprender así que el juego que se establece, lo que esta representa y el porqué de su tenacidad; el sujeto logra con ella un reconocimiento por parte de su entorno, pues acaba llamando la atención a causa de su insistencia (Guir, 1983).

Una noción central en su obra es “ el mimetismo”, como variante identificatoria , en la medida en que numerosos casos las localizaciones anatómicas de las lesiones o trastornos reenvían por un encadenamiento mimético aun no resuelto teóricamente, una parte del cuerpo de otro, que presenta un marca separable homologa. La zona del cuerpo del otro puede no presentar algo “legible” en lo inmediato pero puede captarse, en el discurso del paciente, dicha zona del cuerpo habría podido ser rebatada o mutilada (Guir, 1983, p. 196).

El órgano afectado funciona como un “órgano cedido a otro”. Las lesiones o trastornos sugieren una imposibilidad del goce del cuerpo del otro. Guir se inclina

a pensar que el lenguaje. El organismo haría de las veces la función económica del significante. Asimismo Guir menciona que en las enfermedades, como el cáncer, el individuo pone en juego su sistema inmunitario contra sus propios órganos, en el trastorno psicossomático se trataría de la amputación de una parte del cuerpo devenida “no yo” para ese organismo. Rechazado como extraño.

Finalmente, para este psicoanalista, propone pensar que una falla del estadio del espejo conduciría al sujeto a “completar” su imagen vacilante mediante la anexión de un pedazo del cuerpo del otro en su rostro. El primer objeto de imitación es la madre. En términos de lacanianos, “un significante representa a un sujeto por medio de otro significante, en lo psicossomático menciona Guir, el sujeto está representado por un significante, pero no necesariamente para otro significante, no funciona la alienación. El significante en cuestión no es recusado. En la medida en que la metáfora paterna no funciona para la dinámica psicossomática, no hay separación que haga surgir el objeto “a” (resto) como causa de deseo. En el lenguaje hablado habrá procesos “holofrásicos”.

Se trataría de una interrupción en el proceso de separación. La “holofrase” es una frase entera que se expresa por medio de una sola palabra frase. Implica la “llamada” como una exclamación. el estadio holofrásico en el lenguaje del niño se correspondería con el del espejo, “remite a una situación límite en que el sujeto está “atado”, en el seno de una relación especular, al otro” (Fernández, 2002, p. 201).

CAPITULO 4. CÁNCER DE MAMA

En el presente capítulo se aborda el cáncer de mama desde la vertiente médica oncológica, tomando en cuenta que la mama es el órgano que enferma, que envía signos y a su vez genera síntomas que permiten determinar objetivamente un diagnóstico de cáncer. El cáncer de mama ha sido considerado como un problema severo de salud a nivel mundial, día con día las cifras van en ascenso y en donde a pesar de los avances tecnológicos no se ha encontrado una cura, lo que ha impulsado a realizar investigaciones que puedan dar una explicación del porqué del cáncer, indagaciones que permitan conocer su etiología y con ello encontrar su cura y a la vez realizar una prevención oportuna.

La mama como órgano, nos habla de un desarrollo biológico desde el nacimiento del sujeto que está destinado a cumplir una función específica en el cuerpo, funciones acercadas a la reproducción y por tanto a la vida. Es así que cuando llega a enfermar se considera un proceso anormal en el cuerpo, en donde las células cancerígenas revierten sus funciones, invadiendo y deteriorando el cuerpo mediante el incumplimiento de la función inicial. Es así que el presente capítulo se fundamenta bajo las explicaciones médicas que permiten diagnosticarlo, tratarlo y prevenirlo.

La explicación médica entorno al cáncer de mama es fundamental a lo largo de esta investigación puesto que permite plasmar una impresión de la dinámica biológica que se produce en el cuerpo, esto es, la medicina en sus elaboradas explicaciones teorizan no solo al cuerpo sino a lo que acontece en él, una génesis de la patología, también, acercándose a conocer y medir el impacto que esta puede tener en el organismo, y, por supuesto de que manera se puede llegar a prevenir y o detener.

La palabra *cáncer* tiene una intensa connotación afectiva, porque en general evoca la idea de una enfermedad que produce muchos sufrimientos y que constituye una sentencia de muerte en un plazo más o menos breve. Es cierto que la ciencia médica está en condiciones de afirmar que no siempre es ese el desenlace obligado, y que hay cánceres muy diferentes, muchos de los cuales “se curan”, pero también es cierto que la estadística comprueba que una de cada tres personas, un 33% de la población

humana, se enferma de cáncer; y que una de cada cuatro, un 25%, muere como consecuencia de esa enfermedad. Esto equivale a afirmar que, a pesar de los avances de la medicina, el cáncer “mata” todavía a tres de cada cuatro enfermos que lo padecen, es decir, a un 75% (Chiozza, 2001).

El cáncer para la OMS, se define como es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana. De esta manera cáncer es un término que agrupa a diversas enfermedades que tienen algunas características importantes en común. El cáncer afecta a nuestras células, que son la unidad básica del cuerpo para vivir, y consiste en una división de células anormales sin control (2001).

4.1 Órgano mamario

En este punto se considera relevante poder comenzar por hacer una descripción del órgano en el cual se producen las modificaciones celulares hasta llegar a un cáncer de mama. El término médico usado para describir el seno es “glándula mamaria”, el cual nace del término “mamma” que en Latín significa seno. Las mamas son órganos específicos de los mamíferos, están destinadas a la lactancia de las crías, y en la especie humana diferencian el torso del varón del de la hembra, o sea, constituyen un carácter sexual, por ello cumplen no sólo la función nutritiva sino que desempeñan un importantísimo papel en la silueta femenina, en la sexualidad y en el erotismo; ésta es una constante en la historia de la humanidad.

Tijerina en su libro “la glándula mamaria” (2008), realizó una serie de estudios médicos especializados en la glándula mamaria. En este libro describe la composición orgánica de cada seno o glándula, los cuales están compuestos de 15 a 20 racimos llamados lóbulos mamaros, mismos que se conforman de lobulillos, las uvas del racimo. Los

lóbulos son las estructuras funcionales de la glándula porque son quienes producen la leche materna a través de células especiales en su interior, o bien, células dentro de las uvas. Cada lóbulo está rodeado por grasa protectora y por tejido de sostén. Los tallos entre las uvas son los canales que transportan la leche materna dirigiéndose a la aréola (el círculo de piel coloreada que rodea el pezón) y terminando su recorrido en la piel del pezón por donde sale la leche a través de pequeños poros.

La glándula tiene además en su interior, otros canales que llevan la sangre y que mantienen oxigenados a los tejidos que la forman (arterias y venas), componentes que le dan la sensibilidad (nervios) y, conductos que transportan a un tipo especial de células de la sangre encargadas de defender a nuestro organismo de los microbios (conductos linfáticos).

Estos conductos desembocan su contenido en pequeñas estructuras con forma de frijol llamadas ganglios; el 75% se va a los ganglios de la axila y el resto a ganglios que están detrás del esternón, el hueso que une a las costillas por el frente del tórax. Debajo de cada glándula mamaria se encuentra el músculo más grande de los músculos del pecho; el pectoral mayor. Éste tiene una capa muy fina adherida llamada aponeurosis, misma que envuelve a todos los componentes de la glándula (p. 7-9).

4.2 Desarrollo mamario

Embriogénesis

La embriogénesis de la glándula mamaria comienza entre las 18 y 19 semanas de vida intrauterina, período en que se puede identificar brotes mamarios epidérmicos que penetran al mesénquima subepidérmico en la región anterior del tórax, en la denominada "línea de la leche". Simultáneamente, parte del mesénquima se extiende bajo la dermis para formar el cojinete graso y los conductos se extienden, ramifican y canalizan hasta formar el sistema ductal mamario rudimentario presente en el recién nacido (Pechoux, 1994; Neville, 1999) (Valdés, 2012).

Periodo neonatal

Durante el periodo neonatal puede producirse escasa secreción láctea, producto del estímulo de prolactina materna liberada por la supresión de los esteroides placentarios después del parto. Durante el período prepuberal las vesículas mamarias se transforman en conductos, por crecimiento longitudinal y ramificación, sin que sea posible reconocer alvéolos. Con las glándulas mamarias sólo crecen en forma isométrica con el cuerpo, sin presentar modificaciones estructurales.

Desarrollo puberal

Durante el desarrollo puberal en la niña, entre los 10 y 12 años de edad, se inicia el funcionamiento del eje endocrino hipotálamo-hipófisis-ovárico. Los folículos ováricos inician la secreción de estrógenos, que sumados a un factor que probablemente sea la hormona de crecimiento, determinan el crecimiento de los brotes epiteliales y la maduración de la glándula mamaria (telarquía). Luego, al comenzar los ciclos ovulatorios, se inicia la producción cíclica de progesterona que sumándose a los estrógenos, determina un nuevo crecimiento de la glándula, con formación de los primeros alvéolos (Ceriani, 1974).

Ciclo menstrual

El desarrollo mamario durante el ciclo menstrual se caracteriza por cambios cíclicos que reflejan las variaciones hormonales. El estrógeno estimula la proliferación del parénquima con la formación y ramificación de los conductos. La progesterona en la fase lútea favorece la dilatación de los conductos y la diferenciación de las células alveolares. Estos cambios no regresan con la menstruación, lo que permite a la mama continuar su desarrollo durante la edad adulta.

Durante el embarazo

Durante el embarazo, al elevarse los niveles de progesterona, prolactina y lactógeno placentario, los lobulillos se expanden en forma de racimos (Neville, 2001b) y la glándula mamaria se prepara para cumplir su función primordial, la secreción de leche. El período inicial del embarazo se caracteriza por una gran proliferación de los

elementos epiteliales y del sistema de conductos, por una gran actividad mitótica en los acinos y la formación de nuevos acinos. Entre la 5a y la 8a semana de gestación se aprecian cambios visibles en las mamas: aumentan notablemente de tamaño, se sienten más pesadas, se intensifica la pigmentación de la areola y el pezón y se dilatan las venas superficiales. Al final del primer trimestre aumenta el flujo sanguíneo por dilatación de los vasos sanguíneos y neoformación de capilares alrededor de los lobulillos. El crecimiento de la mama continúa durante toda la gestación. Después de las 20 semanas, cesa la proliferación del epitelio alveolar y las células inician su actividad secretora. Los alvéolos están formados por una sola capa de células epiteliales cuboideas o cilíndricas bajas, organizados en acinos cada una de las cuales tiene la capacidad de producir leche completa. Las células mioepiteliales que rodean al alvéolo se alargan y adelgazan. (Valdés y cols., 1994).

4.2 Funciones de los senos

Según Pérez y cols, (1999), la función principal de la glándula mamaria es la de producir leche para alimentar y proteger al niño después del nacimiento. La glándula mamaria constituye la característica fundamental de los mamíferos quienes alimentan a sus crías con el producto de su secreción. La histología de la glándula mamaria es similar en todas las especies: un parénquima glandular, compuesto de alvéolos y conductos y un estroma de soporte. Cada célula alveolar se comporta como una unidad de secreción, produciendo leche completa, sintetizando y transportando desde el plasma sanguíneo proteínas, grasas, hidratos de carbonos, sales, anticuerpos y agua. El proceso de síntesis y secreción celular es similar en todas las especies de mamíferos. La composición química de la leche y la disposición anatómica del sistema de almacenamiento y evacuación de la leche varía en las diversas especies.

Entre las funciones principales de los senos, se encuentran los siguientes:

Lactancia

Comienza a producirse leche en las mamas desde antes del parto, sin embargo, la salida de líquido solo se produce en ese momento por actividad hormonal disminuida en cuanto a las concentraciones de progesterona y la producción de prolactina y oxitocina; en este momento es cuando la mama segrega calostro, un líquido espeso con suaves propiedades laxantes (tiene un contenido elevado de cloro, sodio, potasio y proteínas)

que facilita la evacuación del meconio, primeras heces (materia fecal) del recién nacido. El calostro es segregado durante tres días, una leche intermedia durante los quince siguientes para dar paso a la leche madura posteriormente.

En la leche se encuentran numerosos nutrientes, así como proteínas, vitaminas, y minerales esenciales además de encontrarse una potente cantidad de inmunoglobulinas tipo Ig que actúan como anticuerpos proporcionando al neonato una importante protección ante potenciales infecciones. Esta es una de las razones por las que se recomienda la lactancia materna durante, al menos, el primer año de vida. Incluso la Organización Mundial de la Salud sugiere amamantar seis meses con lactancia exclusiva (solo leche materna) y continuar lactando por lo menos hasta los dos años complementando con sólidos la alimentación del neonato.

A través de esta actividad compartida el bebé se contacta con su madre en el acto de mamar y ello permitirá un vínculo indispensable para la existencia física y constitución psíquica del lactante.

Función sexual

En su desarrollo se considera uno de los caracteres sexuales secundarios. Las mamas cumplen un papel fisiológico y cultural en la función sexual femenina. Como zona erógena, es importante su participación en las relaciones sexuales. Existen numerosas prácticas sexuales centradas en las mamas tales como masturbación con los pechos por ejemplo.

En nuestra sociedad las mamas desempeñan un atractivo sexual relevante en cuanto a tamaño, forma; algunos se sienten atraídos por los senos de gran tamaño, otros las prefieren de un tamaño menor aunque erguidas y firmes.

La función sexual femenina de la mama, después del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, no tiende a disminuir o diferir, en especial en mujeres sometidas a cirugías de reconstrucción estética (mamoplastia). Sin embargo, en las mujeres que hayan tenido una mastectomía total se ha notado una disminución en el interés sexual.

4.3 Cáncer

En una primera aproximación podemos decir que un cáncer está constituido por un conjunto de células que dejan de obedecer a las restricciones impuestas por el organismo pluricelular del cual forman parte y se multiplican de manera incontrolada y en lugares en los que no deberían hacerlo.

El cáncer puede ser el “punto final” de dos rutas distintas, la mutación como un evento interno, o la epimutación condicionada desde afuera. La proliferación cancerosa, entonces, de acuerdo con lo que sostiene la oncología actual, es iniciada por una sola célula que, sorteando todas las barreras, adquiere una expresión (o una actividad) aberrante de la clave contenida en los genes y las proteínas. Si aceptamos esto debemos aceptar que es la única enfermedad que, iniciada en una sola célula (entre los 50 billones de células que componen un ser humano), puede alcanzar una magnitud devastadora.

Según Chiozza, una gran cantidad de datos sostienen la conclusión de que el cáncer es el producto de una alteración que progresa acumulando varios cambios (o lesiones) genéticas que comprometen el control de la proliferación celular, su supervivencia, su diferenciación, su migración hacia otras localizaciones y sus interacciones “sociales” con las células vecinas y con el estroma que constituye el sostén estructural de los órganos. Hanahan y Weinberg, en una revisión realizada en el 2000, citados en Chiozza (2001), establecen las seis condiciones que consideran necesarias para producir una proliferación cancerosa:

1. Autonomía con respecto a las señales que desencadenan el crecimiento. Las células normales se reproducen como respuesta a señales que reciben de las células vecinas, las células cancerosas abandonan esa dependencia. Las mutaciones adquiridas las conducen a “desconocer” esos patrones normales del crecimiento y a una multiplicación anómala.
2. Evasión de las señales que inhiben el crecimiento. Las células normales responden a las señales inhibitoras que mantienen la regulación del crecimiento. Muchas células del organismo permanecen sin dividirse. Las células cancerosas no responden a esas señales. Las mutaciones adquiridas interfieren en los patrones de inhibición.

3. Evasión de la apoptosis. La apoptosis es una muerte celular programada desde dentro y fuera de la célula, que a menudo se desencadena como consecuencia de que su ADN ha sido dañado y no se ha podido reparar. Las células cancerosas evaden las señales que deberían conducir las a la apoptosis.
4. Potencial replicativo ilimitado. Las células normales poseen un dispositivo “contador” autónomo que define un número finito de duplicaciones celulares, el cual, una vez alcanzado, las conduce a la senectud. Ese dispositivo acorta, en cada replicación del ADN, la partes terminales de la cadena cromosómica, denominadas telómeros. Las células cancerosas mantienen la longitud de sus telómeros, lo cual conduce a un potencial replicativo ilimitado.
5. Formación de nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis). Las células normales dependen de una arquitectura vascular que le suministra oxígeno y nutrientes, y que en el adulto mantiene una cierta constancia. Las células cancerosas inducen el crecimiento de nuevos vasos, necesarios para la supervivencia y la expansión de la neoplasia. La alteración del balance entre los inductores y los inhibidores angiogénicos “activa” lo que ha sido denominado “interruptor” angiogénico.
6. Invasión y metástasis. Las células normales mantienen su localización en el cuerpo y, en general, no emigran. La migración de las células cancerosas hacia otras partes del cuerpo es lo que causa el mayor número de muertes por cáncer. Las mutaciones alteran la actividad de las enzimas involucradas en la invasión y también las moléculas que influyen en la adhesión celular-extracelular y hacia las otras células. Cuando las células cancerosas se cultivan en un laboratorio, evidencian algunas características típicas. Carecen de la inhibición por contacto con las otras células, y se amontonan, en lugar de crecer en una sola capa, como lo hacen las células normales. Crecen aunque el suero nutritivo sea escaso. Adoptan una forma redondeada, en vez de la estructura plana y extendida que se observa en las células normales como producto de una actitud de “buena vecindad”. Y exhiben una independencia de “anclaje”, porque crecen sin adherirse a un sustrato como, por ejemplo, la superficie de la cápsula en la cual se cultivan.

4.4 Cáncer de mama

De acuerdo a la OMS, el cáncer de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. La incidencia de cáncer de mama está aumentando en el mundo en desarrollo debido a la mayor esperanza de vida, el aumento de la urbanización y la adopción de modos de vida occidentales.

La mayoría de los cánceres de seno comienza en las células que recubren los conductos (cánceres ductales). Algunos cánceres de seno se originan en las células que recubren los lobulillos (cánceres lobulillares), mientras que un pequeño número se origina en otros tejidos.

Menciona Tijerina (2008), que el tumor es el crecimiento de las células de alguna parte del cuerpo y se manifiestan como la nueva formación de algo; una hinchazón o bulto. Cuando el crecimiento no se extiende a otra parte del cuerpo y el núcleo y los demás componentes de las células no sufren modificaciones, hablamos entonces de un tumor benigno. A pesar de que benigno significa bueno, esto no significa que te traerá algún bien pero sí es muy probable que el tumor pueda ser controlado y/o curado. El tumor maligno es aquél en el que las células tienen sus núcleos y otros componentes anormales, crecen de una manera desordenada y se extienden a otras partes del cuerpo (esto es lo que conocemos como metástasis); por lo tanto, afectan el funcionamiento de órganos vitales. Ahora, hablaremos de los cuatro tumores benignos mencionados y los describiremos iniciando por el de mayor frecuencia, que es el fibroadenoma.

La palabra fibroadenoma nos menciona principalmente el origen del tumor y para entenderla vamos a dividirla en tres partes: “fibro” porque se trata de las fibras que componen el tejido de sostén; “adeno” porque como deriva del griego “glándula” hablamos de los componentes propios que hacen funcionar la glándula mamaria; y “oma”, que significa un tumor o una bolita, como prefieras llamarle. Entonces, el fibroadenoma es un tumor formado por las células del tejido fibroso o de sostén, las células de los canales y los lobulillos que forman a la glándula. Este tipo de tumor

benigno se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que tienen menos de 30 años de edad; sin embargo, se puede encontrar en cualquier etapa de la vida; las posibilidades de encontrar un fibroadenoma van disminuyendo conforme se avanza en edad y particularmente disminuyen, aun más, después de se cumple los 45 años, (Tijerina, 2008, p. 45).

Los ganglios linfáticos son pequeñas agrupaciones en forma de frijol de células del sistema inmunológico (importantes en la lucha contra las infecciones) que se interconectan mediante los vasos linfáticos. Los vasos linfáticos son similares a venas pequeñas, excepto que transportan un líquido claro llamado linfa (en lugar de sangre) fuera del seno. La linfa contiene líquido intersticial y productos de desecho, así como células del sistema inmunológico. Las células del cáncer de seno pueden ingresar en los vasos linfáticos y comenzar a crecer en los ganglios linfáticos.

La mayoría de los vasos linfáticos del seno conduce a los ganglios linfáticos en las axilas (ganglios axilares). Algunos vasos linfáticos conducen a los ganglios linfáticos dentro del tórax (ganglios mamarios internos) y en la parte superior o inferior de la clavícula (ganglios supraclaviculares o infraclaviculares), (Tijerina, 2008).

Si las células cancerosas se han propagado a los ganglios linfáticos, existe una probabilidad mayor de que las células también hayan alcanzado el torrente sanguíneo y se hayan propagado (metástasis) a otros lugares del cuerpo. Mientras más ganglios linfáticos haya con células cancerosas del seno, mayor es la probabilidad de que el cáncer también sea encontrado en otros órganos. Debido a esto, encontrar cáncer en uno o más ganglios linfáticos a menudo afecta el plan de tratamiento. Aun así, no todas las mujeres con células cancerosas en sus ganglios linfáticos presentan metástasis, y es posible que algunas mujeres no tengan células cancerosas en sus ganglios linfáticos y luego presentar metástasis.

La mayoría de las protuberancias resulta ser causada por fibrosis, quistes, o ambos. Estos son cambios benignos en el tejido del seno que se presentan en muchas mujeres en algún momento de sus vidas. (A veces se les conoce como cambios fibroquísticos, y en el pasado se les llamaba enfermedad fibroquística). La fibrosis se refiere a la

formación de tejido parecido a una cicatriz (fibroso), y los quistes son sacos llenos de líquido. Estas afecciones son con más frecuencia diagnosticadas por un médico basándose en los síntomas, tal como protuberancias, inflamación e hipersensibilidad o dolor en los senos. Estos síntomas tienden a empeorar justo antes de comenzar el periodo menstrual de una mujer. Es posible que se sientan protuberancias en los senos, y algunas veces puede salir un líquido transparente o ligeramente turbio de los pezones.

Los tumores malignos son cancerosos. Las células en los tumores malignos son anormales y se dividen sin control ni orden. Las células cancerosas pueden invadir y destruir los tejidos de alrededor. Además, las células cancerosas pueden separarse del tumor maligno y entrar al torrente sanguíneo o al sistema linfático, diseminándose a otras partes del cuerpo para formar nuevos tumores, que se conocen como metástasis.

En estos casos han fallado los mecanismos de control y bloqueo del ciclo normal de una célula.

4.4.1 Factores de riesgo

Según los estudios realizados por la American Cancer Society (2014), un factor de riesgo es todo aquello que afecta la probabilidad de una enfermedad, como por ejemplo el cáncer. Si se tiene uno, o hasta varios factores de riesgo, no necesariamente significa que se padecerá la enfermedad. La mayoría de las mujeres que tienen uno o más factores de riesgo de cáncer de seno nunca padecen la enfermedad, mientras que muchas mujeres que la padecen no tienen factores de riesgo aparentes (excluyendo el ser mujer y de edad avanzada). Aun cuando una mujer con factores de riesgo padezca ese cáncer, resulta difícil saber cuánto pudieron haber contribuido estos factores. Algunos factores de riesgo, como la edad o raza de una persona, no se pueden cambiar. Otros factores de riesgo están relacionados con conductas personales tales como fumar, tomar alcohol y la alimentación. Y otros están relacionados con factores cancerígenos ambientales. Algunos factores tienen más influencia sobre el riesgo que otros, y el riesgo de cáncer de seno cambia con el transcurso del tiempo debido a factores como el envejecimiento o cambios en el estilo de vida. De acuerdo a los

estudios realizados por esta Sociedad en Latinoamérica, se enlistan los siguientes factores de riesgo:

- **Edad:** El riesgo de cáncer de mama aumenta gradualmente conforme la mujer envejece.
- **Antecedentes familiares:** Las probabilidades de una mujer de desarrollar cáncer de mama aumentan si su madre, hermana o hija han padecido la enfermedad (especialmente si fue diagnosticado antes de los 50 años de edad).
- **Factores hormonales:** Gran cantidad de estudios experimentales indican que las hormonas juegan un papel muy importante en la aparición del cáncer de mama.
- **Algunos cambios en la biopsia de mama:** Un diagnóstico de hiperplasia atípica (una condición que no es cancerosa, en la cual las células tienen características anormales y son numerosas) o de carcinoma lobulillar in situ (células anormales que se encuentran en los lobulillos del seno) aumenta el riesgo de cáncer de mama en la mujer.
- **Alteraciones genéticas:** Alteraciones específicas en ciertos genes aumentan el riesgo de cáncer de mama. Estas alteraciones son raras; se estima que no llegan a constituir ni un 10% de todos los tumores de mama diagnosticados.
- **Antecedentes de reproducción y menstruación:**
Cuantos más años tiene la mujer cuando da a luz a su primer hijo, mayor será la probabilidad de que desarrolle cáncer de mama. Las mujeres que empezaron a menstruar a una edad temprana (a los 11 años o menos), que tuvieron la experiencia de una menopausia tardía (después de los 55 años de edad) o que nunca tuvieron hijos, también tienen un riesgo mayor de desarrollar cáncer de mama. Las mujeres que tomaron terapia hormonal de reemplazo durante mucho tiempo parecen tener también una mayor probabilidad de desarrollar cáncer de mama.
- **Densidad de la mama:** Los tumores de mama, casi siempre, se desarrollan en el tejido denso del pecho (no en el tejido graso). Las mujeres en quienes las mamografías muestran que tienen mucho tejido denso parecen presentar un

riesgo mayor de cáncer. Las anomalías en las mamas densas pueden detectarse con más dificultad en una mamografía.

- **Dieta y estilo de vida:** El riesgo es mayor cuando los hábitos de vida no son saludables. Se piensa que la dieta (consumo exagerado de grasas) tiene un papel en el cáncer de mama, aunque los investigadores no han identificado todavía los factores puntuales dietéticos. Además una dieta escasa en verduras, fruta fresca, pescado y vitaminas A, C y D constituye una dieta de riesgo. Los estudios han encontrado que la obesidad y el sobrepeso en las mujeres postmenopáusicas aumentan el riesgo de cáncer de mama. Algunos estudios sugieren que el consumo moderado de alcohol también puede aumentar las probabilidades de una mujer de desarrollar esta enfermedad. El ejercicio, especialmente en mujeres jóvenes, puede disminuir los niveles hormonales y la incidencia de este tumor.

Ahora bien, para la OMS (2014), los factores de riesgo pueden ser los siguientes:

Se conocen bien varios factores de riesgo del cáncer de mama. Sin embargo en la mayoría de las mujeres afectadas no es posible identificar factores de riesgo específicos. Los antecedentes familiares de cáncer de mama multiplican el riesgo por dos o tres. Algunas mutaciones, sobre todo en los genes BRCA1, BRCA2 y p53, se asocian a un riesgo muy elevado de ese tipo de cáncer. Sin embargo, esas mutaciones son raras y explican solo una pequeña parte de la carga total de cáncer mamario.

Los factores reproductivos asociados a una exposición prolongada a estrógenos endógenos, como una menarquia precoz, una menopausia tardía y una edad madura cuando el primer parto figuran entre los factores de riesgo más importantes del cáncer de mama. Las hormonas exógenas también conllevan un mayor riesgo de cáncer de mama, por lo que las usuarias de anticonceptivos orales y de tratamientos de sustitución hormonal tienen más riesgo que las mujeres que no usan esos productos. La lactancia materna tiene un efecto protector (OMS, 2014).

Danaei y colaboradores (2005) han calculado la contribución de diversos factores de riesgo modificables, exceptuando los factores reproductivos, a la carga global de cáncer

de mama. Los autores concluyen que el 21% de todas las muertes por cáncer de mama registradas en el mundo son atribuibles al consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, y la falta de actividad física.

Esa proporción fue mayor en los países de ingresos altos (27%), y el factor más importante fue el sobrepeso y la obesidad. En los países de ingresos bajos y medios, la proporción de cánceres de mama atribuibles a esos factores de riesgo fue del 18%, y la falta de actividad física fue el factor determinante más importante (10%).

La diferente incidencia del cáncer de mama en los países desarrollados y los países en desarrollo puede explicarse en parte por los efectos de la alimentación, unidos a la mayor edad del primer embarazo, el menor número de partos y el acortamiento de la lactancia (Peto, 2001). La creciente adopción de modos de vida occidentales en los países de ingresos bajos y medios es un determinante importante del incremento de la incidencia de cáncer de mama en esos países (OMS, 2014).

CAPITULO 5. MÉTODO

5.1. Planteamiento del problema

El cáncer de mama es una de las enfermedades que no hacen distinción entre la población de países desarrollados y en desarrollo y es el tipo de cáncer con mayor presencia en las mujeres a nivel mundial. En cuanto a la mortalidad por esta enfermedad, sí hay diferencias: en países de bajos ingresos ocurren la mayoría de los decesos, ya que generalmente el diagnóstico se realiza en fases avanzadas de la enfermedad, debido a la falta de acceso a servicios de salud y a la poca sensibilización para la detección precoz (conocimiento de signos, de síntomas iniciales y la autoexploración mamaria) (INEGI, 2015).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer más frecuente entre las mujeres es el de mama, que a nivel mundial representa 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que cada año se detectan 1.38 millones de casos nuevos. Este padecimiento se presenta con más frecuencia en países desarrollados, pero tiene mayor impacto en la población de países de bajos y medios ingresos como México, debido al aumento en la esperanza de vida, la urbanización y cambios en el modo de vida. Para reducir el impacto de esta enfermedad entre la población, la OMS afirma que la detección temprana es una estrategia fundamental para el diagnóstico, tratamiento y control oportuno. Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que cada año se detectan 1.38 millones de casos nuevos y ocurren 458 mil muertes por esta enfermedad (OMS, 2015).

Bajo estas estadísticas el cáncer de mama es un problema de salud que ha llevado a la medicina y psicología a realizar un trabajo interdisciplinario de investigación que permita conocer su etiología, y a su vez diseñar programas de intervención. Dentro de estos trabajos desde el punto de vista psicológico genera diversas acciones emocionales que se vinculan con la aceptación de dicho diagnóstico.

Dentro de estos trabajos el impacto de un diagnóstico de cáncer en una persona puede tener diferentes matices según características individuales o bien su historia personal,

por lo general incluye un cambio a nivel social, emocional, físico y conductual. Estos cambios pueden producir diferentes reacciones que pueden influir en la manera en que se lleve el tratamiento.

Ahora bien, es cierto que el impacto del diagnóstico genera cambios tanto físicos como emocionales en la persona y que por tanto el tratamiento médico se vea afectado en algunos aspectos, ante esta situación se debe tomar en cuenta que estos cambios son el reflejo de un antecedente complejo entramado en la psique de la persona, la etiología de este padecimiento indudablemente relaciona componentes tanto físicos como psíquicos y es ante esta realidad que el personal médico y psicológico se ven enfrentados. Para ello es necesario un mayor conocimiento de la dinámica psíquica existente detrás del síntoma físico, que mensaje inconsciente se encuentra representado a través del cuerpo. Entender el cáncer desde este punto de vista promete un adecuado tratamiento y una mayor calidad de vida en el paciente (Chiozza, 2010).

Al respecto se menciona que la asistencia psicológica durante el tratamiento trae como resultado en la persona mayor prolongación de vida; algunas investigaciones muestran que es un hecho el que sí se asocia a una mejor calidad de vida, careciendo de los efectos adversos que a veces poseen los tratamientos médicos. Y en algunos casos también coexiste con estados de remisión que la ciencia tampoco puede explicar (Núñez y Cols, 2010).

Asimismo, los médicos tienen el conocimiento de cómo una enfermedad de esta naturaleza, perfectamente catalogada, conocida tanto en su causalidad médica como en su evolución, tendrá una modificación paradójica de su pronóstico en función de lo que se ha dado en llamar 'el terreno del enfermo', que no es otra cosa que su posición subjetiva, en otras palabras, su deseo (Guir, 1983).

Ante esto, resulta importante conocer que el enfermo no enferma azarosamente, más bien esta trama está directamente relacionada con su historia y como se ha mencionado anteriormente con su posición subjetiva, de aquí que derive el interés de conocer que la enfermedad y tal como es el cáncer, el cuerpo humano guarda un singular significado para cada sujeto, de tal manera que una enfermedad así mismo se

enfrentara de manera subjetiva acorde a la historia con la cuenta el sujeto, pues cuerpo y mente son indisolubles. En este sentido el cáncer de mama, es un tema que hoy en día ha resultado interés de diferentes investigaciones y sus diversos enfoques con la finalidad de encontrar un sentido a la enfermedad, más allá de las implicaciones físicas que este pueda tener sobre el cuerpo orgánico, entre estas desde la revisión teórica psicoanalítica, autores, como Luis Chiozza, Jean Guir, Joyce MacDougall, despliegan propuestas interesantes al trabajar psicoanalíticamente con estas pacientes, en donde se postula que el cáncer guarda un especial significado en la vida de la mujer y que esta podría representar un suceso traumático o una relación perturbadora con alguien significativo y que más tarde es reactivado por una pérdida.

Por tanto resulta sumamente importante considerar aquella historia de vida del sujeto enfermo de cáncer, puesto que este mirar, permitiría conocer y entender aquellos procesos psíquicos implicados en la enfermedad. Tomando a esta como un vehículo importante durante los primeros meses de vida para un bebé puesto, que es en esta etapa donde se sientan los primeros cimientos para la conformación de la imagen del cuerpo y con esto la subjetividad de cuerpo, siendo ya no un cuerpo orgánico, sino más bien un cuerpo que guarda significados singulares y que estos son inscritos a través de la relación con los otros y principalmente con aquella persona más próxima en los primeros meses de vida.

Esta condición a través de la teoría psicoanalítica, guardara estrechamente un significado en la forma de enfermar en cada sujeto.

Es por ello que la presente investigación se dirige a conocer la relación que guarda una enfermedad crónica como lo es el cáncer de mama con algún conflicto psíquico en la historia personal de las pacientes.

5.2. Objetivo

Analizar el conflicto psíquico y su expresión en el cuerpo en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama.

5.3. Tipo de estudio

Dado que el interés se dirigió en analizar el conflicto psíquico y su expresión en el cuerpo se utilizó el método clínico, el cual se caracteriza por centrar la investigación sobre comportamientos relatados por el sujeto (“su historia”), reacciones observables en el curso de la relación establecida con él y otras específicamente provocadas en condiciones sistemáticas constantes, con el fin de comprenderlas y explicarlas en sus particularidades, se trata de una técnica de observación metódica (Braunstein y Cols, 1978).

El método clínico se ubica más allá de una descripción de los comportamientos, el develamiento de los conflictos que dan sentido a la conducta, y sostiene que la psicología clínica consiste en encarar la conducta en su perspectiva propia, inventariar fielmente las maneras de ser y reaccionar de un ser humano, concreto y complejo, enfrentando una situación, buscar establecer sus sentidos, estructura y génesis, revelar los conflictos que las motivan y los procedimientos que tienden a solucionar esos conflictos. Por consiguiente se reconoce que el método clínico es una observación metódica de las conductas, y la marca de un objetivo práctico de transformación que está vinculado con la demanda explícita del sujeto que da ocasión a la intervención del clínico.

5.4 Procedimiento

Apartir de revisar diversas investigaciones en relación al cáncer, las noticias, y los diferentes días que se la han llamado “día de la lucha contra el cáncer de...”, se revisaron los datos estadísticos, los factores de riesgo en la aparición del cáncer por organizaciones mundiales e investigaciones especializadas. Llama el interés de realizar una investigación al reconocer que el discurso que se maneja es médico limitando la aparición del cáncer en un cuerpo meramente orgánico; es así que se revisaron otras investigaciones que se han enfocado a estudiar el cáncer desde lo psicológico, entre ellas se encuentra que existen determinados tipos de personalidad en las personas que padecen cáncer, así como el factor psicológico esencial en el tratamiento del cáncer en donde las instituciones incluyen el aspecto psicológico,

encontrando una adherencia positiva al tratamiento. Dirigir la mirada al aspecto psicológico denota las frases tales como: “lo que se calla se expresa en el cuerpo”, “lo que no se reclama, lo habla el cuerpo”, “el cuerpo hablante”. Se decide de esta manera investigar que sucede en la vida personal de las personas que han sido diagnosticadas con cáncer, pretendiendo encontrar e incluir dentro de esos factores de riesgo el aspecto emocional. Se determina trabajar con cáncer de mama, pues tomando en cuenta que el seno es un órgano característico de la feminidad y que esta se va configurando íntimamente en la relación con la madre, es así que se concibe al conflicto psíquico y su expresión como aquel mensaje que no encontró lugar en la palabra, tomando en cuenta que nos expresamos verbal y corporalmente, por tanto se expresó mediante el cuerpo, de manera que el objetivo se dirige a analizar los conflictos psíquicos en la vida de quienes padecen cáncer de mama y como a falta de la palabra estos se expresan en el cuerpo.

Se determinó entrevistar a ocho mujeres- por si alguna llegara a desertar de la aplicación de la entrevista- que hayan sido diagnosticadas con cáncer de mama sin haber tenido una mastectomía, con nivel socioeconómico medio bajo, con edades entre 35 a 55 años de edad. Las mujeres fueron contactadas a partir de un servicio oncológico particular, en el cual las mujeres con cáncer acuden como tratamiento complementario al de las instituciones públicas. La invitación fue abierta y voluntaria, siempre y cuando cumplieran con las características. De esta invitación ocho mujeres aceptaron que se les realizara la entrevista., sin embargo durante la aplicación desertaron tres.

Tres de las participantes aceptaron ser entrevistadas en un consultorio particular de la ciudad de Toluca y dos en la Facultad de Medicina de la UAEM. Se trabajaron 8 sesiones con una duración de 50 a 60 minutos. Cabe mencionar que se trabajó en la Facultad de Medicina en un cubículo destinado a proporcionar atención psicológica, con previa solicitud de autorización en la dirección de la misma. Se inició por aplicar las entrevistas en el mes de agosto, se realizó una entrevista por semana, en total se trabajaron 8 sesiones por cada participante finalizando en el mes de diciembre.

Las entrevistas fueron audio grabadas y transcritas literalmente para posteriormente proceder con su análisis.

Una vez terminada la aplicación de las entrevistas, se procedió a recolectar la información. Se utilizaron como métodos de registro en tres pacientes y en todas las sesiones correspondientes, grabaciones de audio, esto bajo su consentimiento. En las dos participantes restantes, se utilizó un cuaderno de trabajo y remembranza de cada sesión, ya que no autorizaron el uso de la grabadora.

Se realizó una revisión y transcripción literal de las entrevistas grabadas de audio a un procesador de textos, asimismo se realizó una revisión minuciosa de los dos cuadernos de trabajo.

Para el análisis de la información recolectada, se procedió a utilizar el análisis de contenido. De acuerdo a Martín y Martín (1990), el análisis de contenido, ofrece la posibilidad de investigar sobre la naturaleza del discurso, analizar los materiales de la comunicación humana. En general, puede analizarse con detalle y profundidad el contenido de cualquier comunicación. Asimismo dado que se utilizó un corte cualitativo, se obtuvo información que revela fenómenos simbólicos que deben ser convertidos en que puedan ser tratados científicamente y construir con ellos un cuerpo de conocimientos. De tal manera que en el análisis de la información y de acuerdo a las categorías propuestas derivadas de la revisión teórica, resultaron cinco indicadores.

5.5. Instrumentos

Dado que el método clínico cuenta con los dispositivos que son formas sistemáticas de observación del comportamiento de los sujetos, en analogía con la clínica médica, incluirá la observación directa en una entrevista y podrá comprender estudios complementarios, el registro de los comportamientos diversos puestos en acción por el sujeto “en situación y evolución” (Braunstein y Cols, 1978)

De tal manera que la entrevista que se utilizó se encuentra basada en el modelo psicodinámico, tomando en cuenta que este es una derivación del modelo psicoanalítico, pues parte de principios teóricos similares.

Bajo este enfoque la entrevista promueve la expresión más libre posible del individuo y se usa para explorar la subjetividad y reformular una historia de vida. Al investigar la subjetividad, el entrevistador acompaña al sujeto en la comprensión de sí mismo y de su historia individual con todos los elementos contextuales que le configuran. Además, con la entrevista libre, el psicólogo pretende desentrañar la inconsciencia y la emocionalidad que se manifiestan conflictivamente y con dolor y trabaja con el sujeto para hacer consciente lo inconsciente y, como diría Freud, intentar 'convertir la miseria neurótica en miseria humana común', es decir, la de todos los seres humanos (Mangante, 1999).

Se considera de igual forma que la entrevista psicodinámica para Díaz (2003), es definida como el encuentro entre paciente o grupo de pacientes y un entrevistador, o equipo de entrevistadores, es un procedimiento técnico tendiente a desarrollar un proceso de comunicación, en el seno de un vínculo interpersonal, cuya meta es el establecimiento de una relación de trabajo a través de la cual se busca esclarecer los conflictos psíquicos, presentes y pasados que perturban el equilibrio actual del o los entrevistados. Esta técnica implica la existencia de una estructura psíquica de la que emanan, controlan, canalizan y se dirigen fuerzas psíquicas lo psicodinámico se refiere tanto a las teorías del funcionamiento psíquico como a las técnicas terapéuticas basadas en tales teorías.

Es así que el punto de vista psicodinámico considera a los fenómenos psíquicos como la resultante de un conflicto entre fuerzas psíquicas opuestas. Este enfoque implica la existencia de una estructura psíquica de la que emanan y en la que se controlan, canalizan y dirigen aquellas fuerzas (Díaz, 2003).

La verbalización de dichos hallazgos constituye un señalamiento o confrontación tendiente a llamar la atención del entrevistado, sobre aspectos de su vida de los cuales no parece ser consciente.

De manera que la entrevista semiestructurada partió de una revisión teórica exhaustiva. Se tomó en cuenta las teorías que se han referido explícitamente al cáncer desde una vertiente psicoanalítica, entre estas teorías se retomó a Luis Chiozza, Joyce

MacDougall y Jean Guir. Primeramente se elaboraron las preguntas de acuerdo a los bloques temáticos propuestos, entre ellos relaciones interpersonales, relación con la familia, con el conyugue, relaciones laborales, relación con su madre, pérdidas, percepción del cuerpo, sentimientos de culpa, feminidad, aparición del cáncer, redes de apoyo. La entrevista se estructuró de acuerdo a estos bloques temáticos resultando 80 reactivos, la cual fue validada por jueces (profesores investigadores de la Facultad de Ciencias de la conducta).

5.6 Participantes

Se entrevistó a cinco mujeres con las siguientes características sociodemográficas:

PARTICIPANTE (SEUDÓNIMO)	EDAD	OCUPACIÓN	RESIDENCIA	VIVE CON:
LILIANA	55 años	Empleada de tienda departamental	Cd. de Toluca	Su esposo y tres hijos
MARITZA	55 años	Secretaria en servicios públicos	Cd. de Toluca	Esposo y dos hijos
MARÍA	45 años	Comerciante	San Pablo Auto pan	Esposo y dos hijos
ALEJANDRA	38 años	Ama de casa	Toluca	Hija de cinco años
MARTHA	46 años	Secretaria de buffet particular	Toluca	Hija

5.6 Análisis de la información

Para el análisis de la información obtenida, se determinaron dos categorías generales, esto de acuerdo a las vivencias que las participantes presentaron en su discurso, siendo **conflicto psíquico** (parte del tema de la investigación) y **cuerpo**, esta última retomando dos tiempos antes y después del cáncer, obteniendo la percepción que tienen de su cuerpo, como se sienten con su cuerpo, y que representa para ellas el cáncer en su cuerpo. De acuerdo a estas categorías, la información de las participantes

y la revisión teórica, se derivaron los indicadores, tales como **imagen de sí mismo, feminidad, representación del seno y enfermedad, culpa y fantasías de muerte**. Estos indicadores, se revisaron minuciosamente bajo el sustento teórico, además de ser definidos de una manera sintetizada para su análisis.

Una vez realizado el análisis, en cada una de las participantes, se distribuyó la información obtenida en cada categoría y en los indicadores, para posteriormente presentar la discusión y conclusiones.

5. 7 Ejes temáticos

La investigación se sustenta sobre el eje **Relación Madre-Hija**, el cual es sustentado de la siguiente manera:

La madre es tanto para el niño como para la niña, el ser del cual dependen, el primero con el que se vinculan, omnipotente y poderoso, porque es ella, la madre, la que interpreta sus necesidades. Frente al llanto del niño, ella dice: tiene hambre, tiene frío, le duele aquí, le duele allá, hay que cambiarlo, etc. Es ella la que pone nombre a sus demandas. Por método de ensayo y error, ella trata de saber qué es lo que ese niño demanda en su indefensión. El niño es para ella un enigma por descifrar (Vacarezza, 2002, p. 11).

En el “Proyecto de una psicología para neurólogos”, Freud adjudica a la madre un lugar primordial, originario y prehistórico en la constitución del aparato psíquico. La teoría de la primera vivencia de satisfacción, da cuenta del modo en que el recién nacido, sometido al apremio de las grandes necesidades como el hambre, ha de ser alojado por el cuidado ajeno para acceder a la dimensión de lo vital. La madre mítica, no solamente se erige como un Otro omnipotente, capaz de dar respuesta a las tensiones orgánicas del recién nacido, sino que, además, en esa dialéctica, inscribe las huellas mnémicas que orientarán al surgimiento del deseo en relación al objeto originariamente perdido, así como la añoranza de la satisfacción primaria, imaginada como plena y absoluta (Freud, 1895).

La salud mental de un individuo es determinada desde el comienzo por la madre, quien proporciona lo que Winnicott denomina “un ambiente facilitador”, es decir un ambiente en el cual, los procesos naturales de crecimiento del bebé y sus interacciones con lo que lo rodea puedan desarrollarse, según el modelo que ha heredado. La madre (sin saberlo) está echando las bases de la salud mental del individuo (Winnicott, 1990, p. 42).

Para Freud la madre es también calmante "para-excitación", y contribuye a preservar a su bebé contra excitaciones difusas: lo hace dormir, la madre le permite acopiar sus recursos y encontrarse en el sueño paradójico y en el sueño.

La relación madre-hijo se trata de intercambios imaginarios y fantasmáticos porque la madre introduce en su práctica de crianza a otro bebé que no es el que tiene en brazos; él bebé imaginario es aquel que tiene que ver con su deseo de embarazo, el que ella ha construido para su pareja.

5.8 Categorías de análisis

Se presentan dos categorías, conflicto psíquico y cuerpo

- **Conflicto psíquico**

Para Laplanche y Pontalis (1996), en su diccionario de Psicoanálisis, el conflicto psíquico es cuando en el sujeto, se oponen exigencias internas contrarias. El conflicto puede ser manifiesto (por ejemplo, entre un deseo y una exigencia moral, o entre dos sentimientos contradictorios) o latente, pudiendo expresarse este último de un modo deformado en el conflicto manifiesto y traducirse especialmente por la formación de síntomas, trastornos de la conducta, perturbaciones del carácter entre otros. Así mismo estos autores hablan del conflicto como resultando de diferentes causante entendiéndolo desde diversos puntos de vista, tales como conflicto entre el deseo y la defensa, conflicto entre los diferentes sistemas o instancias, conflictos entre las pulsiones, conflicto edípico y que en este último no solamente se enfrentan deseos contrarios, sino que éstos se enfrentan con lo prohibido.

El conflicto psíquico hunde sus raíces en el funcionamiento de lo pulsional; su campo entre deseo y defensas constituye la singularidad de cada sujeto siendo a su vez solidario del deseo de los padres. De allí que la libido, sexualidad y organización psíquica sean consustanciales. Siempre otro imprescindible teje reglamentaciones simbólicas que anclan al sujeto en la cultura. Toda amenaza al sujeto es sexual, porque la sexualidad constituye psiquismo e inconsciente. Y nos constituimos ante otro que nos desea vivos (Pereda, 1999).

Para Fenichel (1997), el conflicto psíquico da por resultado el bloqueo de las descargas necesarias y crea de esta manera un estado de estancamiento. Este estado da origen gradualmente a una relativa insuficiencia en la aptitud del yo para controlar la excitación. Es así que el conflicto psíquico se desarrolla entre una tendencia que trata de evitar esa descarga y otra que pugna por descargarse. La intensidad de la tendencia hacia la descarga depende, no solamente de la naturaleza del estímulo, sino también, y más aún, del estado físico-químico del organismo.

Si nos remitimos a la evolución de este concepto se puede mirar que el conflicto psíquico constituyó desde muy temprano en psicoanálisis el elemento central de la concepción de la neurosis, que permitió tanto dar cuenta de sus mecanismos psicopatogénos, como acceder al "saber" sobre la enfermedad psíquica, esa desconocida, degenerada y constitucional hasta entonces. Pero excediendo los límites de la patología, pasó a ser un elemento constitutivo del ser humano, un elemento nodal de su naturaleza, de su ser, de su esencia. Por la dinámica del conflicto, el hombre despegó de los otros animales atrapados en los meandros del instinto, condenados a una ciega repetición uniforme y codificada. Por él, accedió al lenguaje, a la cultura y modificó el mundo, que pasó a ser "su mundo" desde que todo pudo ser representado y anticipado (Pereda, 1999).

- **Cuerpo**

La noción de cuerpo existía ya antes del psicoanálisis, pero éste lo retoma y le da un marco distinto, diferenciándolo de las definiciones tradicionales que se habían hecho sobre él (medicina, biología).

El nacimiento del psicoanálisis está completamente relacionado con el cuerpo. Los primeros pacientes estudiados por Freud fueron casos de conversión y somatización, con pacientes histéricas que dejaban de caminar, de ver o de mover alguna extremidad como una metáfora de un mal psíquico que no podía ser expresado con palabras.

Los cuestionamientos freudianos al cuerpo biológico, parten de los “Estudios sobre la Histeria”, a través de darles voz a sus pacientes, Freud (1978), pone en entredicho las bases exclusivamente biológicas del cuerpo, integrado por un conjunto de órganos y sistemas, pues encuentra que justamente el cuerpo de la histérica se comporta como si la anatomía no existiera, de tal suerte, que sus síntomas están mucho más ligados a conflictos traumáticos de la primera infancia, desfigurados por la censura, que a problemáticas biológicas. De esta forma, el descubridor del psicoanálisis descubre una manera completamente novedosa de la relación del sujeto con su cuerpo.

El recorrido en noción de lo libidinal que hace Freud por el cuerpo, dándole sentido, simbolizando, erotizándolo y situándolo como propio de las fijaciones orales, anales o fállicas. El recorrido en estas fases tiene que ver con hacer existir el cuerpo poco a poco e ir formando una identidad a partir de la simbolización de las experiencias adquiridas en las relaciones con otros que frustran o permiten el placer corporal (Soler, 2010).

Ahora bien siguiendo estas ideas para el psicoanálisis, el cuerpo no es el cuerpo del anatomista, del fisiologista o del biólogo, ni siquiera el del filósofo. Según Lacan citado en Nasio (2007), para el psicoanalista el cuerpo es el lugar del goce. Y que en tal sentido sea cual fuere el sustrato orgánico de una enfermedad mental, la dimensión simbólica en la cual el paciente explique sus sufrimientos y produzca sus sueños se impone de modo insoslayable. El cuerpo es el lugar donde se goza, el espacio en el cual circula una multiplicidad de flujos de goces.

5.9. Indicadores

- **Imagen de sí misma**

La imagen de sí mismo es ante todo un sentimiento, el sentimiento de existir y de ser uno; un sí mismo que uno ama o rechaza. Esta imagen se forma a lo largo de toda la vida. Los principales ingredientes que componen la imagen de uno mismo son: primero, todo lo que proviene del cuerpo tal como se siente y tal como lo ve el sujeto; la imagen del cuerpo que devuelve el espejo y, sobre todo, la expresión del rostro cuando el sujeto se mira en el espejo. En segundo lugar, todo lo que proviene del lenguaje en el cual está inmerso el sujeto, la lengua materna y la que habla, su nombre propio y todo lo que se relaciona con la historia, con la situación familiar y social. Luego, todo lo que proviene del prójimo: la imagen de sí mismo que transmiten la familia, los amigos y los pares. Y, finalmente, el último elemento constitutivo, todos los aluviones de la historia, las huellas y cicatrices dejadas por los acontecimientos memorables del pasado. Pues bien, desde el nacimiento no se deja de integrar todos esos elementos surgidos del cuerpo, del lenguaje, de los otros y de la historia. Este autorretrato virtual e identitario es la sustancia misma del yo. En realidad, la imagen de sí mismo y el yo son dos expresiones posibles para designar el sentimiento más íntimo, el de sentirse uno mismo (Nasio, 2008, p. 142).

- **Pérdidas**

Una pérdida remite siempre a la cadena de duelos precedentes que lo han marcado como ser individual, esto es la pérdida del primer objeto (Nasio, 2007).

De acuerdo a Klein ante una pérdida, se reactivan las tempranas ansiedades psicóticas, el sujeto en duelo atraviesa por un estado maníaco-depresivo modificado y transitorio, y lo vence, repitiendo en diferentes circunstancias y por diferentes manifestaciones los procesos por los que atraviesa el niño en su desarrollo temprano (1940, p. 10).

- **Feminidad**

La feminidad es entendida como el lugar donde se da un punto de convergencia

entre el inconsciente y la cultura, por tanto su construcción tiene implicaciones tanto universales como particulares, tanto de igualdad como de diferencia. Tales implicaciones universales hacen referencia a cuestiones de la especie, de lo heredado y transmitido a través de los tiempos y la evolución y los comportamientos esperados y deseados (muy relacionados con el Superyó), mientras que sus implicaciones particulares son más propias del sujeto, de su historia y sus vivencias de aquello que en su proceso de aprendizaje la mujer interiorizó como signo de feminidad (González, 1993).

Estas convergencias pueden tener repercusiones a nivel corporal y pueden resultar muy marcadas pues el cuerpo permanece negado, frustrado y mortificado, teniendo una de sus más importantes manifestaciones en ser un cuerpo privado del erotismo y la sexualidad. Hay una desvitalización “un cuerpo no cuerpo” que se niega y anula con un marcado descuido del mismo (Burin, 1991).

La feminidad y sus conflictos psíquicos, no remite a la herencia del complejo de Edipo, sino a su fundamento mismo, ubicado en la relación prehistórica con el Otro materno, teñida de una intensa ambivalencia de sentimientos y portadora de una conciencia moral severa, (Cabrera, 2001).

- **Culpa**

Es una angustia social, una angustia frente a la pérdida de amor, la cual emerge en un individuo cuando éste es sorprendido realizando un acto prohibido por los progenitores. El yo odia, aborrece, y persigue con propósitos destructivos a todos los objetos que llega a suponer como fuente de displacer.

Es la expresión del conflicto de ambivalencia y de la eterna lucha entre el instinto de vida y el de muerte. Pero no siempre aflora ese sentimiento de culpa en el campo de la conciencia sino que, muy frecuentemente, se encuentra totalmente reprimido, en un plano inconsciente, y se manifiesta indirectamente por alguno de sus efectos: irritabilidad, malhumor, apatía, depresión, trastornos psicósomáticos, etcétera. Otras veces, sin embargo, se expresa, por una tensión intrapsíquica que ocasiona un estado de profundo malestar acompañado por un sufrimiento continuo, depresión y el presagio

de alguna catástrofe que podría ocurrirle al individuo. Estas últimas expresiones están asociadas, profundamente, a una inevitable necesidad de castigo (Grinberg, 1976).

- **Representación de los senos**

De acuerdo con Doltó (2010), los senos son un objeto parcial, por ser representativos de un ser vivo, además de que permiten que “el sujeto entre en relación mediatizada con él”, es decir, los senos, como objeto parcial, cobran con la lactancia, la importancia del inicio de una socialización con un objeto total, la madre, que abrirá paso al reconocimiento y diferenciación de otros.

Es importante pensar en el valor que es dado a los senos en la cultura, representan no solo parte de la feminidad, sino de la maternidad, a la cual es atribuido un peso elevado.

Los senos ofrecen a las mujeres la posibilidad de nutrir a sus hijos los primeros meses de vida, además de ser una forma de relación con el bebé.

- **Representación de la enfermedad**

De acuerdo con Peluffo (2004), el cáncer se trata de células que crecen irregularmente, denominadas: “tumores malignos”. Esta malignidad, tiene un sentido metafórico, entendiendo que la metáfora es dar a una cosa el nombre de otra. Así, se parte del hecho de que el significado literal de "maligno" evoca al demonio, pues malignidad significa originalmente “lo demoniaco” y malignizar es equivalente a “demonizar”. Hace especial hincapié en que tener un cáncer sería, metafóricamente, poseer al demonio o estar poseído por él. Al aplicar esta metáfora, la medicina recurre al paradigma, de carácter místico y moral, de división binaria entre el bien y el mal (Gómez y Cols, 20015).

- **Amamantamiento**

En el amamantamiento se crea un profundo vínculo madre-hijo. Según Klein (1964), la mujer al dar a su hijo el producto de su propio cuerpo, que es esencial para su nutrición y crecimiento puede finalmente refutar y poner buen final al círculo vicioso que comenzó

en ella siendo niña, con sus ataques sobre el pecho de su madre como primer objeto de sus impulsos destructivos.

En su inconsciente considera que dar a su hijo leche nutritiva y benéfica es prueba de que sus primeras fantasías sádicas no se han realizado, o de que ha tenido éxito en la restauración de sus objetos" (Klein, 1964).

La madre que goza este amamantamiento reparador, sería aquella que posee, "capacidad de reverie" (ensoñación) (Bion, 1975), gracias a la cual "funciona como un continente efectivo de las sensaciones del lactante, y con su madurez logra transformar exitosamente el hambre en satisfacción, el dolor en placer, la soledad en compañía, el miedo a estar muriendo en tranquilidad" (Grinberg, 1972) (Spagnoulo, 1983).

CAPITULO.6 RESULTADOS

A continuación se presenta una breve descripción de las actitudes mostradas en las participantes a lo largo de las entrevistas, así como la información identificada por cada indicador.

PARTICIPANTE 1.

Nombre: Seudónimo (Liliana)

Edad: 55 años

Nivel socioeconómico: medio bajo

Ocupación: empleada

Descripción de la paciente:

Liliana se mostró curiosa y dispuesta ante las entrevistas, denotando completo desconocimiento ante el trabajo de un psicólogo, pues explica no entender cómo es que se relacionan las emociones con el cáncer. Dispuesta a responder y a profundizar cada uno de los temas planteados, Liliana tiene una visión positiva ante su diagnóstico e incluso mantenía la filosofía de vida donde “se tiene que aprender de las cosas que pasan”, de manera que siempre busca aprender de lo que le ocurre y específicamente ahora de su cáncer. Al abordar los temas de relación hacia sí misma y con los otros, mostró un cambio evidente en su disposición, mostrándose ansiosa y con dificultad a responder, pues generalmente habla de sus relaciones interpersonales como si no existieran conflictos, justificando a todas las personas por sus actos e incluso ella se percibe como la culpable de las respuestas que puedan dar los demás.

Indicador	Información encontrada
	<ul style="list-style-type: none">• Dificultad para describirse a sí misma, no le gusta como es su cuerpo.• Mostró rechazo hacía la imagen que ve en el espejo (antes y después del diagnóstico)• Muestra dificultad para nombrar lo que siente en el cuerpo

<p>Imagen de sí misma</p>	<ul style="list-style-type: none">• Se compara con las demás mujeres y toma estas características para describirse a sí misma.• Considera que las demás personas la ven como si fuera “una tonta”• Rechazo a que la toquen. “me siento usada”• No le gusta estar cerca de personas que no son de su “confianza”• Las sensaciones que llego a describir son: opresión en el pecho, sofocación y nervios (hormigueo).• Se percibe poco interesante ante los demás mencionando sentirse “vacía y bloqueada”• Se percibe inmerecedora de atenciones
<p>Pérdidas</p>	<p>Se pueden detectar cinco principales pérdidas en la historia de Liliana.</p> <ul style="list-style-type: none">• Abandono de su padre cuando ella nació. “...él nos abandonó”• Abandono de su madre cuando tenía meses de edad, la dejó con su abuela materna.• Fallece su abuela materna a los cuatro años de edad• Su madre regresa por ella, lo que implica abandonar su “hogar”• Su madre fallece cuando ella cumple 50 años
<p>Feminidad</p>	<ul style="list-style-type: none">• Le resulta difícil ser mujer• El ser mujer es igual a sufrir• Ella quisiera arreglarse “como las demás”, sin embargo menciona sentirse “ridícula”, o no sabe cómo hacerlo, mayormente “no le dan ganas”• Los eventos característicos en la vida de una mujer tales como: menstruación, tener hijos y amamantamiento,

	<p>refiere que son momentos de dolor e incomodidad</p> <ul style="list-style-type: none">• Las mujeres son las que padecen más cánceres, atribuyendo que esto es porque las mujeres están manchadas con el pecado “original”
Culpa	<ul style="list-style-type: none">• Dificultad para recibir atenciones de los demás• No le gusta “quedar a deber”• No habla negativamente de las personas• Cuando llega a hablar “mal” de las demás personas se dice ser mala persona.• Justifica los actos de los demás• Ella se percibe como la causante de que los demás la lleguen a agredir.• Se siente culpable por la muerte de su madre
Representación de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none">• Atribuye la aparición del cáncer a causas religiosas, “si lo tengo es porque Dios así lo ha querido”• Percibe al cáncer como un “ataque que quiere terminar con ella”• Se muestra pasiva ante el cáncer mencionando que “no puede hacer nada”• El tratamiento y su efecto positivo lo atribuye a causas religiosas, “pues si Dios quiere me curaré”

Representación de los senos	<p>Presentó dificultades para referir a sus senos, su discurso fue de una manera impersonal</p> <ul style="list-style-type: none">• Son una parte del cuerpo innecesaria• Únicamente “son usados” por los demás• Son para que los hombres se diviertan• son vistos como objetos de dolor (cuando crecen y ahora que es el lugar donde se presenta el cáncer
Amamantamiento	<ul style="list-style-type: none">• No amantó a sus hijos• 1er hijo. “nunca le salió leche”• 2do. “lo amantó un mes pues menciona que su esposo le hacía pasar corajes y le daba “leche amarga”, motivo por el que dejó de amantarlo.• 3ro. La amamantó dos meses e igual que el segundo “le daba leche amarga” esto le ocasionaba cólicos”, además de que sentía que “la mordía”.

PARTICIPANTE 2

Nombre: Seudónimo (Maritza)

Edad: 55 años

Nivel socioeconómico: medio bajo

Ocupación: secretaria en servicios públicos

Descripción de la paciente

Maritza es una paciente que se mostró puntual en cada una de las entrevistas, para ella la puntualidad, la forma de hablar, postura y vestimenta, dice mucho de las personas, en este sentido Maritza se presentaba con una vestimenta impecable, cuidada y bien combinada, trataba de hablar con estilo, demostrando elocuencia, sus posturas eran forzadas con la intención de mostrar interés y apertura. Ante temas relacionados con sí misma, demostraba extrañeza, mencionado que se sentía sola y le era muy difícil hablar de ella, sin embargo externaba inseguridad en la mayoría de las situaciones donde ella debía tomar la iniciativa o tomar decisiones, así como mostrarse culpable por hacer algo por ella misma, por ejemplo, acudir a sus chequeos médicos o gastar dinero en su tratamiento. Asimismo constantemente pedía aprobación de sus respuestas durante la entrevista, escasamente externaba o hablaba de lo que necesitaba o deseaba.

Indicador	Información encontrada
Imagen de sí misma	<ul style="list-style-type: none">• La apariencia es muy importante para Martiza: “como te ven te tratan”.• Se mostró exigente con su arreglo.• Describe un cuerpo “chocante”, haciendo alusión a que siempre le había dolido algo del cuerpo.• Externó sentimientos de desvalía, como ser poco interesante para los demás, nadie la toma en cuenta porque no es importante, tiene muy poco que dar por eso no tiene amigas, no estudió mucho y por ello no tiene un buen

	<p>trabajo, no tiene dinero y por eso la gente mira que usa la misma ropa.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se describe como una persona enfermiza, débil• No le gusta su cuerpo cada vez que se mira en el espejo.• Trata de arreglarse para que no vean lo “feo que es su cuerpo”
Pérdidas	<ul style="list-style-type: none">• Maritza considera que la salida de su hijo de su casa ha sido “difícil”• Cuando su hijo mayor le platicó que piensa casarse con su novia, Maritza comienza a tener los primeros síntomas.• Su hijo era para ella “su único sustento económico y confidente”
Feminidad	<ul style="list-style-type: none">• Adquirió patrones rígidos de cómo ser mujer, por parte de su padre y madre.• Su padre le enseñó como “ser mujer”, “entregada y complaciente con los hombres”• Su madre le decía que tiene que comportarse “como mujer”, bien vestida y no andar como una cualquiera”• Se describe “impotente” de cubrir lo que sus padres le habían pedido en cuanto a “ser mujer”.• Su ropa trata de ocultar sus senos y caderas.• Su madre le elegía la ropa hasta los quince años• Al casarse su madre le decía como vestirse.
Culpa	<ul style="list-style-type: none">• Menciona sentirse culpable por no atender a su mamá como lo hacía antes de tener cáncer• Se atribuye la responsabilidad de ayudar a sus hermanos a resolver sus problemas, pues de no hacerlo se siente “en deuda con ellos, abrumada e impotente”• Mayormente se encuentra en la casa de su madre y cuando

	<p>no está siente que “le falta algo”</p> <ul style="list-style-type: none">• Se siente culpable de que su hijo quiera casarse a temprana edad, con lo cual ella lo mantiene económicamente y le cumple todas sus demandas.• Mencionó ser “mala madre”, pues sus hijos no van por “buen camino”
Representación de los senos	<p>Presentó dificultad para abordar este tema mostrándose ansiosa y evadiendo el tema</p> <ul style="list-style-type: none">• Son una zona “delicada”: por algo las mujeres se enferman de cáncer en esta parte.• Trataba de ocultar sus senos mayormente. Nunca ha usado algún escote: “...eso no es correcto, me vería como una loca”• En la adolescencia le molestaba que sus “pechos crecieran”. No le gustaba que la miraran. Usaba vendas para ocultar su crecimiento.• Hasta que se casa deja de utilizar esas vendas
Representación del cáncer	<ul style="list-style-type: none">• El cáncer es un castigo: “algo debí hacer para que me pasara esto”• Es un plan de Dios• La causa del cáncer también la atribuye a haberse vendado sus senos cuando era adolescente.• El cáncer es una enfermedad que la destruye por dentro, “la carcome”• Si le mutilan el pecho o muere con esto terminará el “dolor”• El tratamiento solo depende del médico, y de que ella “le eche ganas”• Se mostró pasiva ante el cáncer: “no puedo hacer nada más

	que ir a los tratamientos, no sé qué pueda pasar”
Amamantamiento	<p>No amamantó a sus dos hijos</p> <ul style="list-style-type: none">• 1er hijo. Antes de que naciera su hijo le dolían los pechos, una enfermera le dijo: “su leche no sirve por eso no la quiere su hijo”, palabras que no olvidó y que las hizo parte de ella.• 2do hijo. Le daba miedo ahogar a su hijo con la leche.• Mencionó que amamantar para ella le resulta “algo que le hace sentir asco”

PARTICIPANTE 3

Nombre: Seudónimo (María)

Edad: 45 años

Nivel socioeconómico: medio bajo

Ocupación: comerciante

María es una mujer que llega a las entrevistas porque su esposo la había convencido de que era importante que hablara de lo que le sucedía, con alguien ajeno a la familia, con la creencia de que esta persona “tiene un punto de vista más externo y sin tanto rodeo”, sin embargo, recuerda que la primera vez que le ofrecieron atención psicológica en el Centro Oncológico ISSEMYM, ella no asistía, pues mencionaba que eso era únicamente para débiles, a lo cual ella se percibe como “lo bastante fuerte para resolver su situación”, resistente en la primera entrevista más tarde llegó a reconocer que había una influencia emocional al abordar temas relacionados con su diagnóstico y la aceptación del tratamiento oncológico.

Indicador	Información encontrada
Imagen de sí misma	<ul style="list-style-type: none">• Se describe como una mujer fuerte (haciendo referencia al rendimiento físico)• Refiere que ella siempre ha tratado de mostrarse “fuerte” para que nadie se aproveche de ella• Siente que se han aprovechado de ella• No le gusta ser muy femenina pues siente que se verá débil• Refirió que no le gusta verse mucho en el espejo, pues eso es para “inseguros” mencionando que: ...”quien me quiera me va a querer como soy, no tengo que hacer lo que me digan”

	<ul style="list-style-type: none">• Muestra un rechazo a su imagen, pues menciona que ha hecho todo para no verse débil pero si se siguen aprovechando de ella.
Pérdidas	<p>Se detectaron las siguientes pérdidas:</p> <p>En su infancia muere su hermano menor, nunca se enteró de que causa murió.</p> <p>Cuando María cumple treinta cinco años, su padre fallece de cirrosis, pues era alcohólico.</p> <p>Dos años atrás de su diagnóstico de cáncer, su hijo decide estudiar en el Cd. De Guadalajara, refiere que su hijo siempre fue el más cercano a ella, aun más que su hija menor “hubiera preferido que se fuera mi hija en lugar de él. Cuando su hijo se va ella comienza a sentir los primeros síntomas de cáncer.</p>
Feminidad	<ul style="list-style-type: none">• Externó un rechazo a cualquier prenda que deje ver su silueta femenina,• Evitaba utilizar ropa entallada, e incluso el corte de cabello es corto• Se le hacen “ñoñas” las mujeres que dedican mucho tiempo al arreglo,• Las mujeres “afeminadas” no tiene nada en el cerebro,• Rechazó todo aquello que la caracterice como mujer,• Le enseñó a su hija a que no sea como la típica mujer que se le tiene que hacer todo como si fuera una “debilucha”,
	<ul style="list-style-type: none">• Mencionó que siente culpa ante su madre, pues no puede “cumplirle lo que quiere”.• Mostró sentirse en “deuda” con ambos padres, pues “le enseñaron a trabajar rudo, a defenderse de los demás”,• Siente que es su culpa el fallecimiento de su hermano, pues

Culpa	refiere que ella no lo cuidó <ul style="list-style-type: none">• Evidencia culpa ante su madre, pues hace todo lo posible por devolverle todo lo que le dió.• Cuando su familia no hace lo que ella pide o desea, siente que es su culpa: “me lo he ganado a pulso, no he hecho bien las cosas”.
Representación de los senos	María se mostró incomoda al abordar este tema, mostrando muecas de ironía. <ul style="list-style-type: none">• Sus senos son una parte que tiene igual que su mamá: “mi mamá era muy chichona” y hubiera preferido heredar “otra cosa”• Refirió que los pechos son solo un adorno• No le gustan sus pechos• No se tocaba sus senos antes ni después del diagnostico• No le gusta que la toquen en sus chequeos: “cuando me checan mis pechos, aquí es donde no tengo fuerza”
Representación del cáncer	<ul style="list-style-type: none">• El cáncer es algo de lo cual cualquiera se puede morir• Ella afirmó que no se deja ver como las demás mujeres, “enferma, dando lastima”• El cáncer es visto como una enfermedad que si provoca que se muera, ella no podrá hacer nada• Es una prueba para demostrar que “tan fuerte es”

Amamantamiento	<p>Ante este tema María se mostró evasiva al tema.</p> <p>No amantó a sus dos hijos, pues ambos partos fueron “complicados”</p> <p>1er hijo. No sabía cómo darle de “comer”, su madre la presionaba para que le diera de “comer”, sin embargo no pudo, ante esto su madre le dijo: “tu hijo va crecer debilucho porque no le das de comer tu leche”</p> <p>2do hijo. No hizo el intento de darle de amamantarla: “si antes no lo pude hacer, menos después, no le pude dar la leche, mejor le di botes de leche.</p>
-----------------------	--

PARTICIPANTE 4.

Datos generales:

Nombre: Alejandra (Seudónimo)

Edad: 38 años

Nivel socioeconómico: medio bajo

Residencia: Toluca

Descripción de la paciente:

Alejandra es una mujer de estatura promedio, cuerpo ancho, de tez morena, sus ojos son grandes de color café oscuro, nariz amplia, piel reseca mostrando descuido en su piel, sus labios son pálidos y delgados, su cabello es corto, lo mantiene generalmente recogido. Suele vestir con ropa holgada colores oscuros. A lo largo de las sesiones mostró dificultad para referirse a sí misma, en su discurso se muestra incongruencia entre lo que dice y sus expresiones faciales y/o tono de voz, este se muestra pausado e invariante. Se muestra insegura al responder las preguntas, cuando habla de temas íntimos agacha la cabeza evadiendo el contacto visual.

Indicador	Datos obtenidos
Imagen de sí misma	<ul style="list-style-type: none">• Refiere un cuerpo débil que se enferma muy fácil• Su madre le decía que era “muy delicada”• Mencionó que esa “delicadeza de su cuerpo”, era algo “genético”• Cuando era “joven se arreglaba mucho”, le gustaba mucho su cuerpo.• Ante la muerte de su padre ya no le daban ganas de mostrar su cuerpo, no le interesa como los demás pudieran verla• A la fecha de las entrevistas ella no sabe cómo se ve ni cómo se siente• Refirió que no puede hacer “feliz a nadie”

	<ul style="list-style-type: none">• Mostró sobre exigencias hacia las atenciones que le pudo haber dado a su madre.
Pérdidas	<p>Alejandra refirió como pérdidas significativas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mudarse de Guadalajara a Toluca Pierde amistades.• Fallecimiento de su padre, quien era muy cercano a ella, “yo era la única que andaba con mi papá, él me quería mucho, muy diferente que con mi mamá”. Después de este suceso Alejandra cambia radicalmente su forma de arreglarse y de comportarse.
Feminidad	<ul style="list-style-type: none">• Cuando era niña, salía con su padre, “me gustaba andar con los amigos de mi papá, me llevaba muy bien con ellos, yo jugaba futbol con los hijos de sus amigos de mi papá, creo que lo único que me faltó es tener un cuerpo de niño pues me portaba como uno”.• Ella deseaba ser “un niño” para complacer a su padre, pues este anhelaba un varón• Cuando fue adolescente su padre le “ayuda a ser femenina”, su padre le aconsejaba como vestirse, mencionándole lo que “les gusta a los hombres”, motivo por el cual ella comienza a arreglarse “muy bien”.• Después de la muerte de su padre, ella cambia la forma de percibirse como mujer: “no le dan ganas de hacer algo por ella”.• No le interesa volver a “arreglarse, mencionando que no tiene “motivos”.
	<ul style="list-style-type: none">• Mencionó sentir culpa hacía su hija, pues no ha sabido ser la madre que debe ser.

<p>Culpa</p>	<ul style="list-style-type: none">• tenido la creencia de que ella es una parte de su hermano que murió, refiriendo si ella no hubiera nacido su hermano viviría,• Su madre le decía muchas veces que “era mejor que hubiera sido un hombre y que su padre quería un hombre no una niña, entonces su padre la engañaba”.• Alejandra posiblemente trataba de complacer a su padre “tratando de ser ese niño que no nació”, sin embargo, cambia cuando el padre le decía “eres la mujercita más linda de este planeta”, ante lo cual enojaba su mamá.• Evidenció la creencia de que por ella sus padres pelearon constantemente, cuando su madre muere se “arrepiente porque no pudo pedirle perdón”.• Mencionó que le debe muchas cosas a la vida, pero que sin embargo, ya no podrá hacer nada pues ella afirma que “morirá de cáncer”.
<p>Representación de los senos</p>	<ul style="list-style-type: none">• Principalmente recuerda que su padre le decía cuando era adolescente, que le gustaba como se veía, se veía como “todo una mujer, ya le habían crecido sus pechos”. Algo que la hacía “sentirse bien y culpable al mismo tiempo pues sentía que su mamá se enojaría con el”• A ella le gustaba comprar cremas con elastina, para el cuidado de sus pechos: “me gustaba mantener mis pechos bien vistos... mi papá me compraba mis cremas”• Se llegó a comparar a partir de sus senos con su madre: “mi mamá era plana, ella no tenía los mismos que yo... creo que un hombre se fija en esto, es lo primero, y con mi papá paso lo mismo, mi mamá no tenía tanto... el engañaba a mi mamá, las mujeres con las que andaba eran muy pechugonas”,

	<ul style="list-style-type: none">• Los pechos para Alejandra eran una parte de la que más se sentía orgullosa
Representación de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none">• El cáncer fue referido como una moneda con la cual está pagando el daño que le hizo a su madre: “Dios te manda castigos cuando te has portado mal, yo ocasione que mis papás se enojaran mucho, mis hermanas no me quieren por esto, ellas me dicen que eso me paso por preferir a mi papá”.• El cáncer es un motivo para renunciar a los cuidados de su hija, pues se encuentra buscando “con quien la dejara pues ella ya no la podrá cuidar”
Amamantamiento	<ul style="list-style-type: none">• Alejandra no amamantó a su hija,• Le daba pena que la llegaran a ver amamantando• Está en contra de las campañas de lactancia pues menciona que es elección de cada mujer.• Mencionó que se siente culpable por haber amamantado a su hija, pues la ve “delgada y frágil”, por no haberle dado leche materna.

PARTICIPANTE 5

Seudónimo: Martha

Edad: 46 años

Nivel so: medio bajo

Residencia: Toluca

Descripción general de la paciente:

Martha es una paciente de estatura promedio, complexión delgada, cabello ondulado canoso, ojos pequeños negros. Al presentarse por primera vez se mostró ansiosa, refiriendo incomodidad al conocer a nuevas personas, esquiva la mirada, cuando habla inclina la cabeza y mira hacia abajo, mayormente oculta las manos. Muestra un discurso pausado, no tolera el silencio, lo que fue confirmado por ella a lo largo de las entrevistas. Mostró dificultad para referirse a sí misma, su aspecto denota cansancio, sus facciones son rígidas, poco expresivas al hablar.

Indicador	Información encontrada
Imagen de sí misma	<ul style="list-style-type: none">• Se le dificulta hablar de sí misma• No le gusta mirarse en el espejo, evita hacerlo• Consideraba que lo que ella hablara de sí misma “no era importante”• Se refirió como una persona poco valorada, sin “nada importante que mostrar”• Desde que recuerda, ella ha sido retraída y difícilmente comunica lo que siente a los demás• existe una imposibilidad de externar sus sentimientos
Pérdidas	<ul style="list-style-type: none">• En la historia de Martha se puede encontrar que vivió una pérdida significativa, cuando su esposo “la dejó”, este se fue con una mujer que era su amiga.• Tiempo después sale con un médico, quien la escuchaba y con el cual salió una ocasión, tuvieron relaciones coitales y

	<p>este se fue. Tres meses después ella es diagnosticada con cáncer de mama.</p>
Feminidad	<ul style="list-style-type: none">• Su madre le decía que: “ ser mujer es lo más difícil que le puede pasar a una persona”,• Describió que ser mujer es ser un objeto sexual: “nosotras las mujeres sufrimos mucho, tan solo vea como él se fue sin importarle nada, a ellos solo les importa el sexo... mi mamá decía que los hombres solo quieren a las mujeres para eso, para divertirse y ya”.• cuando había llegado a la adolescencia, su madre no permitía que utilizaran ropa entallada,• cuando se casa su madre le dice que tiene que portarse como “una mujer” atender a su esposo aunque este la trate mal.• Cuando Fernando, su exesposo la abandona, su madre le dice que no fue “una buena mujer”.• A lo cual Martha se siente poco atractiva como mujer, una mujer en la cual los hombres no se fijan.• Cuando había mantenido relaciones coitales, mencionó que se sentía “incomoda, mal”, sin embargo lo hacía para “cumplir como mujer”
Culpa	<ul style="list-style-type: none">• Evidenció culpa, por “no haber sido la mujer que su esposo quería”, ella menciona que “no vale la pena luchar, que se quedara sola toda la vida”.• Constantemente se reprocha que “no hace bien las cosas”, “nunca está a la altura”, como su mamá muchas veces se lo dijo, actualmente siente que tiene que refrendarle constantemente a su madre, pues “necesita hacer las cosas bien hasta que su mamá lo crea.

	<ul style="list-style-type: none">• Refirió tener responsabilidad ante su propia situación pues abandonó su carrera y decidió casarse con Fernando.
Representación de los senos	<ul style="list-style-type: none">• Los senos son una parte “bonita de la mujer”, pero que se tienen que “cuidar mucho”.• Los senos “dan lata”, son una parte del cuerpo que más se tiene que cuidar como “mujer”• Son vistos como un parte delicada que necesita de cuidados, (Martha no se los dio).• No le gustaba que la tocaran, ni ella se tocaba al momento de las exploraciones oncológicas
Representación del cáncer	<ul style="list-style-type: none">• No entiende porque enfermó de cáncer, mencionando que posiblemente se deba a un castigo• Atribuyó también que este apareció por las radiaciones y avances tecnológicos.• Mencionó, percibir la aparición del cáncer como un momento de su vida en el cual “tiene que aprender algo” (no especificó qué)• Se mostró pasiva ante el cáncer: “hasta que este quiera ceder”• Las fantasías relatadas acerca del cáncer fueron: “algo que te quema los senos, como si te golpearan, te ataca desde adentro, es algo que no puedes ver”

ANALISIS DE RESULTADOS

Tomando en cuenta que el objetivo del trabajo es, el análisis del conflicto psíquico y su expresión en el cuerpo por la pregunta del cáncer de mama, surgieron siete indicadores, de los cuales a continuación se realizara el análisis de las cinco participantes por cada uno de estos, la imagen de sí, misma, pérdidas, culpa, feminidad, representación de los senos, representación de la enfermedad y amamantamiento. Se ha de remarcar que los anteriores indicadores surgieron de las dos categorías, Relación madre-hijo.

De lo anterior se subraya que en cada indicador se encuentra la presencia de aquella relación madre-hija y como resultado de esta relación se presenta el conflicto psíquico. De tal manera que a continuación se presenta el análisis subtendiendo implícitamente la relación madre hija y el conflicto psíquico.

1. IMAGEN DE SÍ MISMA

“No elegimos lo que somos; somos lo que nuestros significantes corporales quisieron que fuéramos; estamos alienados por un rasgo destacado de nuestro físico y no podemos evitarlo”

*“El cuerpo representa la emoción que no puede vivirse en la cabeza”
Nasio p. 70*

Se iniciara por citar dos fragmentos que se han considerado útiles como base para desplegar el análisis de la imagen de sí mismo en las participantes, retomadas de Nasio (2008), en su libro “Mi cuerpo y sus imágenes”.

“Nunca percibimos nuestro cuerpo tal como es sino tal como lo imaginamos; solo lo percibimos fantaseado, es decir, envuelto en las brumas de nuestros sentimientos, reavivado en nuestra memoria, sometido al juicio del Otro interiorizado y percibido con una imagen que ya tenemos de él. Así es como, fieles a nuestros fantasmas, ¿qué digo?, esclavos inocentes de nuestros fantasmas, vivimos cotidianamente nuestro cuerpo, o bien olvidándolo (y aquí identifico mi cuerpo con mi ser y me digo

que soy mi cuerpo), o bien pensando en el (y aquí considero mi cuerpo como mi bien más estimable y me digo tengo un cuerpo)” (p. 64).

“...deberíamos decir que a las dos imágenes principales de nuestro cuerpo, la imagen real y la imaginaria, se agregan otras dos, la imagen actuada por nuestro cuerpo en movimiento y la imagen nominativa de una particularidad física. Así es como, para el psicoanálisis, tenemos cuatro imágenes, cuatro maneras de vivir nuestro cuerpo: sintiéndolo (imagen mental), viéndolo (imagen del espejo), siendo desbordados por el (imagen actuada) y nombrándolo (imagen nominativa)” (p.74).

De lo anterior, se centrara en analizar la imagen real (la que se siente) y la imagen imaginaria (la que se ve).

En cuanto a la imagen que se ve, en la teoría de Lacan “imagen especular”, imagen que es instantánea del cuerpo, capturado de una vez y como un todo (Gestalt), es el reflejo de una silueta en el espejo, es perceptible fuera de uno mismo, puede ser en el espejo, en una fotografía y en los demás personas y que sin embargo al mirarla, “esta mirada se encuentra galvanizada por aquella energía libidinal invisible... la energiza le da vida a esa imagen y la devuelve hacia nosotros” (Nasio, 2008).

Esta tiene lugar en la fase de desarrollo que Lacan nombró como “estadio del espejo”, en donde se da lugar a la formación del yo, el niño se identifica por primera vez con su imagen corporal, se percibe como una identidad distinta y se cree una unidad homogénea. Sin embargo, también se produce la primera identificación con la imagen de un semejante, tan humano como él, el niño comprende que está en los otros y que los otros están en él.

Esta imagen esta perforada por la libido y tan en mosaico como el cuerpo acribillado de sensaciones, deseos y goce del que es doble.

Tomando en cuenta que las dos imágenes del cuerpo, la de la cabeza y la del espejo, constituyen la sustancia medular del yo. “El yo, aunque sometido a lo simbólico, es esencialmente la síntesis de las dos principales imágenes corporales, la mental y la especular” (Nasio, 2008).

De esta manera es de interés remarcar en cuanto a la imagen del cuerpo real exteriorizada en la conciencia, en las cinco participantes describir lo que sentían, es decir, apalabrar el sentir ante las situaciones “conmoveras” que relataron, les resulto ser una tarea dificultosa, el discurso era pausado, inseguro e incluso como entrevistadora generaba un sentimiento de discordancia, pues lo que decían existía poca afectividad en las palabras y en la gesticulación corporal. Con esto podemos demarcar que el camino hacia un cuerpo nominado y en palabras de Lacan “simbólico” pareciera existir un “cortocircuito” el cuerpo “sentido” carece de palabras, difícilmente pueden llegar a expresar discursivamente su sentir.

En este punto cabe destacar que las cinco participantes mostraron dificultad para expresar, lo que ven de ellas, lo que sienten y lo que cree que los demás perciben de ellas. Retomando la noción de “imagen de sí mismo”, de acuerdo a Nasio (2008), es “un sentimiento, el sentimiento de existir y de ser uno; un sí mismo que uno ama o rechaza”. En las participantes se encuentra un “rechazo a aquella imagen de sí mismas y una dificultad evidente para expresar los puntos anteriores (lo que ven de ellas, lo que sienten y lo creen que los demás perciben de ellas”.

Generalmente, existieron respuestas limitadas, pausadas y dudas al contestar. Alejandra, Liliana y Maritza, trataron de evadir el tema, mientras que María trataba de racionalizar sus respuestas.

En este sentido el cuerpo sentido, es la imagen mental inconsciente, o la protoimagen que remite a una sensación experimentada en la infancia, marcada por la presencia del otro y conservada en el inconsciente.

Nasio describía en sus libro que una imagen prototipo puede resultar evocada en la conciencia ante situaciones similares, de aquí que podamos abordar un primer punto que es la reactivación de una imagen pasada que inconscientemente representa todas aquellas impresiones físicas vivenciadas en algún momento y que son el material para elaborar, los sueños y por supuesto los síntomas. Una imagen impregnada de libido, energizada que se reactivara.

Constantemente en las entrevistas las participantes hablan de un cuerpo que no les gusta, que es feo, que es inferior a los demás, el punto que nos ocupa a abordar es, porque las participantes hablan así de su cuerpo?, porque evitaban mirarse en el espejo? .

Ante la primera pregunta es un tanto evidente relacionarlo con la historia de vida que ellas relataron, una historia con marcados capítulos en donde predominaban las críticas, lo que se recuerda es precisamente lo que tuvo lugar en el pasado y estuvo cargado afectivamente, de esta manera ellas recuerdan nítidamente como sus padres y principalmente sus madres, les marcaban adjetivos a su persona, no está demás como se incluye en resultados, renombrarlos: *“no debes llorar, gritar enojarte, eres mujer y por tanto debes ser sufriente, tienes que trabajar para ganarte la vida, chingale que si no, no comerás, te ves ridícula, eres una tonta, entre otras más”* o en el caso de Alejandra en cuanto a la relación con su padre, *“estás conmigo pero tu mamá no estará contigo”* (palabras de su padre).

Específicamente a Liliana, Maritza, Martha y María, sus padres, se encontraban trabajando la mayor parte del tiempo, a Maritza, se le delegó tempranamente el papel de “madre” adquiriendo responsabilidades prematuramente, haciéndose cargo de sus hermanos, Liliana ante sus hermanastros adoptó el papel de la hija “desconocida” que sin embargo tenía que cuidarlos y más adelante trabajar para apoyar económicamente en casa. María de igual forma salía a vender dulces a la calle, en donde recibió maltrato psicológico y físico por parte de niños mayores que ella, y personas adultas.

Es evidente el rechazo a sus peticiones de apoyo y demandas de afecto, dando lugar a un desfavorable concepto de sí misma y de su autoestima. Asimismo se puede evidenciar que las experiencias de la infancia quedaron sujetas a las invalidaciones de sus madres, en donde se esperaba que respondieran dispuestas hacia ellas. Se encuentra un desanimo en las participantes, donde el dolor, la inquietud, tristeza o enojo fueron inhibidos.

Al momento de preguntar por su “sentir”, por tanto, resultó evidente que en sus vidas, no existió un momento para hablar de ellas, no existió un lugar donde se

echaran sus demandas, poner nombre a sus sentimientos, más en cambio este lugar fue ocupado por una prohibición y palabras críticas, que fueron conformando un collage de su persona, identificándose con cada una de las representaciones que estas evocaban tal como la subestimación, inducción de vergüenza, e invalidaciones a sus peticiones.

De aquí que se pueda referir que lo que sienten, se encuentra velado precisamente por momentos pasados, que ya en la vida adulta se reactivan, se vuelven a repetir, lo que pueden hablar de ellas viene atravesado por estas experiencias, al discurso que fue comunicado por sus padres, ellas son lo que sus padres les nombraron.

Ahora bien, hasta el momento ya se planteó que la imagen inconsciente puede ser reaparecida en la consciencia, con la forma de una imagen evocadora de un pasado, en este caso, en las participantes una imposibilidad para describir su sentir y que este aparece reemplazado por un discurso contenido de críticas, invalidaciones y amenazas.

También de la imagen del cuerpo sentida o real, se desprende una imagen inconsciente exteriorizada en una acción. Esta nos interesa en este trabajo, ya que también al preguntárseles por su “sentir”, el lenguaje corporal se tornaba como el principal protagonista en el momento, las expresiones discordantes con lo que hablaban daban la impresión de que las palabras estuvieran desconectadas con el cuerpo, sus cuerpo hablaban por si solos.

Tanto en las facciones de la cara como la expresión de los ademanes denotaban nerviosismo, incomodidad, ansiedad, inseguridad, sobre todo en María quien pretendía mantener un control absoluto en sus respuestas.

Además de no solo identificar estas imágenes inconscientes en la entrevista vemos que en los actos relatados en las participantes estas imágenes no dejaron de tener su lugar. Las imágenes actuadas según Nasio (2008), es el doble de una emoción de la que el sujeto no tiene conciencia, el cuerpo representa la emoción que no puede vivirse en la cabeza, estas son una de las vías privilegiadas de acceso al inconsciente.

Aquí vale la pena detenerse a retomar los relatos de las participantes, en donde manifestaban actos de los cuales ellas no encontraban un sentido, por ejemplo, en Liliana elegir un esposo que “se parecía mucho a su mamá”, en Maritza un esposo que la manipula y la engaña, al igual que se sentía con sus hermanos, en María contrariamente, ella repetía el papel de su madre para con sus hijos y con su esposo, ella tiene el control de ellos, Alejandra se muestra indiferente con su hija, mencionando que no ha podido estar con ella por sus “enfermedades” tal como su mamá lo estuvo con ella, a Martha se le dificulta relacionarse con los demás, así como a su madre se le dificulto “relacionarse con ella”, además de agregar que su padre engañaba constantemente a su madre, ella es abandonada por su esposo y previamente engañada varias veces.

La constante en lo anterior es la “repetición” (más adelante se abordará), una repetición actuada, de un sentimiento de culpa que se expresa mediante una conducta expiatoria. De tal manera que esta imagen inconsciente, de las sensaciones la que se siente, es reactivada y condiciona a las participantes, tanto en sus elecciones como una forma mucho más predominante en sus vínculos, más que la palabra esta más presente el lenguaje corporal.

Como ya se ha mencionado tanto la imagen sentida, (imagen del cuerpo real), como la que se ve (imagen del cuerpo imaginario), son en conjunto la síntesis del yo.

De esta manera se encontrara que el reflejo que ellas miran en el espejo, es una imagen rechazada, no reconocida como parte de ellas, esta imagen se evita, María, Liliana y Martha, evitan mirarse en el espejo incluso si tenían espejos en su casa los han eliminado, Maritza se mira en el espejo y sin embargo se juzga con severidad, Alejandra se desconoce en el espejo y se reconoce en las fotos cuando era joven y su padre aún estaba vivo. Liliana, Maritza y Martha se reconocen en las otras mujeres, para demarcar sus defectos “ellas sí son...”por lo que odian su imagen. María justifica no mirarse en el espejo pues eso es de “niñas”.

Sea evitando, o reconociéndose en las otras mujeres, las participantes rechazan la imagen de su cuerpo, se juzgan con severidad.

En relación con lo ya antes mencionado y retomando que para Freud en sentido metapsicológico, el “yo” designa la superficie perceptiva del aparato psíquico destinado a tratar las excitaciones provenientes del mundo exterior y las excitaciones pulsionales provenientes del Ello. “...el yo freudiano sería ante todo la imagen inconsciente o consciente, no visual, en mosaico y agujereada, de las sensaciones corporales...el yo es la Imagen del Cuerpo” (Nasio, 2008).

Es así que esta síntesis de las dos imágenes anteriormente analizadas conforman la dimensión indentitaria del yo, reúne todas las representaciones sensibles, afectivas que se vivieron y que se viven en las participantes, estas experiencias conmovedoras ya se han mencionado, de tal manera que es posible afirmar que esa memoria en las participantes se encuentra contenida de experiencias desfavorables, dolientes, faltas de sostenimiento ante las situaciones dolorosas.

En este indicador resulta muy pertinente concluirlo con la siguiente cita de Nasio, en el mismo libro:

“...mi yo, verdadero palimpsesto de la memoria afectiva, se ha modelado en diferentes momentos de mi historia y en el crisol de mis relaciones con el prójimo. Y ahora nuestra alegoría se complica, porque habría que suponer una bóveda estratificada formada por numerosas capas de imágenes transparentes superpuestas, algunas dormidas e inconscientes, otras que aparecen en la conciencia” (p. 101)

.2.PÉRDIDAS

“El seno nace, por la ausencia del seno” Freud.

En este indicador se iniciara por abordar algunos puntos teóricos se ha puesto en evidencia que los pacientes de cáncer han experimentado una pérdida significativa, un motivo

Chiozza (2010), menciona que en los pacientes con cáncer se ha detectado que antes de la aparición del cáncer se ha sufrido una pérdida significativa. Las cinco pacientes expresaron haber vivenciado una pérdida, la separación del esposo, la muerte de su madre y abuela o la emancipación de los hijos. Todas ellas, pérdidas que guardan una trama en la historia de vida de cada una de ellas, para ello resulta importante mencionar que es una pérdida.

En Liliana, Maritza, María y Alejandra, vivenciaron el fallecimiento de uno de los padres. “Específicamente cuando el sujeto se ve enfrentado a la muerte de alguno de sus padres la situación se complejiza. El dolor provocado por la añoranza del objeto perdido queda unido a vivencias de desvalimiento, de fragilidad yoica, de inermidad, lo que da lugar a una cualidad de angustia diferente a la que surge frente a la resignación del objeto en la situación edípica. Estaría vinculado a lo que Freud describe como angustia primaria” (Freud, 1927).

Por otra parte la angustia ante la pérdida de un ser amado sostenedor se hace intolerable para el yo inmaduro, no autónomo, llevándolo entonces a la utilización de severos y persistentes recursos defensivos (Freud, 1927).

De las pérdidas antes mencionadas las pacientes expresaron sentimientos de desamparo, vacío y tristeza, de aquí que se tome en cuenta lo descrito por Freud en su artículo “Duelo y melancolía”, el duelo es un proceso normal, mientras que la melancolía es patológica. Ambos, sobrevienen como consecuencia de la pérdida del objeto amado, en ambos casos existe un estado de ánimo doloroso, una pérdida de interés por el mundo exterior, una pérdida de la capacidad de amar y una inhibición general de todas las funciones psíquicas. Sin embargo, existe una diferencia, pues

la melancolía incluye otro síntoma que no está en el duelo, “la pérdida de la autoestima”, lo que se traduce como autorreproches, una constante en Liliana, Maritza, Alejandra y Martha.

Ahora bien si tomamos en cuenta que el duelo de por sí es un fenómeno complejo y es un elemento central en la vida de toda persona. El transitarlo se vincula por un lado a sus posibilidades de elaboración y cambio y, por otro remite siempre a la cadena de duelos precedentes que lo han marcado como ser individual, esto es la pérdida del primer objeto. Ante esto recordemos que en las pacientes se encuentra una vida caracterizada por el maltrato y abandono, un yo débil, endeble enganchado al discurso de la madre, un discurso de reproches.

Aparentemente ante estas pérdidas ellas no recibieron apoyo, produciendo angustia y daño, experimenta afectos de dolor, celos, angustia, humillación narcisista, odio y el más importante para este estudio, de “culpabilidad”, ésta se caracteriza en el sujeto por un sentimiento proveniente de la “certidumbre de lo irreparable”, de la vergüenza de haber sido y el dolor de ya no ser el objeto de amor de su amado y en todos los casos de no haber sido amadas.

De acuerdo a Klein (1937) ante una pérdida, se reactivan las tempranas ansiedades psicóticas, el sujeto en duelo atraviesa por un estado maníaco-depresivo modificado y transitorio, y lo vence, repitiendo en diferentes circunstancias y por diferentes manifestaciones los procesos por los que atraviesa el niño en su desarrollo temprano.

Un punto importante a agregar, es que las pérdidas significativas, guardan relación en el enfermar de cáncer, Chiozza (2010), en su libro “porqué a mí, porqué ahora” menciona que se ha comenzado a insistir, en que los disgustos, el estrés, los traumas psíquicos o el atravesar un difícil proceso de duelo deben ser tenidos en cuenta como un factor importante que puede culminar en la eclosión de un cáncer e influir en la forma que evoluciona. Las frecuentes problemáticas de una enfermedad, expresan lo reprimido de una manera encubierta, representando un

intento simbólico de modificar esa historia, ese episodio traumático que no se pudo resolver de un modo saludable. El cáncer de esta manera, no es un intruso en la persona que lo padece, no es un desarrollo monstruoso que se comporta como un parásito, más bien, es algo que pertenece al enfermo que lo ha “producido” (Chiozza, 2010).

De aquí que se considere que no al “azar”, después de la pérdida de una persona significativa en las participantes tiempo después hayan sido diagnosticadas con cáncer. En Liliana dos años después de la muerte de su madre, Maritza, cuando su hijo mayor se casa al cual consideraba como su “principal soporte”, en María cuando su hijo mayor “se va a estudiar a Guadalajara, Alejandra enferma tiempo después de que su padre fallece, y Martha cuando su esposo la abandona.

A lo anterior se puede agregar que de acuerdo a Chiozza (2010), una de las condiciones necesarias para que se genere un cáncer consiste en un fracaso actual de la gratificación libidinal correspondiente a los últimos estadios de la evolución que la sexualidad que ha alcanzado en una determinada persona, sobre todo en aquellos que para esa persona son los más eficaces “económicamente” y constituyen su modo habitual de descargar la excitación erótica. A partir de esa frustración, se condiciona una regresión que incrementa la energía pulsional contenida en la fijación narcisista embrionaria “reactivando” las fantasías que ese núcleo inconsciente contiene.

Según este psicoanalista, la observación clínica muestra que esta condición necesaria para que aparezca un cáncer suele presentarse en forma de un duelo importante provocado por la pérdida de alguna persona o de alguna otra situación significativa.

Finalmente según Klein, en el adulto, sobreviene el dolor con la pérdida de una persona amada; sin embargo, lo que lo ayuda para vencer esta pérdida abrumadora es haber establecido en sus primeros años, “una buena imago de la madre dentro de sí”. Por otro lado, el sujeto en duelo, si está rodeado de personas que él quiere y que comparten su dolor y si pueden aceptar su compasión, también esto favorece la

restauración de la armonía de su mundo interno y se reducen más rápidamente sus miedos y penas, situaciones que no se encuentran reflejadas en la vida de las pacientes (Klein 1937).

Condiciones que no estuvieron presentes en las participantes, lo cual lleva a enlazar estas ideas con la imposibilidad de descarga paulatina, de aquellas excitaciones eróticas, que plantea Chiozza, en las participantes, no existió un sostén en estas situaciones pues las personas pérdidas en Maritza y María, el hijo mayor con el mantenían un vínculo incestuoso, Alejandra mantenía un vínculo incestuoso con su padre, y Liliana con lo muerte de su madre , pierde la relación dependiente, en donde existía una difusión de identidad con ella, pues no podía realizar algo sin que su madre se lo dijera.

Se nombra vínculo incestuoso, haciendo alusión a que Maritza y María depositaban en sus hijos deseos de apropiación, de control, de dominio, en donde ambas se mostraban necesitadas de ellos, los consideran “sus soportes”, eligen y deciden por ellos, llegando a “manipularles”. “Es una elección de un objeto narcisista que satisface aspiraciones ideales y fantasías que involucran un dar de características narcisistas, a través de un vínculo excitante, incestuoso, al cual la mujer vive "entregada" en una unión indiscriminada” (Spagnuolo, 1983).

3. FEMINIDAD

La identidad femenina se subtiende en diferentes dimensiones, por una parte encontramos, las influencias hormonales, el sexo asignado, las diferencias conductuales innatas, las actitudes de los padres, e incluso las sensaciones corporales y sus imágenes mentales, esto de acuerdo a Brazelton (2011).

Retomando a Freud (1931), la feminidad es un tema que ha asignado como un “continente negro” el cual refiere es un enigma por descifrar, inicia por abordar aquella dificultad para abordar el complejo de Edipo en la niña, tanto en su artículo sobre la Feminidad y conferencia de la feminidad, hace hincapié en la relación madre-hija, la menciona como aquella ligazón con la madre, tan intensa que la niña necesitara apartarse de ella, aquella ligazón-madre debe culminar justamente por ser la primera y por su intensidad; ello haría que fácilmente sucumba a la decepción y al odio.

Así, lo femenino haría referencia a las primeras experiencias pre-idílicas, pre-especulares, con una poderosa pregnancia de "lo materno" y que descentran la polaridad masculino-femenina.

En el intento de remarcar nuevamente el deseo de los padres, pues bien, cuando los padres conciben a un hijo, surgen fantasías en relación al sexo del hijo, conscientemente los padres podrían decir que no importa el sexo mientras este llegue bien, y en cambio como lo ha demostrado la teoría psicoanalítica, inconscientemente se desea un sexo específico del hijo. Desde el primer reconocimiento del sexo del hijo, los padres experimentan diferentes sentimientos hacia un bebé varón y hacia una niña. La madre sin duda verá partes de sí misma más fácilmente en una niña, y tendera a elegir al varón en un complemento de ella misma. Los padres no pueden sino desear un hijo varón con el cual identificarse, y una niña hacia la cual albergar sentimientos más tiernos. Estas catalogaciones inconscientes determinan, en cierta medida, la forma en como los progenitores tratarán al bebé.

En el caso de Alejandra, antes de que naciera ella había fallecido un hermanito, al cual su padre esperaba con anhelo y al que nombraron “Ángel”, cuando ella nace su

padre mantiene una relación muy cercana con ella, la llevaba los fines de semana con sus amigos a jugar fútbol, ella deseaba ser niño, y no defraudar a su padre, sin embargo cuando llega a la adolescencia, su padre la incentiva a “portarse como una mujercita”, comprándole ropa. “De cierta manera, el modo de sentir los deseos de los padres ante lo femenino y la masculino, tendrá una poderosa influencia en la identidad de género y se transmitirá al hijo de maneras sutiles a través de cada interacción” (Brazelton y Cramer, 2011),

De acuerdo a lo anterior se puede mencionar que en las participantes, muestran rechazo ante su cuerpo y más específicamente ante los órganos que caracterizan físicamente a la feminidad, su imagen vista en el espejo y cierta “vulnerabilidad por ser el sexo débil”, construcciones puestas tanto en el discurso y actitudes de la propia madre y también sobre el padre, así como por el fomento de la cultura fuertemente estereotipada.

Liliana: “ha sido difícil ser mujer”, “no sé cómo es que puede existir tanta gente mala que abuse de las mujeres”, “existen más cánceres en las mujeres que los hombres” “ser mujer para mi es... difícil...”, “me gustaría arreglarme como esas mujeres bonitas... lo he hecho pero me veo ridícula”, “Cuando llego mi menstruación no sabía qué hacer, me da pena saber eso, cuando llegaba me dolía mucho el vientre y no dejaba que nadie se enterara de que andaba así” “no me dan ganas de arreglarme”

Maritza: menciona que “las cosas de mujeres deben ser discretas”, ella recuerda que de niña, su padre le enseñó a ser como una mujer debe ser: “entregada y complaciente con los hombres” aunque también menciona su padre nunca permitió que con el fuera servicial, “el me rechazaba si yo quería hacerle algo... regañaba a mi mamá porque ella era la única que podía servirle”. Maritza refiere que nunca había pensado en lo que es ser mujer “nunca había pensado en eso, cuando según es el día de la mujer me han regalado algunas rosas y chocolates, pero no sé ni porque

pues somos mujeres y ya no?, no es cosa del otro mundo, es más les he dicho que no me regalen nada, no me gusta que den algo así”. Por otra parte su madre, le ha dicho que hay cosas que no puede hacer: “andar como una cualquiera, que debe cuidar bien como se ve” “su madre le seguía eligiendo la ropa cuando ella tenía 15 años”, a lo que menciona “a veces me canso de seguirme vistiendo así, pero no puedo salir sin arreglarme... es que si no mi marido y mamá se fijan si no lo hago”

De esta manera podemos mencionar en ambos casos que la feminidad en estrecha relación con el origen y estructuración del yo, reside por tanto en que de niñas se pudieran haberse nombrado así mismas, pues es claro que la palabra de los padres que las atraviesa, las posiciona en un mundo, aquel mundo de la diversidad y más aterrizado en género femenino y masculino, y como Brazelton menciona tiene que ver con aquellos deseos inconscientes de los padres.

Es así que la feminidad se encuentra vinculada a la imagen corporal, Doltó (2010) afirma que “la imagen del cuerpo es aquello en lo cual se inscriben las experiencias relacionales de la necesidad y del deseo, valorizantes y/o desvalorizantes...” (p. 33), esas sensaciones de valorizar o desvalorizar han de manifestarse, menciona la autora, como una simbolización en la variación de la percepción del esquema corporal. La mujer aprende cómo debe ser su cuerpo basada en el reflejo de otras semejantes en el trayecto de su historia.

El padecimiento más pertinaz en la neurosis femenina no remite a la herencia del complejo de Edipo, sino a su fundamento mismo, ubicado en la relación prehistórica con el Otro materno, teñida de una intensa ambivalencia de sentimientos y portadora de una conciencia moral severa, (Cabrera, 2001).

La madre, de esta manera se revela como un Otro primordial que inscribe, a fuego, significantes en el cuerpo del ser hablante, marcas arcaicas y oraculares que hacen insignia y configuran modos de gozar. La insensatez en ocasiones indialectizable de dichas marcas revela su matiz mortífero en el empuje al goce superyoico, allí donde

la insuficiencia del padre simbólico no es la excepción, sino la regla que hace síntoma, en las pacientes se pone de relieve una falta del padre, no se expresa amor, o admiración hacia él, no es temido.

Por tanto el amor a la madre deviene el portavoz de todas las aspiraciones que, cumpliendo el papel de una 'conciencia moral', quieren hacer que la muchacha se vuelva atrás en su primer paso por el camino nuevo, peligroso en muchos sentidos, hacia la satisfacción sexual normal, y aún logra perturbar la relación con el hombre. En este sentido, resulta plausible afirmar que, en modo alguno, la moral femenina es débil o permisiva. Justamente, al provenir del vínculo primitivo con la madre, la conciencia moral se muestra despótica y se caracteriza por un sadismo de especial severidad, el cual consigue perturbar incluso el pasaje al Edipo propiamente femenino o, bien, la relación con un partenaire masculino.

Existe en María, Liliana, Maritza y Martha una relación de dependencia con su madre, la madre con la cual ellas se han identificado, es doliente, sufriente, servicial ante los hombres. Esta feminidad se expresa en el actuar, vestir, hablar y en sus vínculos ante los demás, especialmente ante el esposo.

Las características femeninas son infravaloradas, ellas se subestiman siendo mujeres e incluso, sintiéndose usadas, como un objeto maleable ante las demás situaciones. Existe una oposición ante esta feminidad cuando se "comparan", con las demás mujeres, a las que refieren "bonitas, lindas" y ante lo cual se detectó en ellas un deseo de ser "como esas mujeres lindas, bonitas", se muestran inhibidas e imposibilitadas para disfrutar de su feminidad, pues es algo que está prohibido mediante el discurso de su madre y sobre todo del padre.

4. CULPA

Este indicador se encontró más evidente y frecuente en el discurso de las cinco participantes. Mayormente se muestran culpables, en sus relaciones interpersonales y a sí mismas, se conciben como personas que “no merecen tener” o se culpan de no agrandar a los demás, de no hacer lo que piden los demás, pero principalmente por no ser ellas mismas, de esta última se detectó una culpa por haber nacido mujeres y no poder complacer a sus padres ante sus deseos “ellos esperaban a un varón”, menciona una de ellas, mientras que las demás relatan cómo es que sus padres mostraron preferencia ante sus hermanos varones, ellos mostraban diferencias marcadas en el trato dado a una hija mujer que a un hijo varón, a ellos, según las pacientes se les tiene mayor confianza y por esto se les da más libertad de decisión y de salir de casa.

Tomando en cuenta la definición de culpa según Freud, es más que toda una angustia social, una angustia frente a la pérdida de amor, la cual emerge en un individuo cuando éste es sorprendido realizando un acto prohibido por los progenitores.

Detectamos que el sentimiento de no satisfacer a los padres, les genera un sentimiento de desvalorización a sí mismas, y por tanto mostrarse inútiles de generar satisfacción en ellas y en las demás personas. El sexo femenino y lo que genera socialmente, en este caso frente al patriarcado, es un aspecto importante a considerar para entender parte de la insatisfacción de los padres.

Si retoma la importancia de la identificación de la hija con la madre y relacionándolo tanto con lo social con las relaciones gestadas en el interior de la familia y así como la capacidad de la madre, de transmitir “una feminidad libre de culpa”, se encuentra que estas características son deficientes pues la constante es: “el ser femenina es igual a “sufrimiento, sometimiento y debilidad”, y por tanto todo lo relacionado con ello se vive como prohibido, de aquí que el cuerpo no debería sentir placer, específicamente las zonas erógenas que la caracterizan, el erotismo se encuentra paralizado, mediante el “no es bueno ser mujer y todo lo relacionado con serlo”, el disfrutar de la vida femenina es algo que se detecta en estas pacientes, es algo

prohibido, que debe ser suprimido, a lo cual no tienen derecho, y cada vez que se encuentran en una situación en donde puedan disfrutar, lo evitan o más aún se sienten culpables.

Ante este punto, es importante mencionar que a palabras de Freud, el yo odia, aborrece, y persigue con propósitos destructivos a todos los objetos que llega a suponer como fuente de displacer. En el caso de las pacientes se vive un displacer y por tanto existe un odio, hacía sus madres, pero se muestra encubierto, se les ha dedicado, tiempo exclusivo, y sobre todo una representación de una madre que frustra pero que las ha traído al mundo y ante la cual ellas están en deuda, donde no han sabido corresponder. Se muestran insuficientes para ganarse el amor de mamá.

Podemos agregar también a palabras de Doltó, que los actos que se convierten en prohibidos son aquellos que los progenitores le exigen al pequeño una transacción: recibirá el amor de ellos a cambio de que renuncie a la satisfacción pulsional. El individuo en consecuencia se debate entre dos bienes: el amor y la satisfacción de la pulsión. Tener uno implica renunciar al otro. Es así como se le exige al sujeto pagar con la renuncia a la satisfacción pulsional, para obtener a cambio el amor del otro. La culpa, en este contexto, es el dolor psíquico que se impone el individuo por haber traicionado al otro y por poner en riesgo su amor. Es así como en este primer tiempo culpa, amor y pulsión se encuentran en estrecha relación.

Liliana: “Ella no platicaba conmigo, se la pasaba trabajando, pero era muy fuerte, ella no sabía cómo hacer las cosas, ha de ser difícil que te abandonen, y que te dejen a alguien que te hará recordarlo toda la vida, por eso ella es así”

Maritza: “dudaba en casarme, aunque quería mucho a mi marido, me sentía mal, como iba a dejar sola a mi mamá, voy a verla y aunque se enoja, no puedo dejar de verla, yo soy muy diferente a mis hermanos, yo si he estado al cuidado de ella, cuando se enferma yo soy quien está con ella... un día no la fui a ver porque era cumpleaños de mi hijo, me sentía nerviosa, pensaba en que hará mi mamá”

María: “ cuando mi mamá enfermaba tenía que ir a visitar, no me gustaba mucho porque sabía que me reprocharía su enfermedad, si no la hubiéramos hecho enojar ella no se podía haber enfermado... y si hacemos así las cosas como no se va a sentir mal (complacerla en lo que su madre les pedía). “Yo siempre no hago las cosas siento que no puedo”

De acuerdo a lo anterior se puede mostrar que debido al sentimiento de culpa aparece una actitud de sumisión que crea sentimientos de inferioridad y puede conducir reactivamente a una conducta agresiva, que en este caso, se muestra volcada hacia sí mismas.

Por otra parte se puede entender que el sentimiento de culpa es la expresión del conflicto de ambivalencia y de la eterna lucha entre el instinto de vida y el de muerte. Pero no siempre aflora ese sentimiento de culpa en el campo de la conciencia sino que, muy frecuentemente, se encuentra totalmente reprimido, en un plano inconsciente, y se manifiesta indirectamente por alguno de sus efectos: irritabilidad, malhumor, apatía, depresión, trastornos psicósomáticos, etcétera. Otras veces, sin embargo, se expresa, por una tensión intrapsíquico que ocasiona un estado de profundo malestar acompañado por un sufrimiento continuo, depresión y el presagio de alguna catástrofe que podría ocurrirle al individuo. Estas últimas expresiones están asociadas, profundamente, a una inevitable necesidad de castigo (Grinberg, 1976).

Esta culpa puede ser originada, según Klein (1953), en las fantasías oral-sádicas de devorar a la madre y, ante todo, sus pechos. La culpa no se presenta en el período final del complejo de Edipo, sino que es uno de los factores que, desde un comienzo, moldean su curso y afectan su desenvolvimiento.

Se puede mencionar que los sentimientos de desvalía muestran que el yo, bajo la influencia del sentimiento de culpa, se somete a los mandatos del Superyó es el temor de perder su cariño y protección, en este caso de la madre. Si la adversidad le persigue reconoce sus pecados y se impone privaciones y castigos. Entonces, se

renuncia a la satisfacción de los instintos como consecuencia del temor a la autoridad exterior y para no perder su amor, se resisten a quererse y aceptarse como mujer, así que se han saldado las cuentas con dicha autoridad y no tendría que subsistir ya ningún sentimiento de culpa.

Nasio (2011), menciona que se tiende a repetir, no basta con la renuncia instintiva, pues el deseo persiste y no puede ocultarse ante el superyó. Surge entonces el sentimiento de culpa y la necesidad de castigo, esto repetitivo, no de la misma manera ni en mismas circunstancias, si podría similarmente pero nunca igual, tal como lo vemos en las pacientes, se muestran culpables de interesarse por sí mismas, prefieren que sean otros quienes lo hagan por ellas aunque parece ser no suficiente, esto lo podemos mostrar en los tratamientos oncológicos, su familia se muestra interesada pero les dan la impresión de que no están interesados, ellas perciben que lo llegan hacer por lastima, e incluso se muestran incomodas con esta cercanía de los familiares, pues los rechazan expresando que “ les quitan el tiempo a ellos y eso es lo último que querrían”.

5. REPRESENTACIÓN DE LOS SENOS

Uno de los sentidos como podemos comprender el simbolismo es aquel que plantea que los símbolos son entendidos como asociaciones constantes y de aspiración universal válida, que se dan entre representaciones conscientes de palabras o cosas (como el seno) y determinados contenidos inconscientes, el simbolismo del seno implica su función identificatoria con el “ser mujer”, con el identificarse con la especie y cumplir con los estándares y patrones establecidos e interiorizados a nivel filogenético. Con todas aquellas ideas culturales que han sido plasmadas en el cuerpo femenino (Campos, 2006).

Como parte identificatoria de la feminidad, resulta esencial también remitir la imagen del cuerpo, que Doltó (1984), describe está trazada por el inconsciente, este inconsciente residente del vínculo, un vínculo constituido por la palabra del otro. En este sentido recobrando la imagen corporal, que como se había señalado, se encuentra distorsionada e incluso rechazada, el seno, es difícil de representar para ellas, es un órgano extraño para ellas por ejemplo en el caso de Alejandra:

Mencionó en varias ocasiones: *“mi padre me decía que le gustaba como me veía... que me veía como todo una mujer, que ya me habían crecido mis pechos”*, en ocasiones su padre le compraba brasiers, *“era nuestro secreto... nadie más lo podía saber, aunque creo que mi madre ya lo sabía... eso me gustaba aunque me daba miedo que mi mamá nuevamente se enojara con él”*. Ante lo anterior Alejandra argumenta que esa era la parte que más le gustaba, *“compraba cremas con elastina, para mantener mis pechos bien vistos”*, *“mi mamá era plana, ella no tenía los mismo que yo... creo que un hombre se fija en esto es lo primero, y con mi papá paso lo mismo, mi mamá no tenía tanto... el engañaba a mi mamá, las mujeres con las que andaba eran muy pechugonas”*, *“qué bueno que mi papá no está ahora, él se hubiera sentido muy triste de verme así, mis pechos han cambiado mucho desde que enfermé... el nunca trato de verlos, pero él decía que una mujer bonita era de buen pecho”*.

Estos existen en cuanto alguien se los nombre, en este caso padre, por si sola llegaba a mencionar que se le dificultaba, pues de niña ella deseaba ser un niño, en

la adolescencia le crecen los senos y se avergonzaba de estos, no quería que nadie la mirara, hasta que su padre reconoce esta parte de su cuerpo en ella mencionándole que “ya es toda una mujercita”, cuando su padre muere, se le dificulta reconocer esta parte de su cuerpo. Otro aspecto importante en Alejandra, es que sus senos “eran más grandes” que los de su madre, situación ante la que siente culpa pues mientras que su padre le decía que se veía bien, su madre se alejaba más de ella.

María expresa que lo que heredó de su madre “son sus pechos”, unos pechos grandes, a los cuales ha tratado de ocultar, mencionando que le “estorban”:

“los pechos para mi simplemente están como de adorno, son algo que pues no me puedo quitar, si por mí fuera me los quito”, “ahora con el cáncer, pues si me lo llegan a quitar, pues ya que podría hacer”.

Uno de los tantos significados de los que está cargado el seno es en cuanto a su función y relación con el erotismo femenino al ser una parte del cuerpo que desempeña un papel directo e importante en el acto sexual y en la situación estética de la anatomía femenina.

En Maritza, aunque trataba de mantenerse “bien arreglada”, mencionó que jamás ha utilizado un escote, y no le gusta que se vean sus senos, se ha mirado en el espejo y trata de evitar verse los pechos y los genitales, únicamente le gusta ver su cara, tiene un espejo de cuerpo completo y se mira únicamente con la ropa puesta, pues de lo contrario evade inmediatamente la vista. Sus senos para ella siempre han sido de cuidado, pues desde que recuerda le dolían cada mes cuando le tocaba su menarquia. Maritza recuerda que cuando era adolescente y los pechos le habían crecido le daba pena que su padre y sus hermanos la miraran, menciona que los ocultaba con vendas para que no se le vieran “tan grandes”, menciona que la primera vez que tuvo relaciones coitales, le daba asco que la tocara en los senos.

El erotismo juega un papel sumamente relevante con respecto a la convivencia con las personas del sexo opuesto y de su mismo sexo, así como también en cuanto a sus propios procesos internos.

6. REPRESENTACIÓN DEL CÁNCER

Se considera pertinente comenzar por describir los puntos que hacen alusión a algunos de los factores predisponentes para la eclosión de un cáncer. De acuerdo con Chiozza, plantea a partir de sus múltiples investigaciones, que existen condiciones “psicodinámicas” necesarias para que surja un cáncer:

- Deseo narcisista prenatal que no se integra con el desarrollo que emprende el resto de la personalidad hacia los estadios sucesivos y permanece, por lo tanto, completamente ajeno a la conciencia.
- Forma de un duelo importante provocado por la pérdida de alguna persona o de alguna otra situación significativa.
- Imposibilidad de des-cargar en sentido progresivo, es decir, a través de cualquier otro de los estadios posteriores de la evolución libidinal, excitación generada en la fijación embrionaria. La etapa que sigue inmediatamente, en sentido progresivo, a la fijación narcisista surge de la relación de objeto endogámica que el bebé establece con su madre y excita los deseos incestuosos que determinan el Complejo de Edipo.

Esto de acuerdo a su estudio pato biográfico en los pacientes con cáncer, donde menciona que la aparición de la enfermedad en determinado capítulo de vida del paciente así como la aparición en determinado órgano no es una aparición al azar sino más bien con una reactivación de una fijación psíquica.

De los indicadores anteriores, relación con la madre y pérdidas vivenciadas, en el primero encontramos que posiblemente se encuentre una fijación en esta relación, una relación insatisfactoria y ambivalente, se puede encontrar una madre hostil, frustrante ante las necesidades y deseos de la hija, una madre incapaz de transmitir amor; posterior a esta se ha notado que se ha vivenciado una pérdida significativa, en la cual se ha reactivado la primera pérdida vivenciada y con ella sus defensas que en este caso bajo la teoría de Klein han sido esquizoparanoideas.

El tercer punto de acuerdo a la formulación de Chiozza, podemos mencionar que efectivamente existe una imposibilidad de descarga progresiva, de aquella excitación

generada en la relación madre hijo y hasta posiblemente en el estado embrionario.

Alejandra: “siento un miedo que no me deja, como si algo fuera a pasar, a veces no quiero salir de casa me da miedo que algo llegue a pasar... no que puede pasar, a veces me digo no, que puede pasar, y trato de yo sola calmarme pero no puedo, después de un ratito vuelve a regresar ese miedo... me he dado cuenta que siempre que estoy ante una persona desconocida o situación nueva no me puedo calmar, me dan nervios, siento que mi corazón late muy fuerte y me duele el estómago”

En esta breve viñeta estas sensaciones mencionadas por Alejandra, han estado presentes desde que ella era una niña, de pequeña enfermaba constantemente y las emociones parecieran expresarse mediante el cuerpo, esa sensación de temor y angustia es experimentada ante cualquier situación donde ella debe mostrarse como es. Lo que hace falta es que se torne en palabra a pesar de que ella está dentro de una relación con el deseo de alguien que, a su vez, constantemente, representa un llamado (Nasio, 2007).

Menciona MacDougall (1989), que cuando un adulto representa inconscientemente sus límites corporales como mal definidos o no separados de los demás, las experiencias afectivas con otra persona importante para él o a veces con cualquiera que consiga movilizar por casualidad la memoria del cuerpo de un trauma psíquico antiguo, pueden provocar una explosión psicósomática, como si, en tales circunstancias, no existiera más que un cuerpo para dos.

En Alejandra las situaciones reactivadas detonan paranoia, como si estuviera presionada por alguien, o en todo caso perseguida *“como si alguien me estuviera pidiendo las cuentas”*, si recordamos su madre y su padre ambos rígidos, no toleraban que Alejandra llorara, o gritara, cualquier situación que mostrara que ella estaba viva era inhibida por sus padres.

De acuerdo a MacDougall (1989), toda petición de ser liberado de síntomas psicológicos es una paradoja, en la medida en que estos síntomas representan

intentos infantiles de auto curación y se crean como soluciones para un dolor mental intolerable.

Pareciera ser que en las pacientes tal como Alejandra, Martha y Liliana, las enfermedades han sido una característica constante en sus vidas. Ellas enfermaban en su niñez, y actualmente no logran nombrar lo que experimentan cada vez que enfurecen o entristecen. El cuerpo es mostrado como un velo de silencio que cubre el desamparo psicosomático hasta que resulta ya imposible negarlo. Los pacientes adultos funcionaban psíquicamente como niños pequeños que al no poder utilizar palabras como vehículo del pensamiento no podía reaccionar más que psicosomáticamente a una emoción dolorosa.

Si tomamos en cuenta que la mayoría de las madres hablan constantemente con su bebé, las estructuras psíquicas más antiguas del niño pequeño se articulan alrededor de significantes no verbales, donde las funciones corporales y las zonas erógenas desempeñan un papel primordial. De esta manera en la medida que un niño vive intensas experiencias somáticas en los primeros meses de vida, mucho antes de tener una representación clara de su imagen corporal, no puede experimentar su cuerpo o el de su madre más que como una unidad indivisible. De tal manera que aunque el bebé busque intercambios con la madre y desarrolle precozmente sus propias formas de relación con el entorno, no realiza una distinción bien definida entre él y el objeto

Así mismo podemos evidenciar algunos de los frecuentes malestares que han padecido las pacientes, entre ellos puedo mencionar, úlceras gástricas, reflujo, gastritis. En especial Martha mencionaba lo siguiente:

“De niña mi mamá se enojaba conmigo porque me enfermaba mucho del estómago, me internaron, pero mi mamá estaba ocupada y no me iba a ver, la Dra. Me decía que tenía que portarme bien porque si no me iba a curar... me daban más dolores cuando tenía que ir a la escuela, no me gustaba, mis maestros eran malos y de eso tenía vómito, y así fui muy enfermiza, y eso se enojaban mis papás, mi

papá me decía que parecía una bebé que ya estaba grande para hacer mis graciosas das”

Finalmente en circunstancias de una enfermedad sin aparente causa orgánica, menciona MacDougall, que es tentador concluir que se puede encontrar frente a un modo arcaico de funcionamiento mental que no sirve del lenguaje. Ante ello resulta importante denotar que dentro de los posibles factores desencadenantes del cáncer, de acuerdo a la OMS, son antecedentes con cáncer de mama, sobre peso, menarquia y menopausia precoz, uso abusivo de anticonceptivos, primer hijo después de los 30 años, falta de amamantamiento a los hijos, consumo de alcohol o tabaco. Es importante destacar que no todas las pacientes cumplen con estos factores considerados como predisponentes al cáncer.

Sin embargo, encontramos mayor relación con las causas relacionadas con el estrés y los rasgos psicológicos, esto a partir de la idea de la influencia de la mente en el proceso de la enfermedad:

- Experimentar la pérdida de una relación importante o una persona significativa o una posición en la vida.
- Ser una persona rígida, conformista, con una actitud exagerada con respecto a la autocrítica.
- Tener una relación perturbada o emocionalmente estéril con alguno de los padres
- carecer de salidas emocionales satisfactorias, tener la costumbre de encerrar o suprimir la ira y otras emociones fuertes.
- Tener poca capacidad para encarar los cambios productores de estrés en la vida, tener la sensación de desamparo y desesperanza frente al estrés.
- Estar deprimido, no necesariamente de forma grave como para requerir ayuda profesional, pero lo suficiente para registrar más depresión que el promedio en una prueba psicológica.

Ahora bien, abordando la representación de la enfermedad, de acuerdo con Peluffo (2004), el cáncer se trata de células que crecen irregularmente, denominadas:

“tumores malignos”. Esta malignidad, según el autor, tiene un sentido metafórico, entendiendo que la metáfora es dar a una cosa el nombre de otra. Así, se parte del hecho de que el significado literal de "maligno" evoca al demonio, pues malignidad significa originalmente “lo demoniaco” y malignizar es equivalente a “demonizar”. Hace especial hincapié en que tener un cáncer sería, metafóricamente, poseer al demonio o estar poseído por él. Al aplicar esta metáfora, la medicina recurre al paradigma, de carácter místico y moral, de división binaria entre el bien y el mal (Gómez y Cols, 20015).

La representación que las participantes muestran acerca del cáncer lo refiere mayormente a un “castigo”, el cual se expresa “como si alguien las estuviera atacando por dentro”, “carcome, quema, destruye, no se ve”. Es muy probable que esta representación se asocie con la relación paranoica vivida con sus madres, pues siendo el seno el primer objeto parcial, por ser representativos de un ser vivo, además de que permiten que “el sujeto entre en relación mediatizada con él”, en este caso la relación con la madre, es probable que este represente la parte de malignidad que ellas tienen sobre su madre y que tendería a ser destruida.

.

7. AMAMANTAMIENTO

Según Spagnuolo (1983), clínicamente y por disección, se observa, a menudo en toda la mama, un notable grado de estancación láctea en los casos de carcinoma en las mujeres jóvenes. Los conductos distendidos con secreción espesada, faltan rara vez en la zona de la mama limítrofe al carcinoma y frecuentemente se halla esta estancación tan solo en la zona que conduce a la neoplasia.

De igual manera, es importante retomar el valor que es dado a los senos en la cultura, representan no solo parte de la feminidad, sino de la maternidad, a la cual es atribuido un peso elevado. Los senos ofrecen a las mujeres la posibilidad de nutrir a sus hijos en los primeros meses de vida, además de ser una forma de relación con él bebé (Capulín, 2014).

Las cinco participantes no amamantaron a sus hijos, expresando los siguientes motivos:

Alejandra mencionó que le daba pena que la llegaran a ver amamantando. Mencionó que se siente culpable por no haber amamantado a su hija, pues la ve “delgada y frágil”, por no haberle dado leche materna.

María, no amantó a sus dos hijos, pues ambos partos fueron “complicados”. En su primer hijo. No sabía cómo darle de “comer”, su madre la presionaba para que le diera de “comer”, sin embargo no pudo, ante esto su madre le dijo: “tu hijo va crecer debilucho porque no le das de comer tu leche”. Con su segundo hijo no hizo el intento de amamantarla: “si antes no lo pude hacer, menos después, no le pude dar la leche, mejor le di botes de leche.

Maritza no amamantó a sus dos hijos, con su primer hijo, antes de que naciera le dolían los pechos, una enfermera le dijo: “su leche no sirve por eso no la quiere su hijo”, palabras que no olvidó y que las hizo parte de ella. Con el segundo hijo refirió que le daba miedo ahogar a su hijo con la leche.

Por tanto como es sabido, en el amamantamiento se crea un profundo vínculo madre-hijo, en María y Maritza, este momento fue evitado, justificándose con

situaciones externas, las fantasías que muestran proporcionan datos importantes para detectar en ellas un rechazo a dar, su seno, su leche y el significado que este vínculo guarda, “el dar vida”.

Según Melanie Klein, la mujer "al dar a su hijo el producto de su propio cuerpo, que es esencial para su nutrición y crecimiento puede finalmente refutar y poner buen final al círculo vicioso que comenzó en ella siendo niña, con sus ataques sobre el pecho de su madre como primer objeto de sus impulsos destructivos.

En su inconsciente considera que dar a su hijo leche nutritiva y benéfica es prueba de que sus primeras fantasías sádicas no se han realizado, o de que ha tenido éxito en la restauración de sus objetos" (Klein, 1964).

De esta manera se muestra claramente que se sienten culpables, por no haber amamantado a su hijos, pues las “demandas, tanto naturales como sociales” imponen el dar leche, fruto de la vida, el “transmitir vida”, ellas no lo hicieron, pues denotaban, “asco, inseguridad, rechazo de sus hijos hacía ellas, sumando las presiones externas de enfermeras y familiares”. Esto se encuentra íntimamente relacionado con la representación que tienen de sus senos, pues habrá de retomar que existe un rechazo hacía esta parte del cuerpo, no es aceptada como parte de su feminidad, una zona erógena que permite dar placer y recibir placer.

Liliana, describe que con su primer hijo. “nunca le salió leche”, al segundo “lo amantó un mes, pues menciona que su esposo le hacía pasar corajes y le daba “leche amarga”, motivo por el que dejó de amantarlo. Al tercero hijo menciona la amamantó dos meses e igual que el segundo “le daba leche amarga” esto le ocasionaba cólicos”, además de que sentía que “la mordía”.

Ahora bien, la madre que goza este amamantamiento reparador, sería aquella que posee, “capacidad de reviere”, en palabras de Bien, gracias a la cual "funciona como un continente efectivo de las sensaciones del lactante, y con su madurez logra transformar exitosamente el hambre en satisfacción, el dolor en placer, la soledad en compañía, el miedo a estar muriendo en tranquilidad" (Grinberg, 1972), (Spagnuolo, 1983).

Sumando a que según Winnicott "la madre ofrece al bebé la oportunidad de crearse la ilusión de que su pecho es parte de él... La tarea posterior de la madre consiste en desilusionar al bebé en forma gradual, pero no lo logrará si al principio no le ofreció suficientes oportunidades de ilusión. En otras palabras, él bebé crea el pecho una y otra vez a partir de su capacidad de amor o (podría decirse) de su necesidad. Se desarrolla en él un fenómeno subjetivo, que llamamos pecho materno. Incluyo en él termino, todos los cuidados maternos. Cuando se dice que el primer objeto es el pecho, creo que la palabra "pecho" se usa para denominar la técnica de la crianza tanto como la carne real" (Winnicott, 1972)

Finalmente se detecta en las participantes una imposibilidad de adoptar la maternidad como parte de la feminidad, como parte de "ser mujer", existe una ausencia de ser madres deseosas de comunicarse con sus hijos, lo que se traduce en el discurso medico como aquella retención de leche que más tarde aparece en los lobulillos, causa orgánica del cáncer.

CONCLUSIONES

El realizar la presente investigación ha permitido conocer una de las dimensiones que poco se dan a conocer en las representaciones sociales que se tiene del cáncer. El cáncer como bien se nos ha transmitido, comúnmente ocupa el lugar de una enfermedad temida, o como bien se menciona desde el discurso médico “enfermedad terminal, enfermedad autoinmune”, diciendo la mirada a los efectos que tiene el cáncer sobre el cuerpo, así mismo se tomado en esta vitrina de la representación social, los factores de riesgo nuevamente encauzados en el cuerpo, un cuerpo orgánico que es el que enferma que es el que ataca el cáncer, en el que recaen los factores de “riesgo”, sin embargo algo que escapa de pronto en esta representación es que la enfermedad es aceptada o no por un sujeto, quien padece la enfermedad de manera particular, es un sujeto resultado de una historia, de una serie de sucesos que lo han marcado y que lo particularizan, de tal manera que la forma en que enferma y responde a la enfermedad tiene que ver con su pasado, con sus vínculos previos y actuales, el cáncer no solo es una enfermedad orgánica, no solo es el cuerpo orgánico quien enferma sino que indisolublemente el psiquismo está estrechamente presente en la enfermedad, este le da un sentido.

Mediante diferentes campañas, con la intención de prevenir e intervenir en el cáncer de mama, se han atendido a las poblaciones rurales y urbanas, de todos los niveles económicos, sin embargo tanto la zona geográfica, como el factor económico no se relacionan con la aparición del cáncer de mama, esto al menos en nuestro país. Es sabido que las causas del cáncer aún no se han determinado, falta aún certeza para hablar de este punto. De acuerdo a la OMS, y diferentes instituciones especializadas en el tratamiento del cáncer de mama, existen una serie de factores de riesgo para la aparición del cáncer de mama, y en este sentido algunas investigaciones demuestran que muchas mujeres no habían mantenido conductas o hábitos considerados como factores desencadenantes o factores de riesgo. Este motivo a dirigido de igual manera el interés de muchos investigadores psicólogos y psicoanalistas a encontrar una explicación y de esta manera diseñar programas eficaces en su intervención y más aún en su prevención, ya que en cierto sentido

difícilmente el aspecto psicológico ha encontrado su lugar en el tratamiento y prevención de esta patología.

Ahora bien esta dimensión que últimamente ha sido estudiada por diferentes investigadores desde diferentes posturas teóricas, ha puesto en relieve que ya no basta únicamente para hablar de un tratamiento médico-oncológico, sino que se agrega lo psiconcologico, como una manera íntegra de intervenir con este tipo de pacientes. Es por ello que de lo anterior surgió el interés por estudiar el conflicto psíquico en mujeres que habían sido diagnosticadas con cáncer de mama.

Se concluye lo siguiente, las participantes pusieron de manifiesto un rechazo ante su imagen corporal, tanto la sentida como la especulativa, esto es la imagen del cuerpo imaginario, se revisó que ambas imágenes tienen lugar en el inconsciente, tal inconsciente inscrito por experiencias conmovedoras, que le dan sentido particular a las experiencias ulteriores. En la primera que es la imagen real del cuerpo, derivaron tanto la imagen que se vuelve consciente como la imagen actuada.

En cuanto a las imágenes que se han vuelto conscientes, en las participantes se encontró que estas están veladas precisamente por situaciones pasadas, situaciones predominantes de maltratos.

Un punto central en lo encontrado es que al preguntárseles por lo que sienten ante las diferentes situaciones vividas y en ese entonces presentes, existió una evidente dificultad para expresarse y en donde el lenguaje corporal tuvo un papel esencial. Daba la impresión de que el discurso de las participantes estuviera separado de las expresiones corporales. Indagando en la historia personal generalmente cuando eran niñas sus sentimientos fueron inhibidos, o invalidados, esto se repitió constantemente, con lo cual es evidente que existiera una dificultad en la expresión de emociones y sentimientos.

Ahora bien en lo que llegaban a relatar de sí mismas se encontró un predominio de maltratos, críticas improductivas, amenazas, relaciones culpogenas, e invalidaciones. Es por ello que la imagen corporal que ellas manifiestas se encuentra velada por el discurso de sus padres, específicamente por el de sus madres. Ahora

bien, en cuanto la imagen actuada y como ya se ha mencionado anteriormente, en las entrevistas predominaba más el lenguaje corporal, las palabras parecían no tener lugar ni poder describir el sentir de ella, su cuerpo demostraba ansiedad, inseguridad, incomodadas e incluso enojo. De aquí que se pueda afirmar que mayormente ellas utilizaban su cuerpo como medio de expresión punto clave para representar el pasado que no ha podido ser nombrado. Primer conflicto, existen emociones que no fueron contenidas o reguladas por los progenitores, esas emociones no son exteriorizadas mediante palabras, sino más bien mediante el cuerpo, lo que en ellas les genera un sentimiento de extrañamiento, de rechazo.

Por otro parte retomando a Nasio, tanto la imagen corporal real como la imagen imaginaria del cuerpo sintetizan el núcleo del yo, una dimensión de la identidad, ese tamizaje tanto para las percepciones emanadas del interior como del exterior, es por ello, que ante el cáncer, indudablemente se encuentre tamizado por estas experiencias dándole el sentido de un “castigo que lo merecían”.

Ante este último punto, que viene desplegado en la representación de la enfermedad se encontró que el cáncer era atribuido a causas espirituales a una prueba que deben “superar” y que es sobre todo un “castigo” ante “algo que hicieron mal”, ante este último las participantes desconocían que habían “hecho mal”, pareciera que esta representación deriva de un sentimiento de culpa.

En cuanto al sentimiento de culpa, y como bien se habla en la teoría, viene relacionado estrechamente a la pulsión de muerte y está a una necesidad de castigo. Lo que se identificó en las participantes es que existía una rígida justificación de los actos hechos por las personas que las llegaban a agredir, principalmente en sus madres. Ellas no hablaron en ningún momento mal de sus madres y si lo llegaban a hacer inmediatamente justificaban o en este caso “reparaban” lo que habían dicho.

Es muy probable que estos impulsos destructivos hayan encontrado lugar en las mismas participantes, es decir una vuelta hacia sí mismas, buscando reiteradamente actos auto punitivos, por ejemplo en repetir los vínculos de maltrato, en subestimarse

al grado de no seguir con los tratamientos, no seguir las dietas prescritas, no llevar a cabo los cuidados necesarios ante el cáncer. Una falta de autocuidado. La culpa de esta manera se refleja constantemente, sirviendo a los demás con entrega y demasía, cumpliendo sus exigencias. A esto se suma que ante ellas mismas son altamente exigentes, denotando su “imposibilidad de hacer las cosas como los demás o simplemente bien”, esta última palabra aludida a los ideales y expectativas que la madre había depositado en ellas.

Ahora bien, si ellas llegaban a percibir una situación desagradable, irritable o discordante para ellas, no la manifestaban, sin embargo, los dolores de cabeza y estomago se hacían presentes. Segundo punto para tomar en cuenta los modos de manejo emocional en las participantes, nuevamente las palabras pierden su función, el cuerpo es en donde se tramitan los disgustos.

También en este punto surgió la cuestión de que si la agresión de sus madres era constante, como llegaban a tramitarla? De la mano con lo anterior es posible que no se llegue a apalabrar el sentir por sus madres puesto que para que la palabra surja debe encontrar también lugar en la realidad, lo que les resulta imposible, no se puede hacer consiente el que su madre es aquella persona temida, que agrede, que imposibilita, que manipula, puesto que si bien se revisó existe una identidad difusa con ellas, un cuerpo para dos.

Al referir la identidad difusa con la madre, esta se tomó en cuenta para describir la interiorización de esta madre, su discurso, sus actos que se encuentran de una manera palpable en la vida de las participantes, que ha incidido en sus elecciones, y modos de vivir. Hablar mal de esa madre es hablar mal de ellas, y con esto es preferible hablar mal de ellas mismas que de aquella que pueda llegar a atacarlas.

De aquí también que se desprendan sus fantasías paranoicas. Generalmente se sienten usadas, por los demás, los demás las miran, las juzgan, las manipulan, y que sin embargo ante esto ellas no pueden hacer nada. Quien las persigue es su propia madre, se encontró así que entre más agresiones recibían de los demás, y especialmente de su madre, más perseguidas se sentían.

Otro punto importante son las pérdidas, toda pérdida que se llegue a vivenciar, nos remite una originaria. Además de que este punto es tomado en cuenta como uno de los aspectos claves para la eclosión de un cáncer, las explicaciones se dirigen a tomar en cuenta que se pierde, no a cualquier persona más bien se pierde todo lo que se ha depositado en la persona, la libido depositada en la persona perdida deberá buscar un nuevo objeto para descargarla progresivamente sin embargo en las participantes esto no les fue posible, después de la muerte de sus seres queridos, ellas son diagnosticadas con cáncer.

Ahora bien abordando la representación de los senos, se encontró que en las participantes existió un rechazo ante esta parte del cuerpo, además de una vergüenza, relatando que desde que estos comenzaron a crecer eran ocultados, y siguen siendo ocultados, existe una negación como una parte que es característica de la feminidad, se rehúsan a hablar de ellos, e incluso la aparición del cáncer la relacionan con el hecho de que los senos son parte de ser mujer, retomando las frases dadas en las entrevistas se encontró que adjudican la aparición del cáncer por ser mujeres, y en el cual no era permitido el placer. Ellas no permitían ser tocadas por los esposos y en el tratamiento, ante los médicos existía incomodidad y marcado sentimiento de invasión.

De tal manera que existió una transmisión de la feminidad como algo que es igual a sufrir, el ser mujer es ser doliente y estar al servicio de los demás, sentir placer es “ser una loca”, estas características son interiorizadas por las participantes y que entra en conflicto al momento de ser demandadas por sus esposos, al compararse con las demás mujeres, ante esto expresaron un sentimiento de “impotencia”, desconocen los motivos por los cuales no pueden tolerar el contacto en esta zona corporal. Esto también se relaciona al momento de amamantar a sus hijos, pues las explicaciones que dieron ante el motivo por el cual no habían amamantado a sus hijos se dirigirán a que sentían pena, vergüenza, incomodidad, rechazo de sus hijos, y asco.

En algunas se evidenciaba un manera de evitar darles su leche, por ejemplo Liliana expresaba que “tenía leche amarga”, existiendo una imposibilidad de dar, y una falta

de aceptación ante el amamantamiento que es una función maternal, que se dirige de la misma forma a aquellas identificaciones con su madre, y en donde también se rechaza la parte de la feminidad.

El conflicto presente en este indicador se demarca cuando las participantes, se sentían presionadas en darles “pecho a sus hijos”, lo cual posteriormente les genero culpa y ciertas fantasías de haber envenado a sus hijo o que estos crecieran “débiles a falta de su leche”. Si se toma en cuenta que una función natural de los senos más allá de la representación social y subjetiva en cada mujer, orgánicamente el seno materno cumple la función de ser aquel órgano vital para supervivencia del bebé, de aquí que se simbolice a la mujer con su hijo arrojándolo y dándole pecho.

En los nueve meses los senos se preparan para generar leche, algunas investigaciones han encontrado que en el seno con cáncer, existen secreciones de leche seca, la leche que no se dio y que se debió dar. Se estaría en contra de un proceso natural, las participantes estaban en contra de su feminidad, rechazo de ser madres y por tanto rechazo a dar aquel seno “materno” pues se encuentran identificadas con una madre a la cual se tiene idealizada, la cual no se integró con sus aspectos tanto negativos como positivos, se identificaron con una madre que no da vida, que no da libertad de aquí que deriven sus fantasías de envenenar a sus hijos con “leche amarga”, fruto de un seno que por tanto también esta amargo.

Cuando hablan de la representación de la enfermedad, ellas aluden a que es un ataque, una destrucción que viene por dentro, un ardor que no se ve, dando la impresión de que alguien habita ese cáncer.

Hasta aquí se han mencionado cada uno de los indicadores con sus respectivas conclusiones, ahora bien respondiendo al objetivo de la investigación, existe un conflicto psíquico en las mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama, este conflicto se presenta tanto interiormente, modos que tuvieron para manejar situaciones insostenibles, resumidamente los maltratos, generalmente estos no encentraban lugar en la palabra pero si mediante síntomas corporales. Este conflicto alude a la relación más temprana en el surgimiento de la imagen corporal tanto real,

imaginaria y simbólica, las dos primeras como sustancias sintetizadas del yo. Finalmente en las cinco participantes, existen una serie de conflictos que han sido manifestados mediante el cuerpo. Con esto se puede detectar en las participantes una dimensión más del cáncer, la cual se encuentra estrechamente ligada a su subjetividad, ante su feminidad y por tanto a su historia de vida, un sujeto del inconsciente.

BIBLIOGRAFÍA

- American, Cancer Society, (2014). Cáncer de seno: cáncer de mama. Recuperado de: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002284-pdf.pdf>
- Aulagnier, P., (2007). La violencia de la interpretación. Segunda reimpresión. Argentina: Amorrortu.
- Aulagnier, P., (1992) Fuente somática y discursiva de las representaciones de la realidad. Paris: Paidós.
- Bravo, M., (2004) Reporte de la experiencia profesional. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. México: Facultad de Psicología
- Brezelton y Cramer B., (2011), La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Madrid: Paidós
- Braunstein, N y Cols., (1978) Psicología Ideología y Ciencia.
- Blanch, M. (1995) Recordando a F. Doltó. Artículo. Recuperado de: http://intercanvis.es/pdf/23/23_art_02.pdf
- Butler, J. (2006). Deshacer el género. España: Paidós.
- Butler, J. (2008). Cuerpos que importan. España: Paidós.
- Castorena, G., (2010). 20 respuestas al cáncer de mama. México: Vergara
- Carswellwe, F., (2002) Cáncer mamario: el reto de hoy. México: Trillas.
- Catherine , A., (2000) Cáncer de mama : un manual de tratamiento psicológico
- Chiozza, L., (1978) Una concepción psicoanalítica del cáncer. Recuperado de: <http://www.funchiozza.com/downloads>
- Chiozza, L., (2001)¿Por qué a mí, por qué ahora? Recuperado de: <http://www.funchiozza.com/downloads>
- D´ Angelo P. (2009) Cuerpo y Psicoanálisis. Artículo. Escuela Psicoanalítica del Centro Oro, Texas. Recuperado de: http://www.centrooro.org.ar/co_archivos/Cuerpo_y.pdf. Noviembre 2014.
- Dejours, C., (1992) Investigaciones en psicósomática. Barcelona: Siglo XXI
- Díaz, I., (2003) Técnica de la entrevista psicodinámica.

- Doltó, F., (1984) Imagen inconsciente del cuerpo. Buenos Aires: Paidós
- Dör, J., (2006) Estructuras clínicas y psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu
- Dör, J. (2000) Introducción a las lecturas de Lacan. Buenos Aires: Gedisa
- Fenichel, O., (1997) Teoría psicoanalítica de las neurosis. Nueva York: Paidós
- Freud, S., (1923) El yo y el ello. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S., (1894) Manuscrito E (Orígenes del psicoanálisis). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S., (1896) Etiología de la histeria. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S., (1926) Inhibición, síntoma y angustia. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S., (1894) Las neurosis de defensa. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S., (1905) Tres ensayos sobre una teoría sexual. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S., (1915) Mas allá del principio del placer. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S., (1920) Las pulsiones y sus destinos. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S., (1976) Proyecto de una psicología para neurólogos. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1937) Sobre la sexualidad femenina. Buenos Aires: Amorrortu.
- Garza, G., (2006) Cáncer: una guía para médicos, pacientes y familiares. México: Trillas
- Green, A., Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. México: Siglo XXI.
- Grinberg, L. (1972) Introducción a las ideas de Bion, Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Guir, J., (1983) Psicósomática y cáncer. Buenos Aires: Paradiso.
- Gómez, M. (2006) Como dar malas noticias en medicina. Madrid: Aran
- INEGI, (2015) Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el cáncer de mama. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/mama0.pdf>
- Klein, M. (1993). Obras Completas de Melanie Klein. Tomo II. Barcelona: Paidós
- Klein, M. (1948). Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa. Argentina: Paidós.
- Klein M. (1937). Amor, Culpa y Reparación. Argentina: Paidós.

- Klein M. (1945). El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades temprana. Argentina: Paidós
- Klein M. (1957). Envidia y gratitud. Argentina: Paidós.
- Kristeva, J. y Clement, C. (2000). Lo femenino y lo sagrado. Universitat de Valencia.
- Laplanche, J., & Pontalis, B., (1996) Diccionario del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidos
- Liberman, D., (1986) Del cuerpo al símbolo. Buenos Aires: Kargieman
- Leivovici, A., (2003) El gen y su gen: paciente, médico y psicoanalista.
- Lysek D., (1993) Tópicos del Conflicto Psíquico. Comunicación presentada en el Symposium de la SIM, con motivo de la celebración de los veinte años de su fundación, celebrado en Neuchâtel, los días 4,5 y 6 de junio de 1993. Recuperado de
- Marty, P., (1980) El orden psicossomático. Buenos aires: Amorrortu
- Macdougall, J., (1982) Los teatros del cuerpo. España: Perel.
- Macdougall, J., (1999). Violencia somática. El viaje psicoanalítico de una paciente con cáncer de seno. Recuperado en: http://www.psi.uba.ar/violencia_somatica_mcdougall.pdf
- Manganto, M. (1999) El diagnóstico psicodinámico: aspectos conceptuales. Clínica y Salud 3, 287-330
- Masotta, O., (2008) Lecciones de introducción al psicoanálisis. Buenos aires: Gedisa.
- Miler, J., (2007) Dimensiones clínicas, síntoma y fantasía. Argentina: Manantial.
- Nasio, D., (1999) el placer de leer a Freud. Buenos aires: Gedisa
- Nasio, D., (2007) El placer de leer a lacan. Buenos aires: Gedisa
- Nasio, D., (1996) Siete conceptos cruciales del psicoanálisis. España: Gedisa
- Nasio, D., (2008) Mi cuerpo y sus imágenes. Buenos Aires: Paidós
- Nasio, D., (2007) El dolor físico. Argentina: Gedisa
- Nasio, D., (2002) Los gritos del cuerpo. Argentina: Paidós
- Nasio, D., (1999) El dolor de amar. Argentina: Paidós

- Oleaga, C. (2014) El cuerpo, el significante y el goce. Artículo. Recuperado de:<http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num15/clinica-oleaga-cuerpo-significante-goce.php>, mayo, 2014.
- OMS, (2014), Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama. Consultado en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
- Pereda, A. (2009) A propósito del conflicto psíquico. Revista Uruguaya de psicoanálisis.109, 18-32.
- Ravinobich, D. (2003) El concepto de objeto en la teoría psicoanalítica. Buenos aires: Manantial
- Sauret, M.(1995) Lo simbólico, real e imaginario” presentado en el seminario "Psicología Clínica - Psicoanálisis" dictado por el Dr. Marie Sauret en el auditorio de medicina de la Universidad de Antioquia. Recuperado de: <http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado>
- Soler, C., (2010) El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan. Buenos aires: Gedisa
- Soler, C. (2010). Lo que Lacan dijo de las mujeres. Buenos Aires: Paidós.
-
- Sami, A., (2003) El impasse relacional: temporalidad y cáncer. Madrid: Síntesis
- SPAGNUOLO, Ana M. (1977) Cáncer de mama. Aportes a su comprensión psicosomática, en Jornadas sobre El enfermo canceroso, CIMP, Buenos Aires.
- Tijerina, C. (2008) Glandula mamaria. Mexico: Tecnológico de Monterrey
- Unzueta, C., (2002) El estatuto del cuerpo en psicoanálisis. Revista Psicoanálisis.1,1-19.Recuperado
- de:<http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v1n1/v1n1a09.pdf>
- V. Valdés y A. Pérez (2012) Fisiología de la glandula mamaria y lactancia. Recuperado de: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod02/FISIOLOGIA%20DE%20LA%20GLANDULA%20MAMARIA%20Y%20LACTANCIA.pdf>
- Winnicott., D. (1972) Realidad y juego. Editorial Granica. Buenos Aires.
- Winnicott., D. (1990). Los bebés y sus madres. México: Paidós.

- Zizek, S., (2008) Cómo leer a Lacan. Buenos Aires: Paidós

•

ANEXOS

Historia de vida de las pacientes

Participante 1.

Nombre: Seudónimo (Liliana)

Edad: 55 años

Nivel socioeconómico: medio bajo

Ocupación: empleada

Descripción de la paciente:

Liliana es la hermana mayor de cinco hermanastros (ellas es la única hija fuera del primer matrimonio de su madre), relata que su madre se embarazó a los 18 años de ella, motivo por el cual su padre “las abandonó” en cuanto se enteró. Sus abuelos de Liliana la cuidaron hasta que cumplió 4 años de edad, tiempo en donde fallece su abuela a causa de un derrame cerebral, su madre trabajaba en la frontera norte del país para mantenerla, su madre no la cuidó, ni la visitaba durante este tiempo, solo enviaba dinero. En esta edad (4 años) ocurrieron varios sucesos en la vida de Liliana, fallece su abuela, su madre regresa por ella y se la lleva a vivir con ella al norte, en ese lugar conoce a sus hermanastros, en donde explica que se sentía en ese entonces y ahora fuera de lugar con ellos, “nunca encajaba con ellos y hasta ahora no me he sentido como su hermana”. Recuerda que su madre trabajaba muy duro y aun más que Roberto (padrastro al que nunca llamó papá), él era alcohólico y no aportaba económicamente en casa, falleció de cirrosis cuando ella había cumplido 12 años, desde ese momento su madre se convirtió en una mujer desconocida, trabajaba todo el día y había ocasiones en que solo la veía los días domingos, motivo por el cual la tía, hermana de Roberto cuidaba a Liliana y a sus hermanastros, una tía “enojona y mandona” a su parecer de Liliana a la que sin embargo, consideraba que era más cercana a ella que a su propia madre. Finalizó la secundaria y buscó un empleo para poder ayudarle a su madre con los gastos familiares, apoyó a sus hermanastros para que pudieran tener una carrera. A los 20 años conoció a Marcos un hombre que actualmente es su esposo y quien es alcohólico. Liliana tiene tres hijos a quienes “les ha tratado de dar estudios y más cercanía de la que su madre le dio” sin embargo, menciona constantemente que se siente fracasada en esta tarea pues su esposo no coincide con sus ideas, “él tuvo una vida difícil, debo comprenderlo”.

Cuando Liliana cumple 50 años su madre fallece de cáncer pulmonar y ella tres años después es diagnosticada con cáncer de seno. Liliana expresa preocupación por dejar solos a sus hijos, pues su esposo no ha demostrado interés por ellos y le aterra la idea de dejarlos solos.

Liliana, refiere rechazo ante su cuerpo, al que ve, y al que llega a sentir, en este último, difícilmente puede poner nombre a sus sensaciones corporales: “nunca me ha gustado mi cuerpo”, “no me veo bien”, “quisiera ser como las demás (bonito cuerpo, delgado – ella es delgada-)” “ conmigo aplica:

aunque la mona se vista de seda mona se queda”, “ lo que me ponga se me ve mal”, “ no sé a dónde llegare con este cáncer, si antes no estaba bien mi cuerpo ahora menos” , “como explicó... no me gusta que lo toquen... no lo sé decir, me dan nervios”

Se pueden detectar tres principales pérdidas significativas en la historia de Liliana. La primera pérdida que menciona es cuando su madre se va a la frontera norte como consecuencia del abandono del padre de Liliana, su abuela materna la cuidaba sin embrago recuerda, que ella le decía que “su mamá se había ido porque no tenía dinero para mantenerla”, cuando Liliana cumple cuatro años su abuela fallece a causa de un derrame cerebral, cabe hacer énfasis en que no se pudo despedir de ella y se enteró de su muerte cuando ella cumple 7 años, pues ella le insistía constantemente a su madre para que la regresara con su abuela pues la extrañaba, su madre a modo de reclamo le dijo “ella falleció por un derrame cerebral por los corajes que tú le hacías”.

Liliana cumple cincuenta años, y a su madre le diagnosticaron cáncer, “vi todo su tratamiento, tan solo fue un año que ella sufrió, desde antes ya se veía mal y no se atendía” “creo que terminaré como ella”. Las últimas palabras de su madre fueron que no hiciera lo mismo con sus hijos como ella lo hizo con Liliana.

Existen evidentes discursos en Liliana que denotan un rechazo a su feminidad, frases como:

“ha sido difícil ser mujer”, “no sé cómo es que puede existir tanta gente mala que abuse de las mujeres”, “existen más cánceres en las mujeres que los hombres” “ser mujer para mí es... difícil...”, “me gustaría arreglarme como esas mujeres bonitas... lo he hecho pero me veo ridícula”, “Cuando llego mi menstruación no sabía qué hacer, me da pena saber eso, cuando llegaba me dolía mucho el vientre y no dejaba que nadie se enterara de que andaba así” “no me dan ganas de arreglarme”

Liliana aludió constantemente a la palabra “mal”, para referir su imposibilidad de recibir de los demás atenciones y cariño, donde finalmente refiere sentirse “mal porque no puede ni debe recibir nada bueno, así como no poder nada bueno de ella”. No habla “mal” de los demás, menciona que “eso no se debe hacer, eso no es de Dios”

“...no me gusta que me ayuden, me siento mal, tengo que devolverles lo mismo (esposo e hijos)”, “a veces me he enojado con mi Marcos (esposo), pero tengo que entenderlo, luego le pido a Dios que me ayude a no ser una mala persona”, “debí de haber hecho más por mi mamá tratar de estuviera tranquila sus últimos días, en esos días yo tenía que trabajar y preferí mi trabajo que a estar con ella”, “no puedo ser igual de enojona que mi mamá con mis hijos, pero eso no lo puedo hacer y más ahora que tengo cáncer tengo que estar en paz con todos”

Liliana ha llegado a fantasear con su muerte, en cómo será su muerte, ella da por hecho que morirá “me imagino como si me estuvieran velando, pero eso sí no quiero morir en el hospital”, “ a veces

quisiera que esto terminara pronto, no me gustan los chequeos, no puedo trabajar, soy inservible, que puedo hacer ahora bien?, nada con el cáncer no me puedo mover”, “eso me enoja y quisiera que terminara ya”

Para Liliana sus senos representan un órgano que “sirve para distinguir a una mujer de un hombre”, Liliana difícilmente puede referir otra función fuera del aspecto físico y como característica de la femineidad, es entonces que cuando se le pregunta si amamanta a sus hijos, menciona que no, y es una función que ella misma subestima, no le parece relevante. Liliana cree que si le realizan una mastectomía dejará de existir el cáncer, “si me quitan el seno se va el cáncer, pero el oncólogo me dice que no, que todavía falta mucho para eso”. Ella refiere que ha enfermado de cáncer “por ser mujer”, “si fuera hombre no tendría cáncer de mama”, le ha pedido a Dios que la ayude, pues le espanta saber que algún día perderá su pecho y que su esposo la deje, menciona que su cabello era importante para su esposo y le da pena que la miren así, cuando sale con las mascaradas a la calle siente que la miran con lastima, “me miran como si sintieran mucha lastima por mí”, “me siento mal porque no me gusta preocuparlos y que se sientan mal por mí”.

Participante 2

Nombre: Seudónimo (Maritza)

Edad: 55 años

Nivel socioeconómico: medio bajo

Ocupación: secretaria en servicios públicos

Descripción de la paciente

Maritza es la mayor de 6 hijos, tres hermanas y dos hermanos, su padre era un señor trabajador, y rígido con la educación, “*siempre pedía compostura en la mesa, nos pedía que no lo miramos a los ojos cuando nosotros habíamos hecho algo malo, alguna travesura*”, “mi padre era más solícito con mis hermanos” su madre reforzaba a su padre, cuando él estaba ausente su madre tomaba ese lugar y castigaba a sus hijos, “ella era lo doble de rígida que mi papá, ella nos pegaba”, muestra recuerdos vagos de su niñez, pero sobre todo de su adolescencia, esta última es considerada una etapa difícil para ella, pues no le gustaba que la “miraran como adolescente”, pues el solo hecho de pensar que “mirarían la hacía sentir mal”, cabe destacar, que Maritza únicamente utilizaba palabras mal y bien para hablar de su sentir, sin desplegar más emociones ante estos adjetivos, es decir, ser más descriptiva.

La relación con sus hermanos es un tema que dudaba y se mostraba insegura pues se sentía usada por ellos “siento que tengo que darles mucho a todos mis hermanos, ellos a mí no me dan nada, pero como dicen, hay que hacer las cosas sin interés”.

Maritza se casa a los 24 años, con un hombre, que siempre la contradice y que se siente que la manipula, pues constantemente el esposo le pide que ella sea a su modo de él (vestimenta, forma de hablar, forma de actuar y principalmente al momento de ir a visitar a su madre, él no la deja), sin embargo aseguraba que no le importaba como era su esposo con ella le importaba, más bien, como él era con sus hijos.

Ella es una madre “sobreprotectora” con sus dos hijos, de los cuales el primero está casado y vive en la misma casa con ellos. El hijo menor ha sido internado por “fatiga y cansancio físico”, el médico le ha indicado que se encuentra bajo condiciones estresantes. Maritza se culpa de la situación de ambos hijos. El hijo mayor ha decidido en varias ocasiones irse a vivir con sus suegros, (esto a petición de la nuera), donde Maritza, le ha pedido que no se valla pues “batallarí con el dinero”, ella no quiere que él se valla “sin antes resarcir lo malo que ha hecho por él”, a esto refirió que ella ha sido la culpable de su situación pues no ha estado el tiempo suficiente con él.

En el trabajo Maritza se siente ansiosa y preocupada en todo momento, menciona que no existe un día en que ella no se preocupe por hacer bien las cosas, y cuando llega a casa piensa frecuentemente en “lo que no pudo hacer bien en su trabajo” y cuando llega a este piensa constantemente en algunas situaciones familiares. En el trabajo refiere Maritza, le da pena saber lo que su jefa pueda pensar de ella, e incluso trata de quedar bien con la mayoría de sus compañeros de trabajo, al grado de hacer algunas cosas que a ella no le competen y que las ha hecho como “favores”.

Ante el diagnóstico de cáncer, Maritza se ha sentido mayormente preocupada por “las molestias” que le generara a su familia, pero sobre todo a su trabajo, Maritza menciona que no le gusta ser “una carga” para nadie, desea que el cáncer termine pronto pues no le gusta que la miren como si estuviera “invalida”. Principalmente menciona que su hijo a partir de su diagnóstico la visita frecuentemente, mientras que su hijo menor cada día se enferma más.

En cuanto a la relación que sostiene con su madre, menciona que ella es una persona “difícil de entender” remarcando que nunca la ha podido entender y que no sabe porque “no es feliz”, siendo la mayor, es la encargada de ayudarle mayormente con las libras domesticas de la casa de su madre, y dos días a la semana ella cuida de la tienda por las tardes (negocio del que se sostiene económicamente su madre), a esto se suma que a partir de su diagnóstico ella se preocupa mayormente por ya no poder ayudarle a su madre, aunque las indicaciones médicas han llegado a ser de reposo o aislamiento, Maritza ha hecho caso omiso y trata de ayudarle en lo que puede a su madre. Maritza se muestra enojada con sus hermanos en la mayoría de las ocasiones pues ellos no le ayudan ni a ella ni a su madre, sentir que nunca se los ha expuesto.

Para Maritza la apariencia de su cuerpo es muy importante, cuando se presenta a las entrevistas asiste muy aliñada cuidando cada detalle de su aspecto, menciona “como te ven te tratan... no tendré

mucho dinero pero he tratado de vestirme bien... no quiero que me vean fodonga”, “no me gusta mi cuerpo, nada de él me gusta, por eso trato de verme bien”, “pesar tan solo que me quietaran mi pecho, me da miedo... como se vería?... muy ridícula no?... así como cuando me decía mi mamá... me sigue diciendo me veo ridícula con mis aretes y collares... pero a mí me gusta”, Maritza trata de “adornar” su cuerpo, para mostrarse como una mujer “que no es tonta, que no es ridícula, que se ve bien”(palabras de Maritza). Cuando se le pregunta por su sentir se le complica dar una respuesta, cuando ha mantenido relaciones coitales con su esposo, se siente “usada” y refiere que “no siente nada”, le duele constanmente la cabeza, y su cuerpo es “chocante” pues constantemente se siente cansada y fatigada. Ante el diagnostico de cáncer Maritza menciona que este está acabando con su cuerpo, ella no se veía “bien” sin embrago ahora, la piel, el cabello y los senos por el tratamiento se están deteriorando, le avergüenza salir a la calle, y trata de ocultarse y evadir eventos sociales. Cuando va a ayudarle a su mamá en la tienda, procura ir “bien” aunque así no se “sienta”, pues explica que se “siente vacía”, siente que “su cuerpo está vacío”, “trata de que su mamá la vea bien”.

Maritza, menciona que algo “difícil de entender es que su hijo se vaya de casa, cuando se enteró que su hijo tenía novia y que los planes eran “serios” ella comenzó a enfermar. Cabe hacer énfasis que la mayor parte de los temas abordados en las entrevistas refería a su hijo, como el único que la comprende, que la entiende, que es su sustento económico y que “si se va no sabría qué hacer”, menciona nuevamente un vacío que no dice “no entender”, explica que ha sido su culpa porque su hijo mayor no ha terminado la universidad, “no quiero que embarace a su novia... le he dado condones para que no se embarace su novia, ella no me cae bien es una mujer que no está a la altura de mi hijo”. “ he tenido que pasar mi cama al cuarto de él pues cuando mi esposo no está porque anda de viaje, necesito alguien que me cuide, y no puede el menor solo el grande... es por eso que quiero ya no tener esto, le doy muchas molestias a mi hijo” . De lo anterior supone en evidencia que la pérdida que Maritza ha vivenciado ha sido el que hijo mayor “se haya separado de ella”, pues menciona que “él ya le hace más caso a su novia que otra cosa”

Maritza menciona que “las cosas de mujeres deben ser discretas”, ella recuerda que de niña, su padre le enseñó a ser como una mujer debe ser: “entregada y complaciente con los hombres” aunque también menciona su padre nunca permitió que con el fuera servicial, “el me rechazaba si yo quería hacerle algo... regañaba a mi mamá porque ella era la única que podía servirle”. Maritza refiere que nunca había pensado en lo que es ser mujer “nunca había pensado en eso, cuando según es el día de la mujer me han regalado algunas rosas y chocolates, pero no sé ni porque pues somos mujeres y ya no?, no es cosa del otro mundo, es más les he dicho que no me regalen nada, no me gusta que den algo así”. Por otra parte su madre, le ha dicho que hay cosas que no puede hacer, “andar como una cualquiera, que debe cuidar bien como se ve” “su madre le seguía eligiendo la ropa cuando ella tenía 15 años”, a lo que menciona “a veces me canso de seguirme vistiendo así, pero no puedo salir sin arreglarme... es que si no mi marido y mamá se fijan si no lo hago”

Maritza, constantemente refiere sentirse “impotente por no saber qué es lo que quiere su mamá”, ella se dedica mayormente a cuidarla, y cada vez que no puede hacerlo por el tratamiento oncológico, se siente “abrumada”, similarmente, sus hermanos le piden dinero, ropa o algún objeto y no se los devuelven, Maritza no puede reclamar sus cosas ni externar su enojo, se muestra imposibilitada de decirles lo que piensa de ellos, menciona que ha imaginado que a uno de ellos le pasa “algo” un accidente o que mueren e inmediatamente se culpa y pregunta cómo evitar esos pensamientos. No puede pedir a los demás y constantemente da más de lo que le han pedido. Menciona sentirse “culpable” por haber elegido un esposo “alcohólico” y un padre así para sus hijos, pues atribuye a esta decisión que su hijo mayor no haya terminado la carrera y que su hijo menor enferme frecuentemente.

Ha fantaseado que le pasa un accidente a sus hermanos o que se mueren, menciona “estoy haciendo algo y de repente saltan esos pensamientos” (llora). Muestra poco control en sus pensamientos, menciona que aparecen cada vez que algún hermano la “hace enojar” y ella no les puede decir algo.

Ella ha imaginado su muerte aunque cuando llega a pensarlo, trata de no seguir pensándolo, pues menciona que a diferencia de otras personas ella está “bien”. De estas fantasías deriva un sentimiento de culpa, se angustia, así como un motivo más para acercarse a la religión, menciona que cada vez que llega a pensar algo así reza tres padres nuestros (oración característica de la religión católica)

Aunque trata de mantenerse “bien arreglada”, menciona que jamás ha utilizado un escote, y no le gusta que se vean sus senos, se ha mirado en el espejo y trata de evitar verse los pechos y los genitales, únicamente le gusta ver su cara, tiene un espejo de cuerpo completo y se mira únicamente con la ropa puesta, pues de lo contrario evade inmediatamente la vista. Sus senos para ella siempre han sido de cuidado, pues desde que recuerda le dolían cada mes cuando le tocaba su menarquia. Maritza recuerda que cuando era adolescente y los pechos le habían crecido le daba pena que su padre y sus hermanos la miraran, menciona que los ocultaba con vendas para que no se le vieran “tan grandes”, menciona que la primera vez que tuvo relaciones coitales, le daba asco que la tocara en los senos.

“me vería mutilada... eso me haría sentir incompleta, no sé cómo hacerle para que se detenga esto, me han dicho que para prevenirlo te puedes hacer una mastectomía, yo creo que si me quitan el pecho me curo de cáncer”. La enfermedad la percibe como “algo que le está atacando, que no sabe cómo resulto pues no fuma, no toma, y su dieta generalmente había sido sana” “no sé porque me dio esto”, asimismo comenta que “el cáncer así lo ha querido Dios para ella... algo hice mal y esto es una prueba para mejorar”. Asimismo, al relata que han sido frecuentes sus olvidos en cuanto a la toma del medicamento, no le gusta ir a sus revisiones de seguimiento, pues tiene que desnudarse, la tiene que tocar a lo que refiere que se ha llegado a sentir “sobrepasada”. Menciona que no le gusta dar

problemas a los demás y prefiere “guardarse sus cosas”, solo ante su hijo se muestra “triste” sin embargo no le explica el porque

Participante 3

Nombre: Seudónimo (María)

Edad: 45 años

Nivel socioeconómico: medio bajo

Ocupación: comerciante

María es una mujer que llega a las entrevistas porque su esposo la había convencido de que era importante que hablara de lo que le sucedía, con alguien ajeno a la familia, con la creencia de que esta persona “tiene un punto de vista más externo y sin tanto rodeo”, sin embargo, recuerda que la primera vez que le ofrecieron atención psicológica en el Centro Oncológico ISSEMYM, ella no asistía, pues mencionaba que eso era únicamente para débiles, a lo cual ella se percibe como “lo bastante fuerte para resolver su situación”, resistente en la primera entrevista más tarde llegó a reconocer que había una influencia emocional al abordar temas relacionados con su diagnóstico y la aceptación del tratamiento oncológico. Parecía mostrar que el diagnóstico de cáncer le era indiferente a excepción del dolor físico tanto por el tratamiento como por la evolución del mismo. Externaba una actitud de conformismo y al mismo tiempo enojo, *“pues ya tengo esto, no puedo hacer nada, solo esperar a que pase lo que tiene que pasar... lo más seguro es que muera”*. Frecuentemente expresaba extrañeza y sorpresa al hablar de sentimientos y emociones contenidas en ella y hacia los demás. Inquieta y confundida, mencionaba sentirse sin palabras, *“no sé cómo describirlo, no tengo palabras”*, en algunos de sus intentos lograba describir a detalle las situaciones o actitudes de ella y de las demás personas, sin embargo no lograba aterrizar esta descripción al plano afectivo. Posterior a la primera entrevista y hasta final de estas, se mostró dispuesta a colaborar, en este punto cabe destacar que alrededor de la tercera entrevista llegó a mostrar un marcado interés, como si hubiera descubierto algo nuevo, *“no había hablado de esto con alguien, siempre he dicho cosas como son... por fuera”. comentarios que ella misma no creía decir y como ella mencionó “no creía pensar así... ahora entiendo muchas cosas”*. En cuanto a sus tratamientos, describió frecuentes olvidos y rechazo hacia el tratamiento, su principal motivo a palabras de ella, era que no le importaba a alguien, aceptaba que su esposo la apoyara pero decía que únicamente la buscaba porque él no tenía otra persona más y se conformaba con ella, pues no era capaz de vivir solo (como si fuera ella la única opción de compañía para él). En cuanto a sus hijos (dos hijos, un joven de 20 años y una adolescente de 18), menciona que el mayor había sido su soporte, *“él era muy cercano a mi... después decidió estudiar en Guadalajara, ya no lo veo, pero pues así es, todos los hijos son prestados y él se fue”*. Sin embargo, menciona que después de su partida, ella comenzó a tener dolores abdominales e insomnio, María quería que su hijo regresará pronto pues *“en Guadalajara la situación esta*

complicada, hay mucha delincuencia”, un año y medio de que su hijo se fue ella comenzó a tener los primeros síntomas de cáncer. En cuanto a su hija, ella determinó que debía entrar en una escuela militar, decisión de la cual su hija no estaba de acuerdo, esta situación le ha traído a María constantes dificultades con su hija “con ella no me entiendo, siempre ha sido rara conmigo, quiere más a su papá”.

María es la séptima hija de ocho, refiere que de niña sus padres se dedicaban a trabajar todo el día, y que ellos como hijos tenían que ayudarles (pidiendo dinero, vendiendo dulces) pues el dinero no alcanzaba para mantenerse, vivían en una casa hecha con láminas. El nivel económico de su familia era bajo. Asimismo en su niñez, María recuerda que sus padres los regañaban e incluso los golpeaban sino habían traído “algo de dinero”, además de no darles de comer pues “no habían dado nada y no merecían nada”. Recuerda que el hermano menor murió cuando él tenía seis años, nunca se enteró de lo que había sucedido, “es algo que no sé y no creo que llegue a saber”, su madre nunca le explico a ella ni a sus hermanos lo ocurrido con su hermano. Su padre falleció de cirrosis, cuando ella tenía 35 años, su padre era alcohólico, María refirió que tenía un padre “muy fuerte pues les enseñó a trabajar”, tiene escasos recuerdos de la relación que ella mantuvo con su padre, “por ser una de las hijas más chiquitas él no nos tomaba en cuenta”. En cuanto a la relación con su madre, describe a una madre enojona, con muy pocos momentos de ser feliz, “ella siempre nos regañaba si no hacíamos las cosas que nos pedía”, ante esto María explica que su madre era golpeada por su padre y que por eso ella lo hacía con ella y sus hermanos. Actualmente María trata de estar lo más cercana con madre, así como sus hermanos, pues procuran cuidarla y darle lo mejor que pueden, su madre aun trabaja como comerciante, por lo que económicamente se ha sostenido de sus ventas, lo único que le pedía a sus hijos era que la fueran a ver (en el día y hora que ella pidiera). Se ha deteriorado considerablemente el estado de salud de su madre, pues desde que falleció su padre, su madre se convirtió en alcohólica. María menciona que “le pide a Dios, para que a su madre no le pase nada”.

Ante el diagnóstico de cáncer, María pensó primeramente en que este ha sido un castigo, pues a sus palabras “tarde pero me di cuenta que he hecho las cosas mal con mi vida”, además de tomar el cáncer como “preferiría que me pasara algo a mi antes que a mi madre”. Su familia ha estado apoyándola principalmente su esposo, en cuanto a sus hijos, trata de “no darles molestias”.

María se percibe como una mujer que tiene un “buena forma en su cuerpo” aunque menciona que “no le gusta”. No le gusta “engordar”, su arreglo es generalmente con ropa holgada, con colores oscuros, no usa aretes u accesorios, comenta que no le gusta vestir así pues menciona eso es de “mujeres fresas”, refiere un cuerpo “fuerte, capaz de elimina el cáncer”, comenta que cuando era niña sus padres la golpeaban y después de tiempo ya no le dolían, ella podía trabajar por horas y terminar cansada “mentalmente” pero su cuerpo no le dolía. Ha ingresado a algunos maratones, e incluso llevo a dar clases de zumba y ella la última que terminaba cansándose. Explica que cada uno tiene

que “rendir al máximo” frase que le decía su mamá cuando era niña para que siguiera trabajando (vendía dulces en la calle), a ello se suma que frecuentemente llego a comentar “para eso estamos aquí, para chingarle y no hay más” por tanto el cansancio del cuerpo resultado de una actividad agotadora ella lo toma como signo de debilidad, pues refiere que “no es necesario descansar y no hacer nada, siempre se tienen que buscar las cosas porque no llegan solas. La primera pérdida ocurrida en la infancia, muere su hermano menor, nunca se enteró de que causa murió. Cuando María cumple treinta cinco años, su padre fallece de cirrosis, pues era alcohólico.

Dos atrás de su diagnóstico, su hijo decide estudiar en el Cd. De Guadalajara, refiere que su hijo siempre fue el más cercano a ella, aun más que su hija menor “hubiera preferido que se fuera mi hija en lugar de él. Cuando su hijo se va ella comienza a sentir los primeros síntomas, tensión en los senos, enrojecimiento, sin embargo no se atendió hasta que el dolor fue más agudo.

Primeramente en cuanto al arreglo personal, externa un rechazo a cualquier prenda que deje ver su silueta femenina, ella evita utilizar ropa entallada, e incluso el corte de cabello es corto pues menciona que se le hacen “ñoñas” las mujeres que dedican mucho tiempo así arreglo, como “si eso les fuera a dar de comer”, una mujer “típica que se arregla usa vestido y así, bien arregladita, estoy segura que no tiene nada en el cerebro, es más si se les poncha una llanta como nenas esperaran que alguien un ancho les ayude”. María externa estar en contra de todo aquello que la caracterice como mujer, así como también “enseñarle esas formas a mi hija... no quiero que sea como la típica mujer que se le tiene que hacer todo como si fuera una debilucha”, es de esta manera que María le ha insistido para que ingrese en la escuela Militar.

María no tiene espejo en su habitación, se viste con lo primero que encuentra así como no tocarse su cuerpo, “no eso jamás lo haría. Me vería muy niña si lo hiciera”.

María menciona que siente una culpa ante su madre, se siente en “deuda” al igual que con su papá, pues ambos “le enseñaron a trabajar rudo, a defenderse de los demás”, así mismo recuerda que su madre les reclamo a sus hermanos por la muerte uno de ellos, menciona que lloraba mucho en ese entonces “como niña”, pues le daba miedo que él se haya muerto. Actualmente siente que fue su culpa.

Otro aspecto encontrado en las entrevistas y que María no lo nombra como culpa, es cada vez que no puede responderle a su madre, cuando le pide que haga algo o simplemente cuando no la puede ir a ver, a su decir María lo refiere: “ no puedo estar tranquila, siento que tengo que estar con ella, sino lo hago no puedo estar bien con nada ni con nadie”, de tal manera que cuando llega hacer algo sin la presencia de su madre, menciona que no tiene “derecho a estar bien”.

María, constante piensa que un día morirá, e incluso le ha dicho a sus hijos que “ahora que la tienen, la deberían de tener en cuenta, no cuando este en el panteón”, ella ha imaginado que muere pero en

un accidente automovilístico, comenta que cuando maneja, se imagina que choca, y que muere, no le gusta ir a los panteones pues menciona que cuando está en esos lugares ella imagina su nombre grabado en una lápida. Por otra parte le aterra imaginarse que a su hijo le llegara a pasar algo, tal como el que “alguien lo secuestre y este llegue en un costal en su casa”. En cuanto a su madre, menciona que ha llegado a pensar que madre muere, sin embargo estos pensamientos trata de evitarlos.

María menciona “tengo los mismos pechos que mi mamá, todas los tenemos, mi mamá era muy chicona”, “no sé porque si heredamos esto y no otra cosa de ella... no sé su carácter fuerte, ella sí que es fuerte como un roble”. “los pechos para mi simplemente están como de adorno, son algo que pues no me puedo quitar, si por mí fuera me los quito”, “ahora con el cáncer, pues si me lo llegan a quitar, pues ya que podría hacer”. María trata de que estos no sean visibles. Otro dato importante es que cuando tuvo a su hijo no los pudo amamantar pues decía que “no me salía la leche, y que fastidio insistir, pues ya le tuve que dar leche de lata, aparte eso de andar dándoles de comer en las fiestas o en la calle no”.

Cuando ella recibe el diagnóstico de cáncer, menciona que su esposo le dijo era porque era muy enojona, a lo cual ella se enojó y le respondió que ella no iba a caer pues “es muy fuerte” y nadie la iba a ver triste ni decaída como las demás mujeres que “lloran y andan dando lastima por ahí”. Para María el cáncer representa un reto, que tiene que superar, es una prueba de vida, en donde le tiene que demostrar a su mamá que ella no caerá”.

Participante 4.

DATOS GENERALES:

Nombre: Alejandra (Seudónimo)

Edad: 38 años

Nivel socioeconómico: medio bajo

Residencia: Toluca

Descripción de la paciente:

Alejandra es una mujer de estatura promedio, cuerpo ancho, de tez morena, sus ojos son grandes de color café oscuro, nariz amplia, piel reseca mostrando descuido en su piel, sus labios son pálidos y delgados, su cabello es corto, lo mantiene generalmente recogido. Suele vestir con ropa holgada colores oscuros. A lo largo de las sesiones mostró dificultad para referirse a sí misma, en su discurso se muestra incongruencia entre lo que dice y sus expresiones faciales y/o tono de voz, este se muestra rígido. Se muestra insegura al responder las preguntas, cuando habla de temas íntimos agacha la cabeza evadiendo el contacto visual.

Alejandra demarcaba las pérdidas que ha tenido a lo largo de su vida, pérdidas que ella considera “inolvidables” entre ellas refiere como principal la muerte de su abuelo materno, ante estos recuerdos ella le ha rezado e incluso nunca ha dejado de visitarlo en donde yace sepultado. A los 13 años recuerda que se cambiaron de casa debido a la enfermedad que presentaba una de sus hermanas, de Guadalajara se mudaron a Toluca. Otro suceso que externó y que considera que ha marcado su historia, es el fallecimiento de su padre, él muere dos años antes de ser diagnosticada con cáncer, “se fue mi papá y siento lo mismo que con mi abuelito... no sé qué es... es un golpe en mi pecho”, un año después su esposo se divorcia de ella, Alejandra comienza a tener dolores más fuertes en el pecho y posteriormente es diagnosticada con cáncer.

Alejandra proviene de una familia, en donde el nivel económico era medio alto, recuerda que su padre tenía el dinero suficiente para mantenerla a ella y a sus hermanas, con buena ropa, ir a colegios particulares y salir a comer todos los fines de semana. Alejandra es la segunda hija de tres, antes de que ella naciera había muerto un hermano, al cual sus padres nombraron “Ángel”, menciona que ese hijo era “esperado” con demasía especialmente por el padre pues el “quería un hijo varón”, actualmente desconoce las causas de la muerte de su hermano, cuando nace ella, menciona que su padre se fue de casa dos años, su madre le mencionaba que por ella su padre se había ido pues el no esperaba tener otra hija más, a este suceso Alejandra agrega que no le creía a su madre pues ella siempre había sido la “favorita de él”. Hasta la muerte de su padre Alejandra menciona que fue muy cercana con él, siempre iba con él al fútbol, de compras, a lavar las camionetas, los fines de semana. Alejandra actualmente menciona que no ha podido superar la muerte de su padre, “no ha encontrado ningún remedio”, anteriormente había ido a un psiquiatra quien él había diagnosticado depresión y tomaba antidepresivos, pues no podía dormir, ni quería comer.

En cuanto a la relación con su madre, ella la refiere distante, “creo que mi mamá se enojaba porque pasaba mucho tiempo con mi papá”, recuerda que su madre peleaba con su padre pues él siempre defendía a Alejandra, ante lo cual Alejandra menciona que no le gustaba que se pelearan pues ella se sentía culpable, así también porque su padre no tomaba en cuenta a sus otras hermanas. Cuando su madre fallece un año después de su padre, a causa de un accidente automovilístico, ella refiere que se siente culpable porque no le ofreció una disculpa a su madre (disculpa por hacerla enojar).

A esto también se suma que, cuando su madre fallece, sus síntomas depresivos se agudizan, y su esposo se separa de ella. Esta última separación menciona Alejandra que siempre se mostró distante de su esposo, rara vez mantenía contacto con él pues desde que se casó su padre no estaba de acuerdo con que ella se casara con él, “mi padre nunca aceptó a Fernando (exesposo de Alejandra)” por lo cual, cuando Alejandra visitaba a sus padres (de dos a tres días a la semana), Fernando no iba con ella. Alejandra describe su relación careciente de amor, explica que no entiende como llegó a casarse pues “eso que he escuchado de que el amor y las mariposas en el estómago no lo sentí con Fernando”. Con una hija de cinco años Alejandra, no sabe cómo educarla, pues menciona que

“mayormente ha estado enferma desde que su hija nació”. Cuando es diagnosticada con cáncer, Alejandra siente que ha sido “un castigo”, por haber “estado triste por la muerte de su padre”, por no cuidar a su hija, y por no haber hecho feliz a su mamá”.

Alejandra refiere un cuerpo débil que se enferma muy fácil, mayormente le duele la cabeza. El cuerpo débil que refiere ha sido también nombrado así por su madre, cuando le menciona que ella siempre de niña fue muy “delicada”. Ella considera que es algo “genético” pues recuerda que su madre era igual, enfermaba mucho. Así mismo menciona que cuando era “joven se arreglaba mucho”, le gustaba mucho su cuerpo y le gustaba mucho comprar ropa, accesorios, ir al spa, sin embargo, tiempo después no sabe que paso, ya no le gustaba arreglarse, (esto coincide con la muerte de su padre). Menciona que “no le dan ganas de mostrar su cuerpo, no le interesa como los demás puedan verla”, añade que “no me había puesto a pensar pero, si deje de ser la de antes” “no sé qué pensar... no se ni siquiera como me veo”

Alejandra refiere como pérdidas significativas, la muerte de su abuelito. Menciona que al cambiarse de casa, tuvo que abandonar a sus amigas y su escuela, le costó mucho trabajo adaptarse a la gente de Toluca.

Otra pérdida es el fallecimiento de su padre, quien era muy cercano a ella, “yo era la única que andaba con mi papá, él me quería mucho, muy diferente que con mi mamá”, “cuando tenía un problema mi papá me ayudaba en todo, le contaba todo, solo cuando quería tener novio no le decía porque se enojaba”, “mi papá me ayudaba a escoger mi ropa, él me decía si me veía bonita o no... él dormía a veces en mi cuarto, porque se molestaba con mi mamá”.

Después de que fallece su padre, el exesposo de Alejandra la abandona por otra mujer, menciona que no le dolió, le dolió más la muerte de su padre, “soy muy mala... no me dolió que me dejará, la muerte de mi papá ha sido difícil, aun así no me gusta decirlo, y que ha de pensar usted de mi... me impacto más lo de mi papá que lo de mi mamá”

Sumado a que Alejandra, antes se consideraba “una mujer atractiva”, “he visto mis fotos, estoy con mi papá y me veo muy bien, me veo linda”, después de la muerte de su padre, ella cambia la forma de percibirse como mujer, “no me importa, es mas no se ni porque habría de arreglarme, no tengo esposo, y no me gustaría tener otro, para que se vallan con alguien más”. Alejandra menciona que si cambia su forma de ser volverá a “ser la misma de antes”, el diagnóstico de cáncer le ha deteriorado la piel, el cabello y por el tratamiento demarca cansancio, ante estos cambios, Alejandra menciona que ya no le importa cuidar su aspecto, “no sé cómo podría hacerlo”, ella trata de ser una “madre para su hija, sin embargo no lo ha logrado, “ quisiera ser como las demás mamás alegres, cariñosas, que cuidan de sus hijos, yo no lo puedo hacer”.

A esto se suma que cuando era niña, se iba con su padre, “me gustaba andar con sus amigos, me llevaba muy bien con ellos, yo jugaba fútbol con los hijos de sus amigos de mi papá, creo que lo único que me faltó es tener un cuerpo de niño pues me portaba como uno”. A esto se añade que antes de ella había muerto un hermano “varón” que al discurso de su madre, “su padre lo esperaba con anhelo”.

Alejandra, menciona que se siente una gran culpa para con su hija, pues no ha sabido ser la madre que debe ser. Alejandra ha tenido la creencia de que ella es trae una parte de su hermano que murió, refiriendo que cuando era niña, ella se sentía como un niño. Siente que si ella no hubiera nacido su hermano viviría, su madre le decía muchas veces que “era mejor que hubiera sido un hombre y que su padre quería un hombre no una niña, entonces su padre la engañaba”. Alejandra posiblemente trataba de complacer a su padre “tratando de ser ese niño que no nació”, sin embargo, cambia cuando el padre le decía “eres la mujercita más linda de este planeta”, ante lo que enojaba su mamá.

Alejandra asimismo tiene la creencia de que por ella sus padres peleaban constantemente, cuando su madre muere se “arrepiente porque no pudo pedirle perdón”. Alejandra menciona que le debe muchas cosas a la vida, pero que sin embargo, ya no podrá hacer nada pues ella afirma que “morirá de cáncer”.

Alejandra menciona que ella piensa que se va a morir, de un fuerte dolor en el pecho “hay días en que me duele mucho, el cuerpo me pesa, todo es más fuerte que mi cuerpo para mí, cuando me hacen las quimioterapias, siento que me voy a morir de dolor”.

Alejandra mencionó en varias ocasiones: “mi padre me decía que le gustaba como me veía... que me veía como todo una mujer, que ya me habían crecido mis pechos”, menciona Alejandra, que en ocasiones su padre le compraba brasileras, “era nuestro secreto... nadie más lo podía saber, aunque creo que mi madre ya lo sabía... eso me gustaba aunque me daba miedo que mi mamá nuevamente se enojara con él”. Ante lo anterior Alejandra argumenta que esa era la parte que más le gustaba, “compraba cremas con elastina, para mantener mis pechos bien vistos”, “mi mamá era plana, ella no tenía los mismo que yo... creo que un hombre se fija en esto es lo primero, y con mi papá paso lo mismo, mi mamá no tenía tanto... el engañaba a mi mamá, las mujeres con las que andaba eran muy pechugonas”, “qué bueno que mi papá no está ahora, él se hubiera sentido muy triste de verme así, mis pechos han cambiado mucho desde que enfermé... el nunca trato de verlos, pero él decía que una mujer bonita era de buen pecho”.

Alejandra menciona que la enfermedad viene como una moneda con la cual está pagando el daño que le hizo a su madre, “ Dios te manda castigos cuando te has portado mal, yo ocasione que mis papas se enojaran mucho, mis hermanas no me quieren por esto, ellas me dicen que eso me paso

por preferir a mi papá”, así mismo el cáncer es un motivo para renunciar a los cuidados de su hija, pues se encuentra buscando “con quien la dejara pues ella ya no la podrá cuidar”.

Participante 5

Seudónimo: Martha

Edad: 46 años

Nivel so: medio bajo

Residencia: Toluca

Descripción general de la paciente:

Martha es una paciente de estatura promedio, complexión delgada, cabello ondulado canoso, ojos pequeños negros. Al presentarse por primera vez se mostró ansiosa, refiriendo incomodidad al conocer a nuevas personas, esquiva la mirada, cuando habla inclina la cabeza y mira hacia abajo, mayormente oculta las manos. Muestra un discurso pausado, no tolera el silencio, lo que fue confirmado por ella en las sesiones, muestra dificultad para referirse a sí misma, su aspecto denota cansancio, sus facciones son rígidas, poco expresivas al hablar. Ella refiere que se parece mucho a su familia en especial a su madre, a quien describe como una mamá triste, mencionaba que su madre era muy seria y discreta con sus cosas, su padre, un señor “enojón y quejoso”, siempre criticaba a su madre e incluso llegaba a golpearla pues él creía que lo engañaba. Su madre nunca hacía nada ante las agresiones, lo que constantemente se preguntaba por qué su madre nunca se defendió.

Describe a sus hermanos parecidos a su madre, “hacen todo lo que pedía mi papá”, ella no hacía lo mismo que ellos sin embargo refieren que actualmente le guarda resentimiento, incluyendo a su madre, quien nunca se defendió ni a sus hermanos, ni a ella. Relata que su vida ha sido difícil para ella, se le dificulta relacionarse con las demás personas pues cree que se quedara sola, pues se considera una persona poco interesante, dando por hecho que siempre estará sola aunque por otra parte, demanda comprensión de su familia a quienes ella piensa que no la comprenden.

Cabe mencionar que Martha, en la sesiones mencionaba frecuentemente “el sentirse sola o incomprendida por su familia”. Aparentemente este sentir, derivaba de una relación cercana con una amiga a la cual su familia de esta la había apoyado aun cuando ella ya era adulta, esta explicación la expresa Martha y se pregunta “¿por qué su familia no es así?”

A los 18 años, Martha se casa con un hombre siete años mayor que ella, al que le “dedicó su vida”, haciendo referencia a que ella hacía todo lo que él le pedía. Ante este suceso, sus padres de Martha se mostraban “inconformes” principalmente el padre, pues Martha aún se encontraba estudiando la carrera de administración. El motivo por el cual ella se casa es porque se encontraba embarazada.

Manteniendo una relación desgastante con su esposo, pues ella era manipulada, la golpeaba en ocasiones y la insultaba, un año y medio antes de su diagnóstico, su esposo el dejó por irse a vivir con otra mujer. Martha refiere que al saber de este hecho no sabía qué hacer con su vida pues, no

había trabajo ni concluido su carrera, además de que su esposo se deslindó completamente de mantener a su hija.

Ante el diagnóstico de cáncer Martha menciona que es un pesar para su hija, este es el principal motivo que le preocupa, pues “no quiere que su hija sufra por ella”, le ha pedido a su exesposo ayuda, a lo cual este no ha accedido y de lo cual Martha refiere ha tenido muchos conflictos con él, le ha pedido que regrese nuevamente con ella, aunque por otra parte ella se refiere como una persona que “no vale la pena”

A Martha no le gusta hablar de su cuerpo, explicando que en el tratamiento oncológico, una psicóloga le pidió que se mirara en el espejo y le escribiera una carta a su cuerpo, actividad en la cual se sintió “bloqueada”, “no pude ni siquiera mantenerme un minuto frente al espejo... no me gusta hablar de mi cuerpo... no me gusta”

En la historia de Martha se puede encontrar que vivió una pérdida significativa, cuando su esposo “la dejó”, este se fue con una mujer que era su amiga. Ante esta pérdida, se puede encontrar que Martha sale de su casa donde es maltratada y se casa con un hombre que juega el mismo papel que su mamá, la manipula, controla, y en algunas ocasiones la agredió físicamente. Cuando su esposo se va, Martha va al médico pues tenía dolores intensos en la espalda baja, posterior a este chequeo, constantemente visitaba al médico, quien la escuchaba y con el cual salió una ocasión, tuvieron relaciones coitales y este se fue. Tres meses después ella es diagnosticada con cáncer de mama.

Dado que Martha es resistente al referir su cuerpo, se puede encontrar, que su recuerda que su madre le decía que ser mujer es “lo más difícil que le puede pasar a una persona”, “nosotras las mujeres sufrimos mucho, tan solo vea como él se fue sin importarle nada, a ellos solo les importa el sexo... mi mamá decía que los hombres solo quieren a las mujeres para eso, para divertirse y ya”. Martha considera que por esas explicaciones los dos hombres con los que tuvo relaciones se fueron. Ella toma en cuenta a otras mujeres para referir su cuerpo por ejemplo “ha visto la comedia de los doce, esa mujer la que es el papel principal, me hubiera gustado ser como ella”, “mi vecina tiene un cuerpo delgado y se viste muy bien, a veces cuando salgo a comprar ropa compro colores que ella usa, ella es como mi catálogo”, menciona también que su madre cuando habían llegado a la adolescencia, su madre no permitía que utilizaran ropa entallada, e incluso cuando Martha se casó y cuando su madre se da cuenta que Fernando la golpeaba, su madre le dice que se “aguante, pues ella no tendría por qué apoyarla”, en ocasiones le decía que “ella había elegido esa vida, sus padres le dijeron que no se casara pero ella no los tomo en cuenta”.

Martha evidencia culpa, por “no haber sido la mujer que su esposo quería”, ella menciona que “no vale la pena luchar, que se quedara sola toda la vida”. Constantemente se reprocha que “no hace bien las cosas”, “nunca está a la altura”, como su mamá muchas veces se lo dijo, actualmente siente

que tiene que refrendarle constantemente a su madre, pues “necesita hacer las cosas bien hasta que su mamá lo crea. Martha refiere tener responsabilidad ante su situación pues ella abandono su carrera y decidió casarse con Fernando.

Martha menciona que no entiende porque enfermo de cáncer, ella atribuye que este apareció por las radiaciones y avances tecnológicos, ella no tiene ningún antecedente de cáncer de mamá y menciona que a ella le toco y si le toco tiene que aprender “algo” aunque no sabe que, mayormente menciona. Cuando recibió el diagnostico Martha se ha mostrado pasiva, ella “solo espera a que este cese o desaparezca” aunque menciona preferiría morir, pues si muere ese dolor terminara. Se pregunta porque precisamente un cáncer de mama y no un cervicouterino.

Artículo

Conflicto psíquico en una mujer diagnosticada con cáncer de mama

Norma Susana Rosales Canizo¹

Manuel Gutiérrez Romero²

Universidad Autónoma del Estado de México

Resumen

Los avances tecnológicos y médicos se han dedicado a atender el cáncer, inclinándose por tratar el cuerpo “orgánico”, sin embargo es sabido que el discurso médico puede resultar insuficiente al momento de referir al cáncer, pues quien padece tal enfermedad, es un sujeto resultado de una prehistoria, que hace de cada uno un ser singular en responder ante diferentes circunstancias y sobre todo en las representaciones puestas en el padecer. La presente investigación tiene como objetivo, analizar el conflicto psíquico en una mujer diagnosticada con cáncer de mama por medio de la entrevista psicodinámica. Se llega a la conclusión de que existió un conflicto psíquico primordial, un conflicto que ha tenido lugar en la relación más temprana con su madre. La relación con su madre se encuentra perturbada, dependiente, una relación culpogéna, en la cual se ha invalidado la experiencia subjetiva de la paciente.

Palabras clave: Conflicto psíquico, cáncer de mama, relación temprana con la madre, subjetividad.

Psychological conflict in a woman diagnosed with breast cancer

Abstract

¹Licenciada en Psicología por la Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México. Correo electrónico: susyrosalesc.com.

² Doctor en Investigación Psicoanalítica por la Sociedad de Psicoanálisis Mexicano, profesor investigador adscrito a la Universidad Autónoma del Estado de México. Correo: mgutierrezr@uaemex.mx

Technological and medical progress have moved towards cancer treatment, focusing on treating the “organic” body. However, it is well known that this medical discourse may not be enough when we talk about cancer because the person who suffers from this disease is a person with a story. This makes each one of them a unique person who responds differently to several circumstances, specifically in the representations that are set in the disease. This investigation analyzes the psychological conflict in a woman who was diagnosed with breast cancer using a psychodynamics interview. This research comes to the conclusion that there was an original conflict, a conflict which emerged in the earliest relationship with her mother. The relationship with her mother is now disturbed, it is dependent, and it is a guilt relationship in which the subjective experience of the participant has been invalidated.

Key words: psychological conflict, breast cancer, early relationship with the mother, subjectivity.

Crear que la patología es un fenómeno meramente fisiológico causado por una falla orgánica o una lesión física que debe ser atendido únicamente por personal médico ha dejado de ser la principal creencia y se ha incluido cada vez más el reconocimiento de la incidencia de factores psicológicos.

Sobre esta idea central es que surge el interés de conocer aquellos procesos psíquicos implicados en el cáncer de mama y como pueden llegar a tener un impacto en la aceptación del tratamiento.

La implicación de estos procesos psíquicos, desde diferentes investigaciones, han relacionado estrechamente la aparición del cáncer con la historia de vida del sujeto, esto es con sus vivencias que han resultado un trauma que no se ha logrado expresar por medio de la palabra, sino más bien a través del cuerpo. De ello es que algunos cuestionamientos que pueden surgir tales como ¿cuál sería ese conflicto?

Ante estos cuestionamientos se hace énfasis en que no se trata en modo alguno de suponer a lo psíquico como causa del cáncer, sino de entender cómo lo que está en juego va más allá de un organismo enfermo pues el padecimiento humano implica, por definición, la mixtura entre biología y lenguaje, constituyendo así un sufrimiento.

Se iniciará por citar algunas definiciones generales de lo que es el conflicto psíquico. En este sentido para Laplanche & Pontalis (1996) en “Diccionario de Psicoanálisis”, el conflicto psíquico es cuando en el sujeto, se oponen exigencias internas contrarias. El conflicto puede ser manifiesto (por ejemplo, entre un deseo y una exigencia moral, o entre dos sentimientos contradictorios) o latente, pudiendo expresarse este último de un modo deformado en el conflicto manifiesto y traducirse especialmente por la formación de síntomas, trastornos de la conducta, perturbaciones del carácter entre otros. Así mismo estos autores hablan del conflicto como resultando de diferentes causante entendiéndolo desde diversos puntos de vista, tales como conflicto entre el deseo y la defensa, conflicto entre los diferentes sistemas o instancias, conflictos entre las pulsiones, conflicto edípico y que en este último no solamente se enfrentan deseos contrarios, sino que éstos se enfrentan con lo prohibido.

Para Fenichel (1997), el conflicto psíquico da por resultado el bloqueo de las descargas necesarias y crea de esta manera un estado de estancamiento. Este estado da origen gradualmente a una relativa insuficiencia en la aptitud del yo para controlar la excitación. Es así que el conflicto psíquico se desarrolla entre una tendencia que trata de evitar esa descarga. La intensidad de la tendencia hacia la descarga depende, no solamente de la naturaleza del estímulo, sino también, y más aún, del estado físico-químico del organismo, es pertinente equiparar las tendencias que pugnan por una descarga, con pulsiones (p. 157).

Ahora bien, se aborda el tema del cuerpo subjetivo, específicamente en la imagen de sí mismo. La imagen de sí mismo es ante todo un sentimiento, el sentimiento de existir y de ser uno; un sí mismo que uno ama o rechaza. Esta imagen se forma a lo largo de toda la vida. Los principales ingredientes que componen la imagen de uno mismo son: primero, todo lo que proviene del cuerpo tal como se siente y tal como lo ve el sujeto; la imagen del cuerpo que devuelve el espejo y, sobre todo, la expresión del rostro cuando el sujeto se mira en el espejo. En segundo lugar, todo lo que proviene del lenguaje en el cual está inmerso el sujeto, la lengua materna y la que habla, su nombre propio y todo lo que se relaciona con la historia, con la situación familiar y social. Luego, todo lo que proviene del prójimo: la imagen de sí mismo que

transmiten la familia, los amigos y los pares. Y, finalmente, el último elemento constitutivo, todos los aluviones de la historia, las huellas y cicatrices dejadas por los acontecimientos memorables del pasado. Pues bien, desde el nacimiento no se deja de integrar todos esos elementos surgidos del cuerpo, del lenguaje, de los otros y de la historia. Este autorretrato virtual e identitario es la sustancia misma del yo. En realidad, la imagen de sí mismo y el yo son dos expresiones posibles para designar el sentimiento más íntimo, el de sentirse uno mismo (Nasio, 2008, p. 142).

La percepción que tengo de mi cuerpo siempre es impura, está filtrada y tamizada mil veces por las fantasías infantiles e inconscientes que gobiernan al sujeto.

Ahora bien inclinándose en dirección la relación más temprana, desde el inicio la madre le habla al bebe, lo nombra, lo califica, le adjudica sentidos, valores, cualidades, afectos. Esta relación madre-niño está presente en el discurso del padre, de la familia, lo que sugiere que el tercero simbólico y social ya está presente y vendrá a obstaculizar esta relación a dos. En los primeros vínculos el tercero tiende a ser excluido. La “evolución de las relaciones madre-niño es una evolución de esta exclusión inicial” (Bergés. 1999, p. 276).

El aspecto relacional da cuenta del valor de la presencia materna que pone en juego su propia capacidad simbolizante, para dar significación a la sensorial, creando así en palabras de Doltó (1984) una red de seguridad lingüística.

En el “Proyecto de una psicología para neurólogos”, Freud adjudica a la madre un lugar primordial, originario y prehistórico en la constitución del aparato psíquico. La teoría de la primera vivencia de satisfacción, da cuenta del modo en que el recién nacido, sometido al apremio de las grandes necesidades como el hambre, ha de ser alojado por el cuidado ajeno para acceder a la dimensión de lo vital. La madre mítica, no solamente se erige como un Otro omnipotente, capaz de dar respuesta a las tensiones orgánicas del recién nacido, sino que, además, en esa dialéctica, inscribe las huellas mnémicas que orientarán al surgimiento del deseo en relación al objeto originariamente perdido, así como la añoranza de la satisfacción primaria, imaginada como plena y absoluta (Freud, 1895).

La salud mental de un individuo es determinada desde el comienzo por la madre, quien proporciona lo que Winnicott denomina “un ambiente facilitador”, es decir una ambiente en el cual, los procesos naturales de crecimiento del bebé y sus interacciones con lo que lo rodea puedan desarrollarse, según el modelo que ha heredado. La madre (sin saberlo) está echando las bases de la salud mental del individuo (Winnicott, 1990, p. 42).

De esta manera las relaciones tempranas y el despliegue de la estructuración psíquica del niño estarán marcadas por la posibilidad de la madre de tomar conocimiento de que es el niño, quien desde el nacimiento y después y durante su desarrollo, la desborda haciendo fracasar su omnipotencia.

Así mismo

Descripción general de historia de vida de la participante:

Nombre: Liliana (seudónimo)

Edad: 54 años

Ocupación: Empleada de tienda departamental

Numero de entrevistas: 12

Duración por entrevista: 45-50 minutos

Liliana se mostró curiosa y dispuesta ante las entrevistas, denotando completo desconocimiento ante el trabajo de un psicólogo, pues explica no entender cómo es que se relacionan las emociones con el cáncer. Dispuesta a responder y a profundizar cada uno de los temas planteados, Liliana tiene una visión positiva ante su diagnóstico e incluso mantenía la filosofía de vida donde “se tiene que aprender de las cosas que pasan”, de manera que siempre busca aprender de lo que le ocurre y específicamente ahora de su cáncer, un aprendizaje en donde mayormente ha encontrado que ella es la culpable de lo que le puede suceder, mostrando así un sentimiento de impotencia e incomprensión de las personas o situaciones externas. Al abordar los temas de la relación hacia sí misma y con los otros, mostró un cambio evidente en su disposición, mostrándose ansiosa y con dificultad a responder, pues generalmente habla de sus relaciones interpersonales como si no existieran

conflictos, justificando a todas las personas por sus actos y mayormente cuando la agreden. A esto se suma que cuando describe una situación dolorosa, su lenguaje corporal se presenta rígido, evidenciando incongruencia con lo que habla.

Liliana es la hermana mayor de cinco hermanastros (ellas es la única hija fuera del primer matrimonio de su madre), relata que su madre se embarazó a los 18 años de ella, motivo por el cual su padre *“las abandonó”* en cuanto se enteró. Sus abuelos de Liliana la cuidaron hasta que cumplió 4 años de edad, tiempo en donde fallece su abuela a causa de un derrame cerebral, su madre trabajaba en la frontera norte del país para mantenerla, su madre no la cuidó, ni la visitaba durante este tiempo, solo enviaba dinero. En esta edad (4 años) ocurrieron varios sucesos en la vida de Liliana, fallece su abuela, su madre regresa por ella y se la lleva a vivir con ella al norte, en ese lugar conoce a sus hermanastros, en donde explica que se sentía fuera de lugar con ellos, *“...nunca encajaba con ellos y hasta ahora no me he sentido como su hermana”*. Recuerda que su madre trabajaba muy duro y aún más que Roberto (padrastro al que nunca llamó papá), era alcohólico y no aportaba económicamente en casa, falleció de cirrosis cuando ella había cumplido 12 años, desde ese momento su madre se convirtió en una mujer desconocida, trabajaba todo el día y había ocasiones en que solo la veía los días domingos, motivo por el cual la tía, hermana de Roberto cuidaba a Liliana y a sus hermanastros, una tía *“enojona y mandona”* a su parecer de Liliana a la que sin embargo, consideraba que era más cercana a ella que a su propia madre. Finalizó la secundaria y buscó un empleo para poder ayudarle a su madre con los gastos familiares, apoyó a sus hermanastros para que pudieran tener una carrera. A los 20 años conoció a Marcos un hombre que actualmente es su esposo y quien es alcohólico. Liliana tiene tres hijos a quienes *“les ha tratado de dar estudios y más cercanía de la que su madre le dio”* sin embargo, menciona constantemente que se siente fracasada en esta tarea pues su esposo no coincide con sus ideas³, *“él tuvo una vida difícil, debo comprenderlo”*.

³Liliana se refiere a las ideas respecto a la crianza que ella tiene con sus hijos, ella se muestra sobreprotectora, mientras que su esposo le dice que *“mima”* mucho a sus hijos y que los convertirá en hijos *“chiquiados”*.

Cuando Liliana cumple 50 años su madre fallece de cáncer pulmonar y ella tres años después es diagnosticada con cáncer de seno. Liliana expresa preocupación por dejar solos a sus hijos, pues su esposo no ha demostrado interés por ellos y le aterra la idea de dejarlos solos.

Descripción del conflicto psíquico en Liliana

Liliana nombra frecuentemente a la madre, para poder así hablar de ella, utiliza a esa madre como una “ortopedia” para poder mostrarse a los demás, esta función de la madre se adopta en la primera infancia, cuando el bebé es inmaduro y ante ese desvalimiento necesita de otro que le sea como “soporte”. Frecuentemente se puede detectar en su discurso: “ Mi mamá decía que las cosas tenían que ser..., pues yo me acuerdo que mi mamá me decía..”. La relación que mantuvo con su madre fue altamente dependiente, se apropia de su discurso para poder hablar de ella. Aun después de fallecida se basa en lo que “su madre decía...”, difícilmente contestaba “yo creo... yo soy... yo quiero...”. Liliana no puede tomar decisiones por ella misma.

De acuerdo a Lacan, se reconocen dos vertientes en el deseo materno: aquella que permite vivir, su cara amable, vivificante; y otra, oculta tras la primera, la que impide la vida, su cara siniestra, mortífera. Estos extremos dan cuenta de que se trata de una función que deja las marcas más intensas en la constitución del sujeto. En Liliana, se percibe una cara de madre solícita, que anula la subjetividad de Liliana, y que sigue presente como, impidiendo que emerjan sus propias decisiones de Liliana.

Aquí Liliana funge como aquel objeto de la madre. Se presta para evitar evidenciar la falta materna, que teóricamente Lacan nombra como: “Estrago materno”, haciendo alusión a las relaciones en las que el sujeto queda atrapado en la “boca” materna. De esta manera, Liliana se identifica con el objeto de ese deseo. Con este deseo con el que va a identificar su deseo.

Evitar evidenciar la falta materna de su madre, se puede observar claramente, cuando menciona que su madre sufrió mucho, que ella hizo lo imposible para verla “feliz” y que sin embargo no lo logró, en su relación se puede ver que la madre de

Liliana era negligente, indiferente a sus “necesidades”, una madre que se comunicaba con ella por medio de críticas improductivas, es decir una madre insensible a la existencia de Liliana, a reconocer sus estados de ánimo, y los efectos que tenían tanto sus palabras como sus actos en Liliana, características que pueden ser el reflejo de aquella relación que mantuvieron en la primera infancia de Liliana.

De tal manera que se pueden tener a partir de estos aspectos deficitarios en la constitución del narcisismo primario, una manifestación de dificultad en la conexión con la realidad, idealizaciones y predominio de lo imposible, conjuntamente con difusión de la identidad y dificultad en la integración de un objeto de amor (Horstein, 2002).

Otra característica en el discurso repetitivo retomado de su madre, es el rechazo a la feminidad. Para la madre de Liliana, no había peor castigo que ser mujer, Liliana se apropia de estas palabras, y son las que han velado la percepción que ella tiene de sí misma como mujer.

En cuanto a la feminidad, psicoanalíticamente es entendida como el lugar donde se da un punto de convergencia entre el inconsciente y la cultura, por tanto su construcción tiene implicaciones tanto universales como particulares, tanto de igualdad como de diferencia. Tales implicaciones universales hacen referencia a cuestiones de la especie, de lo heredado y transmitido a través de los tiempos y la evolución y los comportamientos esperados y deseados (muy relacionados con el Superyó), mientras que sus implicaciones particulares son más propias del sujeto, de su historia y sus vivencias de aquello que en su proceso de aprendizaje la mujer interiorizó como signo de feminidad (González, 1993).

Tomando en cuenta las implicaciones particulares de la feminidad, podemos encontrar que a Liliana le fue transmitida la idea de que ser mujer es ser doliente, débil, que tiene que adoptar el papel de sumisión, como un objeto, además de

mantener la idea de que las personas lastiman mayormente a las mujeres, si ella se identifica como mujer ella asegura que es lastimada.

Las impresiones que surgen a partir de lo anterior es que el conflicto reside cuando culturalmente se han establecido una serie de pautas que determinan lo que “es ser femenino” (formas de vestir, de hablar, de relacionarse con el sexo opuesto, el lugar ocupado laboralmente entre otros), pautas que Liliana rechaza y escasamente muestra en apariencia, en el actuar ni en el hablar: “las demás mujeres son lindas, no podré llegar a ser como ellas, uhhhmm no”, lo que genera un sentimiento de inferioridad y envidia hacia las mujeres aspecto que se encuentra en su hablar cuando refiere que “... es que... como que ser como ellas, me parece ser tonta”.

Es clara la demostración del deseo de la propia madre, el cual es puesto a lo largo de la vida de la paciente, de cierto modo el discurso atravesado en ella la remite a un rechazo e insatisfacción constante en la relación con su madre, esto debido al haber nacido “mujer”.

Por otra parte, Liliana experimenta un constante vacío que no sabe a qué se le atribuye, así como un sentimiento de desvalía, “aquellos sentimientos de desvalimiento y del vacío existe una falla en la relación con la madre como objeto primario de sostén, a esto suelen sumarse sucesos de índole traumática, de tal manera que el papel decisivo del ambiente precoz aparece como constante en las patologías del desvalimiento” (Horstein, 2002).

De acuerdo a la teoría, también se encuentra que puede ser que el vacío del yo es más consistente que sus logros. Enfocándose en la primera infancia, en la ausencia de la madre, los objetos no pudieron construir los objetos transicionales, que son y no son el pecho, lugar que debió ser ocupado por el lenguaje. La simbolización y la creatividad, se verán invadidas por las somatizaciones, las actuaciones o por la depresión vacía. Así mismo se detecta la predominancia en los objetos primordiales, la indiferencia o el displacer que haya vivido en la primera infancia. Las fallas de recursos del yo remiten a fallas del objeto. Por tanto el sentimiento de vacío y de

extrañamiento que presenta Liliana, puede ser debido al rechazo de su madre, pues Liliana describe a una madre distante, que abandona, exige y manipula.

Es evidente que la posición subjetiva de Liliana está profundamente atravesada por la relación arcaica con la madre, en donde dominan las experiencias concernientes al desamparo y al abandono. Claramente, la hostilidad de la cual ella preserva a la madre, se juega, en cambio tanto en referencias consigo misma como hacía su relación con los demás. Así de esta manera, parece ser que se encuentra estancada posiblemente en una relación donde les es difícil dar un no por respuesta ante las demandas de los demás.

En cuanto a las pérdidas que Liliana ha tenido se encontró que su madre se fue y la dejó con su abuela quien se le relataba porque se había ido su madre, posteriormente su madre siendo esta la primera pérdida, cuando cumple cuatro años Liliana, su madre regresa por ella pues su abuela había fallecido, suceso que en el momento no se le explicó hasta tiempo después. Ya en la vida adulta y tres años de ser diagnosticada, su madre muere de cáncer pulmonar.

Cuando el sujeto se ve enfrentado a la muerte de alguno de sus padres la situación se complejiza. El dolor provocado por la añoranza del objeto perdido queda unido a vivencias de desvalimiento, de fragilidad yoica, de inermidad, lo que da lugar a una cualidad de angustia diferente a la que surge frente a la resignación del objeto en la situación edípica. Estaría vinculado a lo que Freud describe como angustia primaria. Por otra parte la angustia ante la pérdida de un ser amado sostenedor se hace intolerable para el yo inmaduro, no autónomo, llevándolo entonces a la utilización de severos y persistentes recursos defensivos (Freud, 1926).

A partir de estas pérdidas Liliana menciona sentimientos de desamparo, vacío y tristeza, de aquí que se tome en cuenta lo descrito por Freud en su artículo "Duelo y melancolía", el duelo es un proceso normal, mientras que la melancolía es patológica. Ambos, sobrevienen como consecuencia de la pérdida del objeto amado,

en ambos casos existe un estado de ánimo doloroso, una pérdida de interés por el mundo exterior, una pérdida de la capacidad de amar y una inhibición general de todas las funciones psíquicas. Sin embargo, existe una diferencia, pues la melancolía incluye otro síntoma que no está en el duelo, “la pérdida de la autoestima”, lo que se traduce como autorreproches.

Liliana se muestra culpable ante el abandono de su madre cuando ella tenía dos años, su abuela le comentaba que ella se había ido, pues el padre las había abandonado y por tanto no le alcanzaba para poder mantener a Liliana, ella no entiende porque se fue su papá y vuelve a retomar esta figura para generalizar que “todos los hombres abandonan”, por lo que ella asegura que su esposo la abandonará en algún momento, aunado a que se autorreprocha que “por ella su mamá se tuvo que ir, y si ella no hubiera nacido, su madre jamás se hubiera casado con un hombre que la lastimaba mucho, dado que menciona que su madre sufrió mucho a causa de un segundo matrimonio con un hombre alcohólico y si ella no hubiera sufrido tanto ella hubiera sido “feliz”.

Liliana no recibió apoyo ante estas pérdidas, lo que le generó angustia y daño. Ella experimentó ante estas pérdidas “culpabilidad”. La culpa se caracteriza en el sujeto por un sentimiento proveniente de la “certidumbre de lo irreparable”, de la vergüenza de haber sido y el dolor de ya no ser el objeto de amor de su amado y en todos los casos de no haber sido amada.

De acuerdo a Klein ante una pérdida, se reactivan las tempranas ansiedades psicóticas, el sujeto en duelo atraviesa por un estado maníaco-depresivo modificado y transitorio, y lo vence, repitiendo en diferentes circunstancias y por diferentes manifestaciones los procesos por los que atraviesa el niño en su desarrollo temprano.

Según Klein (1937), en el adulto sobreviene el dolor con la pérdida de una persona amada; sin embargo, lo que lo ayuda para vencer esta pérdida abrumadora es haber establecido en sus primeros años, “una buena imago de la madre dentro de sí”. Por

otro lado, el sujeto en duelo, si está rodeado de personas que él quiere y que comparten su dolor y si pueden aceptar su compasión, también esto favorece la restauración de la armonía de su mundo interno y se reducen más rápidamente sus miedos y penas. En la vida de Liliana se encontró una evidente carencia de estas figuras sostenedoras.

En cuanto a su cuerpo, se puede detectar un cuerpo negado, frustrado y mortificado, un cuerpo privado de erotismo, que se niega. Lo anterior se puede mostrar claramente en la falta de cuidados en su cuerpo. Los cuidados que un sujeto le puede dar a su cuerpo, devienen de aquellos primeros cuidados dados por la madre los cuales fueron interiorizados. Liliana recuerda que ella tenía que hacer “todas sus cosas”.

A Liliana se le dificultó hablar acerca de su cuerpo, dando la impresión de que cuando enferma y específicamente con la aparición del cáncer, habla de su cuerpo pero únicamente de un cuerpo enfermo, y si bien podemos interpretar este deseo se encuentra subterráneo, bajo el discurso de no gozaras, no sentirás placer.

Liliana frecuentemente enfermaba, de niña recuerda que tenía dolores estomacales sin causa aparente, ante las continuas enfermedades que presentó (dolores de cabeza, estomago, dolores de articulaciones), Liliana refiere sentir un cuerpo “frágil y fácil de enfermar”, los diagnósticos médicos recibidos no le han dado una explicación clara de que era lo que le pasaba. La teoría nos muestra que ante una enfermedad no solo se puede hablar del cuerpo “orgánico que enferma” sino de ese sujeto que enferma y que le asigna un sentido a su padecer, “solo pueden tener cuerpo con la condición de que este sufra, pues hablan como si fueran una mente sin cuerpo, sienten como si no les perteneciera” (MacDougall, 1999).

Ahora bien el dolor psíquico se puede mostrar como un trauma, en aquel momento en el que se produce un impacto desmesurado para el cuerpo o para un elemento o un ser que no logran asimilarlos. A la edad de cuatro años a Liliana se le había mencionado el motivo por el cual se le había “abandonado”, un síntoma prematuro, el insomnio, el llanto frecuente y los berrinches, que habían suprimidos por la abuela,

se suprimía ya un síntoma que reflejaba el conflicto por una pérdida, por la ausencia de un soporte que le permitiera asimilar aquella excitación intensa, el yo no consigue asimilar, ni amortiguar, ni conciliar esa entrada masiva de energía, “el inconsciente son aquellas representaciones e inscripciones de aquellos momentos vividos con intensidad que no son conciliables en nuestro yo, el inconsciente está en mí y sin embargo no es conciliable conmigo.” (Nasio, 2008).

Probablemente la muerte de su madre halla reactivado las anteriores pérdidas en Liliana, pues cuando cumple cincuenta años, su madre fallece de un cáncer pulmonar, situación que no ha logrado superar aun a la fecha, pues menciona que su muerte le sigue doliendo tanto, como si se hubieran llevado una parte de ella...me he sentido siempre confundida pero con la muerte de mi madre fue como si hubiera crecido más esto”.

Con esto se puede mencionar también que el yo se vuelve a encontrar con la imagen de un objeto hostil anterior que le había provocado el primer trauma “la imagen tiene el valor del significante de hacer nacer el dolor” (Nasio, 2008).

“El dolor de existir es el dolor de estar sometido a la determinación del significante de la repetición hasta el destino”, es muy probable que el destino de Liliana esté situado en el sufrimiento, pues es la manera en que se ha instaurado su forma de sobrevivir. “Un amor demasiado grande dentro de nosotros por un ser que no existe fuera” (Nasio, 2008).

Liliana ha elegido por pareja a un hombre que guarda ciertas características similares con la vida que anteriormente había vivido, hasta incluso llegar a ser abandonadas por él. Se repite nuevamente un abandono, y después de este es diagnosticada con cáncer de mama.

Ante este punto, es importante mencionar que a palabras de Freud, el yo odia, aborrece, y persigue con propósitos destructivos a todos los objetos que llega a suponer como fuente de displacer. En el caso de Liliana se vive un displacer y por tanto existe un odio, hacia sus madre, pero se muestra encubierto, le dedicó, tiempo exclusivo, y sobre todo una representación de una madre que frustra pero que la ha

traído al mundo y en donde ellas no han sabido corresponder, se muestran insuficientes para ganarse el amor de mamá.

De acuerdo a lo anterior, se puede concluir que existe un conflicto psíquico en Liliana, tuvo lugar en la primera infancia, ante situaciones dolorosas que no encontraron lugar en las palabras, esto es, no existió alguien que pudiera mediar o acompañar el dolor de las pérdidas, lo que le ha generado sentimientos de vacío, desesperanza y confusión, aunado a un sufrimiento por no entender porque no entiende a las demás personas. Su identidad se muestra difusa. Cuando Liliana recibe el diagnóstico de cáncer, este es vivido como un castigo que ella merece pues no ha sido una “buena persona”, de la mano a la crisis sobrevenida por el impacto de la noticia, sus síntomas se agudizan, e incluso llega a dudar del tratamiento, aunque conscientemente menciona ser positiva ante el cáncer, ella cree que lo único que puede “terminar con el cáncer” es la muerte, su muerte o en dado caso que le quiten el seno, este último como signo de la feminidad, pues ella cree que por ser mujer se enfermó de cáncer, “algo que solo le da a las partes de la mujer”. Finalmente se encontró que estos conflictos previos, -demandas insatisfechas- entran en la manera de responder ante su tratamiento, la representación de su padecer y sobre todo su destino.

Bibliografía

Aulagnier, P., (2007). La violencia de la interpretación. Segunda reimpresión. Argentina: Armorrortu.

Aulagnier, P., (1992) Fuente somática y discursiva de las representaciones de la realidad. Paris: Paidós.

Bravo, M., (2004) Reporte de la experiencia profesional. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. México: Facultad de Psicología

Blanch, M. (1995) Recordando a F. Doltó. Artículo. Recuperado de: http://intercanvis.es/pdf/23/23_art_02.pdf

Chiozza, L. (2001). ¿Por qué a mi, por que ahora? Argentina: Paidós

Chiozza, L. (1978). Una Concepcion psicoanalitica del cancer. Argentina: Paidós

Dejours, C. (1992). Investigaciones en psicomatica. Barcelona: Siglo XXI

- Dolto, F. (1986). Imagen inconsciente del cuerpo. Argentina: Paidós
- Dor, J. (1990). Estructuras clínicas y psicoanálisis. Argentina: Armorrortu
- Fenichel, O. (1997). Teoría psicoanalítica de las neurosis. Nueva York: Paidós
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. Buenos Aires: Armorrortu
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. Buenos Aires: Armorrortu
- Freud, S. (1923). Las pulsiones y sus destinos. Buenos Aires: Armorrortu
- Laplanche, J. y Pontalis. (1993) Diccionario de psicoanálisis. Madrid, España: Labor.
- Horstein, L. (2002) Narcisismo: autoestima, identidad y alteridad. Buenos Aires: Paidós
- MacDougall, J. (1989). Los teatros del cuerpo. Perel: España.
- Nasio, J. (2008). Mi cuerpo y sus imágenes. Buenos Aires: Paidós
- Nasio, J. (2007). El dolor físico. Buenos Aires: Gedisa
- Klein, M. (1948). Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa. Argentina: Paidós.
- Klein M. (1937). Amor, Culpa y Reparación. Argentina: Paidós.
- Winnicott, D. (1990). Los bebés y sus madres. México: Paidós

Solicitud de publicación de artículo Recibidos x



 **Susana Rosales** <susyrosales@gmail.com>
para info 

 24 may. (Hace 1 día.) ☆  

Dra. Laura Evelia Torres Velázquez
Directora General de la Revista "*alternativas en psicología*", AMAPSI, A. C.

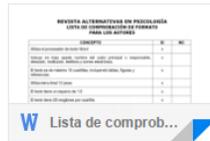
Estimada Dra.

Me permito enviarle un cordial saludo y asimismo someter a la consideración del Comité Editorial Internacional de la Revista AMAPSI a su digno cargo, el artículo que adjunto para su publicación.

Agradezco la gentileza de su atención, quedando atenta a sus apreciables indicaciones.

...

3 archivos adjuntos 



 **Laura Torres** <le.torres@alternativas.me>
para mí 

21:11 (Hace 21 horas.) ☆  

Estimada Susana Rosales

Acuso de recibido y en breve le informaremos sobre el proceso de dictaminación

Saludos cordiales

Dra. Laura Evelia Torres Velázquez
Directora General de la Revista
Alternativas en Psicología

...

 Haz clic aquí para [Responder](#) o [Reenviar](#).



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Toluca, México a 10 de junio de 2016

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA.
MTRO. SAUL URCID VELARDE.
SUBDIRECTOR ACADÉMICO.
DRA. EN INV.PSIC. JULIETA GARAY LÓPEZ.
COORDINADORA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T E**

Carta de autorización para publicación en el RI

Declaración de autoría original, libre de embargo, susceptible de ser depositado en el Repositorio Institucional y solicitud de evaluación de grado.

Quien firma al calce declara que: soy autor intelectual del original titulado "**CONFLICTO PSÍQUICO Y SU EXPRESIÓN EN EL CUERPO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA**", y que estoy de acuerdo con la totalidad de su contenido y apruebo para ser publicado en el Repositorio Institucional en los términos del Reglamento de Acceso Abierto y la Normatividad vigente emitida por la Universidad Autónoma del Estado de México.

Que la **TESIS** presentada es original y no se encuentra en proceso de dictaminación o embargo en ninguna otra publicación o medio. Afirmando que el trabajo cumple con la científicidad y los aspectos metodológicos para su publicación bajo las licencias Creative Commons.

Quien abajo firma solicita que el trabajo titulado "**CONFLICTO PSÍQUICO Y SU EXPRESIÓN EN EL CUERPO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA**", sea incluido en alguna de las colecciones del Repositorio Institucional. Así mismo permitimos que la Oficina de Conocimiento Abierto realice lo propio para la preservación y difusión de la obra.

Sin otro particular.

NORMA SUSANA ROSALES CANIZO
No. Cuenta 0724570



FaCoCo | Facultad de Ciencias
de la Conducta





UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Toluca, México a 10 de junio de 2016

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA.
MTRO. EN PSIC.SAUL URCID VELARDE.
SUBDIRECTOR ACADÉMICO.
DRA. EN INV.PSIC. JULIETA GARAY LÓPEZ.
COORDINADORA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T E**

Carta de excepción para publicación en el RI

Declaración de autoría original

Quien firma al calce declara que: soy autor intelectual del original titulado **“CONFLICTO PSÍQUICO Y SU EXPRESIÓN EN EL CUERPO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA”**, y que estoy de acuerdo con la totalidad de su contenido.

Que la **TESIS** presentado es original y no se encuentra en proceso de dictaminación o embargo en **DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN DE GRADO** del cual se adjunta captura de pantalla como evidencia y en su caso número de folio.

*Quien abajo firma solicita que del trabajo titulado **“CONFLICTO PSÍQUICO Y SU EXPRESIÓN EN EL CUERPO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA”** sea incluido con fines de evidencia y diseminación únicamente con portada, capitulado o índice, resumen y datos de contacto del autor, en alguna de las colecciones del Repositorio Institucional.*

Así mismo permitimos que la Oficina de Conocimiento Abierto realice lo propio para la preservación y difusión de la obra.

Sin otro particular.

NORMA SUSANA ROSALES CANIZO
No. Cuenta 0724570



FaCiCo | Facultad de Ciencias
de la Conducta



www.uaemex.mx



UAEM

Universidad Autónoma
del Estado de México

Toluca, México a 10 de junio de 2016

Hoja de datos del autor

Nombre: Norma Susana Rosales Canizo

Número de cuenta: 0724570

Grado académico: M. en Psic.

Programa educativo de procedencia: Maestría en Psicología

Institución donde labora: Fa.Ci.Co, UAEM.

Domicilio: Glz. y Pichardo s/n. Barrio de Jesús, San Pablo Autopan, Toluca, M.

Teléfono/ Fax: 044 7225944959

Correo electrónico: eusyrosalesc@gmail.com

NORMA SUSANA ROSALES CANIZO
No. Cuenta 0724570

Fa.Ci.Co | Facultad de Ciencias
de la Conducta



www.uaemex.mx

